

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número XXXIX

Sesión Ordinaria del 01 de marzo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. ¿Cuánto puede durar la hiperinflación en Venezuela?: Lecciones de la experiencia internacional” por el Académico Dr. Marino González Reyes

Objetivo: La hiperinflación de Venezuela es la segunda del siglo XXI en el mundo y la primera que se presenta en América Latina desde hace casi tres décadas. Por otra parte, es la primera que se produce en un país de la OPEP que no haya padecido una guerra civil (como sucedió en Angola). La hiperinflación de Venezuela fue pronosticada por el FMI en abril de 2016, al indicar que, de continuar las políticas económicas del país para ese año, se podría tener en 2017 el inicio de este proceso. En los meses finales de 2017 se alcanzó una tasa de inflación mensual superior a 50 %, lo cual es el criterio para establecer la hiperinflación. La estimación del FMI para el año 2018 (presentada en octubre de 2017) era una tasa de inflación de 2 500 % mensual. Sin embargo, a finales de enero de 2018 el FMI modificó su previsión al señalar que Venezuela podría tener una tasa anual de inflación de 13 000 %. Esta cifra significaría la segunda tasa anual más elevada de las hiperinflaciones de América Latina. El propósito del trabajo es examinar la evolución probable de la hiperinflación de Venezuela, tanto en duración como

intensidad. La afectación de las condiciones de vida de la población está estrechamente relacionada con la duración e intensidad de las hiperinflaciones.

Método: La comparación con las hiperinflaciones documentadas en la historia se realizó con la base de datos elaboradas por Hanke y Krus (2012). Los datos de la tasa de inflación mensual de Venezuela se tomaron de la estimación que realiza la Asamblea Nacional desde enero de 2017. Para analizar la evolución de las políticas ante las hiperinflaciones se tomó como referencia las que se sucedieron luego de la disolución de la Unión Soviética (entre 1992 y 1996).

Resultados: La duración de las hiperinflaciones está asociada con la manera como son enfrentadas por los gobiernos. Aquellas en las que la respuesta de los gobiernos es rápida y efectiva, tienden a durar menos de 4 meses. Aquellas en las cuales no existen políticas expeditas tienden a prolongarse en el tiempo. La intensidad de las hiperinflaciones está asociada también con el período previo, en cuanto al crecimiento económico y las capacidades productivas. En enero de 1992 comenzaron 14 procesos de hiperinflación en repúblicas soviéticas. En nueve casos las hiperinflaciones duraron entre uno y dos meses (incluyendo la de Rusia que duró un mes). En los restantes casos (5) las hiperinflaciones se extendieron por dos años o más. En los nueve casos en los que las hiperinflaciones duraron entre uno y dos meses, solo en dos de ellas (Estonia

y Letonia) la recuperación de una baja tasa de inflación llevó dos años. En los restantes casos llevó más tiempo, hasta cuatro años en Rusia, Armenia, Bielorrusia, Kazajistán y Uzbekistán.

Conclusiones: La respuesta de corto plazo ante la hiperinflación de Venezuela no está caracterizada por la puesta en marcha de un programa de estabilización económica. De acuerdo con la experiencia internacional, son altas las posibilidades de que la hiperinflación sea prolongada.

Intervinieron los doctores: Marcos Sorgi Venturoni, Claudio Aoñin Soulie, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, José Ramón Poleo, Aixa Müller de Soyano y Alfredo Díaz Bruzual.

2. Miastenia Gravis. Enfoque neurofarmacológico” por el Dr. Eduardo Jahn Segovia

La Miastenia Gravis puede ser manejada con un enfoque terapéutico renovado, dirigido a corregir las causas de la afección y, al mismo tiempo a reforzar la transmisión neuromuscular utilizando medicación que actúa sobre bases más fisiológicas. Una descripción gráfica de los circuitos involucrados da clara cuenta de lo que se les puede brindar y de las metas que nos trazamos con estos pacientes de incierta evolución.

1. Aumentar la intensidad de la liberación de acetilcolina en la placa neuromuscular por medio del aumento del estímulo noradrenérgico.
2. Mejorar la calidad del sueño.
3. Evitar el broncoespasmo y las secreciones bronquiales facilitadas por el acúmulo de serotonina plasmática favorecida por el Mestinon y en los estados pos infecciosos.
4. Aumentar el estímulo sobre hipogloso, glossofaríngeo, masetero, espinal y disminuir la disfgaia, dislalia y otros síntomas bulbares.
5. Evitar el uso de esteroides.
6. Evitar las complicaciones por el uso de Mestinon en dosis elevadas o nocturnas.
7. Evitar el uso de “inmunomoduladores” ni la timentomía, y promover las inmunoglobulinas sobre un criterio revisado y ampliado.

No hubo intervenciones

Sesión Extrordinaria del 08 de marzo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. ELECCIÓN DE UN INDIVIDUO DE NÚMERO. SILLÓN XXXVIII. Candidato: Dr. Rafael Apitz Castro.

2. Foro: Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva. Parte 1. Laparoscopia:

a) Como llegamos a la Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva por el Académico Dr. Otto Rodríguez Armas.

CGMI... Cómo llegamos a ella?

Desde la antigüedad conocemos instrumentos utilizados para intervenciones quirúrgicas encontrados en excavaciones tanto en Ur como en Egipto. Sin embargo, lo poco que sabemos de esa cirugía eran tales como la circuncisión, amputaciones, trepanaciones y otras.

Esas operaciones eran practicadas por sacerdotes, monjes, clérigos y barberos. Estos últimos tuvieron una destacada actuación en la edad media, durante las múltiples guerras de la época y llegaron a ser médicos militares y hasta de reyes.

La curiosidad humana hizo que desde Hipócrates se quisiera investigar el interior del ser humano ya fuera a través de orificios naturales como el especulo ano-rectal que el mismo invento pasando por los espéculos vaginales de los romanos y más tarde con el intento de la visualizar las cavidades vesical y los órganos abdominopélvico.

La laparoscopia y la histeroscopia han abierto el camino en el siglo XX a la cirugía endoscópica ginecológica mínimamente invasiva la cual triunfa al final del mismo. Ellas han cambiado el paradigma halstediano de cirugía amplia y cruenta a través de grandes incisiones (laparotomía media o transversa) ahora a través de incisiones mínimas y con recuperación mucho más rápida

del paciente.

Para llegar aquí ha habido avances considerables en anatomía, fisiología, anestesia, dominio de infecciones y la tecnología de punta aplicada con los instrumentos ópticos pinzas y tijeras especiales. El pneumoperitoneo, la luz fría y fuentes especiales de energía para la hemostasia hasta la invención y puesta en marcha de la cirugía robotizada.

b) Experiencia Clínica y Docente de la Cirugía Ginecológica mínimamente Invasiva en el Centro Médico Docente La Trinidad por el Dr. Juan Alberto Rivero.

La cirugía laparoscópica ginecológica ha evolucionado en los últimos 25 años de ser una cirugía más bien diagnosticada, a ser una cirugía curativa.

En nuestro país la cirugía laparoscópica ginecológica no se ha quedado atrás se encuentra a la vanguardia y a la par de los mejores Servicios de Cirugía Mínimamente Invasiva Ginecológica, de hacer diagnósticos con visión directa a hacer cirugías radicales por cáncer con video cámaras monitores de alta resolución y el instrumental más novedoso para poder cumplir con esta tarea.

Hoy podemos decir con mucho orgullo que somos capaces de realizar todas las patologías ginecológicas a través del laparoscopia, por supuesto con algunas excepciones.

La histerectomía, cirugía más frecuente realizada por los ginecólogos después de la cesárea es una que hemos podido perfeccionar y realizar sin inconvenientes. Además se encuentra resolución de tumores de ovario por laparoscopia, miomectomías, ectópicos, cirugías de prolapso y cirugías radicales por cáncer.

La Unidad de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva del Centro Médico Docente La Trinidad fue creada hace 9 años por los Drs. Juan Rivero Stoessel, Vicente Bosque y mi persona, con la finalidad de ofrecer a nuestra pacientes esta novedosa técnica quirúrgica, que es menos invasiva, menos dolorosa y ofrece una recuperación más rápida. Además contamos con el único Fellow aprobado por la Universidad Central de Venezuela donde entrenamos a dos Fellows por año, durante este período aprender

las técnicas, las indicaciones, complicaciones y todo lo relacionado con el pre y post operatorio de las pacientes sometidas a cirugía mínimamente invasiva.

Esperamos el país nos acompañe en poder continuar con esta labor de enseñanza a futuros cirujanos ginecológicos mínimamente invasivos y ofrecer a nuestras pacientes las mejores técnicas quirúrgicas para la resolución de su patología.

c) Breve reseña del inicio de la Celioscopia o Laparoscopia en Venezuela en e Servicio de Ginecología del Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana. Entrega de documentos históricos a la Academia Nacional de Medicina por el Dr. Mario Santimone.

Introducción y saludo a las autoridades y demás Individuos de Número de la Ilustre Academia Nacional de Medicina, Miembros Correspondientes y demás invitados al acto.

Exposición de motivos y breve reseña histórica de la Laparoscopia en Venezuela.

Descripción del contenido del material a entregar para custodia u resguardo.

Importancia y trascendencia de este material..

Comentarios de algunas imágenes presentadas y su relación con académicos presentes.

Palabras de agradecimiento.

Intervinieron los doctores: Juan Antonio Yabur, Juan José Puigbó, Enriqueta Sileo, Eddy Verónica Mora, José Francisco, Jaime Díaz Bolaños, Antonio Clemente Heimerdinger y Felipe Martín Piñate.

d) Entrega de Diploma de Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana otorgado en el Congreso FLASOG, México al Académico Dr. Alfredo Díaz Bruzual, Presidente de la Academia Nacional de Medicina por el Dr. Antonio Villavicencio, Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

Introducción y saludo a las autoridades y demás Individuos de Número de la Ilustre Academia Nacional de Medicina, Miembros

Correspondientes y demás invitados al Acto.

Exposición de motivos y breve reseña histórica de la Laparoscopia en Venezuela.

Sesión Extraordinaria del 15 de marzo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. ELECCIÓN DE UN MIEMBRO CORRESPONDIENTE NACIONAL. PUESTO N° 1 Candidata: Dra. Eddy Verónica Mora.

2. Conversatorio: EL MITO DEL COLESTEROL ¿Cuáles la controversia? (preguntas y comentarios) por los Drs. Harry Acquatella M y Eduardo Morales Briceño.

Se presentan las nuevas evidencias en relación al colesterol, grasas y carbohidratos de la dieta y su relación con las enfermedades cardiovasculares.

Estas, son precedidas por los antecedentes presentados por la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) en relación con las enfermedades cardiovasculares, así como la evidencia que señala que las enfermedades crónicas no transmisibles tienen factores comunes, tales como hábitos y conductas poco saludables entre los que se encuentran la inactividad física y dietas poco saludables.

Se describe también la evolución del entendimiento de la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo, así como los hechos que relacionan al colesterol, LDL colesterol (LDL-C), HDL colesterol (HDL-C) y Triglicéridos con la enfermedad coronaria y la mortalidad.

Se describen algunos aspectos de importancia en relación al colesterol “el mito del colesterol”, enfatizándose que el azúcar y los carbohidratos son más dañinos que la grasa para la salud. Que el colesterol es un problema cuando se oxida, y una vez que ocurre, se adhiere al endotelio de las paredes vasculares e inicia la inflamación.

El patrón lipídico anormal en la mayoría de pacientes que desarrollan enfermedad coronaria es el de triglicéridos altos y HDL-C bajo, y no el colesterol elevado. El hecho de que el colesterol sérico elevado es un factor de riesgo mayor para enfermedad cardiovascular NO está en disputa, al igual que el LDL-C sérico elevado se correlaciona con un alto riesgo cardiovascular.

¿Cuál es la controversia?

La cuestión es si comer una gran cantidad de alimentos ricos en colesterol lleva a un LDL-C sérico elevado, y si limitar el consumo de colesterol de la dieta reduce el LDL-C sérico.

Aparecen las Guías dietéticas del Departamento de Agricultura y de Servicios Humanos de Salud de Estados Unidos de Norte América, con su actualización cada 5 años en 2015 (*Dietary Guidelines for Americans 2015-2020*) con su declaración de que “ el colesterol no es un nutriente de preocupación por su excesivo consumo!, además de la sugerencia de un patrón dietético saludable.

El pasado año aparece la Guía del Colegio Americano de Cardiología y de la *American Heart Association (AHA/ACC Guideline 2017)*, sobre las grasas de la dieta y enfermedad cardiovascular, en la que se señala una mayor reducción del consumo de grasas saturadas de 10 % a 5-6 % del total de calorías o de energía diaria, y la sustitución de estas por grasas poli-insaturadas, mono-insaturadas y carbohidratos, evitando el uso de grasas trans, dañinas para la salud.

Posteriormente el pasado año aparecen las evidencias mostradas por el estudio PURE (*prospective Urban and Rural Epidemiological Study*) revelando que contrario a lo preconizado públicamente “dietas altas en carbohidratos parecen ser peores para los lípidos sanguíneos que dietas ricas en grasas”, no soportando las recomendaciones de limitar el consumo de grasas mono y poli-insaturadas. Al mismo tiempo enfatiza enfocarse en la medición de lipoproteínas más avanzadas, y su relación, como la relación ApoB/Apo A (marcador más sensible de predicción de riesgo.

El cambio de criterios parece ser debido a que la ciencia siempre está mejorando, que la investigación de alta calidad requiere de una metodología meticulosa como son los

estudios aleatorizados y controlados, ya que la investigación antes de la era moderna se sustentaba mayormente en estudios observacionales con todos los sesgos inherentes.

Se enfatiza en que “la enfermedad cardiovascular es una enfermedad del azúcar”, y se comenta sobre el impacto de la Industria del aceite, del azúcar y la Industria Farmacéutica en lo relacionado a la dieta, el tratamiento de las dislipidemias y las enfermedades cardiovasculares.

NOTA: Se presentan objetivamente todas las evidencias, con miras a lograr la discusión y oír las distintas opiniones respecto al tema, y así lograr una posición de equilibrio en relación a las conclusiones discordantes acerca de la relación entre las grasas saturadas de la dieta y el riesgo de la enfermedad cardiovascular.

Intervinieron los doctores: José O’Daly Carbonell, Aixa Muller de Soyano, Juan José Puigbó, Rafael Muci Mendoza, César Blanco Rengel, Saúl Kizer, Mauricio Gohman y José Francisco.

3. PANEL-FORO de la Comisión de Cirugía y Especialidades Quirúrgicas Coordinador: Dr. Felipe Martín Piñate y Moderador: Dr. Marco Sorgi Venturoni, con el siguiente programa:

a) Estrés en Cirugía” por el Dr. Sabas Castillo

Mucho se ha escrito tanto del estrés asociado al paciente sometido a una intervención quirúrgica —evento que desata las ansiedades más primitivas, como las de muerte o desintegración— así como las del profesional encargado de llevar a cabo la intervención, el cirujano. Existe una amplia justificación de ambas situaciones y el enfoque, en este caso, se va a realizar en el estrés del médico. La historia de la medicina y su ejercicio es tan extensa como la presencia humana: la vida, sus vicisitudes, en el deterioro del cuerpo asociado al paso del tiempo, la conservación de la salud y su restauración cuando se enferma, la extinción de la vida con la muerte han sido constantes objetos de preocupación en la mente del hombre. El médico, primero hechicero y luego formado con hechos y conocimiento y el barbero andante que dio paso al cirujano, mejorado con el advenimiento del mayor dominio de la anatomía, de la incursión de

anestésicos y antibióticos, han todos contribuido tanto al progreso médico ya la percepción de la medicina como espacio de trámite del proceso salud/enfermedad y del alejamiento de la temida muerte física, al mejorar las expectativas de vida o combatir enfermedades curables.

Un reciente estudio publicado por el portal gratuito de internet Medscape.com denominado “*Lifestile and Bornout, General Surgery 2018*”, señala que del universo consultado de 15 543 médicos americanos de 29 especialidades médicas (95 % de nivel de confianza) muestra que el 49 % de los cirujanos participantes reconocen un nivel de agotamiento o depresión o ambos. Se sabe que el estrés continuado (acá inscrito como agotamiento) puede conducir a la depresión clínica si no se recurre a modificación de los elementos causantes o se descarta la búsqueda de ayuda profesional. De la misma manera solo un 27 % de los cirujanos señalaron sentirse a gusto con su trabajo, mientras que el 52 % señaló sentirse a gusto fuera del trabajo. Todo esto nos habla de unas condiciones adversas específicas al ejercicio de la cirugía y que el estudio mostró los causales: 1) papeleo y burocracia administrativa; 2) jornadas largas y 3) ausencia de respeto de superiores y colegas. El estudio también reflejó un 6 % mayor de afectación emocional en mujeres cirujanos en relación con sus contrapartes masculinos y que solo el 21 % de los cirujanos busca ayuda profesional en la solución de sus problemas.

El estudio no refleja los temores comúnmente asociados a los aspectos emocionales del trabajar en condiciones de estrés vida-muerte en el cual se espera el sostenimiento de la vida a toda costa, la reducción de las tasas de mortalidad quirúrgicas y la posibilidad de complicaciones o lesiones pos-quirúrgicas.

Pudiera pensarse en la posibilidad de ofrecer desde los organismos colegiados mayor ayuda al profesional de la cirugía y desde lo individual ajustar las demandas y exigencias asociadas al ejercicio.

No hubo intervenciones

b) Últimas novedades en cirugía Oncológica por el Dr. Gustavo Gotera

No hubo intervenciones

**Sesión Extraordinaria del 22 de marzo
de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. Presentación del Trabajo de Incorporación para ocupar el Sillón XI del Dr. Saúl Kizer Yorniski, intitulado “Factores preventivos de la mortalidad materna”.

Objetivo: analizar los factores relacionados con la reducción de la mortalidad materna en Venezuela que permitan diseñar estrategias que conduzcan a la disminución de las cifras actuales.

Método: Se trata de un estudio documental y descriptivo en el que se hizo una revisión y análisis de la literatura nacional e internacional relacionada con la mortalidad materna. Se seleccionó el período 2000-2017. Se escogió este lapso por la gran cantidad de trabajos que sobre el tema se publicaron en él. En el desarrollo del trabajo se hicieron consideraciones sobre la definición de la mortalidad materna y su frecuencia; así como, sobre la importancia de su prevención. Se efectuó el estudio de los temas de cada factor preventivo en particular. Los factores analizados fueron edad materna, control prenatal, número de embarazos y partos, evolución del embarazo y parto, planificación familiar y aborto, la institucionalidad relacionada con la salud materna, responsabilidad de las autoridades sanitarias y factores sociales tales como educación, alimentación, ingresos económicos, estado civil, residencia, situaciones de violencia.

Conclusiones: 1) Que para su reducción efectiva es indispensable tener el apoyo y la firme voluntad política de las autoridades con facultades e inherencia sobre la salud de la mujer en edad reproductiva y para su atención integral de esta manera poder cumplir los siguientes aspectos: **a)** resolver los factores sociales que influyen en la mujer, entre los que se destacan la alimentación y la educación **b)** Prevención del embarazo con centros de PF, apropiados y operativos para la orientación y uso de los diferentes métodos anticonceptivos **c)** Debatir entre los interesados sobre el problema del aborto ilegal o inseguro para lograr la disminución de esta práctica; **2)** Prevención de las complicaciones

del embarazo, parto y posparto, con la asistencia al control prenatal. Durante el parto cubrir las necesidades requeridas para su atención en las mejores condiciones posibles y durante el posparto, proveer los cuidados necesarios con el objeto de que la mujer comience a ejercer su nuevo oficio: ser madre; **3)** Tener hospitales equipados para tratar las emergencias que puedan presentar las embarazadas; **4)** Las muertes maternas deben ser estudiadas y analizadas por un comité de vigilancia a objeto de registrarlas todas, además hacer autopsias en el máximo número posible y con el resultado del comité hacer las modificaciones necesarias para evitar que sigan ocurriendo; **5)** Solicitar y prestar atención a los Organismos Internacionales involucrados en la materia, así como de las Asociaciones Nacionales que se presten para ello.

2. Juicio Crítico por la Académica Dr. Ofelia Uzcátegui Uzcátegui.

Sesión Solemne del 22 de marzo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. Juramentación del Recipiendario Dr. Saúl Kizer Yorniski, Individuo de Número. Sillón XI.

2. Discurso de Recepción por el Académico Dr. Saúl Kizer Yorniski, Individuo de Número, Sillón XI.

3. Discurso de Bienvenida por el Académico Dr. Rafael Muci-Mendoza, Individuo de Número. Sillón IV.

**Sesión Extraordinaria del 05 de abril
de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

Presentación del Trabajo de Incorporación para ocupar el Sillón III del Dr. Marco Sorgi Venturoni, intitulado Cáncer de recto bajo. Estadificación al Diagnóstico. Resultados en 30 años de experiencia.

Objetivo: Determinar el estadio en el que encuentran los pacientes con cáncer de recto bajo que acuden a una unidad especializada de colon y recto.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, para el cual se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia basado en 15 462 pacientes coloproctológicos evaluados en dos centros entre 1987 y diciembre 2017. Se incluyeron 192 pacientes con diagnósticos de adenocarcinoma de recto bajo, 138 en el grupo I y 54 en el grupo II. Se aplicó la prueba de T de Student para muestras independientes; prueba de Chi-cuadrado para variables nominales.

Resultados: 68/138 pacientes masculinos en el grupo I (LA) y 19/54 masculinos para el grupo II (ICUT), sin diferencia significativa entre ambos sexos ($P=0,078$). Un rango de edades para el grupo I (LA) comprendidas entre 25 y 89 años, con una media de 61 ($DE\pm 14$) y para el grupo II (ICUT) un rango de 46 a 80 años con edad media de 63 ($DE\pm 6$). Se evidencia predominio de pacientes en la séptima década de la vida, no se observa una diferencia significativa ($P=0,410$) al comparar ambos grupos estudiados. La estadificación TNM de los tumores de ambos grupos indican que no hay diferencia estadísticamente significativa ($P=0,233$) entre el grupo I (LA) y el grupo II (ICUT). Se encontraban en los estadios avanzados

($>T3N1$) en el 65,2 % para el grupo I y en 61,1 % para el grupo II.

Conclusiones: El cáncer de recto bajo se presenta con mayor frecuencia en estadio localmente avanzado al momento del diagnóstico.

2. Juicio Crítico por el Académico Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Sesión Solemne del 05 de abril de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. Juramentación del Recipiendario Dr. Marco Sorgi Venturoni, Individuo de Número. Sillón XI.

2. Discurso de Recepción por el Académico Dr. Marco Sorgi Venturoni, Individuo de Número, Sillón III.

3. Discurso de Bienvenida por el Académico Dr. Enrique S. López Loyo, Individuo de Número, Sillón XXXI.

Sesión Ordinaria del 12 de abril de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. Homenaje al Académico Dr. Francisco Kerdel Vegas, Individuo de Número. Sillón XXIV por el Académico Dr. Mauricio Gohman Yahr.

Sr. Presidente y Miembros de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina. Srs. Académicos, Familiares del Dr. Francisco Kerdel Vegas, Señoras y Señores: Es un privilegio referirme a la vida y obras de mi amigo y mentor el Dr. Kerdel Vegas.

Francisco nació en 1928 y se graduó en la Universidad Central de Venezuela en 1951. En su promoción hubo tres importantes dermatólogos: Francisco; Jacobo Obadía Serfaty quien fuera Profesor, exitoso en el ejercicio privado así como Presidente de la Sociedad Venezolana de Dermatología (SVD) y Oscar Reyes Flores, un gran maestro de la Dermatología y de la histopatología de la piel, así como también Presidente de la SVD.

Después de su graduación, Francisco fue a los Estados Unidos para su posgrado en dermatología. Inicialmente al Mass. General, y luego de un año al *New York Skin and Cancer Unit* de la Universidad de Nueva York. Allí, bajo la égida del Maestro de Maestros, Marion B. Sulzberger, se formó a cabalidad, hizo amigos y cristalizó su personalidad científica y médica. Al volver a Caracas, se incorporó al Servicio de Dermatología del Hospital Vargas y a la Cátedra de esta misma especialidad de la Universidad Central. Abrió un magnífico consultorio en Chuao, apropiadamente llamado "Centro Dermatológico".- Ese centro era un instituto dermatológico unipersonal (aunque trabajaron allí otros médicos). Su orientación era por supuesto la medicina privada, dirigida al enfermo individual. Contaba con un excelente

laboratorio clínico y microbiológico. Un pabellón quirúrgico muy bien dotado y excelentes instalaciones para fototerapia, crioterapia y radioterapia dermatológica así como microscopia de luz. Los enfermos, de todas las capas sociales (incluyendo las más elevadas y las humildes) recibían una atención personal y eficaz. Esto, en un país donde se encontraban entonces todas las medicinas disponibles. Conocí bien el sitio, porque suplía a Francisco cuando él salía de viaje, sobre todo a Congresos.

Lo que hasta ahora he descrito es el bosquejo de la actividad de un dermatólogo de alto nivel, en un país con desigualdades sociales y con camino por recorrer, pero en pleno progreso. Podría augurársele a Francisco una carrera distinguida, honrosa y bien recompensada. Pero,... Francisco era mucho más e hizo mucho más.

Comenzaron los tiempos de la instauración de la democracia representativa en Venezuela y de la Alianza para el Progreso en Estados Unidos. La Facultad de Medicina de Caracas tenía un nuevo hospital, el Universitario, el cual debía reemplazar al Vargas. Muchos profesores no lo quisieron así. Propusieron renovar al viejo hospital no solo en su estructura física sino en la concepción de la enseñanza de la medicina. Jacinto Convit y Francisco Kerdel Vegas estuvieron a la vanguardia de este movimiento. Iniciaron acciones para crear alianzas con el exterior y hacer posible no solo la enseñanza y práctica de la medicina sino la investigación en esa disciplina, con inclusión y fomento de la investigación básica.

Convit y Kerdel aseguraron un fondo de investigaciones ("Grant") de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) por la entonces respetable suma de cien mil dólares. Eso se empleó para hacer un núcleo de investigación en lepra y enfermedades tropicales. Kerdel y Convit, junto con otros médicos del hospital y la facultad (entre ellos los Drs. González Luque y Manzanilla) establecieron vínculos con la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford mediante la acción facilitadora inicial del Dr. Sulzberge y la acción determinante y decidida de los Drs. Farber y Raffel de Stanford. El Decano para entonces de Stanford, el Dr. Alway, visitó a Caracas y al Vargas a principios de la década de los 60. Los vínculos entre las dos instituciones

se hicieron realidad con la ida a Stanford de los Drs. González Luque, Manzanilla, Soto y quien les habla y luego del Dr. Convit.

Pero ¿cuál era el modelo de la Escuela de Medicina de Stanford en esa época?

Estudiantes en número relativamente reducido, escogidos por sus capacidades y los cuales presumiblemente se graduarían casi todos en el lapso previsto. Profesores ya eminentes pero muchos jóvenes, dedicados fundamentalmente a la investigación y docencia a tiempo integral. Los estudiantes estaban expuestos a la investigación desde el comienzo de la carrera. Los estudiantes seguirían caminos individualizados con acceso a las ciencias básicas y a las enseñanzas proporcionadas por otras facultades de la Universidad. Muchos de los estudiantes seguirían a su vez carreras académicas. Para dar solo un ejemplo, la Cátedra de Bioquímica de Stanford tenía cuatro premios Nobel en su cuerpo profesoral y lo mismo sucedía con la Cátedra de Genética Médica. Es evidente que lo que se consiguió en Stanford y se buscaba para Venezuela no era una Facultad de Medicina promedio, para llenar las necesidades asistenciales del país (cosa por otro lado muy respetable) sino una Facultad diferente destinada a crear modelos y conductores para producir conocimiento, transmitirlo y servir de modelo y estímulo para otras facultades. Por ello, tanto Francisco como los otros mencionados antes y varios más, queríamos una nueva facultad de medicina que llevase el nombre de Vargas, con metas y capacidades y decano propios y con la independencia necesaria. No se obtuvo esto, sino, y con esfuerzo, una "escuela" con su propio director pero compartiendo Decano y Consejo de Facultad, con los compañeros ubicados en la Ciudad Universitaria. El resultado fue un beneficioso, pero sólo parcial e incompleto avance general, por la progresiva absorción de los pocos por los muchos. Hubo sin embargo una excepción, la creación por Convit y Kerdel del Instituto Nacional de Dermatología. Este haría en y por la Dermatología lo que no pudo hacerse por y para la Facultad en su totalidad.

En el caso del Instituto sucedió lo contrario de lo que generalmente sucede en nuestro país, donde se hacen primero los edificios y luego se van llenando las plazas y las actividades. Aquí ocurrió lo contrario. Mientras Convit y Kerdel

supervisaban y hacían posible la construcción del instituto, los laboratorios, las personas y parte de los equipos funcionaban plenamente en locales provisionales del Hospital Vargas incluyendo el edificio del viejo Hospital de Niños. En la concepción misma del Instituto de Dermatología diferían las visiones de sus padres. El Dr. Convit deseaba unir los esfuerzos de la Universidad y del Ministerio de Sanidad y tenía un enfoque esencialmente de investigación y servicio en temas relacionados con la salud pública no necesariamente limitado (aunque sí dirigido preferentemente) a la Dermatología. El Dr. Kerdel, dirigía su enfoque a la Dermatología y Ciencias Básicas y aspiraba a obtener apoyo de la iniciativa privada nacional e internacional siguiendo en mucho al modelo norteamericano. Prevalció fundamentalmente la óptica del Dr. Convit y por muchos años, parecía que había sido la decisión adecuada. Luego, parte del esfuerzo se dispersó en temas no dermatológicos lo cual produjo roces con ciertas personas y estructuras. El predominio gubernamental fue muy favorable, pero sólo mientras en este dominara el respeto hacia la actividad científica libre y a los valores académicos.

El Dr. Kerdel Vegas dirigió luego sus esfuerzos hacia áreas más amplias fuera de los ámbitos del Instituto y de la Escuela Vargas. Las instituciones fueron diversas, la Universidad Simón Bolívar de la cual fue miembro del equipo rectoral inaugural, el Centro Médico Docente La Trinidad y finalmente la labor diplomática donde ocupó exaltada posición como Embajador de Venezuela ante el Reino Unido y ante la UNESCO. Siempre siguió Francisco un patrón de conducta invariable en su esencia: el fomento y desarrollo de las actividades científicas superiores mediante el apoyo a las personas capaces y a las instituciones preexistentes o creadas para la formación y la labor de los científicos y educadores; buscar la excelencia, pero sobre todo la eclosión de capacidades que pudieran quedar sepultadas en el seno de actividades o instituciones rígidas, ineficientes o adocenadas. Para hacer todo esto, así como importantes actividades editoriales (publicación de revistas científicas como Acta Médica Venezolana, y autoría y traducción combinadas de textos científicos dermatológicos) Francisco utilizó habilidades valiosísimas y poco frecuentes; en el sentido que pocas veces

se hallan todas en poder de una sola persona. Francisco funciona como una neurona que se comporta no solo como neurona sino también como linfocito. Se une a otras células y transmite a ellas información y recibe conocimiento de ellas y también las relaciona entre sí, pero, no se encuentra limitado en el número y tipo de uniones como ocurre con las neuronas y sinapsis sino que se mueve en el espacio y en el tiempo interacciona por contacto y a distancia con células de los tipos más variados y las cambia a la vez que él mismo experimenta cambios por la acción y naturaleza de esas otras células. A ello debe añadirse la capacidad en la toma de decisiones rápidas y eficientes e incluso la habilidad de improvisación y de fomentar la incorporación de esfuerzos. Un ejemplo puede aclarar el concepto. Todavía temprano en su carrera y muy temprano en la mía, le llama la atención a Francisco la cantidad de casos de rinoescleroma observados en el Servicio de Dermatología del Vargas. Hace estudiar las historias y encontramos que tanto en el Servicio de Dermatología, como en el de Otorrinolaringología, la mayoría de los casos o por lo menos una proporción muy importante venía del Estado Trujillo y sobre todo de Boconó y sus vecindades. Usualmente, esto llevaría a la publicación de un trabajo en una revista local señalando lo antes mencionado. No así con Francisco, decide viajar a Boconó en su propio automóvil, con el Dr. Gordon, enviado a Venezuela por el Dr. Sulzberger y conmigo. Se establecen contactos con los médicos de Dermatología Sanitaria con la ayuda del Dr. Convit y en una época de asueto viajamos a Boconó. Se ven pacientes en el Hospital Rangel y en las oficinas de Dermatología Sanitaria (entonces División de Lepra) y se encuentran muchos casos más y se anotan sus orígenes. Una segunda expedición lleva además a un Laboratorista y Bacteriólogo (del Laboratorio del Consultorio del Dr. Kerdel) a un Otorrinolaringólogo (cuñado del Dr. Kerdel) y nuevamente el médico de la División de Lepra quien tiene un jeep. Nos dirigimos a muchos pueblecillos de Trujillo buscando casos de rinoescleroma, diagnosticándolos, haciendo cultivos y biopsias, intradermorreacciones y fotos. De allí sale un trabajo presentado y premiado en las Jornadas Médicas de los 70 años del Hospital Vargas y un libro publicado en inglés por la entonces eminente Editorial de Charles C Thomas en Estados Unidos con un

prólogo del Dr. Marion Sulzberger. Este libro fue después traducido al castellano y publicado en Barcelona, España, por la Editorial Científico-Médica y en todos con la autoría de Kerdel, Convit, Gordon y Goihman. Sigue siendo una fuente de referencia en el tema. De este libro salió la idea de publicación de un Atlas de Enfermedades Tropicales. Lamentablemente este último no se concluyó. Analícese lo que sucedió: una observación clínica aguda, pero no en sí excepcional. Una revisión inicial en los archivos del Hospital. Una decisión de investigar mucho más a fondo, la escogencia rápida de un equipo entusiasta.

Nótese la decisión de un viaje exploratorio con participación y recursos personales. La insistencia en una segunda expedición más completa pero llevada a cabo del mismo modo. Un trabajo escrito inicial, el aprovechamiento de lo aprendido y la correcta evaluación de su importancia y el empleo de conexiones en el extranjero y del conocimiento de la bibliografía y de los idiomas extranjeros para la publicación y difusión mundiales, posibles porque la calidad del trabajo lo permitía. Finalmente un proyecto aún más ambicioso que no se lleva a cabo por la interferencia con otras actividades que de pronto se hacen más prioritarias.

Este es un esquema que luego se repite pero con metas más amplias y más importantes. Una Universidad, un Centro Médico Docente, la imagen de Venezuela en el extranjero, la formación de recursos humanos en el exterior. El empleo de los venezolanos que estén en posición valiosa en centros de excelencia mundiales para la enseñanza de y para trabajos conjuntos con venezolanos e instituciones venezolanas. En todos los casos amor a Venezuela y labor para Venezuela y por Venezuela... En todos los casos también logros estables importantísimos pero menores que lo inicialmente alcanzado y también incomprensión y bloqueos intencionados o no, por personas que vibran a frecuencias diferentes a las de él.

En la Inglaterra del siglo XIX un gran visionario realizador, Benjamín Disraeli, quien hizo mucho pero quiso hacer mucho más fue interrogado al final de su vida. Dijo a quien lo entrevistaba, mostrando los pulgares del propio Disraeli, el uno al lado del otro. “Quise

hacer mucho. pero no lo logré. Se puede hacer esto...y separó los pulgares como dos pulgadas o aún esto y los separó al doble de esa distancia. Pero jamás pude hacer esto...y abrió los brazos ampliamente.”

Que esto sirva de homenaje y aprecio a quien hizo mucho por Venezuela, su medicina y por muchas personas entre ellas, quien escribe estas líneas. Quiso hacer aún más... Vive para ver como mucho de lo que esculpí aún permanece, pero como mucho también ha sido destruido. Estoy seguro que él como yo aún esperamos que no sólo persista lo ya germinado sino que la semilla sembrada y la semilla de la semilla den árboles y frutos para un futuro mejor.

Intervino el doctor: Antonio Clemente Heimerdinger

2. QUE ES LA FUNDACIÓN ACCIÓN SOLIDARIA por el Sr. Feliciano Reyna, Presidente de Acción Solidaria.

El derecho a la salud en Emergencias humanitarias complejas por Feliciano Reyna Gan teame de Acción Solidaria.

Venezuela vive actualmente lo que se ha denominado una “Emergencia Humanitaria Compleja”. Es de lenta instalación, implica un complicado conjunto de circunstancias sociales, económicas y políticas, exceden la capacidad de la sociedad para responder y demanda asistencia externa. Tiene su raíz en conflictos políticos y requieren de una respuesta amplia, nacional e internacional integrada con esfuerzos políticos.

El objetivo del Programa de Acción Solidaria es enfrentar esos desafíos y mitigar sus efectos a través de varias estrategias: Provisión de bienes por medio de redes de solidaridad, Preparación ante potenciales daños por hambre y epidemias, acciones de documentación y defensa de derechos humanos y articulación con pares y otros actores. Diplomacia ciudadana.

El Programa de Acción humanitaria en coordinación con CODEVIDA (Coalición de organizaciones por el derecho a la salud y a la vida) ha recibido y distribuido entre junio 2016 y febrero 2017, 56 embarques para un total de 44 toneladas de suministros, provenientes de 42 ciudades en 17 países. Se atienden actualmente

aproximadamente 2 500 llamadas al mes para atención individual. En Venezuela, el Programa tiene 47 organizaciones aliadas en 13 estados, y redes de personal de salud en 22 instituciones públicas. Se han entregado más de 800 000 unidades de medicinas.

También se realizan acciones ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de solicitud de medidas cautelares para personas que no reciben sus medicinas. Se considera delito de Lesa Humanidad no permitir la entrada de la ayuda internacional que la población necesita.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, María Yanes y Saúl Kizer.

3. FORO “CONDICIONES DE VIDA DE LOS VENEZOLANOS” Coordinador: Dr. Humiades Urbina Medina.

1. Consecuencias nutricionales del patrón ENCOVI de alimentación, por los Doctores Marianella Herrera Cuenca (Fundación Bengoa CENDES-UCV), Maritza Landaeta Jiménez (Fundación Bengoa), Guillermo Ramírez (Post-grado en Estadística UCV) y Maura Vásquez (Posgrado en Estadística UCV).

Introducción: Las condiciones en las cuales los seres humanos inician la vida es crucial para determinar la salud del futuro, desde las primeras investigaciones de David Barker en 1998, sobre el peso al nacer y su relación con la aparición de enfermedades cardiovasculares a futuro, se inició una nueva etapa en el entendimiento de la prevención las enfermedades crónicas y del establecimiento temprano de la salud en los humanos. También se ha establecido la relación que existe entre el estado nutricional de las mujeres que se encuentran en etapa pre-concepcional, indicando que las mujeres que enfrentan el embarazo con déficits nutricionales se encuentran en mayor riesgo de complicaciones tanto para ellas como para el producto de la concepción. En Venezuela, las condiciones de vida impiden el buen desenvolvimiento cotidiano de las familias, y según ha demostrado la encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI) del año 2017, un 80 % de los hogares venezolanos se encuentran en situación de inseguridad alimentaria. Esto

indica que quienes viven en estos hogares, se encuentran expuestos a entornos desfavorables donde muy posiblemente los alimentos no son suficientes para alimentar a los miembros de la familia. El **objetivo** de este trabajo fue determinar la población de mujeres en edad fértil expuesta a riesgos nutricionales en los hogares venezolanos, y contrastarlos con los resultados antropométricos de otro estudio realizado en niños entre 0 a 2 años de edad durante el mismo año 2017.

Método: Tomando como base la encuesta ENCOVI del año 2017, realizada mediante una encuesta en 6 168 hogares seleccionados mediante muestreo aleatorio, polietápico, por cuotas en ciudades grandes, medianas, pequeñas y caseríos en el territorio nacional, se analizaron los miembros del hogar y se determinaron las frecuencias por género y edad. Paralelamente, se realizó una encuesta representativa con muestreo aleatorio en sectores populares del país y se obtuvo una muestra de 449 niños entre 0-2 años de edad, en la cual se obtuvo el peso y la talla de los niños.

Resultados y Discusión: Se obtuvo la información de 5 717 representantes de hogares, de los cuales de los cuales la mitad fueron hombres y la mitad mujeres. El 63,1 % de los hombres perdió 11,8 kg de peso en promedio, en tanto que el 63,5 % de las mujeres disminuyó 10,5 kilos en promedio. La diferencia entre ambos sexos no fue estadísticamente significativa. Estos hogares, estuvieron compuestos por hombres y mujeres en tres grupos de edad menores de 18 años, 18 a 45 años y 45 y más. Además el patrón de alimentación reportado por ENCOVI-Alimentación, muestra una tendencia a la intención de compra de arroz, harina de maíz grasas y un aumento alarmante en la intención de compra de tubérculos, alimentos a los que se encuentra expuesta la familia venezolana. En los hogares, el grupo de niñas y adolescentes femeninas constituyó el 33,7 % (n=4105) de los individuos de sexo femenino en la muestra en tanto que las mujeres en verdadera edad fértil (18 a 45 años) constituyeron el 40,3 % de las mujeres (n=4909). El 33,2 % de los niños evaluados en la encuesta paralela resultaron bajo la norma según el indicador talla/edad, y según el indicador peso/talla, 9,4 % estuvieron bajo la norma y el 13,4 % sobre la norma, sin embargo en el análisis de ji², realizado entre los indicadores

se observó que el 58,3 % de los niños ubicados sobre la norma según el indicador peso para la talla, se encontraban bajo la norma según el indicador talla/edad. Estos datos reflejan que la proporción de la población de mujeres en edad fértil expuesta a un riesgo de déficit nutricional es importante, si asumimos que el 63 % de la población femenina representantes de hogares reportó una pérdida de 10,5 kilos en promedio, lo cual indica que las condiciones en las cuales una mujer enfrenta el embarazo en la Venezuela de hoy no son las condiciones adecuadas. Además, la población proyectada para el 2018, basado en el censo 2011 (cálculos propios) serían 31 828 110 millones de venezolanos y de estos, 1 691 907 serían niños entre 0-2 años de edad. Tomando en consideración que el 80 % de los venezolanos viven en condiciones de pobreza, y asumiendo que el 33 % de los niños entre 0-2 años que viven en condiciones de pobreza presentan ya un rezago en el crecimiento, potencialmente 449 370 niños en etapa de los primeros 1 000 días de vida presentan ya desnutrición crónica manifestada por un retardo del crecimiento en talla para la edad.

Conclusiones: En Venezuela, el bienestar de las futuras generaciones se encuentra comprometido, bien sea por las condiciones alimentarias y nutricionales de las futuras madres al enfrentar el embarazo en condiciones de privación nutricional, y el 33 % de los niños ya presentan un retardo de crecimiento en talla a los 2 años de edad, período crítico del crecimiento en los humanos. Además la familia venezolana se encuentra expuesta a un patrón de alimentación bajo en proteínas, deficiente en micronutrientes esenciales y lleno de alimentos calóricos, los cuales permiten la sobrevivencia de las familias. No tomar las medidas de atención necesarias en este momento, implica un deterioro de las futuras generaciones del país y ultimadamente un compromiso en el desarrollo del mismo. Es muy elevado el costo de iniciar la vida en malas condiciones y el reto de superar estas brechas es complicado. Es urgente comenzar la recuperación cuanto antes.

2. La alimentación del venezolano. Encuesta sobre condiciones de Vida 2017 por los Doctores Maritza Landaeta (Fundación Bengoa), Marianella Herrera Cuenca (Fundación Bengoa, CENDES-UCV)

Guillermo Ramírez y Maura Vásquez (Posgrado Estadística-UCV).

Objetivo: La Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida 2017 (ENCOVI) (UCAB, USB, UCV) y Fundación Bengoa. Propósito: producir información relevante y actual que permita conocer las condiciones de vida de la población venezolana e identificar los principales problemas que vulneran sus derechos sociales. En alimentación, investigar hábitos de compra, características del consumo, inseguridad alimentaria y enfermedades vinculadas con la alimentación.

Método: Muestra no probabilística (6 168 hogares), muestreo aleatorio polietápico, por regiones y ciudades: grandes, medianas, pequeñas y caseríos, informante representante del hogar. Comparación con ENCOVI 2014 al 2016, del patrón de compra y de alimentación, insuficiencia del ingreso e inseguridad alimentaria.

Resultados: La compra semanal se concentró en cereales 31,3 % (arroz, harina de maíz, pan y pasta), tubérculos 9,3 %. Se redujo la compra de carnes, pollo, leche, huevos, hortalizas y frutas y aumentó los tubérculos (yuca) y leguminosas. Alimentos insuficientes en 71 % de los hogares, 70 % el dinero no alcanza para comprar, 63,2 % de los adultos recortaron o saltaron comidas, 80 % comió menos porque no hay suficiente comida, 61,2 % se acostó con hambre. Inseguridad alimentaria en 80 % de los hogares, de estos la mitad no son pobres y su nivel educativo es medio y alto, acelerado empobrecimiento de la clase media. 20 % de los entrevistados no se desayuna y 27 % hacen dos o menos comidas diarias, 8,1 millones de personas en situación de hambre. Fuerte impacto en la salud, 64,3 % de los hombres y mujeres perdió 11,4 kg en el último año. El deterioro del poder adquisitivo se incrementó sólo 10 % de los hogares podían adquirir la cesta básica. La dieta tradicional perdió calidad, cantidad y variedad, está "anémica" por reducción en alimentos fuentes de hierro, zinc, vitaminas A, complejo B y otros micronutrientes.

Conclusiones: Se acentúa la desigualdad e inequidad en la alimentación, la hiperinflación profundiza el hambre, la inseguridad y la vulnerabilidad alimentaria. Los venezolanos sufren las graves consecuencias de las peores políticas públicas implementadas en la historia

del país, generadoras de hambre, insalubridad, desnutrición y muerte prematura.

3. Salud: atención prenatal e inmunizaciones por el Doctor Marino González Reyes.

Objetivo: La presentación incluye los principales resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada en 2017, especialmente en el área de salud (atención prenatal e inmunizaciones).

Método: Se realizó una muestra de 6 168 hogares representativa del país y se obtuvo información de aproximadamente 24 000 personas. Para la obtención de la información se realizó un cuestionario específico contentivo de preguntas en áreas de condiciones de vida. El trabajo de campo de la encuesta se realizó en los meses de julio, agosto y septiembre de 2017.

Resultados: Se presentaron, en primer lugar, las características del contexto global y de la evolución del desarrollo de Venezuela, con el propósito de establecer la brecha, especialmente en las capacidades analíticas de la población. De acuerdo con los datos de ingreso obtenidos en ENCOVI 2017, se indica que el 61 % de los niños menores de 3 años se encuentran en riesgo al no poder consumir los alimentos requeridos para su desarrollo cognitivo adecuado. La atención prenatal se realiza mayoritariamente en servicios de salud de gestión pública. El 11,4 % de las embarazadas reportó que comenzaron el control prenatal a partir del cuarto mes de embarazo (3,4 % en el octavo mes). Se indica que aproximadamente 45 000 mujeres embarazadas están en riesgo por no tener control prenatal o iniciarlo tardíamente. El porcentaje de control en los dos primeros meses en las mujeres embarazadas del quintil de menores recursos (quintil 1) es cercano a 40 %, mientras que en las mujeres del quintil 5 (mayores recursos) es 97 %. También se indica que las coberturas de las vacunas que se deben administrar en los primeros días después del nacimiento (AntiBCG y AntihepatitisB), es 72 % y 60 % respectivamente, distante de la cobertura ideal de 100 %.

Conclusiones: Los resultados indican la necesidad de cambios sustantivos en las políticas públicas en las áreas de atención prenatal e inmunizaciones.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz

Bruzual, José Antonio O'Daly Carbonell, José Francisco, Harry Acquatella, Marco Sorgi Venturoni, Aixa Müller y Luisa Quintero.

Sesión Extraordinaria del 26 de abril de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

ELECCIÓN DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA PARA EL BIENIO 2018-2020

Presidente: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

Vicepresidente: Dr. Enrique Santiago López Loyo

Secretario: Dr. Huníades Urbina Medina

Tesorera: Dra. Lilia Cruz Rodríguez

Bibliotecario-Archivero: Dr. Guillermo Colmenares Arreaza

Sesión Ordinaria del 03 de mayo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. El receptor TRPVI: Del ají chirel a la analgesia” por el Dr. Horacio Vanegas F.

El dolor es una vivencia subjetiva que se produce cuando nuestro cuerpo es sometido a algún agente capaz de hacer daño. Las neuronas aferentes primarias nociceptivas lo detectan y envían impulsos que, a través de varias estaciones de relevo, activan a las neuronas de la corteza cerebral que generan la vivencia del dolor.

La capsaicina del ají produce dolor quemante porque activa detectores neuronales que dejan entrar sodio y calcio a la célula, recientemente descubiertos y llamados TRPVI. El TRPVI es activado por agentes dañinos como temperaturas mayores de 43° C. o acidez debida a inflamación, infección o isquemia. En este caso, o cuando hay daño en un nervio, se liberan mediadores que hacen que el TRPVI se sensibilice y haya dolor a temperaturas normales o inferiores.

Recientemente se descubrió que el TRPVI se encuentra también en el cerebro. Allí es activado por los endovaniloideos y otros derivados del ácido araquidónico, que probablemente tienen funciones útiles pero casi desconocidas. Curiosamente, una de las funciones del TRPVI en el cerebro es aliviar el dolor. Esto se debe a que activa estructuras del tallo cerebral encargadas de enviar impulsos hasta las estaciones de relevo y así disminuir el flujo de impulsos nerviosos desde el tejido dañado hacia el cerebro.

Existen fármacos con capsaicina para aplicación tópica, que actúan por contrairritación o por desensibilización y pueden aliviar un dolor preexistente. También hay parches cutáneos de alta concentración (8 %), que producen una inactivación duradera de las neuronas aferentes nociceptivas y así mitigan el dolor neuropático.

Intervinieron los doctores: Rafael Muci-Mendoza, José O'Daly Carbonell, Felipe Martín Piñate, Claudio Aoñin Soulie, Lilia Cruz Rodríguez, Saúl Kizer y Juan José Puigbó

2. Miocardiopatía o displasia arritmogénica del ventrículo derecho (ACM, MAVD). Presentación de dos casos prototipos por la Dra. Claudia Blandenier de Suárez.

La miocardiopatía y/o displasia arritmogénica del VD, es una enfermedad del miocardio no isquémica, ubicada dentro del grupo de las miocardiopatías primarias genéticas (OMS, 2006). La miocardiopatía arritmogénica del VD, tiene un carácter familiar hereditario, autosómico dominante con expresión variable y penetrancia incompleta (30,0 %). Su incidencia es de 1:5 000 personas en Europa. Afecta al género masculino en un 90,0 %, a niños y jóvenes entre 20 a 30 años de edad. El fenotipo patológico esencial de esta miocardiopatía es el reemplazo del miocardio del VD por tejido adiposo o fibro-adiposo con o sin un componente inflamatorio. Aunque su etiología no está totalmente resuelta, se ha demostrado mutaciones de los genes que codifican las proteínas desmosomales. Fenotipo clínico: La sintomatología consiste en: palpitaciones, dolor torácico atípico, mareos, síncope y en todas las fases de la enfermedad puede presentarse muerte súbita. Los criterios mayores de diagnóstico son: el diagnóstico confirmado en la autopsia o

biopsia o cirugía en un familiar; dilatación severa y reducción de la fracción de eyección del VD, con afección leve del VI; presencia de ondas epsilon, extrasístoles ventriculares sostenidas en el ECG y el diagnóstico emitido en la Biopsia endomiocárdica. No se han descrito factores de riesgo, pero se han concretado los Factores de riesgo de muerte súbita. Fenotipo macroscópico. El corazón es de forma y tamaño normal en las fases silentes y con hipertrofia excéntrica en las fases terminales. El elemento patológico central se observa en la cara antero septal donde el miocardio del epimiocardio y del endomiocardio, es reemplazado por tejido adiposo. Fenotipo histológico: Histológicamente, el miocardio del VD es reemplazado por tejido adiposo con o sin fibrosis, células apoptóticas e infiltrado inflamatorio de tipo mononuclear así como la expresión de citoquinas pro-inflamatorias. Los estudios ultraestructurales y de diagnóstico molecular y genético confirman los hallazgos histológicos y esclarecen algunos conceptos sobre la etiopatogenia. Se presentan dos casos prototipos que ilustran los aspectos clínico-anatomopatológicos de esta miocardiopatía, uno de ellos diagnosticado mediante biopsia endomiocárdica y el otro en la autopsia.

Intervinieron los doctores: José Andrés Octavio, Huniades Urbina, Felipe Martín Piñate, José O'Daly Carbonell, José Ramón Poleo, Juan José Puigbó, Rafael Muci-Mendoza y Enrique López Loyo.

Sesión Extraordinaria del 10 de mayo de 2018

Preside: Dr. Juan José Puigbó

Discusión Anteproyecto de la Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina

Sesión Ordinaria del 10 de mayo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. El Ultrasonido endoscópico terapéutico. Usos y Abusos” por el Académico Dr. José Ramón Poleo

Como ha ocurrido con otros métodos de imágenes entre los cuales se pueden citar la arteriografía con la técnica de Seldinger, el ultrasonido abdominal convencional, la tomografía computada y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por citar algunos ejemplos, su aplicación posterior desde su aparición para fines terapéuticos ha sido cuestión de poco tiempo. Lo mismo ha ocurrido con el **ultrasonido endoscópico (USE)**, ya que una vez que se comenzó a utilizar la **punción con aguja fina (PAF)** guiada por ultrasonido endoscópico (**PASF/USE**) con fines diagnósticos, como el citológico de diferentes tipos de tumores su implementación con fines terapéuticos no tardó mucho en comenzar a ser aplicada. No obstante, la utilización de cualquier técnica con fines diagnósticos o terapéuticos no está exenta de abusos en su utilización.

Para el momento actual, existen diversos aplicaciones terapéuticas del USE, incluyendo algunas que no hace tiempo eran consideradas como técnicas experimentales aplicables sólo bajo protocolos establecidos de investigación y que hoy en día forman parte de los recursos terapéuticos de quienes practican estas técnicas.

Entre los principales **procedimientos terapéuticos establecidos** se pueden citar:

- El drenaje de quistes, abscesos y otras colecciones mediastinales o abdominales.
- El drenaje de colecciones líquidas pancreáticas (pseudoquistes y necrosis pancreáticas organizadas).
- Los drenajes biliopancreático.
- La neurolisis/bloqueo del plexo celíaco.
- La ablación de tumores quísticos.

El objeto de esta comunicación es describir los principales métodos terapéuticos que se pueden practicar con el USE, sus indicaciones (usos)

y las contraindicaciones (abusos) a los que se puede llegar con ellos.

Intervinieron los doctores: Leopoldo Briceño-Iragorry, Cutberto Guarapo Rodríguez, Marco Sorgi Venturoni, Claudio Aouin Soulie y Rafael Romero Reverón.

2. Consentimiento informado en Cirugía Oncológica preservadora de extremidades por el Dr. Pedro Ignacio Carvallo.

Fundamentado en esta nueva propuesta, que es la Bioética, regida por principios entre los que destacan; autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia distributiva, entre otros, y al encontrar importantes reportes estadísticos que revelan un significativo índice de complicaciones, luego de la práctica de cirugía oncológica preservadora de las extremidades, se plantea con criterio de urgencia, la necesidad de informar al paciente y su familia, acerca de los riesgos de complicaciones de diverso tipo, al realizar la cirugía propuesta y la necesidad de que se proceda al acto quirúrgico habiendo sido otorgado el necesario consentimiento.

Mediante sendas encuestas, se exploró la existencia o no, de este proceso, y su eventual uso, en hospitales públicos y privados de Caracas, donde se practica este tipo de cirugía. En muestras no probabilísticas se realizaron entrevistas a pacientes y familiares, así como a especialistas en esta área, con la finalidad de evaluar el grado de información que se tenía de esta práctica, y de la importancia que se le concedía.

Resultados: Se encontró interés por parte del paciente de conocer más acerca de su enfermedad, y riesgo de complicaciones, así mismo, se encontraron deficiencias en cuanto a su conocimiento de elementos de ética. Con respecto a ejercer su autonomía, la mayoría consideró que no debería ser el paciente quien decide, aunque casi todos afirmaron haber recibido suficiente información como para tomar la decisión, afirmando estar dispuestos a firmar un consentimiento informado. En cuanto a los cirujanos, que de alguna manera significaban un universo privilegiado, se encontró que reconocían la importancia de informar, y tenían conceptos de bioética. Con base a estos resultados se propone

un modelo de consentimiento informado.

Conclusiones: Debe insistirse en la importancia de inculcar en el gremio médico la práctica de la comunicación con el paciente, para fomentar el ejercicio de la ética a través del ejercicio del principio de autonomía.

Intervinieron los doctores: Claudio Aoiñ Soulie, Rafael Romero Reverón, Enriqueta Sileo, Isis Nézer de Landaeta y Alfredo Díaz Bruzual.

Sesión Ordinaria del 17 de mayo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

SUSPENDIDA

Sesión Ordinaria del 24 de mayo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

Discusión Anteproyecto de la Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina

Sesión Ordinaria del 24 de mayo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. Elección de un Invitado de Cortesía Dr. Jesús Manuel Rodríguez Ramírez.

2. Venezuela. Crisis económica o trampa de pobreza por el Dr. Werner Corrales Leal, Miembro titular de la Academia Nacional de la Ingeniería y el Habitat.

Resumen: La presentación “Venezuela: Crisis económica o trampa de pobreza” pretende mostrar de manera resumida cómo ha sido el desarrollo de Venezuela desde que nuestro país

se conectó a la economía mundial a través de la exportación de energéticos hasta el presente, destacando los hitos en los cuales se produjeron cambios importantes, tanto en las tendencias que venía mostrando el país, como en la lógica de los procesos económicos, sociales y políticos que tenían lugar.

La agenda está organizada en cinco partes:

La introducción, muy corta, aclara las relaciones que existen entre los conceptos de desarrollo, crecimiento, libertad y capacidades humanas que serán usados a lo largo de la presentación.

¿Sólo crecíamos o nos desarrollábamos? es el título de la sección siguiente, en la cual se describen y explican los principales procesos económicos, sociales y políticos que tuvieron lugar entre 1928 y 1977, cinco décadas caracterizadas por un notable progreso económico y social de Venezuela, y por una transición progresiva de nuestra sociedad hacia la democracia. Se destacan en la presentación de esta parte los logros del período 1958-1977, lapso que puede caracterizarse como el más brillante de la historia de Venezuela en términos de desarrollo.

La sección titulada **¿Qué nos pasó?... ¿Caímos en una trampa de pobreza?** muestra cómo desmejoran todos los indicadores económicos, sociales, institucionales y políticos a lo largo del período 1978-2017, plantea el interrogante de si Venezuela entró en una crisis que puede superarse con cambios en las políticas macroeconómicas, o si más allá de ello está viviendo una trampa de pobreza, lo que implicaría que ha destruido sostenidamente sus capacidades y debilitado seriamente sus instituciones.

¿Estamos derivando a una situación más grave?... Existen indicaciones de que Venezuela está viviendo desde hace años una Trampa de Pobreza y que sus instituciones se han ido degradando hasta el punto en que el Estado de Venezuela podría calificarse como Fallido, es decir, incapaz de garantizar la paz, la seguridad y las condiciones de vida de la población. La parte 4 de la presentación ofrece evidencias sobre esta situación y discute las implicaciones nacionales e internacionales que derivan de la misma. El desabastecimiento, la crisis sanitaria, la violencia delictual pueden verse como síntomas de la

degradación del Estado, más allá de ser síntomas de una aguda crisis económica.

La última parte de la presentación se dedica a **Conclusiones**.

Intervinieron los doctores: José O'Daly Carbonell, Juan José Puigbó y Alfredo Díaz Bruzual.

3. Conferencia “Desarrollo de un sistema digital de salud predictiva y preventiva en Venezuela” por el Dr. Rafael Rangel Aldao.

¿Cómo desarrollar un sistema personalizado de salud digital para predecir y prevenir el riesgo a enfermedades no transmisibles (ENT)? Presentamos el Asistente Personal de Salud (APS) para el análisis por inteligencia artificial de las respuestas a simples cuestionarios (Si/No) cuyo acceso por banda ancha permite al usuario registrar y controlar seis grupos de 41 observables tales como: (1) El peso y la forma corporal; (2) Salud física aparente; (3) Ingesta de alimentos; (4) Actividad física; (5) Actividad Social y, (6) Laboratorio clínico. La máquina analítica del APS informa al usuario en tres pasos sucesivos sobre como iniciar y actualizar el registro de su estado de salud y bienestar (Comienza), verificar el progreso alcanzado (Controla), y registrar su propia evolución (Comprueba). A través de una escala de 4 niveles de bienestar relativo al APS genera reportes en línea que facilitan la participación individual en la consulta del facultativo. Se demuestra aquí como el APS a escala personal, puede ayudar a preservar la salud durante un período de cinco años con el soporte de datos clave del laboratorio clínico, metagenómico y genotípico. El objetivo final del ASPS es integrar estas tecnologías para potenciar por igual la calidad y cobertura de la atención predictiva y preventiva de salud, tanto para el paciente como para el médico tratante a escala personalizada y poblacional.

Intervinieron los doctores: Saúl Kizer, Claudio Aotín, Antonio Clemente Heimerdinger, Juan José Puigbó, José Antonio O'Daly y Eduardo Morales.

Sesión Ordinaria del 31 de mayo de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. Cirugía. Cátedra y Servicio. 1970-1996” por el Académico Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.

Este estudio tiene dos componentes: 1. Hospital Universitario de Caracas. UCV Cátedra y Servicio de Cirugía III, 1970-1979, y 2) Hospital Miguel Pérez Carreño IVSS. Servicio de Cirugía IV. 1979-1996. En ambos empleamos la misma metodología de sintetizar las tres actividades: Docencia, Asistencia e Investigación, con ello logramos que los estudiantes de pre y posgrado adquirieran experiencias en el manejo del cuidado de los pacientes y de la actividad hospitalaria. En la historia los hospitales son los centros para restituir la salud. Hoy se está efectuando un cambio luego de la aparición de la Atención Primaria de Salud, el 85 % de la demanda de atención médica es atendida en los ambulatorios, sin hospitalización. Esto lo inicia la OMS con la Declaración de Alma Ata en 1978. En Venezuela se aprueba el primer curso de Posgrado de Medicina Familiar, para la Atención Primaria de Salud en el Ambulatorio de Caricuao del IVSS en 1982, creado por la Dra. Carmen Cedrado de Carpio, promovida y apoyada por la Dirección de Docencia e Investigación del IVSS. Describimos las trece actividades que se desempeñaban y que pudiéramos considerarlas como asignaturas estimando el tiempo invertido en cada una de ellas, las asimilamos al reglamento de créditos usado en la Universidad Central de Venezuela. Fueron 3 934 horas-año dividido por 32 equivale a 120 créditos por año, en tres años de la residencia corresponde a 360 créditos. El sistema de créditos también existe en la convención de Bolonia. Esta cifra es cercana a los posgrados de otras disciplinas. Señalamos catorce indicadores de gestión hospitalaria, cuyos resultados están un poco distantes de la meta programática, pues ella se estima considerando condiciones óptimas, describimos las seis unidades docentes, los siete indicadores de gestión, las enfermedades más frecuentes que tratamos, las nueve metas programáticas y nos extendimos en un capítulo sobre la calidad de gestión, auditoría médica, revisamos los estudios de Europa OCDE sobre este aspecto. Analizamos la morbimortalidad

de ambos servicios, e hicimos comentarios, recomendaciones y conclusiones.

Intervinieron los doctores: Saúl Kizer, Eduardo Morales, Tomás Sanabria, Juan José Puigbó, Huníades Urbina, Jesús Rodríguez Ramírez, Felipe Martín Piñate, Claudio Aoün, José Manuel De Abreu y Alfredo Díaz Bruzual

2. La Imagenología Cardiovascular. Una mirada al futuro por el Académico Dr. Juan José Puigbó.

Se trata de una presentación sobre los inmensos avances que se han producido en el desarrollo de algunos métodos de Imagenología en los últimos tiempos. Estos avances han permitido la obtención de imágenes superiores en cuanto a calidad, definición espacial y temporal.

Los avances logrados se han producido en: Los estudios de la función cardiovascular, tanto de la función sistólica como de la función diastólica. Igualmente se han desarrollado métodos imagenológicos que permiten una mejor evaluación de los cambios tisulares producidos por situaciones patológicas tales como: la placa en condiciones de estabilidad o inestabilidad.

En la cardiología intervencionista y en la cirugía cardiovascular.

Esto ha permitido también un gran progreso en estas áreas y en numerosos procesos resueltos para los cuales se utilizan materiales ocluyentes de diversa naturaleza. En síntesis el futuro es muy promisorio para los avances del proceso imagenológico, con el beneficio para los pacientes y la posibilidad de resolver los problemas de gran repercusión cardiovascular. También resulta lamentable que el uso de ciertos dispositivos resulte imposible de aplicarse en países como el nuestro, que confronta grandes problemas económicos en la actualidad.

Intervinieron los doctores: Mauricio Goihman, Felipe Martín Piñate, Claudia de Suárez, Eduardo Morales, Tomás Sanabria, José Ramón Poleo y Rafael Romero Reverón.

Sesión Extraordinaria del 07 de junio de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

- 1. Elección de un miembro correspondiente nacional. puesto n° 43 candidato: Dr. José Manuel De Abreu.**
- 2. Sanción final del Anteproyecto de la Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina.**
- 3. Informe de las actividades realizadas por la Junta Directiva durante el Bienio 2016-2018.**
- 4. Informe de la Gaceta Médica. Bienio 2016-2018.**

Sesión Solemne del 14 de junio de 2018

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

Toma de Posesión de la Junta Directiva. Bienio 2018-2020

Presidente: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

Vicepresidente: Dr. Enrique S. López Loyo

Secretario: Dr. Huníades Urbina Medina

Tesorero: Dra. Lilia Cruz Rodríguez

Bibliotecario-Archivero: Dr. Guillermo Colmenares Arreaza.

1. Apertura del Acto
2. Himno Nacional por el Orfeón Universitario.
3. Palabras del Dr. Alfredo Díaz Bruzual, Presidente Saliente de la Academia Nacional de Medicina.
4. Juramentación de la nueva Junta Directiva. Bienio 2018-2020.
5. Imposición de la Medalla de los Expresidentes

RESUMEN DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

- de la Academia Nacional de Medicina al Dr. Alfredo Díaz Bruzual por el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry.
6. Palabras del Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry, Presidente Entrante de la Academia Nacional de Medicina.
 7. Entrega de Reconocimiento.
 8. Interpretaciones musicales por el Orfeón Universitario.
 9. Clausura del Acto.