

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

Sesión ordinaria del 28 de junio de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Alimentos. Moléculas prohibidas por la Académica Doris Perdomo de Ponce

La alimentación es un proceso importante que forma parte de nuestra vida desde el nacimiento, por ser fuente de energía y nutrientes. La estructura de los principales alimentos contiene proteínas, las cuales pueden producir reacciones adversas en el ser humano por una variedad de razones, siendo la alergia una respuesta inmune específica hacia uno o varios alimentos cuyas estructuras moleculares deben evitar ser ingeridas, inhaladas o entrar en contacto a través de la piel.

La alergia alimentaria es un problema mundial de salud pública que afecta a niños y adultos, con una diversidad de signos y síntomas en diferentes órganos y sistemas, que en algunos pueden llevar al paciente a la muerte. La prevalencia de esta patología está aumentando progresivamente, aun tomando en cuenta los reportes epidemiológicos, los cuales adolecen de errores de clasificación, participación sesgada, falta de pruebas sencillas de diagnóstico, evolución rápida de la enfermedad, múltiples factores desencadenantes y la gran variedad de fenotipos clínicos.

Es motivo de preocupación que los médicos no especializados en inmunología, atiendan a estos pacientes en las emergencias de los hospitales, triajes, o en sus consultas privadas, e inclusive hasta los propios pacientes confunden cualquier síntoma de intolerancia alimentaria con una reacción alérgica, y lo contrario, no identificar una verdadera reacción

inmunológica es aún más grave, ante el riesgo de vida por la aplicación de un tratamiento inadecuado.

La prevención es la indicación más efectiva que existe en la actualidad, evitando la exposición al alérgeno y sus relacionados si fuese necesario. Publicaciones importantes producto de consensos a través de expertos profesionales a nivel mundial, han emitido directrices para ser utilizadas por una variedad de profesionales de la salud, logrando una mayor efectividad diagnóstica y terapéutica.

Este artículo considera revisar los criterios más relevantes para el diagnóstico de alergia alimentaria en nuestro medio, en relación con nuevos conocimientos científicos y temas generales relacionados con prevalencia, alérgenos, reactividad cruzada, inmunopatología e inmunoclínica, aunado al apoyo que disponemos para el diagnóstico y tratamiento de esta población a riesgo.

Intervinieron los doctores Rafael Aritz-Castro, Otto Rodríguez Armas, Raúl Fachín Viso, Juan José Puigbó, Francisco Miranda Ruiz y Rafael Muci-Mendoza.

Sesión ordinaria del 05 de julio de 2012

La sesión no se llevó a efecto por ser día feriado

Sesión ordinaria del 12 de julio de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Perfil del Dr. José Francisco Torrealba, por los doctores Harry Acquatella, Eduardo Morales

Briceño y Francisco Plaza Rivas

El doctor José Francisco Torrealba nació el 16 de julio de 1896 en Santa María de Ipire, Guárico. Inicia sus estudios de medicina en la Universidad Central de Venezuela en 1917 y se gradúa de doctor Suma Cum Laude en ciencias médicas en 1923.

Fue sumamente estudioso, tenía mucha tenacidad y una gran sensibilidad social. Al obtener su grado trabajó en Santa María de Ipire y al año fue designado médico director residente del Asilo de Enajenados de Caracas, hoy Hospital Psiquiátrico. Hizo una labor importante por hacer más humana la atención psiquiátrica de los pacientes. Obtiene una beca para estudiar medicina tropical en Hamburgo, Alemania, con el Profesor Müller. Su permanencia en Alemania se vio interrumpida por problemas de salud y regresa a Venezuela.

En 1929 regresa a su pueblo natal como médico rural y crea un modesto laboratorio en su casa de habitación.

En 1932 se muda a Zaraza, en condiciones de grandes limitaciones, sin vías de comunicación, sin acueducto, ni redes eléctricas, población analfabeta, ranchos por viviendas, miseria y desánimo de la población. Las enfermedades tropicales producían una alta mortalidad, especialmente infantil.

En 1930 estuvo en Venezuela Emil Brumpt y dictó conferencias sobre enfermedades tropicales. Brumpt había inventado el xenodiagnóstico pero nunca había sido aplicado en seres humanos. El diagnóstico de la enfermedad de Chagas se hacía por análisis parasitológico de gota gruesa o el extendido de sangre. Torrealba en 1934 aplica por primera vez el xenodiagnóstico de Brumpt para identificación de la enfermedad de Chagas. El resultado fue un aumento porcentual del diagnóstico parasitario positivo. Presentó su experiencia en la Academia Nacional de Medicina ese mismo año.

Además de las labores propias de su profesión ejerce la docencia en el Colegio Nacional de Zaraza, enseñando química, psicología y biología. Ocupó otros cargos como presidente del consejo municipal de la ciudad. Alertó sobre la epidemia de paludismo en 1939.

En 1942 funda en San Juan de los Morros el centro de investigación sobre la enfermedad de Chagas, además de ser médico en la penitenciaría regional.

En 1956 trabajó en el servicio de anatomía patológica del Hospital “Vargas” de Caracas. Envió un informe a la UNESCO sobre sus 25 años de

investigaciones de la enfermedad de Chagas. Presentó aproximadamente 150 publicaciones, libros, folletos y capítulos. En 1960 el Dr. Arnoldo Gabaldón inició la campaña con insecticidas en Guárico y otras regiones para disminuir la transmisión de la enfermedad.

Sus estudios fueron recogidos en 7 volúmenes por la Imprenta Nacional en 1956. En ellos están descritas brevemente las historias de 291 sujetos con *Tripanosoma cruzi* en sangre. Esta serie es de un enorme valor histórico porque muestra las características del Chagas antes de la campaña profiláctica.

Se analizaron los casos en 1984 y se clasificaron como Chagas agudo, asintomático, arritmia, insuficiencia cardíaca o no clasificable. La mortalidad fue del 10 % en los agudos, de 0 % en los asintomáticos, del 8 % en los arrítmicos, del 37 % en los insuficientes cardíacos y del 2 % en los inclasificables.

Una comparación antes y después de 50 años de la campaña de control de la transmisión de la enfermedad de Chagas, muestra una disminución considerable de la transmisión, dos décadas antes que en otros países en América Latina.

Este es un justo homenaje a este gran investigador quien en las condiciones más difíciles realizó una enorme labor para mejorar la salud de las poblaciones rurales de nuestro país. Muere a los 77 años por accidente cerebrovascular, en Caracas en 1973.

Intervinieron los doctores Blas Bruni Celli, Antonio Clemente Heimerdinger, Mauricio Goihman, Aixa Müller, Otto Rodríguez Armas, José Enrique López, Carlos A Hernández H, Saúl Krivoy, Andrés Soyano, Ítalo Marsiglia y Rafael Muci-Mendoza.

Perfil epidemiológico y control del cáncer en Venezuela, por el Dr. Luis G Capote Negrín

El cáncer constituye en Venezuela una de las más frecuentes causas de enfermedad o muerte, en el año 2009, último del que se dispone información oficial, ocupa la segunda posición en la mortalidad general, con 20 288 defunciones, alcanzando el 15,5 % del total de causas y la información del Registro Central de Cáncer estima que ocurrieron 36 387 casos nuevos (excluyendo los carcinomas basocelulares y espinocelulares de piel) para este mismo año.

Una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, será afectada por alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de fallecer por alguna de las localizaciones de cáncer.

El término genérico de cáncer agrupa más de

un centenar de enfermedades cuya denominación científico-médica es la de neoplasia maligna, incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades dentro de los códigos C00 y C97.

Las diversas variedades y localizaciones en que se presenta el cáncer revisten una gran complejidad, tanto por las implicaciones en tecnología de diagnóstico y tratamiento, como en el aspecto psicosocial, emocional y por la carga económica que representan. No obstante, el cáncer es dentro de las enfermedades crónicas, la que tiene un mejor pronóstico, ya que al menos, la mitad de las personas que la padecen logran curarse si reciben el manejo apropiado.

No todas las localizaciones de cáncer ocurren con la misma frecuencia, algunas son muy comunes y otras bastante raras. Presentan además, variaciones por género y edad, siendo notablemente diferentes los cánceres de niños, jóvenes, adultos o personas de la tercera edad.

Intervinieron los doctores Claudio Aöun Soulie, Saül Krivoy, Felipe Martín Piñate, Saül Kizer, José A Ravelo Celis, Jesús Felipe Parra, Juan Antonio Yabur, Aixa Müller, José M Avilán Rovira y Berardo López Moreno.

Sesión ordinaria del 19 de julio de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Como desarrollar un programa nacional de trasplante de hígado, por la Dra. Solange Gerona, Profesora de la Universidad de la República de Uruguay

En el año 2002, respondiendo a una necesidad asistencial, un conjunto de profesionales con experiencia previa en patología hepato-bilio-pancreática, crea el servicio de enfermedades hepáticas en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

El equipo multidisciplinario que lo conforma está integrado por especialistas en cirugía y hepatología, “grupo principal”, que se dedican a tiempo completo desde el comienzo. Tienen alta dedicación: anestesia, radiología, asistencia social y enfermería especializada. Por último las especialidades de apoyo con dedicación intermedia: cuidados intensivos, oncología, anatomía patológica, hemoterapia, infectología, química-farmacéutica, así como psicología y nutrición. Se posibilita así el logro del objetivo principal del servicio: un enfoque integral

de los pacientes con enfermedades HBP.

El servicio cuenta con un área física propia donde se desempeñan tareas administrativas, de enfermería, de consulta externa, de estudio y de investigación. Se dispone de una sala de reunión clínica confortable y amplia, equipada para actividades docentes y de discusión grupal.

El servicio forma parte desde mayo de 2004 de la Unidad Bi-Institucional docente asistencial de enfermedades hepáticas complejas, en el marco de un convenio entre el Hospital Central de las FFAA y el Hospital de Clínicas Caracas para desarrollar un programa de trasplante hepático en nuestro país. En ese sentido, desde 2007 se lleva a cabo el seguimiento pre y pos-trasplante hepático, con más de 140 pacientes de todo el país, mediante un convenio con el Fondo Nacional de Recursos.

En julio de 2008 se obtuvo Certificación de Calidad ISO 9001: 2000 otorgado por UNIT, con el siguiente alcance: prestación de servicios de salud, servicio de enfermedades hepáticas, seguimiento pre y pos-trasplante hepático.

El proyecto “¡Que no te suba la bilirrubina!” ha sido seleccionado para integrar el programa “Calidad de atención a la ciudadanía”, impulsado por la presidencia de la república. Nuestra propuesta está dirigida a la prevención de las enfermedades hepáticas prevalentes.

Intervinieron los doctores José M Guevara Iribarren, Juan José Puigbó, Felipe Martín Piñate, Antonio Peregrino, Mauro Carreta, Rafael Muci-Mendoza y la Lic. Zoraida Pacheco, de la Organización de Trasplante de Venezuela.

Biología molecular en cáncer de mama: biomarcadores, cambio de paradigma, el futuro... por el Dr. Sunil Daryanani

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea causada fundamentalmente por la acumulación progresiva de aberraciones genéticas, incluyendo mutaciones puntuales, amplificación, delección, translocación y arreglo de cromosomas. Las mutaciones germinales son responsables de tan solo aproximadamente de un 10 % de todos los cánceres de mama, mientras que la mayoría tienden a ser esporádicos y son atribuidos a alteraciones genéticas somáticas.

Hasta hace pocos años los criterios que imperaban para la toma de decisiones, estadiamiento, pronóstico, tratamiento y seguimiento dependían exclusivamente

de la definición de parámetros anatómicos, patológicos y morfológicos. El desarrollo de las ciencias básicas, biología molecular y la secuenciación del genoma humano han generado una cantidad de información relativa a los cambios básicos en los procesos de carcinogénesis. El lenguaje utilizado hoy día para definir a los diferentes tipos de cánceres, incluyendo el de la mama, ha cambiado.

La secuenciación de tumores, de bancos de tumores y de bases de datos con detalles clínicos, tratamiento y respuesta, han permitido hacer subcaracterizaciones de los cánceres de las mamas. Esta clasificación por subtipos obtenida por definición de mutaciones y cambios somáticos han permitido la caracterización de los subtipos Luminal A, Luminal B, tipo basal, HER2 enriquecido y tipo normal. Se asocia recientemente el tipo Claudin-bajo. Esta caracterización molecular se puede decir que es genotípica y desde el punto de vista práctico usamos una clasificación generada de datos provenientes del estudio inmunohistoquímico de tumores con marcadores tipo receptores de estrógeno, receptores de progesterona, determinación her2-neu (y por inmunofluorescencia –FISH) y algunas citokeratinas, que si se quiere se puede describir como fenotípica.

Hoy en día se usa de forma habitual la descripción de los cánceres de mama por sus descriptores como: enfermedad con receptores estrógenos y/o progesterona como positivos o negativos y de la mutación HER2 como positiva o negativa. De ahí que se describen los siguientes grupos con implicaciones terapéuticas muy claras: enfermedad sensible a manipulación hormonal, enfermedad HER2+, que comprenden aproximadamente 20 % de todos los casos y aquellas enfermedades que no expresan ni receptores de estrógeno, ni de progesterona, ni HER2, que se determina como triple negativo. Este grupo es muy heterogéneo y se imbrica con elementos de cáncer de mama heredo-familiar con el gen BRCA1. Los patrones de enfermedad son diferentes: siendo la enfermedad triple negativa y la HER2+ de peor pronóstico que la enfermedad receptor hormonal positivo. Incluso, elementos clínicos muy particulares la tipifican, por ejemplo, el mayor riesgo de enfermedad metastásica al sistema nervioso central en la enfermedad HER2+.

Se han trazado paralelos entre los subtipos moleculares y los patrones o subtipos de enfermedad determinados por inmunohistoquímica, en ese sentido: los subtipos Luminal A y Luminal B se correlacionan con la enfermedad receptor hormonal positivo, el

grupo HER2 enriquecido se asocia al HER2+ y el tipo basal se asocia a los triples negativos. Se aclara que esta asociación es tan solo aproximada y de utilidad clínica, al punto que el Consenso de St Gallen de 2011 que reporta sobre las recomendaciones consensuadas basadas en evidencia para el tratamiento de cáncer precoz de mama, por primera vez usó esta terminología para dar sus pautas (reportadas en <http://www.bitacoramedica.com/s=gallen>).

El subgrupo triple negativo es muy variable y heterogéneo y se estima que este tipo de tumor presenta mayor número de mutaciones. Hay implicaciones diversas que se asocian a este subgrupo que tienen que ver con aumento de respuesta y sensibilidad a drogas de quimioterapia y entre estas aquellas que tienen que ver con reparación del ADN (como cisplatino, inhibidores PARP, entre otros), y nula sensibilidad a drogas que se usan en pacientes con receptores hormonales positivos. Biológicamente la enfermedad triple negativo tiende a ser más agresiva y a tener peor pronóstico y sobrevida, estadio a estadio, con otros subtipos. Adicionalmente, se considera más frecuente en la población hispánica y negra. Estudios provenientes de México, Brasil y Perú confirman un mayor porcentaje de triple negativos en estas poblaciones. Sin embargo, es importante recalcar que algunos resultados, aun en estos días presentan fallas metodológicas por cuestiones de laboratorio, metodología y tipo de reporte.

Se hace mención de las pruebas tipo firmas genéticas y pruebas de susceptibilidad hereditaria para la evaluación y tratamiento moderno de los pacientes con cáncer de mama o de alto riesgo. Igualmente se hace mención a la heterogeneidad del cáncer de mama, incluyendo progresión de mutaciones en enfermedad metastásica cuando se compara a enfermedad primaria, pudiendo haber discordancias de hasta un 26 %. Se hace la comparación de la biología molecular del cáncer de mama con la selección natural o positiva propia del darwinismo.

Se presentan 2 viñetas de casos para ilustrar los puntos expuestos y se concluye que este cambio de paradigma es en efecto un área de extraordinario interés científico y que naturalmente estamos a la espera de mayor información y nuevos refinamientos.

Intervinieron los doctores Miguel Saade Aure, Otto Rodríguez Armas, Antonio Clemente Heimerdinger, Juan Antonio Yabur, Enrique López Loyo, Juan José Puigbó y Alfredo Díaz Bruzual.

Sesión extraordinaria del 26 de julio de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Reemplazos osteoarticulares no convencionales por el Dr. Enrique Falcón Muskus

La selección del nombre de la presente conferencia obedece a una inquietud cuyo inicio se remonta hace 18 años buscando las alternativas en el salvamento de las extremidades.

Originalmente la cirugía oncológica en sus términos conceptuales nos lleva a dejar márgenes de seguridad, los cuales en algunos casos podemos obtener como resultado extremidades con pérdida importante de su forma y función, pero existen otros casos donde la cantidad de tejidos a ser reconstruidos nos permite realizar reconstrucciones apropiadas y satisfactorias.

Mi inquietud me llevó a las prótesis no convencionales existentes, pero mi experiencia mayor son con las diseñadas por el Dr. Roberto Fabroni. Algunas de ellas llevan características de dimensiones y modificaciones sugeridas por mi persona junto con la asesoría de ingenieros.

La frase que abrió camino fue dicha por un académico que me dio la oportunidad y al cual considero un verdadero maestro, el Dr. Jesús Felipe Parra.

Igualmente y considerando otras patologías como las infecciones o la pérdida masiva de tejido óseo se desarrollaron los espaciadores de metilmetacrilato con antibiótico. Igualmente debo añadir que este trabajo lleva un seguimiento que en la actualidad me permitirá realizar múltiples publicaciones que cuentan con el soporte y seguimiento para poder recomendar o sugerir conductas con la experiencia de los años.

Intervinieron los doctores José A Ravelo Celis, Aixa Müller de Soyano, Julio César Potenziani, Claudio Aöun Soulie, Saül Krivoy, Juan José Puigbó y Mauricio Goihman.

Osteoporosis en Venezuela. Aportes de una experiencia de 20 años. Realidad actual en el año 2012. Por el Dr. Gregorio Riera

La osteoporosis es una enfermedad cuya ocurrencia se incrementa progresivamente en América Latina. Los índices de fracturas en esta región son similares a los reportados en Europa meridional y algo menores a los de EE.UU y Europa del norte. Según

la proyección de la población de la Organización Mundial de la Salud, el grupo de edad mayor de 65 años aumentará significativamente en los próximos 50 años en América Latina y el número de fracturas de cadera en esta área igualará a las que se presentarán en Europa y EE.UU. Desafortunadamente en AL o en Venezuela específicamente, no hay recursos adecuados en términos de instalaciones médicas para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Por otra parte, no hay políticas de reembolso para la densimetría ósea ni dosificaciones de marcadores óseos, además la disponibilidad de medicamentos proporcionados por los sistemas públicos de salud es limitada.

En el año 1988 se fundó la Unidad de Investigaciones Cínicas (UNILIME) en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y la Universidad de Carabobo, Valencia. El objetivo principal incluía la evolución de enfermedades ligadas al metabolismo fosfocálcico y la litiasis renal. En el año 1992 se incorpora el estudio de los marcadores bioquímicos del remodelado óseo además de la densitometría ósea y se expande la cobertura a osteoporosis, transformándose así de Unidad a Centro de Investigación Clínica. Además, se establecen acuerdos de cooperación con la Unidad Metabólica del Centro Policlínico Valencia para el desarrollo de programas conjuntos de investigación clínica. Un resumen de esa experiencia en osteoporosis desde 1992 hasta la actualidad es la que se aborda en esta charla. UNILIME cumple con los objetivos de asistencia, investigación, docencia y extensión, acorde con los estatutos de los centros de investigación de las universidades venezolanas.

Al inicio de los años 90 en Venezuela existía muy poca literatura médica en el área de osteoporosis. Al inicio de esta década se establecieron en el país los primeros densitómetros DEXA y muy aisladamente se dosificaban los marcadores del remodelado óseo. De esta forma se estableció en UNILIME un programa de cobertura a diversas áreas importantes para el conocimiento de la enfermedad, como lo fueron: epidemiología, fisiopatología, densitometría, laboratorio de metabolismo mineral, evaluación de recursos terapéuticos, publicaciones y educación. Igualmente se estableció un programa de consultas especializadas a esta enfermedad con cobertura en todo el Estado Carabobo.

Las contribuciones de UNILIME y UM al conocimiento de la enfermedad en Venezuela han sido numerosas. Se estableció cual era la frecuencia de baja

masa ósea en el país: osteopenia y osteoporosis desde el punto de vista densitométrico en sujetos mayores de 50 años de edad, siendo de 40 % osteopénicos y 25 % osteoporóticos. Se estableció el pico de masa ósea y los valores densitométricos en sujetos normales, mujeres y hombres entre los 10 y 35 años de edad. En ambos géneros la masa ósea máxima se alcanza a los 30-31 años, pero el 80 % de ese máximo ocurre en las mujeres a los 12 años en el cuello del fémur (hueso cortical) y a los 13 años en columna lumbar (hueso trabecular). En los hombres ocurre a los 13 y 15 años, respectivamente. Este hallazgo reviste una singular importancia ya que es en los años previos a la construcción de ese 80 % del pico de masa ósea, donde debe actuarse a fin de incrementarlo o lograr el máximo posible para así en la adultez contar con una reserva esquelética adecuada. Igualmente hemos señalado en diversas publicaciones que la edad de la menopausia clínica en Venezuela es alrededor de los 48 años, un poco menos de lo reportado en muchos países y esto señala que el deterioro de la masa ósea, consecuencia de la menopausia, comienza en nuestras mujeres un poco antes que en otros grupos poblacionales. Esto pudiera de igual forma adelantar el inicio de las fracturas por osteoporosis.

Otro aporte de importancia lo constituye la determinación de la prevalencia de fracturas vertebrales (fractura más frecuente en osteoporosis) y la de fracturas de cadera (fractura con más morbimortalidad), ambos parámetros muy útiles en la toma de decisiones en cualquier sistema de salud pública o privada y también para la industria farmacéutica. Estos parámetros son determinantes en la comparación de la agresividad de esta patología con otras regiones del mundo. Ambos estudios han sido desarrollados cumpliendo con todos los estándares de metodología científicos requeridos y con la asesoría de entes investigadores internacionales para permitir el uso de nuestras estadísticas en análisis de carácter internacional. La prevalencia de fracturas vertebrales en Venezuela es de 14,12 % en mujeres mayores de 50 años (1 de cada 7), similar a la reportada en EE.UU. y en otros país de LA (Estudio LAVOS). La de fracturas de cadera, expresada como riesgo de padecer una fractura después de los 50 años, es de 5,5 % en mujeres y de 1,5 % en hombres, Esto representa 1/3 de la existente en EE.UU, casi la mitad de la reportada en España y más del doble de la encontrada en China. Este estudio además, nos ha permitido estimar la prevalencia de cualquier fractura osteoporótica y su relación con la densidad mineral ósea y de esta manera poder identificar sujetos de alto

riesgo para el desarrollo de fracturas, lo cual es de mucha utilidad para diseñar estrategias de intervención preventiva o terapéutica. Así el riesgo alcanza 40 % en mujeres y 19 % en hombres si la masa ósea llega a -4DE en unidades de T-score. El estudio mostró además que la mortalidad es de 20,9 % en el primer año pos fractura y que solo el 23,3 % de los pacientes deambula solo sin dificultad al año de sufrir la fractura, el resto requerirá en orden de frecuencia del uso de andadera, bastón o silla de ruedas.

En el área del laboratorio de metabolismo mineral establecimos los valores de referencia venezolanos, así como sus modificaciones con los diversos agentes terapéuticos disponibles en el país de los marcadores bioquímicos del remodelado óseo. Inicialmente se empleaba hidroxiprolina urinaria, fosfatasa ácida tartrato resistente, isoenzima ósea de la fosfatasa alcalina o total. En la actualidad se emplean los telopéptidos N o C-terminales del colágeno 1 (NTx o CTx urinarios o séricos) y los propéptidos N o C-terminal del procolágeno 1 (PINP o P1CP). Estos marcadores permiten estimar el riesgo de fractura independientemente de la densidad mineral ósea y son de suma utilidad en el control y seguimiento clínico del paciente tratado por osteoporosis. Los valores referenciales venezolanos tienen una variación en la mayoría de los casos, entre 10 % y 15 % con los estándares reportados usualmente en grupos controles del hemisferio norte.

Otro campo donde hemos aportado experiencias clínicas es en osteoporosis masculina en el país, señalando los factores de riesgo, tipos de fracturas, causas y seguimiento clínico. También hemos reportado los déficits de vitamina D en diversos grupos poblacionales, como sujetos mayores de 60 años de edad, que viven en ancianatos o en la comunidad, así como en mujeres con osteoporosis pos menopáusica. En estos grupos reportamos deficiencia de Vit D (menos de 30 ng/mL) en 62 % de sujetos mayores a 60 años en ancianatos y 25 % en quienes viven en sus casas. Igualmente la mitad de los pacientes con osteoporosis tipo I (pos menopáusica) son deficitarias de Vit.D. Esto demuestra que el déficit de vitamina D en nuestro país reviste enorme importancia y debe ser considerado no solo para el tratamiento de la osteoporosis, sino en todos los aspectos clínicos donde interviene la vitamina D. Además, hemos participado en diversos estudios multicéntricos internacionales en el área de tratamiento o seguridad y tolerancia de algunos fármacos.

En osteoporosis el cumplimiento del tratamiento

es inadecuado, como lo es en todas las enfermedades crónicas. Hemos mostrado que la adherencia al tratamiento es de 26,3% al final del primer año y de 25,2% al final del segundo año en una consulta especializada en osteoporosis en ámbito hospitalario. Esto resulta sumamente interesante cuando diseñemos programas terapéuticos y evaluemos su eficiencia.

Hemos publicado dos libros: “Osteoporosis: una visión integral” y “Guía práctica de osteoporosis SOVEMO”, los cuales hemos distribuido a través de la industria farmacéutica al gremio médico venezolano interesado en el tema. Igualmente hemos escrito diversos capítulos en diferentes textos editados en España, Colombia, Argentina y Ecuador. Nuestros estudios han sido presentados en los eventos mundiales de reconocida importancia en el área, como *World Congress on Osteoporosis IOF*, *American Society for Bone and Mineral Research*, *ECTS*, *IBMS*, etc., así como en los congresos nacionales de SOVEMO, medicina interna, endocrinología, obstetricia y ginecología, medicina familiar, reumatología, entre otros.

Otra área de nuestra participación ha sido el campo de difusión y concientización a la comunidad con diversos programas educativos en osteoporosis, los cuales se cumplen especialmente alrededor del día 20 de octubre, que es el “día mundial de la osteoporosis”. A destacar es la campaña de concientización en osteoporosis que desarrollamos en escuelas primarias con la colaboración del ministerio de educación y que ameritó previamente la formación de docentes. Debemos mencionar además, nuestra estrecha relación con diversas instituciones internacionales como la *International Osteoporosis Foundation*, de la cual hemos sido parte de su cuerpo directivo mundial en los años 2002-2012 y del *Scientific Advisors Committee*, desde 2004 hasta la actualidad. Con dicha institución realizamos en nuestro país el III Congreso Latinoamericano de Osteoporosis IOF, en el año 2002.

Finalmente, queremos resaltar el establecimiento de un programa educativo de 4to nivel, la residencia asistencial programada en metabolismo mineral y óseo, el cual se inició en 1998. Contamos con 13 cohortes y 14 egresados hasta el año 2011. Es un programa de 2 años con énfasis no solo asistencial sino en investigación clínica, para especialistas en medicina interna, reumatología, nefrología, endocrinología o ginecología y obstetricia. Este programa está sustentado por la dirección de docencia del IVSS, el cual aporta el financiamiento para los residentes cursantes. Creemos que la formación de

personal humano es determinante para aumentar la cobertura de atención de esta patología en el país, no solo de los médicos sino de bioanalistas, enfermeras, trabajadores sociales y otros.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, José A Ravelo Celis, Claudio Aöun Soulie, Juan Antonio Yabur, Francisco Miranda Ruiz, Aixa Müller de Soyano, Lilia Cruz de Montbrun, Carlos A Hernández H, Antonio Clemente Heimerdinger, Itic Zighelboim y Rafael Muci-Mendoza.

Sesión ordinaria del 02 de agosto de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Centro Venezolano de la Clasificación Internacional de Enfermedades por el Dr. José Jesús Chique Gamboa

Se denomina “Familia de Clasificaciones Internacionales” aprobadas por la Organización de la Salud (FCI-OMS/WHO-FIC) a un juego de productos integrados de clasificación que comparten características similares y que pueden usarse singular o conjuntamente para suministrar información sobre diferentes aspectos de la salud y de los sistemas de atención de salud, procurando proporcionar un marco conceptual, marco normativo e idioma común para mejorar la comunicación y la comparación de datos a través de disciplinas de atención en salud de los países, de los servicios y el tiempo. La OMS y la red de Familia de Clasificaciones, se esfuerzan en establecer la FCI con base a criterios científicos y taxonómicos válidos, culturalmente apropiados e internacionalmente aplicable, incorporando enfoques multidisciplinarios de la salud, para así satisfacer las necesidades de sus diferentes usuarios. La actual propuesta de FCI, ha logrado amplia aceptación y oficial convenio para su uso, recomendándose como directrices para la notificación internacional sobre salud, pudiéndose usar como modelos para el desarrollo o la revisión de otras clasificaciones.

El Centro Latinoamericano de Clasificación de Enfermedades (CLACE), fue creado el 1 de junio del año 1955 (cambiando su nombre a Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades –CEVECE- en 1979), producto del acuerdo celebrado entre el Gobierno de la República de Venezuela y la OMS. A posteriori le es otorgado por la OMS la categoría de “Centro de Referencia para el idioma español” en relación a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), concentrando sus esfuerzos en la

“promoción, divulgación, investigación y enseñanza de dicha clasificación y del certificado de defunción”, enmarcado en el principio de cooperación con la OPS/OMS en programas relacionados con la CIE, tanto en Venezuela como en otros países de la región de las Américas, principalmente aquellos hispanoparlantes. En su categoría es el segundo centro creado para tales efectos a nivel internacional y en la actualidad el más antiguo, siendo su última re-designación como Centro Colaborador, para el ejercicio 2012-2015. En el presente, manteniendo y retomando los objetivos y funciones fundamentales establecidas en su origen, incorpora propuestas de amplitud, tanto en los ámbitos de ejecución y servicio, como con la inclusión de nuevos usuarios (instituciones, profesiones) y otras clasificaciones enmarcadas en la FCI en materia de salud, aprobadas por la OMS.

Adaptándose a los tiempos y exigencias dado los avances en el conocimiento científico y médico, se propone la undécima revisión del Clasificador de Morbilidad y Mortalidad (CIE 11), ante la cual la OMS inició un plan de consulta internacional, incluyendo a clínicos e investigadores particulares.

Intervinieron los doctores Rafael Apitz-Castro, Pedro Faneite, Mauricio Goihman, Juan José Puigbó, J M Avilán Rovira, José Francisco, Berardo López Moreno y Otto Rodríguez Armas.

Seguridad social y salud universales para Venezuela por el Académico Antonio Clemente Heimerdinger

Hacemos un estudio de la Seguridad Social, basado en los informes de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS). De ella tomamos una muestra de países en los años 1993 a 2009 de las Américas, Región Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; Cono Sur: Brasil, Argentina y Chile; Centro América: Costa Rica, México y Nicaragua y Norte América: Estados Unidos y Canadá. De Europa (1993-2010), Este: Polonia, Hungría y Rusia; Norte: Inglaterra y Suecia; Sur: España e Italia y del Oeste: Alemania y Francia.

De estos países seleccionamos cinco de las Américas: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Venezuela y de Europa dos: Alemania y Francia. Los primeros por tener informes publicados por “Salud Pública México” y los segundos por tener los mejores sistemas de salud del mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

Describimos brevemente las cinco áreas de la seguridad social: 1. Pensiones 2. Salud 3. Accidentes

de trabajo 4. Desempleo y 5. Prestaciones familiares.

En forma tabulada presentamos los montos asignados a cada uno de ellos en cada país, expresados en porcentajes de los salarios, como se usa en seguridad social. También en forma tabulada presentamos los costos de contribución por las siguientes áreas: trabajadores, empresas y gobierno.

Describimos brevemente los sistemas de salud de los siete países seleccionados.

Hacemos cuatro recomendaciones sobre contabilidad de costos, historia médica digitalizada, estilos de vida saludables y atención médica municipal.

Intervinieron los doctores Claudio Aöun Soulie, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, José A Ravelo Celis, José Francisco y Rafael Muci-Mendoza.

Sesión ordinaria del 09 de agosto de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Historia, dermatología y medicina –Otra visión, por el Dr. Mauricio Goihman Yahr

Frecuentemente, la historia de la medicina y de la dermatología analizan con detalle lo ocurrido en el ámbito de esas disciplinas en su lugar y tiempo dados. Se determinan cuidadosamente las contribuciones que han aportado figuras relevantes y su importancia para el conocimiento. Ello es fundamental para la comprensión del estado actual de las cosas y de lo que pueda esperarse en el futuro.

No obstante, hay una perspectiva adicional, la relación entre lo anterior y los fenómenos históricos en sentido amplio y en lo que se refiere a la correlación entre la política, la economía, la psichistoria y la medicina. La evolución de los conocimientos médicos y su aplicación no ocurren en el vacío. Esta presentación proporciona ejemplos de este punto de vista y de cómo el conocimiento de la historia aclara el de la medicina y viceversa.

Se hace cierto énfasis en la historia y evolución de la dermatología, pero más como ilustración del enfoque filosófico propiciado por el expositor que como analítico de la historia de esta especialidad en sí.

Al final se insiste en la importancia metafórica no solo del microscopio y el dermatoscopio, sino del telescopio para el conocimiento integral.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Ítalo Marsiglia, Rafael Apitz-Castro, Francisco Herrera, Otto Rodríguez y José Francisco.

Filosofía medioeval por el Académico Ibrahim González Urbaneja

Por lo general se estima que el período medioeval de la filosofía occidental va desde el final de la antigüedad clásica, aproximadamente a inicios del siglo IV d.C. hasta el comienzo del Renacimiento, alrededor del siglo XV.

Desde la muerte de Plotino (270) hasta el nacimiento de Descartes (1596), pasaron trece siglos del medioevo marcado por las rivalidades de los nobles, el oscurantismo religioso, la miseria y las epidemias.

Al contrario de lo sucedido en otras disciplinas en esa era, que registran resultados muy frustrantes, la filosofía fue sumamente rica y tuvo un buen número de figuras sobresalientes.

La primera Europa fue la de los monasterios y las rutas de peregrinación, el encuentro tumultuoso del cristianismo, el judaísmo y el Islam. A nivel del pensamiento, el medioevo es monoteísta. Los griegos y los romanos eran politeístas. La pluralidad de los dioses establecía una relación entre cada aspecto de la vida y el mundo de los dioses.

A diferencia de lo que había ocurrido con la filosofía griega, que había centrado su reflexión en torno a la determinación del objeto, la filosofía medioeval centrará su interés en Dios. La filosofía helenística había dado una orientación práctica al saber, dirigiéndolo hacia la felicidad del hombre. Es el caso del estoicismo y del epicureísmo, que habían colocado a la ética en el vértice del saber.

La filosofía, especialmente a partir del desarrollo del neoplatonismo de Plotino, resultó ser un instrumento útil, no solo para combatir otras religiones o sistemas filosóficos, sino también para comprender los misterios revelados. Surge de ahí una asociación entre filosofía y cristianismo o, más en general, entre filosofía y religión, que pondrá las bases de la futura filosofía medioeval.

La fe, que suministra las creencias a las que no se puede renunciar, tratará de entrar en diálogo con la razón. La inicial sumisión de la razón exigida por la fe, dejará paso a una mayor autonomía propugnada, entre otros, por Santo Tomás de Aquino, que conducirá, tras la crisis de la Escolástica, a la reclamación de la independencia de la razón con la que se iniciará la filosofía moderna.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Felipe Martín Piñate, Francisco Herrera, Juan Yabur y Leopoldo Briceño-Yragorry.

Sesión extraordinaria del 16 de agosto de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

No hubo presentación de trabajos pues la sesión se dedicó al homenaje a la Promoción de Médicos y Cirujanos “Centenario Luis Razetti”, con motivo de su quincuagésimo aniversario.

En el acto hubo palabras de bienvenida por el Académico Rafael Muci-Mendoza, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, palabras de la Dra. Omaira Wagner de Méndez y del Académico Claudio Aouin Soulie.

Sesión ordinaria del 20 de septiembre de 2012

Preside: Dr. Harry Acquatella

Estado actual de las políticas públicas en cirugía mínimamente invasivas, por el Académico Felipe Martín Piñate.

El propósito del trabajo es describir el estado actual de la cirugía mínimamente invasiva en Venezuela, con el fin último de incentivar políticas públicas dirigidas a dotar a los hospitales del país con el recurso humano e instrumental necesarios para el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos destinados a resolver el problema que representa el cupo quirúrgico en la población de menores recursos económicos.

La metodología de investigación está guiada por el paradigma positivista lógico, de enfoque empírico analítico, utilizando el lenguaje cuantitativo.

Desde el punto de vista heurístico la información procede del Ministerio del Poder Popular para la Salud, Sociedad Venezolana de Cirugía, círculos quirúrgicos, bibliografía nacional e internacional. El estudio de la investigación de campo nos permite contextualizar el tema y generar consideraciones preliminares, así como recomendaciones acordes con el fenómeno de estudio.

Intervinieron los doctores Miguel Saade Aure, Claudio Aouin Soulie, José M Avilán Rovira, Miguel Zerpa Zafrané, Juan Antonio Yabur, José A Ravelo Celis, Ítalo Marsiglia, Alfredo Díaz Bruzual, Alberto Benshimol, Saúl Krivoy, Rafael Arteaga, Jesús Felipe Parra, Lilia Cruz de Montbrun, Carlos A Hernández, Ibrahim González Urbaneja, Antonio Clemente Heirmindinger, Berardo López Moreno, Rafael Apitz y Harry Acquatella.

Sesión ordinaria del 27 de septiembre de 2012

Preside: Harry Acquatella

Evolución de la fluidoterapia en la deshidratación, por el Académico Francisco Miranda Ruiz.

El ponente destaca la importancia de la deshidratación y de su letalidad. Se exponen las diferentes técnicas que se han usado para combatir la deshidratación a través de los tiempos.

Intervinieron los doctores Rafael Arteaga Romero, Francisco Herrera, Alberto Benschimol, Aixa Müller, Harry Acquatella, Claudio Aöun Soulie e Ibrahim González Urbaneja.

Manejo integral de las quemaduras en el niño, por el Académico Huniades Urbina

Las quemaduras son uno de los traumas más severos que puede sufrir un ser humano. Las quemaduras tienen diferentes etiologías siendo las más frecuentes en pediatría los líquidos calientes y el fuego directo. En las estadísticas manejadas en el Hospital Niños “J M de los Ríos”, las edades más propensas a sufrir quemaduras son los preescolares, en la casa, en la cocina y con líquidos calientes.

Las quemaduras, independientemente de su etiología y su magnitud, repercuten en todos los sistemas, siendo generalmente la piel el órgano blanco. Las quemaduras por fuego directo queman la piel tanto en extensión como en profundidad, pudiendo dañar de acuerdo a esta última, los diferentes estratos cutáneos, lo cual sirve para clasificar las quemaduras. Existen diferentes clasificaciones de las quemaduras, la más usada es la de la Asociación Americana de Quemaduras.

De acuerdo al grado son leves, moderadas o graves. Si el espesor es superficial y alcanza 50 %-75 % se clasifica como moderada y si es más del 75 %, como grave. Si el espesor es parcial y menor de 15 % (leve); de 15 % a 30 % (moderada) y más de 30 % (grave). Si el espesor es total y menor del 2 % (leve), 2 % a 10 % (moderada) y más de 10 % (grave). Las quemaduras son graves si afectan las áreas críticas, si ocurren en las edades extremas de la vida (menores de 2 años o más de 60 años), si hay enfermedades previas o lesiones asociadas, tales como fracturas o hemorragias.

La atención médica primaria en urgencias va a ser responsabilidad de quien reciba el paciente quemado, debiendo seguir los pasos de todo paciente

traumatizado: desnudar al paciente, pero nunca quitar la ropa adherida a la piel sin analgesia y anestesia, practicar el A-B-C-D-E con las pertinentes revisión primaria, estabilización y revisión secundaria. Se debe tomar en cuenta la edad del paciente, ya que a diferencia de los adultos, los niños tienen mayor superficie corporal en relación al peso total, pierden mayor cantidad de líquidos que el adulto, tienen mayor predisposición a la hipotermia y el control del dolor es más complicado. La piedra angular del tratamiento agudo de las quemaduras es la hidratación parenteral en las primeras 48 horas.

En el Hospital de Niños “J M de los Ríos”, se hace de rutina de acuerdo con la fórmula de Carvajal, con la solución única, que es Ringer Lactato: primeras 24 horas: $(RL\ 5\ 000\ \text{cm}^3/\text{m}^2\ \text{SCQ}) + (2\ 200\ \text{cm}^3/\text{m}^2\ \text{SCT})$ y las segundas 24 horas: $(4\ 000\ \text{cm}^3/\text{m}^2\ \text{SCQ}) + (1\ 500\ \text{cc}/\text{m}^2\ \text{SCT})$ ($\text{SCQ}=\text{superficie corporal total}$, $\text{SCT}=\text{superficie corporal quemada}$).

Del total de líquidos calculados para las primeras 24 horas, se administra el 50 % en las primeras 8 horas y el restante 50 % en las 16 horas siguientes). Se debe tener presente el derecho que tienen los pacientes de que el dolor sea tratado desde el inicio, se debe hacer mantenimiento tópico de las quemaduras, escisión temprana de las lesiones y coberturas parciales. Se debe iniciar la nutrición enteral precoz para así evitar la traslocación bacteriana, que puede llevar al paciente a sepsis. Se preconizan mediadores de la respuesta metabólica tales como el propanol, hormona del crecimiento y el calcio. Existen criterios de ingreso de un paciente quemado a hospitalización y a terapia intensiva, así como factores pronósticos que ayudan a dar seguimiento a este tipo de pacientes.

El tratamiento psicológico del paciente como del grupo familiar se debe iniciar desde el mismo momento del trauma y mantener la posición anatómica de los miembros para evitar posiciones anómalas en caso de cicatrices viciosas. Lo más importante es educar la comunidad para prevenir la ocurrencia de las lesiones no intencionales por quemaduras. ¡Mejor no quemarse!

Intervinieron los doctores Mauricio Gohman, Luis Ceballos García, Miguel Saade Aure, José A Ravelo Celis, Alberto Benschimol, Rafael Arteaga Romero, Lilia Cruz de Montbrun, Aixa Müller, Ítalo Marsiglia, Claudio Aöun Soulie y Jesús Felipe Parra.

Sesión ordinaria del 4 de octubre

Esta sesión fue suspendida por motivos de fuerza mayor. El Palacio de las Academias debía estar cerrado 3 días antes de las elecciones presidenciales del 07 de octubre.

Sesión solemne del 11 de octubre de 2012

Preside: Rafael Muci-Mendoza

XXI Conferencia Razetti, titulada “Razetti y la cirugía reconstructiva en Venezuela, por el Académico Luis Ceballos García

El objetivo central de la conferencia es conjugar las circunstancias de una actividad humana tan antigua, cual es el ejercicio de la cirugía plástica reconstructiva, con una de las manifestaciones de la conducta humana –la moral- que es absolutamente intemporal porque surgió con el *Homo sapiens* y morará en sus entrañas mientras haya huellas humanas en la superficie terráquea.

La escogencia de este objetivo central está fundamentada en dos circunstancias de la vida profesional de Razetti. Una está relacionada con la práctica de numerosas y variadas intervenciones de cirugía plástica reconstructiva y la otra, con su prolongada, sistemática y fundamentada prédica de la moral médica.

La cirugía plástica es una rama especializada de la cirugía dedicada al tratamiento de las alteraciones de la forma y de la función de la cubierta corporal, incluyendo las glándulas mamarias, y en ocasiones, como es el caso de la cara, de las estructuras óseas subyacentes. Por las eventuales repercusiones deformantes y perdurables de procedimientos operatorios en nuestro envoltorio tisular, quien practique este tipo de cirugía debe tener una sólida formación profesional de pregrado y de posgrado y

además, muy desarrollado el sentido del artista, que lo haga capaz de anticipar resultados.

La primera intervención quirúrgica de Razetti, después de su regreso de Europa, lo realizó en aquel hospital de tanto simbolismo en la medicina nacional, el 19 de enero de 1893 y fue precisamente una operación de cirugía plástica –un simbolismo más- la que realizó Razetti para aplicar un injerto de Thiersch en la pierna del paciente.

La actividad de Razetti fue muy intensa y variada en el campo de la cirugía plástica y en su libro “Notas de Cirugía Clínica”, publicó una síntesis de las 311 intervenciones realizadas durante 22 meses, en el Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Vargas, entre 1914 y 1915. Varias de las operaciones correspondieron al campo de la cirugía plástica reconstructiva.

Posteriormente en diferentes números de la Gaceta Médica de Caracas publicó estadísticas quirúrgicas, también del Hospital Vargas, desde 1914 hasta 1922 y en ese período, 303 intervenciones correspondieron al espectro de acción de un cirujano plástico.

Razetti fue, es y será el punto de referencia nacional en cuanto a los aspectos de la ética, la moral y la deontología en la ciencia médica.

La ciencia médica tendrá que defenderse constantemente de dos aberraciones de la conducta humana: a) la apelación al pensamiento mágico, con todas sus variantes, para buscar soluciones “infalibles” y fáciles de ejecutar frente a problemas difíciles. b) la búsqueda constante del dinero fácil, independientemente de los daños que puedan ocasionar a otros, por los métodos utilizados.

La cirugía plástica es la especialidad médica más amenazada por los mercaderes del dolor humano, por los farsantes y por los charlatanes.

La plegaria diaria de los cirujanos plásticos venezolanos debería iniciarse con esta invocación: ¡Razetti concédeme el don de que tu moral médica sea también la mía!