

Resúmenes de los trabajos presentados en las sesiones de la Academia Nacional de Medicina

Sesión extraordinaria de 15 de enero de 2009

Presidente: Dr. Antonio Clemente H.

“Picnodiostosis: la enfermedad de Toulouse Lautrec” por la Académica Myriam Marcano Torres.

Henri Marie de Toulouse Lautrec y Monfa, el llamado “pintor de la noche parisina”, nació en la pequeña ciudad de Albi, Francia, el 24 de noviembre de 1864 y falleció en Malromá el 9 de septiembre de 1901. Nace en el seno de una noble familia cuyos orígenes se remontan a los tiempos de Carlos V. Fueron sus padres el conde Alphonse de Toulouse-Lautrec-Monfa y la condesa Adèle Tapié de Céleyran, primos en primer grado. Su primera infancia transcurre en la opulencia familiar, caracterizándose por ser un niño alegre, divertido y seductor pero de frágil contextura.

En mayo de 1878, sufre una caída durante la cual se produce la fractura de su fémur izquierdo, que no se había consolidado un año después, cuando nuevamente tiene un accidente en la otra pierna. A partir de allí, su desarrollo físico se ve comprometido, particularmente en sus miembros inferiores que en su adultez eran extremadamente cortos, contrastando con su tórax de aspecto normal, lo que en conjunto daba al pintor una apariencia grotesca. Después de innumerables especulaciones acerca de su enfermedad en la cual se incluyeron diagnósticos tan variados como osteoporosis, enanismo y tumor de tiroides, en 1962 se aclara el panorama cuando los profesores franceses Maurice Lamy y Pierre Maroteaux, simultáneamente y de manera independiente, describen un síndrome al cual se acordó en llamar picnodiostosis, que etimológicamente proviene del griego *pyknos*, que significa denso y *dysostosis*, que se refiere a la formación anormal de hueso.

Es un tipo inusual de displasia cráneo-metáfisaria autosómica recesiva cuya primera manifestación clínica suele ser una fractura patológica. Se encuentran aproximadamente 150 casos recogidos en la literatura mundial. La enfermedad está caracterizada por osteoesclerosis, estatura corta, acrosteolisis de falanges distales, displasias ungueales, displasia clavicular, deformidades craneales secundarias a cierre prematuro de suturas y fontanelas y fragilidad ósea.

Desde el punto de vista ortopédico la enfermedad cursa con fracturas frecuentes, generalmente después de la segunda década de la vida y deformidades en el esqueleto. El aumento de la densidad ósea se ha atribuido a una deficiencia de catepsina K. Esta enzima es una proteasa cisteína lisosomal fuertemente implicada en la reabsorción ósea. El gen de la catepsina K humana es altamente expresada en los osteoclastos y una mutación de dicho gen causa una marcada disminución de su actividad y conduce a la picnodiostosis.

Obligado a permanecer en reposo, dibuja constantemente. En 1882 se inscribe en el taller de Léon Bonnat, que abandonará pronto para seguir las enseñanzas de Fernand Cormon, con quien aprende los rudimentos del dibujo del natural. Los ejercicios de esta época evidencian su habilidad para reproducir la anatomía, pero sobre todo un interés por el realismo, que supera lo académico y lo sitúa plenamente en el camino de la pintura moderna. De la pintura tradicional evoluciona al impresionismo. Se interesa por Degas y ocasionalmente se aproxima al posimpresionismo, siguiendo la huella de Seurat. Tuvo una fuerte influencia de la estampa japonesa, que se traduce en la presentación de imágenes planas y en una organización espacial característica (escenas vistas desde lo alto, uso de diagonales), elementos

comunes asimismo, a la técnica fotográfica. El artista encontró en los espectáculos del París finisecular de Montmartre-el cabaret, el *music-hall*, los cafés-cantante, los bailes populares- motivo de inspiración constante, tanto para sus litografías como sus cuadros. En 1886 se encargará de ilustrar las canciones de Aristide Bruant, famoso cantante de la época con litografías y dibujos, de mucho éxito en Bruselas, en las salas londinenses y en las galerías parisinas y que se convirtieron en una de sus creaciones emblemáticas.

Su salud experimenta un rápido deterioro, motivado en buena parte por los excesos del artista, aficionado al alcohol. Tras un período de internamiento en una clínica de desintoxicación (1899), en sus últimos años, el estilo de Lautrec evoluciona notablemente, su pincelada se hace más empastada y el cromatismo se intensifica. La muerte del pintor (1901) truncó esta nueva orientación, considerada por la crítica como un anuncio de futuras tendencias expresionistas.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Oscar Rodríguez Grimán, Felipe Martín Piñate, José M. Avilán Rovira y Abraham Krivoy.

Sesión ordinaria del 22 de enero de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“Eliseo Acosta un médico excepcional decimonónico (1818-1879)” por el Académico Juan José Puigbó y la doctora Nora Bustamante.

En esta presentación se destacarán los rasgos sobresalientes de la personalidad del Dr. Eliseo Acosta, discípulo dilecto de José María Vargas y uno de los más ilustres entre los médicos decimonónicos, así como también sus contribuciones más importantes para el desarrollo de la medicina nacional. Dentro de estos rasgos sobresalen su sólida formación científica y sus elevadas condiciones éticas.

Sus contribuciones universitarias, su carácter de pionero de la cirugía y de la oftalmología, así como el haber aplicado la anestesia general con cloroformo en Caracas (1849), dos años después que lo hiciese el Dr. Blas Valbuena en Maracaibo (1847), le confieren un gran crédito científico. Pero uno de los aportes esenciales lo constituye la introducción del método anatomo-clínico, junto con el doctor J. M. Vargas en el siglo XIX, una contribución fundamental para el progreso de la medicina científica en Venezuela.

Incluimos en el trabajo el contenido del prólogo de Eliseo Acosta al libro fundamental de Vargas “Manual o compendio de cirugía”, el cual influyó en

el progreso de esta disciplina en el país. Se presenta también el contenido curricular vigente en las décadas 1830-1850, en los tiempos de Vargas y de Acosta.

Se destacan sus actividades societarias, sus condiciones de ciudadano ejemplar, el interesante contenido de su biblioteca personal que representa una evidencia adicional de su condición de hombre poseedor de una vasta cultura, así como de haber despertado la admiración de figuras notables de la medicina de su tiempo. Finalmente sella su existencia con su acto médico en el cual pierde la vida, al haberse contaminado con una paciente que interviene quirúrgicamente, un accidente fatal que lo hace acreedor al título de héroe de la medicina.

Intervinieron los doctores Nora Bustamante, Felipe Martín Piñate, Itic Zighelboim, Blas Bruni Celli, Peter Gunczler, Carlos Orellana Bencomo, David Steinberg, Juan Antonio Yabur y José Francisco.

Sesión ordinaria del 29 de enero de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“Mitos y leyendas en el Barroco americano” por el Académico José Enrique López

Intensa, excesiva, pintoresca, será Latinoamérica la que desplegará en su esencia esa entidad barroca, otorgándole especificidad a todo el territorio. Si bien el Barroco define una época cultural, late en plenitud en el joven continente. El carácter intenso y expresivo de la estética barroca atraviesa la comprensión de la identidad latinoamericana. Como afirma Sonia Montecino, el Barroco alumbró el alma y no la mente, como ilustración, que no ha logrado penetrar en el corazón de la América mestiza.

Así el Barroco andino, por ejemplo, emerge como un arte ligado a lo mestizo, por su sensualidad, colorido y explosivas manifestaciones. Tierra de contrastes geográficos, culturales, sociales, América Latina es una de las regiones más desiguales del planeta: el 10 % más rico tiene 84 veces más que el 10 % más pobre.

En las grandes urbes una inmensa cantidad de barrios lujosos lindan con el pobrío excluido y marginal. Allí, la ostentosa modernidad y las nuevas tecnologías conviven con los harapos del gentío desclasado que habita las calles y vive de limosna.

Inmensa y despoblada, Argentina reúne en su capital y cinturón suburbano alrededor del 30 % de su población. En Brasil, el impacto colosal de la selva virgen contrasta con las formaciones urbanas. Un Sao

Paulo industrioso y productivo marca el contraste con el frenesí carioca y la pasión exaltada de su carnaval y su gente, un Río de Janeiro que deslumbra con su potente belleza, su inigualable fama de ciudad maravillosa y su patética pobreza. Río es un inmenso manual de contrastes, un magnífico exponente de la intensidad y la desmesura barroca.

El autor disertó sobre los siguientes mitos y leyendas: la mulata de Córdoba de México; la tatuana y el sombrerón de Guatemala; el barco negro de Nicaragua; los zombies de Haití; la marimonda de Colombia; la kachachola de Perú y Bolivia; el coleuche de Chile; las procesiones de los Nazarenos de San Pablo y Achaguas, los diablos danzantes de Corpus Christi, el baile de San Juan, el de San Pedro, la paradura del Niño Jesús, el carretón del diablo y el Orinoco, en Venezuela. Además los carnavales del Brasil, así como una reseña de las obras de Pedro Páramo, Juan Rulfo y García Márquez, en especial "Cien años de soledad".

Intervinieron los doctores Oscar Rodríguez Grimán, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Leopoldo Briceño-Iragorry, Otto Rodríguez Armas y Francisco Herrera.

Sesión extraordinaria del 5 de febrero de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

"Las otras competencias médicas" por el Dr. Miguel González Guerra

A pesar de disfrutar de un extraordinario avance tecnológico de la medicina, su ejercicio exige, igual que siempre, la adquisición de competencias en tres categorías bien definidas: la de orden individual, las de orden colectivo, relacionadas con la salud pública y las concernientes a la conducta del médico. En base a ellas se presentan sendas propuestas para mejorar la preparación de los médicos. La primera de ellas es referida a un nuevo enfoque de la formación humanística, respecto a la cual plantea la creación de un Departamento de humanismo médico en todas las Escuelas de Medicina.

De acuerdo al Académico José A. Ravelo Celis, autor del juicio crítico del trabajo del Dr. González Guerra, este se puede dividir en dos partes.

En la primera analiza la "competencia médica" y su significación, con la ayuda invalorable del diccionario, para mayor precisión en sus conceptos, refiriéndose al debido conocimiento de la ciencia médica, a su sabiduría, maestría, habilidad y agudo

sentido clínico. Apoyándose en el Corpus Hipocrático nos recuerda que todo lo que cita existía en la mente y recomendaciones del padre de la medicina.

Cita numerosos ejemplos de lo que califica el avasallante desarrollo tecnológico de la medicina en nuestros días que no puede ni debe ser ignorado por los médicos, pero descarta la pura mecanización de la medicina y afirma que mientras haya hombres, habrá enfermos que necesitarán de verdaderos médicos y sería injusto y necio desconocer que la realidad de la medicina no es sólo maquinal.

Analiza cuidadosamente la enseñanza de la medicina moderna en los pregrados y posgrados clásicos, en nuestras universidades y los divide en dos tipos: la medicina individual y la colectiva o social.

La primera, dedicada a la exploración y curación de los enfermos como entes individuales y a la cual se le dedica la mayoría de las horas y esfuerzo en las escuelas de medicina, incluso con la enseñanza de procedimientos aún en fase experimental, por lo que en su opinión deberían sólo enseñarse los hechos admitidos. Se evitaría así caer en el detrimento de enseñanza médica dedicada al ser humano como un conglomerado. El papel fundamental que la sociedad asigna al médico es velar por la salud de la comunidad, o sea la salud pública y sus múltiples proyecciones en la era moderna.

Hace importantes observaciones a la enseñanza de la salud pública en nuestras universidades, que en su opinión, se hace en forma desarticulada de disciplinas aisladas. Recomienda estructurar su aprendizaje en cuatro niveles progresivos durante la carrera. El primero presentando los problemas de salud del país, segundo sus factores condicionantes, luego los programas de salud y posteriormente la familiarización del estudiante con los recursos existentes.

La segunda parte de este trabajo es el estudio de la conducta del médico como tal, parte indispensable de su competencia. Señala que siempre ha estado presente desde los orígenes de la medicina como ciencia. Se apoya en las doctas enseñanzas de Hipócrates, Galeno, Maimónides, Marañón, Laín Entralgo y nuestro inolvidable maestro Luis Razetti, quien califica la medicina de "sacerdocio de la salud y dolor humano siempre en búsqueda del bien para el paciente"...que como tal debe ejercerse con el máximo respeto por ellos y su privacidad....condena la charlatanería y el espíritu mercantilista, que ya para su época comenzaba a infiltrar el ejercicio de la medicina en nuestro país....predica el trato cortés

entre colegas y condena la maledicencia entre médicos en aras de la dignidad misma de la profesión”. La considera la síntesis magnífica de cómo debe ser la conducta médica y de permanente vigencia hasta nuestros días.

En opinión del profesor González Guerra, el aprendizaje de esta conducta médica no puede ni debe ser pasivo en nuestros días, ni limitada al buen ejemplo de los maestros, que no siempre es así, ya que son bien conocidos los casos de indebida conducta profesional, algunos con ribetes escandalosos, consecuencia de la avasallante formación tecnológica o interés crematístico en nuestros días, que ha minimizado el énfasis eterno del aspecto humanístico de la profesión.

Analiza la importancia y dificultades de la enseñanza de la deontología médica y ofrece una propuesta específica de cómo enseñarla.

1. La filosofía de la medicina, todo lo relacionado con las ideas, opiniones y conceptos que atañen a la profesión médica.
2. Normas y bioética, como el conjunto de reglas morales que rigen la conducta humana, académicamente definida en las áreas de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales, apoyándose claramente en los conceptos del maestro Razetti.
3. Disposiciones legales y medicina legal: producto del consenso social manifestado a través de la autoridad competente, al imperio de la ley de obligatorio cumplimiento por todos los ciudadanos, que incluiría la deontología médica, que cuida del ejercicio de la medicina con dignidad y pulcritud moral.

Dejaría la medicina forense como parte de la anatomía patológica.

Considera el Académico José A. Ravelo Celis, autor del juicio crítico, que estas recomendaciones son valiosas y dignas de ser tomadas en cuenta por la Academia y transmitidas a las distintas escuelas de medicina de nuestras universidades.

Sesión ordinaria del 12 de febrero de 2009

No se realizó por ser día feriado.

Sesión solemne del 19 de febrero de 2009

No hubo presentación de trabajos pues en esta sesión se incorporó el Dr. Miguel González Guerra como Individuo de Número.

Sesión extraordinaria del 26 de febrero de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“Diabetes mellitus tipo 2 en Venezuela. Situación actual” por la Dra. María A. Vargas.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia resultante de defectos en la secreción de insulina, de la acción de la insulina o de ambas.

La hiperglicemia crónica de la diabetes se asocia con daños a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. La diabetes aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en la clasificación de diabetes hay dos formas mayores de esta enfermedad: tipo 1 y tipo 2. Esta última es la más común y representa alrededor del 85 % al 90 % de todos los casos. Se ha vinculado a factores de riesgo potencialmente modificados, tales como la obesidad, la falta de ejercicio y una dieta hipercalórica.

La prevalencia de diabetes para todos los grupos de edad, en adultos mayores de 20 años a nivel mundial fue estimada en un 2,8 % para el año 2000 y de 4,4 % para el año 2030. El número total de personas con diabetes se proyecta que se eleve de 171 millones en el año 2000 a 366 millones en el año 2030.

En las Américas, el número de personas con diabetes mellitus en el grupo de adultos, se estimó en 35 millones para el año 2000 y se espera que aumente a 64 millones en el año 2025. Considerando que actualmente el 52 % de estas personas viven en América Latina y el Caribe, en 2025 el porcentaje habrá alcanzado el 62 %, lo cual representan 40 millones de personas.

América Latina está experimentando una pandemia de diabetes mellitus tipo 2 con Brasil y México entre los 10 países de todo el mundo con la mayoría de los casos de diabetes. Incluso la menor prevalencia (5 % en Lima) se aproxima a la de los países desarrollados. La más alta prevalencia (8 % en Ciudad de México y Bogotá) advierten de una epidemia que ya está en marcha. En la mayoría de las poblaciones urbanas de América Latina y el Caribe, la prevalencia de diabetes entre los adultos está entre 6 % y 8 %.

En el año 2003, la Declaración de las Américas sobre diabetes (DOTA), inspirada por el proyecto “Diabcare” de Europa, aplicó el cuestionario “Qualidiab” en algunos países de América Latina, para evaluar el control de la glicemia y la calidad de la

atención de la diabetes en general. El primer análisis del cuestionario incluyó datos de 1 368 pacientes de centros de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Paraguay y Venezuela.

Los resultados mostraron que el 29 % tenían la HbA1c por encima de 10 mg/dL, el 8 % tenían la tensión arterial superior a 160/95 mmHg, 44 % se habían realizado un examen oftalmológico con dilatación de la pupila y el 63 % habían evaluado sus pies el último año. Entre las complicaciones, el 3 % de los pacientes reportó ceguera, el 1,7 % tenía un accidente cerebrovascular, el 2,1 % había presentado un infarto del miocardio, el 0,8 % tenía insuficiencia renal y el 5,5 % tenía amputación de una extremidad inferior.

La primera reseña de diabetes mellitus hecha en Venezuela la realizó el Dr. José María Vargas, el 5 de mayo de 1829, al describir un caso “con grado considerable de diabetes”.

La prevalencia de diabetes en Venezuela para el año 2002 se estimó entre el 5,1 % y el 6 %, que aplicada a la población en 2002 (25 088 980 habitantes) significaría entre un millón doscientos ochenta mil y un millón quinientos cinco mil casos. Para el 2008 (27 934 783 habitantes), se proyectan entre un millón cuatrocientos quince mil y un millón seiscientos setenta y seis mil casos.

Según los datos del sistema EPI, publicados en consenso nacional de diabetes tipo 2, la enfermedad entre 1991-2000 presentó una tendencia ascendente: tres a diez mil “casos nuevos” en los primeros siete años a veinte mil “casos nuevos”, entre 1998 y 2000.

En cuanto a mortalidad, en el quinquenio 1996-2000, la diabetes se ubicó en el sexto lugar de las principales causas de muerte, tanto para la mortalidad general como para la masculina y en el quinto lugar, para la femenina. En el promedio murieron 14 diabéticos por día (aproximadamente 7 hombres y 7 mujeres. En cuanto a morbilidad, el consenso concluye que está muy lejos de representar la dimensión real de la situación de diabetes en el país.

De acuerdo al Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades y el Ministerio del poder popular para la salud, el promedio de morbilidad entre 2002 y 2006 fue de 405 por cada cien mil habitantes. Las entidades federales con tasas superiores al promedio, fueron Cojedes, Lara, Táchira, Trujillo, Zulia, Mérida, Yaracuy y Barinas, con tasas entre 440 y 888, para los estados extremos.

Entre 1996-2006, de cada 10 defunciones por

diabetes mellitus 8 ocurrieron en mayores de 60 años, un 52,8 % para mujeres y un 47,2 para hombres.

De acuerdo al estudio CARMELA (*Cardiovascular risk factor multiple evaluation in Latin America*), cuyos objetivos fueron determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares y el espesor intima-media de la carótida común, en una muestra aleatoria de los habitantes de 7 ciudades, de 1 600 individuos cada una, entre 25 a 64 años, se encontró lo siguiente: Barquisimeto 6 %, Bogotá 8,1 %, Buenos Aires 6,2 %, Lima 4,4 %, Ciudad de México 8,9 %, Quito 5,9 % y en Santiago 7,2 %.

Por una encuesta en 4 096 pacientes de centros médicos especializados o no, realizada en el país en 2007, se demostró que el 75% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tenía una HbA1c mayor a 7%, lo cual representa un mal control metabólico, de acuerdo a criterios de la *American Diabetes Association*.

Es conocido que entre 75 % a 80 % de los diabéticos mueren de enfermedades cardiovasculares. Los diabéticos tipo 2 tienen de 2 a 4 veces mayor riesgo de enfermedades coronarias que el resto de la población y su pronóstico es más pobre. El riesgo de enfermedad cerebrovascular y vascular periférica es también superior. La mortalidad prematura causada por la diabetes determina de 12-14 años de vida perdidos.

El conocimiento de estos datos es fundamental para implementar estrategias de prevención orientadas a detectar tempranamente a pacientes con pre-diabetes y diabetes mellitus tipo 2 con el fin de controlarlos y evitar complicaciones.

“Situación de las enfermedades emergentes y reemergentes” por el Dr. José Félix Oletta López.

El resumen de este trabajo puede leerse en la Nota Bibliográfica N° 2, publicada en Gac Méd Caracas. Abril-Junio 2009; 117(2):179-180.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, José Enrique López, Oscar Rodríguez Grimán, Felipe Martín Piñate, Myriam Marcano Torres, Maianela Castés, Isis Nezer de Landaeta, Rafael Muci-Mendoza, Berando López y José A. Ravelo-Celis.

Sesión extraordinaria del 5 de marzo de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“La psiconeuroinmunología: nueva visión sobre

la salud y la enfermedad” por el Académico Ítalo Marsiglia.

Aunque en el pasado sólo podíamos intuir las relaciones entre el sistema neuroendocrino y el fenómeno inmune, hoy una nueva disciplina, la psiconeuroinmunología, ha puesto en evidencia los estrechos vínculos y grado de integración de los sistemas: nervioso central, endocrino e inmune.

Gracias a esa integración funcional, el sistema nervioso central percibe y responde consciente o inconscientemente a los cambios del mundo externo e interno; el sistema inmune, en la situación ideal, detecta y elimina a invasores externos e internos; y el sistema endocrino suministra la respuesta a distancia que hace el organismo más apto para la lucha.

Los sistemas neuroendocrino e inmune juegan su mayor papel en la adaptación. Cualquier factor “estresante” o amenaza al estado de homeostasis, es contrarrestado por una respuesta adaptativa.

En el humano, la integración de estos sistemas tiene como fundamento teleológico, hacer efectiva la lucha por la supervivencia y la conservación de la salud. Efectivamente, recientes investigaciones han demostrado el rol trascendente de los mecanismos psiconeuroinmunológicos en el estado de salud y en la enfermedad, tal como se ha determinado en el estrés psicológico, estados depresivos y en varias enfermedades crónicas, como los procesos autoinmunes, infecciosos, metabólicos, cardiovasculares o el cáncer.

Al abordar este tema es justo hacer un reconocimiento a Hans Selye, quien a partir de los años 30 del pasado siglo demostró la íntima conexión entre estrés y secreción de la corteza adrenal y sus posibles nexos con las que denominó “enfermedades de adaptación”. Estas razones permiten considerarlo como precursor de esta excitante y novedosa área del conocimiento médico.

Con los nuevos aportes de la psiconeuroinmunología se abre un nuevo camino, muy promisorio, para la cabal comprensión de la salud y la enfermedad, se ofrece una visión de la mente, sana o patológica como función cerebral suprema. Este enfoque integral, enfatizaría el rol protagónico del sistema nervioso central, por su influencia e interconexión bidireccional con el sistema endocrino e inmune.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Doris Perdomo de Ponce, Myriam Marcano Torres, José Enrique López, José A. Ravelo Celis, Felipe Martín Piñate, Rafael Muci-Mendoza, Enrique López Loyo,

Carlos Orellana Bencomo, Oscar Rodríguez Grimán y Miguel Zerpa Zafrané.

Sesión extraordinaria del 12 de marzo de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“Nuevos retos en patología cardiovascular” por la Dra. Claudia Suárez.

Es innegable la importancia de la patología cardiovascular pues las enfermedades cardiovasculares siguen protagonizando la morbilidad y mortalidad a nivel mundial, aun en países menos industrializados como Venezuela y otros de América Latina.

La patología cardiovascular humana y experimental abarca una gama de afecciones que se ubican no sólo en el corazón, sino en todo el sistema vascular, endotelio incluido. El estudio de la patología cardiovascular se aborda desde el punto de vista postmortem (autopsias forenses y médicas) y en vida (biopsias). En cada uno de estos campos se han logrado adelantos en la metodología y técnicas de investigación, especialmente en técnica histológica, pero aún existen metas por alcanzar e interrogantes sin responder.

Desde comienzos del siglo XX, algunos anatomopatólogos venezolanos demostraron su interés por las enfermedades cardiovasculares y publicaron varios hallazgos de carácter netamente o casi exclusivamente morfológico. Fue en el Hospital Vargas donde se comenzaron a investigar algunas enfermedades prevalentes en nuestro país, como la miocarditis chagásica, las valvulopatías luéticas y ateroscleróticas, así como las valvulopatías cardíacas.

El desarrollo sistemático, progresivo e institucionalizado de la patología cardiovascular desde 1958, en la Sección de Patología Cardiovascular del Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly”, Universidad Central de Venezuela, Caracas, fue impulsado por los fundadores de la División de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En sus comienzos el estudio de autopsias con patología cardiovascular congénita y adquirida, médica y quirúrgica, fue desarrollándose con los criterios de la patología cardiovascular mejicana, país que ya disponía de un organismo establecido para estos fines.

A partir de 1938, se comenzó con el estudio sistemático de la patología cardiovascular, de acuerdo con los cánones internacionales en patología médica y especialmente en patología quirúrgica, como respuesta

al rápido crecimiento y desarrollo de las disciplinas clínicas y quirúrgicas cardíacas.

Actualmente, en 50 años de existencia de esta subespecialidad, se han publicado conjuntamente con los cardiólogos y otros investigadores, más de 100 trabajos científicos en revistas nacionales y extranjeras, así como libros, capítulos de libros, nacionales e internacionales. El logro más importante fue la difusión de los criterios diagnósticos y metodologías anatomopatológicas para el abordaje de las muestras quirúrgicas, en las cohortes de patólogos en formación durante los últimos 30 años.

Durante las últimas décadas, los adelantos importantes de la biología de las miocardiopatías, de la cirugía cardíaca vascular, de la cardiología intervencionista y de las investigaciones sobre inmunología cardíaca, biología molecular e ingeniería biomédica, contribuyeron al conocimiento fisiopatológico de las enfermedades cardiovasculares y a los tratamientos intervencionistas y quirúrgicos.

A la par, el papel del patólogo cardiovascular se ha expandido tanto en el diagnóstico como en la investigación. Este especialista debe ser experto en los métodos de estudio de la patología cardiovascular para poder apoyar y ofrecer resultados en las investigaciones clínicas y experimentales.

A pesar de los progresos recientes y crecientes, se plantean aún una gran gama de interrogantes para validar la eficiencia y utilidad de los diagnósticos anatomopatológicos, de acuerdo con los cánones internacionales, emitidos tanto en las biopsias como en las muestras de animales de experimentación. Todas estas realidades constituyen un reto para quien ejerce esta subespecialidad, especialmente en relación con los procedimientos y tratamientos intracatéter, injertos vasculares, colocación y re-estenosis de los *stents* y otros tópicos más complejos de estudios a nivel molecular como las canalopatías, otras alteraciones del ritmo cardíaco, trasplante cardíaco y las nuevas terapias celulares genéticas, así como todos los procedimientos de la terapia con células madre cardíacas y extra-cardíacas.

“Patología cardiovascular: logros y retos, con especial referencia a Venezuela” por el Académico Enrique López Loyo.

Las unidades de anatomía patológica forman parte integral del equipo de salud en sus distintos aspectos de asistencia, docencia e investigación, con impacto en los objetivos de la medicina científica, la

cual busca el control de la enfermedad como proceso y la promoción del estado de salud. La realidad venezolana para diciembre de 2008, en relación a la práctica asistencial de la anatomía patológica, establece que existe un atraso de casi 30 años en la tecnología de los laboratorios de patología del área pública y que el 90 % de las salas de autopsias clínicas no funcionan. El patólogo venezolano trabaja bajo condiciones heroicas, puesto que en sus áreas laborales no se cumplen mínimas normas de bioseguridad. En 23 regiones sólo hay 2 laboratorios públicos, que eventualmente hacen estudios de inmunohistoquímica para tipificación tumoral y evaluación de factores pronósticos. No existen laboratorios de patología molecular en el área pública. Se requieren 6 patólogos por cada centro hospitalario de nivel IV, existiendo en este momento un promedio de sólo 2 especialistas por centro. La formación de patólogos se limitó por el desvío de becas para la promoción de especialistas integrales. A ello se debe el déficit actual. La solución planteada por las autoridades para cubrir los requerimientos de especialistas médicos en los últimos meses, es la de graduar 2000 médicos especialistas, entre ellos 150 patólogos, en sólo 18 meses. Dudamos de la fortaleza académica de estos probables futuros especialistas venezolanos.

Dentro de la problemática de los servicios de patología, se suma el déficit estructural de histotecnólogos, de quienes se requieren un mínimo de 4 por cada unidad hospitalaria. El fenómeno salarial y las condiciones mínimas de ejercicio promueven los procesos migratorios de profesionales que repercuten en la crisis asistencial del país. La verdadera adecuación tecnológica de la patología en Venezuela, ha sido reportada por los laboratorios privados. A pesar de ello, se ha satanizado el ejercicio privado, con aplicaciones extremas de normativas, con medidas de cierre y multas excesivas. Se deben promover cambios de forma y fondo para lograr la adecuación tecnológica requerida, facilitar la formación de residentes, especialistas y técnicos especializados a partir de la búsqueda de un programa único de formación. Asimismo, se debe dar forma a la recertificación de los especialistas, evitando propiciar el intrusismo en la práctica médica especializada. En paralelo se debe combatir la apatía de los profesionales y estimular asociaciones estratégicas, a fin de integrar nuestros laboratorios a las normas internacionales de gestión de calidad (ISO-9000).

En conjunto se debe asumir el reto de la tecnología. El cambio de paradigmas en la anatomía patológica

ha sido un fenómeno progresivo en el mundo. En nuestro contexto se requiere de voluntad política y de profesionales convencidos de su rol dentro del equipo de salud.

Intervinieron los doctores Víctor Ruesta, Blas Bruni Celli, Guillermo Colmenares Arreaza, Juan José Puigbó, Felipe Martín Piñate, Isis Nezer de Landaeta, Claudio Aotín Soulie, Alfredo Díaz Bruzual y José M. Avilán Rovira.

Sesión ordinaria del 19 de marzo de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“El diagnóstico del sector salud en Venezuela” por los doctores Douglas León Natera y José Félix Oletta López.

La estructura sanitaria de Venezuela comienza con la Ley de Sanidad Nacional (1911) y el pleno desarrollo lo alcanza con la acción del Dr. Enrique Tejera y sus cuatro colaboradores principales, doctores José Ignacio Baldó en tuberculosis, Arnoldo Gabaldón en paludismo, Martín Vegas en lepra y venéreas y Pastor Oropeza, en el cuidado de la madre y el niño. Esta política de lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y mejoramiento del medio ambiente, construcción de viviendas rurales, disposición de excretas, acueductos y disposición de residuos sólidos, fue interrumpida creando un sistema paralelo, basado en una concepción distinta, como la de la Unión Soviética, donde se sustituyen los médicos por enfermeros, visitantes sociales y paramédicos, no debidamente entrenados para atender el sector primario.

El análisis de algunas patologías prevenibles es preocupante. El paludismo, en la semana 28 del 2008 presentó un acumulado de 17 282 casos. La parotiditis viral llegó a 164 773 casos desde enero de 2008. La varicela alcanzó a 2 508 casos la mayoría en niños de 1 a 4 años. La hepatitis B se incrementó en 80 % y de dengue se registraron 28 640 casos, con 1 943 hemorrágicos. El brote de parotiditis se explica por el uso de una vacuna bivalente y no trivalente.

De un estudio basado en 20 áreas críticas, se deducen 5 grupos de recomendaciones, que enumeramos a continuación.

1. **Financiamiento.** Debe corresponder al menos al 5 % del PIB.
2. **Organización.** Debe consolidarse el sistema intergubernamental basado en la corresponsabilidad y coordinación: normativo nacional y ejecutivo

estatal, municipal, parroquial. Desarrollar la atención médica primaria con especialistas de medicina familiar.

3. **Prestación de servicios.** 1) Debe dársele gran prioridad al niño y el preescolar en nutrición y escolaridad, que son responsabilidad municipal y parroquial. 2) El control de enfermedades endémicas: malaria, dengue, tuberculosis, Chagas, leishmaniasis, infecciones respiratorias, neumonías y las diarreas. 3) Fortalecer los programas integrado de control y prevención de enfermedades crónicas no infecciosas: cardiovasculares, cáncer, diabetes, obesidad, enfermedades mentales. 4) Enfermedades emergentes: VIH-SIDA, fiebre hemorrágica venezolana, leptospirosis y potenciales, tales como virus del Nilo y gripe aviar.
4. **Participación ciudadana.** Debe fortalecerse respetando las iniciativas que nacen de la comunidad. Aprovechar los proyectos exitosos de los 90 “municipios saludables”.
5. **Recursos humanos.** La mayor prioridad está en el área de atención médica primaria, por lo que se debe incentivar la formación de médicos de familia, mejorar sus condiciones de trabajo y remuneración, para reordenar el sector salud, como ha ocurrido en otros países.

Evaluar la demanda de especialistas por población en cada entidad federal y escoger las universidades y hospitales para su formación y actualización.

Intervinieron los doctores José M. Avilán Rovira, Alfredo Díaz Bruzual, Felipe Martín Piñate y Juan José Puigbó.

Sesión ordinaria del 26 de marzo de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

Perla de observación clínica: “La prevención se adueña del Hospital de Niños” por el Académico Luis Ceballos García.

El 26 de noviembre de 2008 en el Hospital de Niños “J.M. de los Ríos”, fue una fecha de profundo simbolismo en el ejercicio racional y humano de la medicina en los niños, niñas y adolescentes. Se realizó, por primera vez en nuestra institución, una actividad masiva de enseñanza de prevención de quemaduras, dirigido a las madres y representantes de nuestra clientela infantil y juvenil. Quienes ejercemos la medicina en estos tiempos repletos de modernidad y

de progreso, estamos obligados moralmente a hacer de la medicina preventiva un componente de igual o aun de mayor rango, que el de la medicina curativa y el de la medicina de la rehabilitación.

Varias muchachas del quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad “Santa María”, previamente adiestradas en prevención de accidentes y lesiones, poblaron de luminosos uniformes azules las áreas de la Consulta Externa del Hospital. Y fueron veinte voces propagadoras de información sencilla, entendible y práctica que los niños y las madres asimilaban con inmenso interés y gratitud. Y fueron también, 40 manos las que portaron los estandartes de esta “guerra” contra el flagelo de las quemaduras. En esas delicadas y hermosas manos femeninas flamearon las banderas de los afiches, de los dibujos, de los elementos lúdicos para la enseñanza. Y en los pechos de estos cruzados del bien, refulgieron los escudos con el lema “Niños buenos y sanos, sin peligros a la mano”.

“Las Academias Nacionales” por el Académico Antonio Clemente Heimerdinger.

Hacemos un recuento histórico de las Academias en el mundo, hablando de los nombres, el concepto de academia, las definiciones, los tipos de academias. De las Academias Nacionales se establece la fecha de su fundación basándonos en documentos existentes. Comenzamos el análisis haciendo un cuadro en el cual estudiamos algunas variables (diez). Luego continuamos el análisis basándonos en los componentes principales (nueve). El promedio de los objetivos fue de 8, el de los Individuos de Número 31, el de los Correspondientes Nacionales 40, el de los Correspondientes Extranjeros 35. La estructura de funcionamiento tiene una Asamblea, una Junta Directiva y Comisiones de trabajo, credenciales, permanentes y accidentales. Los candidatos a pertenecer a ellas deben ser de reconocida reputación y en la mayoría se requiere el doctorado. El financiamiento procede de la ley de presupuesto y de donaciones públicas o privadas. Al crearse una Academia, los primeros Académicos son nombrados por el ejecutivo, luego son escogidos por el reglamento y el estatuto. La mayoría de las actividades están reglamentadas y tienen un órgano divulgativo que se publica periódicamente. Al final, en el aparte de la discusión, ordenamos las ideas de los principales autores venezolanos que han estudiado la materia.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Miguel González Guerra, Leopoldo

Briceño-Iragorri y Oscar Beaujón Rubín.

Sesión ordinaria del 2 de abril de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“Cirugía preservadora de extremidades para grandes defectos óseos” por el Dr. Pedro Carvallo.

Uno de los grandes problemas que debe enfrentar el cirujano ortopedista o traumatólogo, en su práctica clínica-quirúrgica, es cuando producto de cualquier situación, el paciente se nos presenta con un importante defecto de continuidad en algún segmento del esqueleto.

Se presenta una revisión de la evolución de los primeros cien casos de reconstrucción masiva, utilizando exclusivamente prótesis especiales no convencionales o injerto masivo de cadáver.

El estudio nos lleva al año 1989, cuando se intervino el primer caso registrado para esta serie, hasta el mes de mayo de 2005, para un seguimiento mínimo de dos años, para la fecha de la revisión. Este aspecto es importante para evitar presentar experiencias que pueden parecer exitosas, pero que no hayan pasado la prueba del tiempo.

El promedio de edad fue de 30, 26 años (09 a 78), con un seguimiento promedio de 60,32 meses (24 a 211 m). No hubo una diferencia significativa en cuanto al lado afectado (49/51), aunque si fue notoria la diferencia de sexo predominando el femenino (62/38). Se registró la procedencia de los pacientes, que llegaron de todo el territorio nacional, por supuesto la mayoría local o del Estado Miranda. Se atendieron pacientes de diversos estratos socio-económicos prevaleciendo aquellos provenientes de los niveles D y C, así como de diversas etnias, la mayoría blanca o mestiza.

Los diagnósticos fueron muy variados, predominando los tumores malignos en 56 casos, benignos en 28, lesiones pseudotumorales 4 y 12 no neoplásicos (4 inflamatorios y 8 otros).

La localización fue también muy variada, predominando el fémur (59) y la tibia (23), continuando en frecuencia de afectación el húmero, radio, peroné, etc.

Se utilizaron 40 injertos de cadáver diafisario u osteocondral, 59 pacientes se resolvieron con la utilización de una prótesis especial y en un solo caso se llevó a efecto reconstrucción, colocándose un conjunto de injerto de cadáver con una prótesis, conocida como allo-prótesis.

Presentamos asimismo el seguimiento con una importante variedad de complicaciones, tanto de tipo quirúrgicas-ortopédicas, como de tipo oncológicas. Se presentan dentro del primer tipo la dehiscencia de la cicatriz, seguida de infección, afectando 15 casos, fracturas del aloinjerto en 5 pacientes y fractura de la prótesis en 3 casos. También se observó alteración de la conducción de nervios periféricos con relación a la cirugía en 9 casos, además de fractura de placas de síntesis, aflojamiento de prótesis, lujaciones, retracciones en equino, etc.

Entre las complicaciones de tipo oncológico, la más frecuente fue la metástasis en 18 casos, así como recidivas locales en 8 pacientes.

Finalmente, se registraron 14 fallecimientos relacionados con la enfermedad primaria ósea y dos muertes por causa ajena a la enfermedad osteoplástica, uno de ellos con patología no maligna.

Igualmente señalamos las soluciones propuestas a las complicaciones encontradas, entre las que se mencionan limpiezas quirúrgicas (13), colgajos musculares rotados (11), recambio de prótesis (3), amputaciones (6), transportes óseos (1), etc. Para el manejo de las complicaciones oncológicas se practicaron 6 metastasectomías, 3 extirpaciones de recidiva tumoral local y una amputación.

Intervinieron los doctores José M. Avilán Rovira, Oscar Rodríguez Grimán, Claudio Aoñin Soulie, Jesús Felipe Parra, Felipe Martín Piñate, Cutberto Guarapo Rodríguez e Isis Nezer de Landaeta.

Sesión ordinaria del 9 de abril de 2009

No se efectuó por ser Jueves Santo

Sesión extraordinaria del 16 de abril de 2009

Preside: Dr. Antonio Clemente H.

“Embarazo en adolescentes” por la Dra. Ofelia Uzcátegui Uzcátegui.

El embarazo en adolescentes es un tema importante de salud pública porque está asociado con un impacto negativo sobre la joven que no lo deseaba ni esperaba.

Según la Organización Mundial de la Salud “la adolescencia es el período de vida en el cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Está comprendida entre los 10 y 19 años. Se divide en adolescencia temprana o precoz de los 10 a 14 años

y tardía de los 15 a 19 años de edad”

La generación de adolescentes es la más grande de la historia, cerca del 50 % de la población es menor de 25 años. En América Latina el 30 % de la población es adolescente, mientras que en Canadá y Estados Unidos es de 20 %. En Venezuela también es alrededor del 30 %.

Embarazo en adolescencia es el que ocurre entre los 10 y 19 años de edad.

Entre los factores predisponentes para el embarazo en las adolescentes se señalan los siguientes.

Factores biológicos: edad temprana de la menarquia que produce madurez reproductiva, asociada a la presencia de ciclos ovulatorios, que a los dos años de la primera menstruación llegan alrededor del 50 %; sin embargo, no hay madurez psicológica.

Factores psicosociales y conducta sexual: inicio precoz de las relaciones sexuales que se asocia con la menarquía temprana y sobre todo con la falta de previsión.

Condiciones socio-económicas bajas, la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo en la adolescencia como el inicio precoz de las relaciones sexuales.

Se señala que los medios de comunicación y algunos programas de entretenimiento pueden ejercer una mala influencia en las menores, pues sus contenidos sexuales inducirían a las relaciones precoces y al embarazo.

Otro factor es la pérdida de la religiosidad, muy importante, pues la formación religiosa influye en el control para el ejercicio de la sexualidad.

Falta de educación sexual.

Factores determinantes: relaciones sexuales, abuso sexual, violación.

Enfoque de riesgo en consulta prenatal: Aunque en términos generales, por todo lo expuesto anteriormente, el embarazo en la adolescente se considera de riesgo, desde el punto de vista biológico clasificamos a las embarazadas adolescentes de acuerdo a los factores de riesgo obstétrico y perinatal, en dos grupos: de alto y bajo riesgo.

Diagnóstico de embarazo: el diagnóstico se hace tardíamente, porque ellas no piensan en esta posibilidad o se niegan a creer que están embarazadas.

Aborto: No hay acuerdo si el aborto espontáneo sea más frecuente en las adolescentes que en mujeres de más edad, aunque parece serlo en las adolescentes precoces. Lo que si es cierto es que como en la mayoría

de los casos es un embarazo no deseado, el miedo, el abandono del compañero, la vergüenza, el rechazo en la escuela y la desesperación conduce muchas veces a que se ponga fin al embarazo.

Complicaciones: Las más frecuentes son anemia ferropénica, trastornos hipertensivos, infecciones urinarias, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, desgarros, hemorragias, infecciones puerperales.

Mortalidad materna: es más elevada que en las mujeres de 20 años o más de edad. Esto va en razón directa con la mayor incidencia del aborto provocado, así como la falta de control prenatal o su inicio tardío.

Padre adolescente: si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo está el varón para ser padre, porque en los grupos culturales en los que ocurre el embarazo de adolescentes, es muy común que el varón se desligue de su papel y los descendientes pasan a ser criados u orientados por mujeres.

Impacto social y económico del embarazo: generalmente la embarazada soltera es rechazada parcial o totalmente por la familia y la sociedad. A pesar de las normas vigentes hay discriminación en las escuelas, por lo que tienden a abandonar los estudios y cuando esto ocurre hay mayor riesgo de repetir el embarazo. Tienen un 50 % más de hijos que las mujeres que posponen su maternidad.

Al no tener una preparación adecuada, las fuentes de trabajo son reducidas y ganan aproximadamente la mitad de lo que ganan las mujeres que postergan su maternidad. Generalmente viven en condiciones de pobreza.

Recién nacido: hay un aumento de recién nacidos de bajo peso, bien sea por premadurez o por restricción del crecimiento intrauterino, lo cual ocurre con más frecuencia en el grupo de 10-14 años de edad. La mortalidad perinatal es elevada, los niños de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres entre 20 y 35 años.

Atención integral de la adolescente. Prevención: la prevención puede ser primaria, antes de la actividad sexual. Secundaria a las adolescentes con actividad sexual y que no desean embarazarse y terciaria para las adolescentes embarazadas.

Es una necesidad abordar los aspectos de la sexualidad en esta etapa de la vida. Por tanto se debe hacer educación sexual y planificación familiar.

Intervinieron los doctores Otto Rodríguez Armas, José Guevara, Huniades Urbina, Felipe Martín Piñate, Rafael Arteaga R., Juan José Puigbó, Enrique López Loyo, Itic Zighelboim, Alfredo Díaz Bruzual, Oscar Rodríguez Grimán, Isis Nezer de Landaeta y Carlos A. Hernández.