

Vida de la Academia, Resúmenes de los trabajos presentados y Notas Bibliográficas

Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Individuo de Número, Sillón XXXI

Nota explicativa

La situación de aplicación del distanciamiento social o Cuarentena decretada por las autoridades del estado venezolano por la disrupción de la Pandemia producida por el agente viral perteneciente a la familia de los Coronavirus, conocido de forma genérica como la infección por la COVID-19 y técnicamente como SARS-CoV-2, hizo imposible que en este período que se inicia desde el día 12 de marzo de 2020, nuestra Academia Nacional de Medicina pudiera retomar sus actividades en su sede corporativa, por lo que transcurrido un tiempo prudencial se acordó retomar las Sesiones utilizando una aplicación electrónica que permitiera la realización de reuniones interactivas, por lo que desde el día 30 de abril, y utilizando las ventajas de la plataforma Zoom se reiniciaron las actividades por esta vía.

VIDA DE LA ACADEMIA

Juramentación y presentación del Trabajo de Incorporación del Dr. Gastón Silva Cacavale como Miembro Correspondiente Nacional puesto N° 32

En sesión extraordinaria virtual celebrada el jueves 2 de julio de 2020 se procedió a la Juramentación del Dr. Gastón Silva Cacavale como Miembro Correspondiente para ocupar el Puesto N° 32. Comprobado el quorum e iniciada la sesión el Presidente procedió a tomar el juramento

de ley, quedando incorporado el mencionado Doctor como Miembro Correspondiente Nacional en el puesto N° 32.

A continuación se realizó la Presentación del Trabajo de Incorporación del Dr. Gastón Silva Cacavale intitulado "Experiencia personal en 207 procedimientos de Bentall", siendo designados los Drs. Rafael Muci-Mendoza y Dr. Rafael Apitz Castro para acompañar al Dr. Gastón Silva Cacavale al pódium virtual, de acuerdo a la tradición de la Academia Nacional de Medicina. Procedió a la exposición de su trabajo, al final del cual contestó las inquietudes de los invitados a la reunión.

Acto de Juramentación del Dr. Horacio Vanegas como Individuo de Número Sillón XL

En Sesión Solemne electrónica celebrada el día jueves 30 de julio de 2020, se procedió a la Juramentación del Dr. Horacio Vanegas (Figura 1) como Individuo de Número Sillón XL.

Una vez verificado el quórum por el Señor Secretario procedió a dar lectura de la Orden del día en su primera convocatoria. Seguidamente tras escuchar el Himno Nacional, el Presidente Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry Individuo de Número, Sillón VIII dio las palabras de apertura del acto.

A continuación procedió a tomarle el Juramento de Ley al Recipiendario Dr. Horacio Vanegas, quien respondió afirmativamente sellando el compromiso con la institución,

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2020.128.3.22>

posterior a lo cual se dispuso a dar lectura a su discurso de Recepción.

Una vez culminado a continuación el Presidente Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry Individuo de Número, Sillón VIII se encargó de hacer el tradicional Discurso de Bienvenida. Terminado este último discurso y habiéndose cumplido la agenda de la primera convocatoria el Presidente anunció la Clausura del Acto.

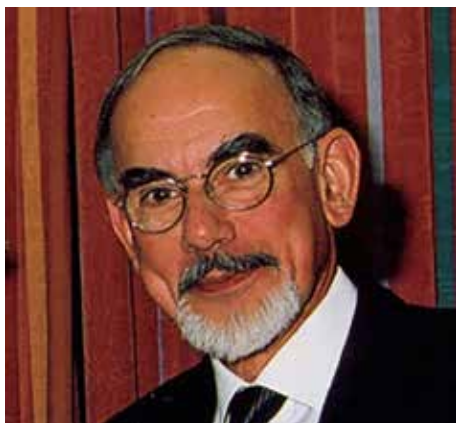


Figura 1. Dr. Horacio Vanegas.

Acto de Juramentación de la nueva Junta directiva de la Academia Nacional de Medicina electa para el período 2020-2022

En la segunda convocatoria de la Sesión Solemne electrónica del día 30 de julio de 2020 se procedió al acto de Juramentación de la nueva Junta directiva de la Academia Nacional de Medicina electa para el período 2020-2022.

De acuerdo a la agenda del día se hizo verificación del quorum reglamentario, con la presencia en la transmisión electrónica del Dr. Rafael Badell Madrid, Consultor Jurídico de la Academia Nacional de Medicina para certificar el correcto desarrollo del acto.

Se inicia con la entrega del Premio Vargas 2020 a los ganadores Drs. Carlos Rojas Malpica, Miguel Angel De Lima-Salas y Trino Baptista Troconis, por el trabajo “El Yo, el cerebro y el libre albedrío”. Le correspondió al Dr. Miguel Ángel De Lima-Salas emitir unas palabras a nombre de

los autores de esta interesante propuesta ganadora.

A continuación se produjeron las palabras del Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry, en su condición de Presidente Saliente de la Academia Nacional de Medicina. Finalizadas esta síntesis de su gestión se procedió a la Juramentación del Dr. Enrique Santiago López-Loyo (Figura 2) como nuevo Presidente de la Academia para el período 2020-2022. Acto seguido el nuevo presidente tomó el Juramento respectivo al resto de su Junta Directiva, la cual completan:

Vicepresidente: Dra. Isis Nézer de Landaeta.

Secretario: Dr. Huníades Urbina-Medina.

Tesorera: Dra. Lilia Cruz Rodríguez.

Bibliotecario Archivero: Dr. Guillermo Colmenares Arreaza.

Seguidamente se procede a la Imposición de la Medalla de los Expresidentes de la Academia Nacional de Medicina al Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry a cargo del Dr. Enrique Santiago López-Loyo.

Finalmente el Presidente Entrante de la Academia Nacional de Medicina Dr. Enrique Santiago López-Loyo, realiza su discurso de inicio de gestión.



Figura 2. Dr. Enrique Santiago López-Loyo.

Con las notas del Himno Universitario y la verificación del cumplimiento de la agenda de la Sesión Solemne el Presidente anuncia la Clausura del acto.

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

Sesión Extraordinaria del jueves 9 de julio de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorri

Resúmenes

1. Diferentes niveles de protección personal frente al COVID-19. Dra. Maritza Duran de Saglimbeni, Invitada de Cortesía

Hasta el 2 de julio en el mundo existían 10 902 347 casos de COVID-19, 521 940 muertes en 188 países. En Venezuela hemos visto en las últimas semanas un aumento exponencial del número de casos y si bien al principio de la epidemia tardamos 72 días en alcanzar los 1 000 casos, en las últimas semanas hemos visto cómo se ha reducido a 4 días el tiempo para alcanzar 1 000 nuevos casos. Es así como el 2 de julio en nuestro país se habían registrado 6 273 casos con 57 fallecidos, siendo el Estado Zulia y el Estado Apure los más afectados por COVID-19. Ninguna intervención farmacológica, hasta ahora, ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del COVID-19 y tampoco se cuenta con ninguna vacuna disponible para prevenirlo, por lo que, si se quiere aplanar la curva de contagio las medidas no farmacológicas para reducir la transmisión están llamadas a ser la piedra angular. El SARS-COV2, se transmite principalmente por contacto cercano a través de gotas emitidas cuando la persona habla, tose o estornuda. La transmisión por aerosoles es particularmente importante en el contexto hospitalario. Las medidas de protección personal y por ende el uso de los diferentes equipos, van a depender de si la persona está en un ambiente comunitario u hospitalario. Y en los centros de salud del tipo de contacto que se tenga con el paciente y de la realización o no de procedimientos que generen aerosoles que son aquellos con mayor riesgo de transmisibilidad.

Protección en hogares y para cuidadores de personas con COVID-19:

- ❑ Se debe usar máscaras faciales, guantes y bata cuando se cuida de un paciente con COVID-19, remover y desechar estos materiales al salir de la habitación. Lavar las manos por al menos 20 segundos después del contacto usar desinfectante basado en alcohol al menos al 60 % si no hay agua o jabón. No compartir los objetos personales. Lavar las superficies que se tocan frecuentemente, usar guantes si se manipula ropa sucia. Restringir el número de cuidadores.

En los centros de salud se deben implementar intervenciones generales para reducir la transmisión de COVID-19 tales como:

- ❑ Control de la fuente universal: Cubrir la nariz y la boca para contener las secreciones respiratorias
- ❑ Identificación temprana y aislamiento de los pacientes con sospecha de enfermedad
- ❑ Uso apropiado del equipo de protección personal al cuidar pacientes con COVID-19 y desinfección del ambiente.
- ❑ Existen además medidas específicas para pacientes, particularmente para aquellos que acuden a los consultorios, donde es importante descartar manifestaciones consistentes con COVID-19 tales como, fiebre, tos, mialgias, dolor de garganta, disnea, anosmia/hiposmia antes de entrar al centro de salud.
- ❑ Las visitas deberían estar restringidas. Aquellos exentos deben ser sometidos a descarte de exposición o síntomas de COVID-19. Prohibir la visita a aquellos con evidencia de infección o expuestos en los últimos 14 días.
- ❑ Se debería monitorear la presencia de fiebre o síntomas de COVID-19 en los trabajadores de salud y de tenerlos, quedarse en casa.
- ❑ Uso universal de máscaras quirúrgicas o respiradores N95 y de protección ocular. Los trabajadores de la salud, particularmente aquellos que tengan que ver con el cuidado del paciente, deberían llevar siempre cubierta facial, máscara o respirador y mantener el distanciamiento social.

- ❑ Se debe insistir y proveer los recursos necesarios para una higiene de manos estricta y constante con desinfectante a más de 60 % de alcohol.
- ❑ Los pacientes con COVID-19 o sospecha, deberían portar una máscara facial y estar ubicados en cuartos individuales y cerrados con baño dentro.

Para seleccionar el equipo de protección personal se debe tomar en cuenta:

- ❑ El tipo de exposición: contacto, salpicaduras, espray, o grandes cantidades de fluidos corporales o sangre
- ❑ El tipo de precaución de aislamiento: precauciones de aerosol, gotas o contacto
- ❑ Escoger adecuadamente, tamaño adecuado

Se debe tener adecuado entrenamiento en cómo colocarse y cómo retirar el equipo de protección personal.

Un metaanálisis de 172 estudios observacionales publicado en Lancet demostró que el distanciamiento social, el uso de máscaras faciales y de dispositivos de protección ocular, son medidas efectivas tanto en el contexto comunitario como en el sanitario en prevenir la transmisión del SARS-Cov-2

2. Preeclampsia grave: aspectos bioéticos de la conducta expectante. Dr. Carlos Cabrera Lozada. Invitado de Cortesía

Objetivo: Describir los aspectos bioéticos que interactúan en la conducta expectante de la gestante con hipertensión arterial inducida por el embarazo. Servicio de Medicina Materno Fetal de la Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas, Venezuela.

Métodos: Se aplicó consentimiento informado a 188 pacientes a quienes se les propuso conducta expectante, se indagó mediante cuestionario su opinión y de los médicos que actuaron en cada caso aplicando los cuatro principios básicos de la bioética.

Resultados: A mayor nivel educativo, la paciente tiene mayor disponibilidad de aceptar los riesgos para la conducta expectante. Hubo 168 pacientes dispuestas a continuar el embarazo

y 20 a interrumpirlo, todas las que aceptaron continuarlo a pesar de los riesgos, mostraron confianza en la información recibida. Desde la óptica del médico, se pudo apreciar que para determinar la jerarquía de los principios bioéticos en un primer lugar la autonomía, luego el de justicia, después el de beneficencia y por último no maleficencia. Cuando la conducta era negada la jerarquía cambiaba al siguiente orden: No maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Diferentes opiniones se obtuvieron según el status del médico.

Conclusiones: La preeclampsia es causa importante de morbi-mortalidad por lo que la conducción médica, debe ser realizada a través de la aplicación de un consentimiento informado, y no involucrar los sentimientos del médico en la toma de decisiones de las pacientes.

Sesión Extraordinaria del jueves 16 de julio de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorri

Resúmenes

1. Contractura capsular versus contractura muscular posterior a cirugía mamaria. Rincón Rubio Linda (Figura 3), Cemborain Valarino Marisela, Gil Masroua Bernardette, Bookaman Salazar Angelique, López-Loyo Enrique

La cirugía mamaria es el primer motivo de consulta en cirugía plástica, la asociación de implantes mamarios de silicón como material de relleno es también lo más frecuente. La cirugía de aumento mamario desde sus inicios, se ha realizado con implantes mamarios cubiertos de silicón, rellenos de solución fisiológica al principio y luego de gel de silicón.

El gel de silicón fue evolucionando de gel “*standard*” a gel altamente cohesivo en la actualidad. Asimismo, las superficies de los implantes pasaron de ser lisos simplemente a tener macrotexturas, microtexturas y superficies de poliuretano. Toda esa evolución en los procesos de fabricación, se hicieron intentando vencer la reacción a cuerpo extraño que se

presentaba principalmente cuando se colocaban los implantes en contacto con la glándula mamaria (submamarios). En la época en que se colocaban implantes submamarios más frecuentemente, el porcentaje de reacción fibrótica y de contractura capsular era alta, ocasionando grados diversos de deformidad que conllevaban a revisión quirúrgica frecuente.

Una vez llegada la época de implantes en colocación subpectoral, se disminuyó importantemente la reacción capsular, independientemente del tipo de superficie del implante, el músculo ejerce movimiento y evita que el tejido circundante se fije y genere reacción. Cuando una paciente ha sido sometida a cirugía con colocación de implantes mamarios y presenta clínica de rigidez o firmeza, no podemos saber si realmente existe una contractura muscular o una contractura capsular alrededor del implante.

Diseñamos un estudio longitudinal, descriptivo y comparativo, donde relacionamos antecedentes quirúrgicos y personales de pacientes sometidas a cirugía mamaria con implantes que solicitaron nueva cirugía por presentar deseos de recambio con o sin firmeza clínica. Se observaron características macroscópicas de las cápsulas y se tomaron muestras de todas las cápsulas periprotésicas y fueron sometidas a estudio histopatológico y a pruebas inmunohistoquímicas.

El estudio concluyó que no toda la firmeza clínica estuvo relacionada con contractura capsular alrededor de los implantes, si no más bien relacionada con contractura muscular o a un bolsillo muscular limitado.

Y la contractura capsular estuvo más en relación con presencia de silicón libre y a una reacción inflamatoria a las texturas de los implantes. Estos hallazgos nos indican que el manejo de la firmeza clínica posoperatoria puede estar más relacionada al componente muscular y no a la reacción capsular. El tratamiento en los primeros meses de la firmeza, debe enfocarse a disminuir la contracción muscular y liberar las fibras musculares rígidas (toxina botulínica, ondas de choque) para romper el ciclo entre: contractura muscular-inmovilidad de implantes-reacción a cuerpo extraño.

Consideramos un gran aporte a la especialidad y recomendamos además, no hablar de “grados

de contractura capsular” cuando los implantes están en posiciones submusculares sino más bien de “grados de firmeza”.



Figura 3. Dra. Linda Rincón Rubio.

2. Utilización de un disolvente biocompatible del polidimetilsiloxano (silicón) en un modelo experimental. Rincón Rubio Linda, Cemborain Valarino Marisela (Figura 4), Gil Masroua Bernardette, Bookaman Salazar Angelique, López-Loyo Enrique.

El material más comúnmente utilizado para aumentar el volumen en cirugía mamaria es el silicón. Durante muchas décadas, las empresas han mejorado su manufactura intentando disminuir la reacción sistémica que en algunas situaciones se presenta, desencadenando diversa cantidad de síntomas que hoy se tratan de englobar en el término de “enfermedad causada por implantes”. Síntomas inespecíficos relacionados a la respuesta inflamatoria inmune la cual científicamente no ha sido comprobada que este en relación directa al implante de silicón pero existiendo la posibilidad que el contacto del organismo al cuerpo extraño, desencadene crisis o nuevos episodios en personas con predisposición a ciertas enfermedades inmunes. Ciertamente en cirugía plástica, utilizamos implantes mamarios de silicón de manera

rutinaria y cuando nos enfrentamos a implantes rotos, con silicón disuelto en los tejidos, es muy importante encontrar la manera idónea y efectiva de poder realizar un lavado exhaustivo que permita retirar el material de los tejidos y así disminuir la posibilidad de exposición del “alérgeno”, sobre todo en pacientes que presenten sintomatología de respuesta inflamatoria. Este trabajo estudia 5 disolventes de silicón preparados en un laboratorio químico que posteriormente probamos en fragmentos de tejido humano (colgajos de abdominoplastia) donde 2 de ellos resultaron efectivos para retirar el silicón de los tejidos. Se elaboró un trabajo experimental con animales de laboratorio (ratas sprague Dawley), donde probamos los 2 disolventes, comparándolos con solución fisiológica para el lavado de áreas previamente impregnadas con gel de silicona. El experimento se llevó a cabo en un período de 45 días. Los tejidos fueron analizados histológicamente (posterior a los lavados con los disolventes y la solución fisiológica), se describieron sus características y se compraron entre sí. Los resultados dieron concluyentes a la efectividad del uso de los 2 disolventes probados para fragmentar y disolver el silicón libre en los tejidos, en comparación con la solución fisiológica, que es la sustancia que utilizamos de rutina en cirugía para lavados.

No se evidenció daño tisular más allá del esperado en todo proceso inflamatorio.



Figura 4. Marisela Cemboraín Valarino.

Contar con disolventes efectivos e inocuos para el lavado de bolsillos mamarios que contengan silicón, es un gran aporte a la especialidad de cirugía plástica y cirugía oncológica.

Sesión Extraordinaria del jueves 23 de julio de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorri

Resumen

SARS-CoV-2: acerca de su origen, llegada y expansión en Venezuela. Alberto Paniz Mondolfi MD., PhD (Figura 5) Miembro Correspondiente Nacional, Puesto Número 25.

La llegada de SARS-CoV-2 a Venezuela supone un desafío mayor para su ya devastado sistema de salud pública. Bajo una crisis humanitaria que ha diezmando a su población y provocado la crisis migratoria más importante en la historia del hemisferio occidental, el panorama se revela aún más sombrío. Varios factores militan a favor de lo que podría ser una masiva y persistente onda expansiva del virus en Venezuela. Entre estos factores se encuentran aquellos íntimamente ligados a la naturaleza biológica del virus, pero igualmente debe resaltarse la influencia del muy heterogéneo panorama epidemiológico en el cual se desarrolla actualmente la epidemia. Venezuela al igual que otras naciones de Latino América exhibe un vulnerable sistema de salud, el cual se ve exacerbado por la crisis humanitaria. Factores externos como el colapso de servicios básicos que impiden la implementación de adecuadas medidas de sanitación e higiene, la sobrepoblación de centros urbanos y suburbanos en las principales ciudades que dificultan las adecuadas normas de distanciamiento social y la incapacidad de obedecer la cuarentena por la fragilidad económica y laboral de sus habitantes milita a favor de una exacerbación de la crisis. A lo anterior se suman factores inherentes al propio virus. Un estudio preliminar de nuestro grupo ha logrado revelar la secuenciación de los tres primeros genomas de SARS-CoV-2 circulando en Venezuela. Esta pequeña capción ha logrado capturar elementos importantes

acerca de la epidemiología molecular del virus, su caracterización filogenética, y una aproximación a distintos aspectos que inciden actualmente en sus cadenas de transmisión. La presencia de la variante D614G ligada a mayor infectividad supone un importante hallazgo, al tiempo que la existencia de varios linajes y las relaciones filogenéticas estrechas con virus circulantes del Brasil y Colombia sugieren una historia de múltiples introducciones aunado a la lasitud de una frontera permeable y en riesgo de formar corredores de la enfermedad. Igualmente se presentan resultados de un estudio de tamizaje molecular que interroga los sitios de reconocimiento para cebadores / reporteros utilizadas en pruebas diagnósticas, y como la ocurrencia de mutaciones en estos sitios podría afectar el desempeño de las pruebas.



Figura 5. Dr. Alberto Paníz Mondolfi.

Sesión ordinaria del jueves 6 de agosto de 2020

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Resúmenes

1. Vacunas para todas las edades. Dra. Elvia Irene Badell Madrid. Médico Pediatra.

Las enfermedades inmunoprevenibles pueden presentarse a los largo de toda la vida y es por

eso que durante ese tiempo debemos mantener la misma motivación para dar cumplimiento a los diferentes calendarios de inmunizaciones que existen según la edad, a fin de mantener una mejor calidad y expectativa de vida.

Luego de la aparición del agua potable, las vacunas son los medicamentos mejor costo eficientes que existen en el mundo, para prevenir enfermedades comunes y no tan comunes que pudieran causar la muerte a numerosas personas en todos los grupos etarios. Sin embargo, llama la atención que durante la infancia de nuestros niños, somos particularmente cuidadosos en el cumplimiento de los esquemas de inmunizaciones, asistiendo a sucesivas visitas médicas como Consultas de Niño Sano, con la única finalidad de completar rigurosamente todas las vacunas establecidas por las Autoridades en Salud Infantil del país ajustadas o no a las sugerencias de las Sociedades Científicas y estas a su vez a los Organismos Internacionales especializados en cuidado y mantenimiento de la salud para todas las edades.

Con el paso del tiempo esta motivación pareciera ir disminuyendo y vamos dejando de lado el entusiasmo en vacunar a medida que nuestro niño crece; como es característico del Escolar y del adolescente enfermarse poco, ya las visitas de por si disminuidas son muchísimo más espaciadas y de vacunas no se habla casi en la consulta pediátrica, en la escuela y en el liceo mucho menos.

De manera que si nuestras coberturas vacunales son de las más bajas en Latino América (por debajo del 60 % , aunque las cifras oficiales del MPPS hablan del 95 % para el 2019, aun cuando la presencia de casos de sarampión, difteria, tosferina, meningitis, neumonías con derrame, diarreas por Rotavirus y otras enfermedades inmuno prevenibles, hablan por sí solas) y en el mundo durante la infancia y la edad escolar, nuestros adolescentes y adultos están muy por debajo de lo que podría considerarse aceptable para un país con tantos problemas de salud como el nuestro.

Existen numerosas oportunidades perdidas durante el crecimiento y formación de nuestros niños y adolescentes, adultos y personas de la tercera edad.

En nuestro país no tenemos cultura para la prevención y es aquí donde debemos hacer énfasis para contribuir con mejorar las expectativas de vida de nuestra población.

2. Frankenstein y ética médica. Dr. Carlos Hernández

El presente artículo es una introducción a algunos conceptos básicos sobre ética médica, usando una historia mal conocida por la mayoría, la novela original de Mary Sheilly, Frankenstein o el Prometeo Moderno. Dirigido a nuestros jóvenes estudiantes, una nueva generación con mecanismos de aprendizaje distintos vinculados al mundo digital, con pocos vínculos con el pasado, con un conocimiento básicamente visual y superficial que tiene sus fuentes en el cine y en los comics, los llamados "millennials".

La imagen que tenemos de Frankenstein, este monstruo clásico, es una imagen deformada por la cultura pop y por su agente principal Hollywood. Frankenstein en el imaginario popular es un monstruo construido con piezas de cadáveres por un científico loco, torpe, bruto, asesino nato. Primer error el Monstruo no tiene nombre en la novela. Es decir, Frankenstein es el nombre del Dr. (en realidad del estudiante de medicina, Víctor Frankenstein). Existen muchísimas películas y versiones de la historia esta son algunas de las más populares.

Esta historia nos sirve como la parábola perfecta para hablar del acto médico y sus consecuencias. Frankenstein se ha convertido en el mito por excelencia de la modernidad. La novela de Shelley es un buen instrumento para reflexionar acerca de la nueva concepción de la ciencia, la relación entre la tecnología y la naturaleza humana, el imperativo tecnológico,

el determinismo tecnológico y la cuestión de la responsabilidad en el desarrollo de la tecnología. Además, debido al auge de la ingeniería genética y las nuevas tecnologías de la información, la historia toca de cerca una problemática muy actual: la cuestión de la creación (o modificación) de vida artificialmente.

3. La peste bubónica en Eyam entre 1665 y 1666. Dr. Rafael Romero Reverón

Históricamente, el término peste se ha utilizado para referirse a muchas calamidades, epidemias y pandemias humanas. Entre las enfermedades infecciosas más mortales en toda la humanidad, la bacteria *Yersinia pestis* se ha visto implicada hasta ahora en tres pandemias bubónicas. La peste bubónica había existido en Inglaterra durante siglos desde la segunda pandemia, pero 1665 fue el peor brote de peste desde la "muerte negra" de 1348. La peste bubónica se extendió severamente en varias ciudades, mientras que persistió en Londres. Mató a unas 100 000 personas durante 1665-1666 en toda Inglaterra. Mientras tanto, en Eyam, una pequeña aldea, el 80 % de la población murió durante los 14 meses de la peste bubónica, una proporción mayor que cualquier otra comunidad en Inglaterra, porque los aldeanos sufrieron la cuarentena para salvar el condado y las ciudades vecinas más grandes de la peste bubónica. A falta de tratamientos farmacéuticos precisos (como hoy en día en la pandemia de COVID-19), las medidas de auto cuarentena de Eyam combinadas con los conocimientos médicos actuales pueden ayudar a contener la infección, retrasar la propagación de pandemias, reducir la tasa de mortalidad y mantener la infraestructura de la sociedad.

Palabras clave: Pandemia bubónica, "peste negra", Eyam, cuarentena.