

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

Life of the Academy, Summary of the papers presented and the Bibliographic Notes

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 de 2020, y utilizando las ventajas de la plataforma Zoom se reiniciaron las actividades por esta vía.

VIDA DE LA ACADEMIA

Juramentación del Dr. Israel Montesdeoca como Miembro Nacional Correspondiente Puesto Número 5 y Presentación del trabajo de Incorporación Intitulado “Ensayo de investigación clínica aplicada: Las quejas clínicas: componentes esenciales para los modelos diagnósticos”.

El jueves 3 de junio de 2021 se realiza en Sesión Extraordinaria la Juramentación del Dr. Israel Montesdeoca (Figura 1) como Miembro Nacional Correspondiente Puesto Número 5, seguida de la Presentación del trabajo de su Incorporación “Ensayo de investigación clínica aplicada: “Las quejas clínicas: componentes esenciales para los modelos diagnósticos”. Para iniciar, el Presidente solicitó la verificación del quórum. Acto seguido procedió al Acto de Juramentación del recipiendario.

Finalizada la Juramentación se dio inicio de la Presentación de su trabajo de Incorporación. En su disertación el Dr. Montesdeoca se refiere a que la historia de la Medicina es tan antigua como la aparición del hombre en las diferentes civilizaciones, cuando la atención de los problemas de salud se realizaba en la forma más simple y empírica y la ayuda al que padecía alguna molestia la efectuaban los chamanes, los curanderos y la magia de los hechiceros

ORCID: 0000-0002-3455-5894

considerados como protomédicos y tenía esa atención un carácter de intensa y apasionada relación humana con los dioses, a quienes se les atribuían facultades de curación infinitas.

Describe que la historia clínica y sus modelos como la conocemos actualmente es cumplir con un análisis holístico del paciente; y fue enriqueciéndose progresivamente a través de los siglos por el aporte genial, de muchos síntomas que han sido detectados y descritos por excelentes y maravillosos médicos. Para el Médico, su meta es la historia clínica como herramienta diagnóstica; pero para el paciente, constituye un documento espiritual y mental, pero de mucha más trascendencia para lograr su salud.

En este punto establece que la queja es el dato más consistente y se denomina dato duro, y tiene una complejidad multidimensional. Existen los síntomas secundarios a ella. En oportunidades es la conjunción de quejas principales, con secundarias y otras más, lo que hace posible el proceso del padecimiento.

El título de este ensayo de investigación clínica proviene de la inquietud de conocer en sus detalles un aspecto tan importante como son las quejas clínicas y constituirse en componentes de los modelos clínicos y su proyección para realizar un diagnóstico definitivo.

Para cumplir los objetivos del trabajo se realizó un relato diacrónico e histórico para conocer la forma del desarrollo y la estructuración de los eventos clínicos y como las quejas fueron el motivo de estudio de médicos y científicos, tanto universales como venezolanos y darle su importancia al estudio amplio del hombre enfermo.

Finalmente manifiesta que este ensayo de investigación clínica es solo el comienzo en los aspectos médicos más variados. Muchas líneas de investigación podrán derivarse después de las descritas.

Una vez culminada la presentación se inició el período de preguntas de los Académicos e invitados las cuales fueron respondidas satisfactoriamente.

Cumplido el orden del día el Presidente anuncia el cierre de la sesión extraordinaria.



Figura 1. Dr. Israel Montesdeoca.

Sesión especial para conmemorar los 117 años de fundación de la Academia Nacional de Medicina

En sesión extraordinaria celebrada el jueves 17 de junio de 2021, se presentó una conferencia a cargo de la Dra. Lilia Cruz (Figura 2), Individuo de Número Sillón XIX, bajo el título de “Historia de la fundación de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela”.

Comienza su ponencia recordando que el 11 de junio de 2021 se cumplen 117 años de la instalación de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela (ANM), ocurrida en Caracas, en la sede de la Universidad Central, el 11 de junio de 1904. El Dr. Luis Razetti es considerado el fundador de la ANM. La presentación de hoy se limita a relatar el proceso que culminó en diciembre de 1904 cuando fueron asignados por sorteo los sillones a los 35 Individuos de Número que constituyeron el grupo fundador de la ANM. Todo comenzó un día de otoño cuando Luis Razetti y Santos Dominici viajaban en bus por las calles de París en noviembre de 1892 y concibieron el plan de fundar la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas y la Gaceta Médica de Caracas con los siguientes propósitos:

- Dar un nuevo impulso a los estudios y a la investigación experimental en Venezuela.
- Propagar las nuevas doctrinas que han revolucionado todas las ciencias biológicas
- Dar a conocer la nueva concepción de la

naturaleza humana y la nueva manera de interpretar el proceso de la enfermedad que han cambiado por completo los valores de todas las doctrinas fundamentales de la medicina en el campo de la investigación científica y de la clínica.

- Llamar la atención de los estudiosos hacia los nuevos rumbos señalados al espíritu humano por la ciencia positiva.

Razetti regresó a Venezuela en diciembre de 1892 y junto a Francisco Antonio Rísquez y once personas más fundaron la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas (SMCC) y la Gaceta Médica de Caracas (GMC), el 13 de marzo de 1893. Rísquez fue electo presidente de la Sociedad, la cual funcionó durante 3 años y medio y se extinguió por falta de medios de soporte en 1896. La GMC, cuyo primer número fue publicado el 15 de abril de 1893 bajo la dirección de Luis Razetti, se mantuvo sin interrupción “como un símbolo, como una esperanza, como un faro”, luego de la desaparición de la SMCC. Su director logró convertirla en la publicación oficial del Colegio Médico de la República, existente desde 1883. Desde 1899, Luis Razetti, acompañado por Andrés Herrera Vegas y otros, ante la ineficacia de dicho Colegio, pero convencidos de que para que una asociación científica o literaria se sostenga por muchos años es indispensable que sea una corporación oficial protegida por el Estado, trabajaron para transformar al Colegio Médico de la República en un cuerpo científico y doctrinario con un número limitado de miembros. Razetti redactó un proyecto de ley y logró que el Congreso de los Estados Unidos de Venezuela lo aprobara. Fue la Ley Orgánica del Colegio de Médicos de Venezuela sancionada el 10 de mayo de 1902. La Sesión Solemne de Instalación tuvo lugar el 5 de julio de 1902. Luis Razetti comenzó su desempeño como Secretario Perpetuo.

En 1903, Francisco Antonio Rísquez, Cónsul de Venezuela en Madrid, observó que los Colegios de Médicos en España, “más que de carácter científico, son de carácter disciplinario y de contribución industrial” y propuso cambiar el nombre del Colegio de Médicos por el de Academia de Medicina, “ya que su constitución, estatutos, trabajos, tendencias y representación nacional son exactamente los de las Academias

médicas de todos los países”. “Como sociedad docta en trabajos científicos, debe distinguir a sus Miembros y a la institución con un nombre a la altura de su representación entre las Corporaciones científicas”... “Sólo de este modo podríamos ofrecer como atención, u honor, el nombramiento de Miembro correspondiente de ese Cuerpo, a los Médicos extranjeros”.

En 1904, Luis Razetti solicitó a su amigo el diputado Carmelo Arias Sandoval, que propusiera en la Cámara la creación de la Academia Nacional de Medicina, según el proyecto de ley redactado por él, “que era copia de la ley orgánica del Colegio de Médicos de Venezuela con las únicas variantes siguientes: reducción de los Individuos de Número a 35 y aumento de los Correspondientes Nacionales a 40. El Congreso Nacional aceptó mi proyecto sin la más leve modificación y la ley orgánica de la Academia Nacional de Medicina fue dictada el 7 de abril de 1904 y mandada a ejecutar por el Presidente de la República el día siguiente” El Ejecútese de la ley fue firmado por Cipriano Castro el 8 de abril de 1904. El 4 de mayo de 1904 fue publicada en la Gaceta Oficial.

La ley dispuso en su artículo 5 como designar los primeros 35 individuos de número (IN). Los 11 profesores de la Facultad de Medicina de la UCV constituido en núcleo fundador, eligió los siguientes 15 IN el 9 de junio de 1904. La instalación de la Academia el 11 de junio fue realizada por estos 26 Individuos de Número en el Rectorado de la Universidad Central (actual Salón de Sesiones de la Academia Nacional de la Historia). Eligieron la Junta Directiva, presidida por Alfredo Machado, con Luis Razetti como Secretario Perpetuo, eligieron como IN de la ANM 6 personas que eran miembros muy activos y destacados del Colegio de Médicos de Venezuela, y acordaron reunirse todos los jueves a las 4 pm. En la sesión del 7 de julio de 1904 fueron electas 3 personas que se convertirían en Individuos de Número luego de presentar trabajos de incorporación, lo cual ocurrió en agosto y noviembre. Ya completo el número de 35 fundadores, en la sesión del 1 de diciembre de 1904 se realizó un sorteo que determinó la distribución de los sillones:

Sillón I: José Antonio Baldó, Sillón II: Simón Vaamonde Blesbois, Sillón III: Elías Rodríguez,

Sillón IV: Emilio Ochoa, Sillón V: Rafael Medina Jiménez, Sillón VI: Manuel Antonio Fonseca, Sillón VII: Francisco Hermógenes Rivero, Sillón VIII: Enrique Meier Flegel, Sillón IX: Francisco de Paula Ruiz Mirabal, Sillón X: Eduardo Fernández, Sillón XI: Bernardo Herrera Vegas, Sillón XII: Manuel Pérez Díaz, Sillón XIII: Luis Razetti, Sillón XIV: David Lobo, Sillón XV: Juan de Dios Villegas Ruiz, Sillón XVI: José Ignacio Cardozo, Sillón XVII: Bernardino Mosquera, Sillón XVIII: Alfredo Machado, Sillón XIX: Arturo Ayala Sillón, XX: Guillermo Delgado Palacios, Sillón XXI: Tomás Aguerrevere Pacanins, Sillón XXII: Pablo Acosta Ortiz, Sillón XXIII: Andrés Sánchez, Sillón XXIV: Andrés Herrera Vegas, Sillón XXV: Miguel Antonio Seco, Sillón XXVI: Pedro Herrera Tovar, Sillón XXVII: José Rafael Revenga, Sillón XXVIII: José Gregorio Hernández, Sillón XXIX: Manuel Ángel Dagnino, Sillón XXX: Juan Pablo Tamayo, Sillón XXXI: Juan Antonio Díaz, Sillón XXXII: Miguel Ramón Ruiz, Sillón XXXIII: Francisco Antonio Rísquez, Sillón XXXIV: Martín Herrera, Sillón XXXV: Narciso López Camacho.

Luis Razetti permaneció como Secretario de la Academia y como Director de la Gaceta Médica de Caracas hasta que la categoría de Perpetuo fue suspendida por la Alta Corte Federal y de Casación el 25 de septiembre de 1924.

La ley orgánica vigente de la ANM fue decretada por Congreso de los Estados Unidos de Venezuela el 15 de julio de 1941. El Ejecútese fue firmado por Isaías Medina Angarita el 1 de agosto de 1941. Publicada en Gaceta Oficial el 5-8-1941. Establece su integración por 40 Individuos de Número, 50 Miembros Correspondientes Nacionales y 30 Miembros Correspondientes Extranjeros. Es la CORPORACIÓN OFICIAL, CIENTÍFICA Y DOCTRINARIA QUE REPRESENTA A LA MEDICINA NACIONAL desde hace 117 años.

La Gaceta Médica de Caracas continúa en forma ininterrumpida como “Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas” es la revista médica venezolana más antigua, publicada sin interrupción por 128 años, desde 1893.



Figura 2. Dra. Lilia Cruz.

Trabajo del Presentación del trabajo de Incorporación del Dr. José Ramón Poleo, como requisito para ascender a Individuo de Número, Sillón X

El jueves 24 de junio se presentó el Trabajo del Presentación de Incorporación del Dr. José Ramón Poleo (Figura 3), como requisito para ascender a Individuo de Número, Sillón X. El trabajo llevó por título “Gastritis asociada a la infección por *Helicobacter pylori* prevalencia, aspectos clínicos, enfermedades relacionadas. Experiencia en una consulta privada de Gastroenterología”.

En su presentación expresó que este trabajo consta de dos partes. En la primera se hace una revisión sobre aspectos patogénicos de la gastritis causada por el bacilo *Helicobacter pylori* y las condiciones premalignas asociadas a la misma como la atrofia gástrica, la metaplasia intestinal y la displasia, así como las complicaciones relacionadas con esta infección, entre ellas el cáncer gástrico, el linfoma no-Hodgkin asociado a tejido linfóide de la mucosa gástrica (MALToma), y las úlceras pépticas. En la segunda parte se presenta la evaluación de 2 711 pacientes con esofagogastroduodenoscopia y biopsias de la

mucosa del antro, cuerpo y fundus gástrico para estudio histológico y para la prueba de ureasa, con el propósito de investigar la presencia de gastritis, su tipo y grado y su asociación con la bacteria *Helicobacter pylori*. Se analiza también la presencia en este grupo de estudio de las enfermedades relacionadas con esta infección. El bacilo *Helicobacter pylori* (Hp) constituye la causa más frecuente de infección del aparato digestivo. Se trata de una bacteria espirilada, Gram negativa, dotado de flagelos, que habita en el medio gástrico de más del 50 % de la población, sobre todo en regiones subdesarrolladas, y que, una vez adquirida la infección, persiste durante toda la vida, a menos que sea tratada con antibióticos. En Venezuela existe una prevalencia superior al 50 % y en algunos estados como Zulia, Táchira, Mérida y Sucre llega a alcanzar cifras cercanas al 80 %. Todas las personas infectadas por esta bacteria presentan algún grado de gastritis (leve, moderada, severa). Aunque no todos presentan síntomas relacionados con la misma, se sabe que esta gastritis se relaciona con la presencia de úlceras pépticas, cáncer gástrico y linfomas gástricos tipo MALT (*mucous associated lymphoid tissue*) y con la dispepsia funcional.

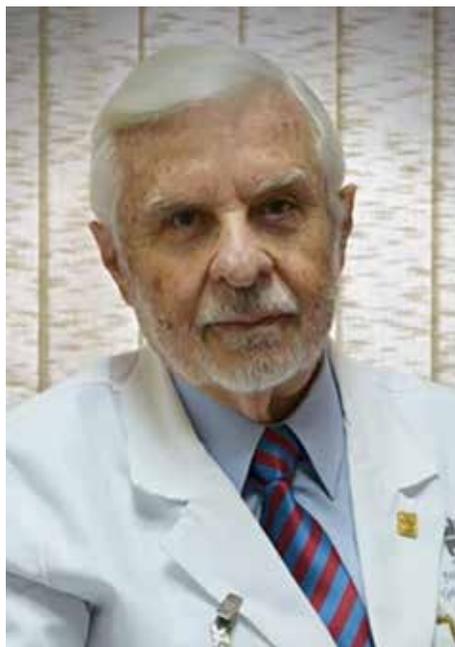


Figura 3. Dr. José Ramón Poleo.

Juramentación del Dr. José Ramón Poleo, como Individuo de Número para ocupar el Sillón X

En la Sesión Extraordinaria efectuada el jueves 1 de julio de 2021 a las 11:00 a.m. por la plataforma Zoom, se realizó el Acto de Juramentación del Dr. José Ramón Poleo, como Individuo de Número, Sillón X.

Se verifica el quorum y se da inicio a la sesión, seguidamente el Dr. Enrique López-Loyo, Presidente de la Academia Nacional de Medicina procedió a dar apertura a la reunión, la cual se inicia con el Discurso de Recepción por el Recipiendario Dr. José Ramón Poleo, Individuo de Número Sillón X de la Academia Nacional de Medicina.

Se pronuncia en tono muy emotivo y con la identificación de anécdotas de situaciones particulares ya vividas a lo largo de su carrera, destacando el legado de fundadores y de quienes le precedieron en el Sillón X.

Acto seguido se inicia el Discurso de Bienvenida a cargo del Dr. Rafael Apitz Castro (Figura 4), Individuo de Número, Sillón XXXVIII de la Academia Nacional de Medicina. Terminada la agenda del día se procede a la Clausura del Acto y se despide la transmisión en vivo.

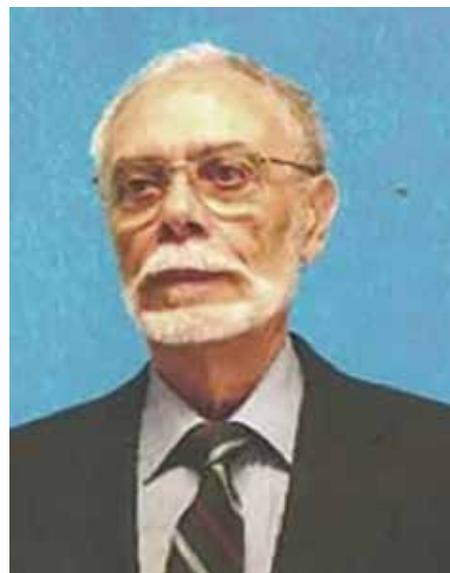


Figura 4. Dr. Rafael Apitz Castro.

Foro: Foro Comisión de Puericultura y Pediatría: Déficit ponderoestatural y su impacto en el capital humano y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Coordinación: Dra. Enriqueta Sileo, Miembro Correspondiente Nacional, puesto 38.

Introducción: Dra. Mercedes López de Blanco, Miembro Correspondiente Nacional, puesto 36.

El Capital Humano se define frecuentemente en términos de rendimiento económico, pero implica mucho más que eso: capacidad y competencia necesarias obtenidas de una formación orientada a obtener logros, para lo cual es necesario un proceso de aprendizaje y preparación. En la actualidad se habla de las 4C's; Pensamiento Crítico, Comunicación, Colaboración y Creatividad (trabajo en equipo).

Conferencia 1: Determinantes del capital humano y/o Talento Humano. ¿Cómo, dónde, cuándo y para qué?

Economista José Guerra (Figura 5)

La crisis económica de Venezuela, reflejada en una contracción de la economía y una hiperinflación, necesariamente tenían que reflejarse en una caída en las condiciones de vida de los ciudadanos. Ello ha abarcado tanto los niveles de pobreza como al talento humano. Venezuela se ha venido descapitalizando en términos de recursos humanos calificados.



Figura 5. Economista José Guerra.

Conferencia 2: Acciones claves en los primeros 1 000 días para el desarrollo del capital humano.

Dra. Mariana Mariño Elizondo Pediatra. Especialista en Nutrición Clínica Pediátrica.

Resumen

El capital humano son los conocimientos, las capacidades y la salud que las personas acumulan y en los que invierten a lo largo de su vida y que les permiten desarrollar su potencial como miembros productivos de la sociedad. Desarrollar el capital humano es fundamental para poner fin a la pobreza extrema y crear sociedades más inclusivas. Las inversiones en el desarrollo físico, mental y emocional de los niños desde antes del nacimiento a través de la nutrición, la atención médica, la educación de calidad, generación de capacidades y acceso a empleo; son fundamentales para la productividad futura de los individuos y la competitividad económica de los países.

Millones de niños no pueden desarrollar todo su potencial debido a que no reciben una nutrición adecuada, tienen altas tasas de infecciones, no tienen una estimulación temprana, acceso a educación, y están expuestos a situaciones de estrés crónico los primeros mil días de la vida constituyen una oportunidad única e irrepetible donde se establece la salud, el crecimiento y en especial el neurodesarrollo, los cuales van a influenciar todo el curso de vida, así como, la generación de capital humano; sin embargo, cada vez hay más evidencia de que las intervenciones deben comenzar antes de la concepción ya que, el período desde la preconcepción hasta la primera infancia es el momento en que la impronta epigenética del ADN se produce de forma más activa, lo que conduce a alteraciones en la expresión génica con efectos a largo plazo. En este sentido, todas aquellas acciones que eviten la programación temprana, definida como el proceso de adaptación por el cual la nutrición y otros factores ambientales alteran el desarrollo fetal in útero, induciendo así cambios en el metabolismo y susceptibilidad a enfermedades crónicas en la edad adulta, serán clave para promover el desarrollo del capital humano. Existe evidencia creciente sobre el papel determinante que la nutrición ejerce sobre la programación temprana, es por esto que el

suministro adecuado de energía, proteínas, ácidos grasos de cadena larga y micronutrientes; la protección, apoyo y promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria de calidad se destacan entre estas acciones claves, complementadas a su vez con la promoción de una microbiota intestinal saludable, actividad física y horarios de sueño adecuados durante el embarazo, y pinzamiento tardío del cordón umbilical entre otras. En los países de ingresos bajos y medianos tenemos el reto de articular acciones preventivas que reducirán la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) e incrementarán el capital humano, con el manejo de la triple carga de la malnutrición mediante la implementación de intervenciones para promover el crecimiento, mejorar la supervivencia y el desarrollo intelectual sin aumentar el riesgo de ECNT.

Conferencia 3: Cómo intervenir la malnutrición sin aumentar la carga de las ECNT y generar Capital Humano.

Dra. Marianella Herrera Cuenca (Figura 6)

Resumen

La malnutrición tanto por déficit como por exceso tienen consecuencias negativas para la salud de las personas, más aún cuando en las diferentes etapas del curso de vital se tiene esta experiencia. Las enfermedades crónicas no transmisibles, representan una carga muy importante no solo para los sistemas de salud y atención, sino que promueven las discapacidades de los individuos cuando dichas enfermedades se dejan a su libre evolución. Se ha explorado con bastante profundidad en los últimos tiempos el impacto de diversos aspectos ambientales, nutricionales y sociales sobre el crecimiento y desarrollo de los niños. Menos estudiada y mucho menos implementada esta la interacción de las inequidades sociales, las crisis económicas y la denominada herencia social que ocurre y determina tanto el ambiente en el cual crecen los individuos y el impacto que tiene sobre la nutrición. El bajo peso al nacer, la deficiencia del crecimiento en talla (*stunting*), las deficiencias de hierro, la emaciación de los niños, o el sobrepeso, constituyen parte del impacto directo en el

estado nutricional de los niños. La depresión y angustia en las madres, el retardo cognitivo, la contaminación de los alimentos, los medios de vida alterados y las estrategias de sobrevivencia, constituyen factores ambientales que deterioran los entornos y que contribuyen al incremento de las brechas entre quienes deben asumir el reto de vivir en estas condiciones y quienes tienen un ambiente favorable. Las crisis económicas, de larga duración constituye un ambiente que promueve la pobreza crónica y que resulta en el desarrollo limitado de los niños. En general, los niños que nacen con mayor longitud y con pesos adecuados, tienen mejor desempeño cognitivo más adelante en la vida y tienen mayores oportunidades de encontrar empleo, ganar más dinero y tener mejor educación. Los niños con talla baja tienen pobre desempeño escolar, y tienen una disminución de 0,7-0,8 menos en la desviación estándar de las pruebas cognitivas, que constituye el equivalente a una reducción de dos años de escolaridad. Si se asume que cada año de escolaridad implica un aumento del 9 % en el ingreso de la persona adulta, se estima que puede haber una pérdida de 22 %-30 % del ingreso de un adulto que tuvo un retardo del crecimiento. Además, los retardos del crecimiento y deficiencias del estado nutricional constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de ECNT a futuro y adicional a esto, una crisis económica empeora la situación, las consecuencias para las personas son muy graves. Las recomendaciones en política pública deben dirigirse a disminuir las brechas entre grupos debido a que si bien no es posible alterar la herencia social, si es posible brindar las garantías de mejores entornos alimentarios, nutricionales, educativos enmarcados en los derechos humanos fundamentales a la salud, alimentación y educación, cuidando de implementar medidas nutricionales focalizadas en las verdaderas necesidades de la gente, asumiendo el reto de incentivar el consumo de alimentos saludables de manera sostenible en el tiempo.



Figura 6. Dra. Marianella Herrera Cuenca.

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

Sesión ordinaria del Jueves 08 de julio de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1: Variabilidad genética del Coronavirus causante de la COVID-19 y su impacto en Salud Pública.

Ponente: Dra. Flor Pujol.

Resumen

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara una pandemia de neumonía atípica, enfermedad llamada COVID-19, debida a un nuevo coronavirus, llamado SARS-CoV-2. Los virus con genoma de tipo ARN exhiben generalmente una alta tasa de mutación, debido a la ausencia de actividad correctora de sus ARN polimerasas. Sin embargo, los coronavirus y demás miembros del orden Nidovirales al cual pertenece, son la única excepción, ya que poseen actividad correctora. La recombinación es frecuente en ellos, lo cual

favorece el salto de un virus de una especie animal a otra, incluyendo al humano. Este virus muta además debido a la acción de enzimas del hospedero, del tipo desaminasas, que generan mutaciones en su genoma. Las mutaciones que ha acumulado el SARS-CoV-2 desde su aparición permiten clasificar a este virus en distintos linajes. La OMS ha clasificado algunos de estos linajes en variantes de interés (VOI) y variantes de preocupación (VOC), cuando se sospecha o se confirma, respectivamente, que ese grupo de virus tiene una mayor habilidad para transmitirse, una mayor virulencia o una mayor resistencia a la protección conferida por infección natural o vacunación. En la actualidad existen 4 VOCs, denominadas con letras griegas, de la alfa a la delta. En Venezuela hemos detectado hasta la fecha las VOCs gama (que emergió en Brasil) y alfa (en Reino Unido) y una VOI C.37 (conocida como variante andina).

Conferencia 2: La obra de José Ignacio Baldó Plasmada en Maniapure de la Medicina Simplificada a la Telemedicina

Dr. Tomás Sanabria (Figura 7)

Resumen

Recientemente la casa de la Historia en esquina de Veroes, ha venido desarrollando charlas sobre el resurgimiento de la Democracia, avances en ciencia, salud y desarrollo pos-dictadura de Juan Vicente Gómez. En ella se ha resaltado la importantísima participación de profesionales de la salud, quienes a pesar de haber estado fuera del país en momentos críticos del mismo, hicieron posibles los avances que se iniciaron a partir de 1936, tras encargarse de la presidencia el General Eleazar López Contreras.

La Académica de la Medicina, Dra. Mercedes (Checheta) López de Blanco, observó la relación que podría existir entre algunos de los cambios allí generados con los acelerados cambios que generaban los avances en tecnología médica, modelos de atención y las telecomunicaciones y nos pidió examinar los pasos y estructuras creadas por el Dr. José Ignacio Baldó, creador del concepto de Medicina Simplificada y lo relacionó con algunas experiencias locales.

Ya con 25 años en marcha, en atención primaria en salud (y especialidades) vía Telemedicina, el modelo Maniapure fue referenciado y nos han pedido actualizar esa presentación ante nuestra Academia Nacional de Medicina.

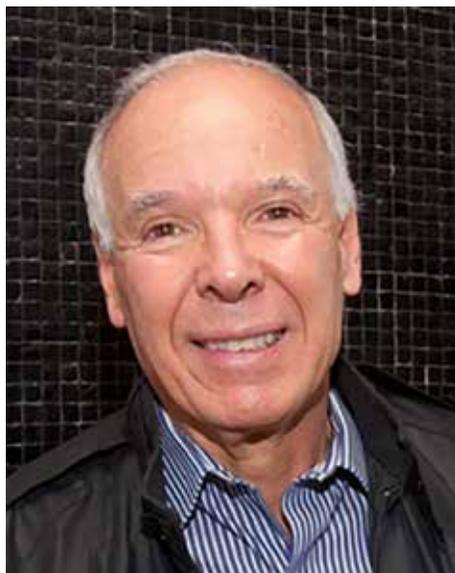


Figura 7. Dr. Tomás Sanabria.

Sesión ordinaria del Jueves 15 de julio de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1. El Cerebro Triuno.

Dra. Myriam Marcano Torres (Figura 8)
****Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina.**

Resumen

Durante muchos siglos, los secretos de como el cerebro integraba las diversas funciones intelectuales y emocionales, para estructurar la vida de relación de los seres humanos, permanecieron absolutamente inaccesibles para la ciencia, hasta que en 1970, Paul MacLean Director del Laboratorio de Evolución Cerebral

y Conducta del Instituto Nacional de Salud Pública de California, presentó su propuesta de "El cerebro triuno", con la intención de facilitar la comprensión evolutiva de este órgano vital en la compleja estructura del organismo humano.

En este contexto, el investigador ha propuesto el concepto de superposición progresiva de 3 capas diferentes, mediante el empleo de un criterio estrictamente conservador de la naturaleza, hasta constituir el cerebro definitivo de nuestra especie, a las cuales denominó cerebro reptil, cerebro límbico y neocorteza cerebral, estableciendo además las diferentes características químicas, estructurales y en sentido evolutivo de cada uno de ellos. Igualmente definió, que aun cuando estas distintas capas pueden actuar de manera interconectada, conservan su independencia en relación con los procesos de inteligencia, subjetividad, sentido temporo-espacial y memoria propia.

El cerebro más primitivo, paleoencéfalo o cerebro reptil, es el encargado de mantener la sobrevivencia del organismo mediante el control de funciones vitales como respiración y frecuencia cardíaca, además de servir de sostén primario de la vida instintiva. En condiciones de normalidad gestiona la función de asumir retos y en condiciones patológicas es el asiento de los traumas psicológicos y la bestialidad de los individuos.

El cerebro límbico o cerebro de mamífero se encarga fundamentalmente del control de memoria y emociones, se mantiene en estrecha interacción con el eje hipotálamo hipófisis suprarrenal y tiene una estrecha participación en la génesis de la enfermedad.

La neocorteza o cerebro cognitivo, es el asiento del pensamiento y las acciones ejecutivas, evaluativas y reflexivas conscientes del ser humano.

La propuesta de Mac Lean, ha representado una oferta de extraordinaria significación y proyección en distintas áreas del estudio evolutivo y funcional de la existencia humana y ha abierto innumerables campos de investigación en diferentes áreas relacionadas con sus procesos intelectuales y emocionales.



Figura 8. Dra. Myriam Marcano Torres.

Conferencia 2. Inmunoanálisis, la revolución silenciosa del Siglo XX en Bioquímica Analítica, Experiencia personal

José L. Cevallos G. MD, PhD.

Resumen

Se tratará sobre el análisis de compuestos bioquímicos, aplicados a la Medicina, en sus aspectos fisiológicos, fisiopatológicos y clínicos, cuya concentración en los fluidos orgánicos (suero, orina, saliva, etc.), necesariamente se tenían que expresar cuantitativamente, en el pasado, en “grandes” unidades de Masa sobre Volumen (p.ej.: mg/mL), o sólo cualitativamente, en Positivo (+) en cruces (+++), o Negativo (-) o en Unidades arbitrarias.

Se quiere enfatizar, en cómo entre la V y VI décadas del Siglo XX, se dio un “salto cuántico”, apenas perceptible por los clínicos, que permitió avances nunca antes vistos, en la comprensión de la fisiología y fisiopatología endocrinas y metabólicas en general.

Se refiere al hecho de la invención de un método analítico cuantitativo, que venciera la barrera de la medición de concentraciones de

moléculas orgánicas simples y complejas, de “miligramos” hasta “femtogramos” ($1/10^{-15}$, fg/mL), y de U por mL a micro U/mL, determinaciones cuantitativas en miligramos, que hasta ese momento, sólo se podían hacer mediante técnicas espectrofotométricas, limitadas por el llamado “Coeficiente de Extinción Molar”, o sea la capacidad de absorber la luz de una sustancia en función de su concentración molar o “Densidad”.

En consecuencia, se hará una breve introducción, sobre la clasificación y denominación actualizada de las Unidades de medida en general y de Masa y Volumen en particular, así como de actividad, concentración y absorción de los llamados “Radionucleidos”.

Luego de esta introducción se hará énfasis en la genial idea que tuvieron el médico Solomon Berson y la Biofísica Rosalyn Yalow en 1959, en el hospital del Bronx de Nueva York, de medir la Insulina sérica, al ensamblar la alta Especificidad que caracteriza la unión Antígeno/Anticuerpo (Ag/Ac), con la alta Sensibilidad, que da un compuesto Radioactivo como lo es el Yodo $^{131}/^{125}$, empleado como “Marcador o Trazador” ligado a la molécula del aminoácido fenilalanina, ubicuo en todas las proteínas séricas. Trazador medible cuantitativamente, pero que no interfiere en la reacción Ag/Ac; todo lo cual dio origen a la Técnica del Radioinmunoanálisis (RIA), por la cual Yalow ganó el premio Nobel en Fisiología-Medicina en 1977 (Berson ya había fallecido).

Esta novedosa técnica y otras como la de ELISA y Quimioluminiscencia permitieron cuantificar los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos, que presentaban las hormonas polipeptídicas, proteicas, aminoacídicas y esteroideas, tales como: la Insulina, glucagón, Calcitonina, Prolactina, Hormona de crecimiento, ACTH, Paratohormona, TSH, FSH, LH, Cortisol, Estradiol, Testosterona, y descubrir otras, como la TSH-RH, LH/FSH-RH, Somatoestatina, etc.

Por último, se mencionará la experiencia personal del suscrito en torno al RIA, y como este ahora se ha “simplificado”, mediante la automatización y programación computacional.

**Sesión ordinaria del Jueves 29 de julio
de 2021**

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia. Deliberación en sociedades profundamente divididas: un reto para la Democracia.

Dra. María Clara Jaramillo. Colombia.

Resumen

En la década de 1960, se desarrolló la teoría consocional para explicar cómo sociedades profundamente divididas pueden llegar a la paz. La teoría tenía, por un lado, un componente institucional con énfasis en las instituciones que comparten el poder y, por el otro, un componente cultural que enfatiza la importancia de un espíritu de acomodación. Inicialmente, la teoría se basó en estudios de casos de países como Austria, Bélgica, Holanda y Suiza, lo que permitió abordar aspectos tanto institucionales como culturales. Posteriormente, cuando la teoría fue probada con una gran muestra de países, el aspecto cultural fue descuidado cada vez más, porque era difícil de poner en práctica. El argumento clave del artículo es que el concepto de deliberación ayuda a enfatizar el aspecto cultural de la teoría consocional, con la esperanza de refinar, no reemplazar, la teoría consocional.

El concepto de Momentos de Transformación en la Deliberación (DTM) es un nuevo concepto que sirve como enmienda al Índice de Calidad del Discurso (DQI). Con este nuevo concepto es más fácil llegar al intercambio rápido de discusiones de pequeños grupos de ciudadanos comunes. A modo de ilustración, aplicamos el concepto a las discusiones sobre el proceso de paz entre excombatientes, exguerrilleros y exparamilitares colombianos. Específicamente, mostramos cómo las historias personales pueden transformar una discusión de un nivel bajo a alto de deliberación y cómo pueden tener el efecto contrario. Para aumentar el nivel de deliberación en la población en general, recomendamos que las buenas ilustraciones de DTM sean parte de los programas escolares desde una edad temprana, para que los niños aprendan a discutir con otros que tienen opiniones y valores diferentes.

**Sesión ordinaria del Jueves 05 de agosto
de 2021**

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1. Discapacidad en la pandemia.

Dra. Alcida Pérez de Velázquez.

Resumen

Hablar de la pandemia en un país como Venezuela, con tantos conflictos no resulta fácil. La enfermedad por la infección viral con COVID-19, es un tema actual que ha sido manejado mucho por los clínicos e investigadores. En resumen, es un cuadro multisistémico de diferente grado de severidad, y compromiso diverso en la persona aunado a condición previa, existencia de comorbilidades y determinantes sociales.

Tiene la característica de que en 80 % de los casos cursa leve o asintomática pudiendo manejarse ambulatoriamente. Sin embargo, el resto cursa con complicaciones más severas que ameritan hospitalización pudiendo llegar a requerir de cuidados intensivos en cierto porcentaje por cuadro de stress respiratorio agudo con morbimortalidad alta.

Problemas propios de la enfermedad y otros por el mantener a la persona encamada y confinada por tiempo considerable, ocasionan secuelas temporales o permanentes, que en algunos casos pueden durar largo tiempo. Estas causan limitaciones funcionales que se transforman en discapacidades, afectando a la persona, familia y sociedad.

Estas discapacidades deben visualizarse conjuntamente con el diagnóstico clínico, contemplada desde el inicio de la enfermedad, de manera de manejarlas lo más tempranamente posible. De esta manera, no solo se contemplan en el manejo del paciente la enfermedad sino también las consecuencias de la enfermedad, previniendo la discapacidad.

Viendo el cuadro desde la prevención, tenemos que la vacunación y las medidas socio sanitarias siguen siendo imprescindibles en la población general, para evitar la aparición de

la enfermedad, tomando en cuenta que existen grupos poblacionales en los planes de vacunación por su alta vulnerabilidad, como la tercera edad y las personas con discapacidad, que no deben olvidarse y ser priorizados.

Contemplando el trabajo clínico del paciente con el manejo de las deficiencias presentes debe ser evaluado de una manera holística con la visión integral biopsicosocial, llevado como procesos para resolver problemas, incluyendo lo relacionado con el bienestar emocional de los enfermos de COVID-19.

En nuestro país se está llevando la atención de las personas con discapacidad, con el esquema institucional, pero en la situación que estamos, se plantea de nuevo la estrategia de la Rehabilitación comunitaria o RBC para cubrir un mayor porcentaje de la población, que con los servicios actuales no se puede lograr, por la necesidad de recursos que se requieren no solo a nivel personal sino también, familiar.

Las intervenciones en rehabilitación contemplan: Ejercicios, entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria, soporte psicosocial, educación principalmente a la persona y a su familia, tecnología asistida necesaria según el caso, adaptaciones requeridas del medio ambiente y, control de síntomas paliativos y de otros problemas que aparezcan.

Resumiendo, la atención de la discapacidad durante esta pandemia que nos ha llegado debe considerarse un aspecto prioritario para la población que requiere sus recursos tanto por COVID-19 como por otras causas que ocasionan deficiencias a nivel de estructuras y funciones corporales, así como en actividades y participación social.

Conferencia 2. Epidemiología del COVID-19 en Venezuela y la candidata a vacuna Abdala.

Dr. Alejandro Rísquez Parra (Figura 9)

Resumen

La pandemia por COVID-19 pasando su quinta ola epidémica. Para el 30 de julio de 2021, notificado a la OMS 196 553 009 casos confirmados de COVID-19, incluidas 4 200 412

mueres, y se extiende a todas las regiones a ritmos y olas epidémicas diferentes. Se han administrado 3 839 816 037 dosis de vacuna, con una cobertura de vacunación COVID-19 global que alcanza 50 %, muy diferente entre las regiones, y Venezuela muy atrás con solo 14 % (12 julio 2021). Las nuevas variantes de preocupación internacional pueden cambiar el rumbo de la epidemia, en particular la variante Delta por su capacidad de transmisión más elevada y posible mayor gravedad de los cuadros clínicos. Se están probando 98 candidatos vacunales en ensayos clínicos controlados, una verdadera carrera científica para producir vacunas seguras y efectivas contra COVID-19 en tiempo récord, de las cuales se han aprobado 8 para uso extendido y 11 de uso limitado. Las vacunas cumplen investigación preclínica (aspectos toxicológicos y de respuesta inmune) y clínica (FASE I para la seguridad, FASE II dosaje e intervalos, seguridad, la FASE III para eficacia y seguridad hasta la FASE IV para ser catalogadas como vacunas de uso comunitario, que se les hace seguimiento por muchos años. Las fases de investigación preclínica y clínica de rutina toman alrededor de 10 – 15 años mientras que las fases de investigación preclínica y clínica de urgencia para COVID-19 fueron reducidas a meses o pocos años, solapando las fases y comenzando la producción antes de finalizar la fase III, los permisos y trámites administrativos burocráticos reducido a su mínima expresión. El candidato a vacuna Abdala (CIGB-66) aprobó su uso de emergencia en Cuba el recién pasado 9 de julio de 2021. Es producida por el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología en Cuba. Refieren que cubren a las variantes Alpha, Beta, and Gamma. Esta compuestas por Subunidad proteica y requieren tres (3) dosis intramuscular (intervalo entre dosis 14 días) y con una efectividad 92,28 %. Más de 30 000 dosis llegaron el 24 de junio y se están aplicando en Venezuela. En la población venezolana se ha generado un rechazo de la aplicación de la candidata a vacuna ABDALA, rechazada por la ANM, Sociedades Científicas, Gremios de la Salud, ONGs, CENABI, entre otros. La OMS/OPS ha solicitado que se publiquen los datos de los estudios sobre el candidato a vacuna ABDALA y la someta a evaluación. No ha terminado el estudio, y los resultados preliminares no han sido presentados en revistas científicas. El

candidato a vacuna ABDALA, no ha presentado resultados de las fases de investigación ante la OMS. **CONCLUSIONES:** La candidata a vacuna ABDALA requiere aprobar todas las fases de investigación; no ha presentado resultados, ni ha terminado la experimentación, y su uso masivo ha sido cuestionado por organismos internacionales y nacionales por asuntos científicos, éticos y de DDHH.



Figura 9. Dr. Alejandro Rísquez Parra.

Sesión ordinaria del Jueves 12 de agosto de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1. José Ignacio Baldó Promotor Cultural

Dr. Horacio Vanegas

Resumen

Una de las pasiones de José Ignacio Baldó fue la contemplación de la naturaleza venezolana. Fue un gran admirador y ávido lector de la obra de Humboldt. Baldó era además amante de la música clásica y pianista aficionado. Fue miembro fundador de la Sociedad Venezolana de conciertos.

En 1949 se cumplió el bicentenario del nacimiento de Goethe y el sesquicentenario de la llegada de Humboldt a Venezuela. Baldó decidió entonces fundar una asociación para la promoción conjunta de la cultura de Alemania y Venezuela. Reunió en su casa a un grupo de médicos, incluido Rudolf Jaffé, más otras importantes personalidades venezolanas y alemanas, y fundó la Asociación Cultural Humboldt. Durante más de 70 años la Asociación Cultural Humboldt ha sido inagotable y abundante fuente de música clásica tanto sinfónica como de cámara y coral, también de danza y artes plásticas, de obras de teatro, publicaciones y eventos científicos, y de enseñanza de idiomas, de ballet y de instrumentos musicales. La Asociación Cultural Humboldt ha tenido un capítulo en Maracaibo y uno en Mérida. Además, ha patrocinado actividades culturales en Barquisimeto, Boconó, Ciudad Guayana, Cumaná, La Grita, Maracay, San Fernando de Apure, Turén, Trujillo, Valencia y Valera.

La inspiración, la dedicación y los logros de Baldó en la vida cultural de Venezuela son merecedores de profunda admiración e inmenso agradecimiento.

Conferencia 2. Los Médicos en la Batalla de Carabobo.

Dr. Rafael Arteaga Romero.

Resumen

En los primeros años de nuestra guerra de independencia no existió en el lado patriota ningún servicio de sanidad militar, mientras que del lado realista tenían cirujanos y médicos que ya gozaban de cierto prestigio por provenir de universidades de Cádiz o Barcelona y llegaron aquí con la fuerza expedicionaria de Morillo, entre ellos y siendo los más nombrados Juan Nieto Samaniego y Manuel Lozano. Al decir de JR Fortique en su exposición “no tuvo Bolívar a su lado en la guerra, médicos preparados ya que, si nuestros cirujanos, como era notorio y explicable, tenían muy poca experiencia personal en el tratamiento de heridas por arma de fuego, especialmente en la primera época de la contienda, no poseían en lo absoluto ningún concepto sobre sanidad militar o sobre organización de hospitales

de campaña o cuerpos auxiliares médicos”. Fue con el arribo a Venezuela de los primeros soldados británicos en 1818 agrupados como Legión Británica, que se abren nuevas perspectivas para la causa independentista, debiendo señalarse la llegada del Dr. John Robertson, graduado en Edimburgo y cirujano de la Marina Real Inglesa como el comienzo de las regulaciones hospitalarias. Fue así como el Libertador ante la aguda escasez de médicos y medicinas, con fecha 21 de junio de 1814 se dirige al médico inglés John Ross y lo nombra Cirujano Mayor del ejército y hospitales acto que se consideró como el primer nombramiento de médico militar hecho por el Libertador, de lo cual existe constancia escrita. El Jefe de los médicos y cirujanos republicanos que estuvieron en Carabobo fue el irlandés Richard Murphy como Cirujano Mayor, acompañado de sus colegas Edward Brown, John Stanton, William Smith y A. Ackinson. Finalizada la guerra, Murphy permaneció en el país y se radicó en Puerto Cabello donde llevó a cabo una labor médica notable, tanto así que la Municipalidad le erigió un busto en la ciudad. Otros médicos británicos presentes en Carabobo fueron los cirujanos FW Ryding con el grado de

Teniente, Stephen Macdavit, Michael O'Reilly y Robert Fry en el Regimiento “Húsares de Venezuela”. Muchos fueron nuestros heridos y es de suponer el inmenso trabajo que los cirujanos tuvieron después de la batalla.

En cuanto a los médicos venezolanos que estuvieron en la acción de Carabobo debemos comenzar con Juan Manuel Manzo estudiante para ese momento y doctorado en 1824; Dionisio Bremont, del batallón “Granaderos”, Francisco Valbuena, Alexander Acherin, José Eugenio Leiciaga, nativo de Petare, Narciso Morales, practicante de cirugía y ayudante del inglés Edward Brown y el farmacéutico Raimundo Torrealba. El Dr. Franz Conde Jahn durante la intervención Académica a la cual me referí al comienzo de este artículo, mencionó el nombre de los médicos españoles presentes en la batalla: Juan Nieto Samaniego, Francisco Valecillo, Juan Codmillo, Lorenzo Bendini y Juan José García; el cirujano del batallón “Barbastro”, Manuel Lozano, el cirujano de los “Húsares de Fernando VII”, Manuel Machado, y Manuel de Jesús Arocha, quien después de la independencia se radicó en Maracaibo, donde ejerció como tal.