

# Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número, Sillón XXXIX

## **Sesión Ordinaria del 16 de noviembre de 2017**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

### **1. Estudio venezolano de salud cardiometabólica” (EVESCAM) por la Dra. Maritza Duran y col.**

Las enfermedades cardiovasculares, como el infarto del corazón y los eventos cerebrovasculares, representan un tercio de las muertes a nivel mundial, igualmente, la diabetes tipo 2, es la principal causa de ceguera, diálisis y amputaciones. Para poder tomar las acciones requeridas y así reducir estas condiciones, es necesario conocer la frecuencia de cada uno de los factores de riesgo y características poblacionales que favorecen su aparición. En Venezuela no existía, hasta ahora, un estudio que hubiese evaluado la prevalencia de los factores de riesgo que condicionan enfermedad cardiovascular y diabetes. El Estudio Venezolano de Salud Cardiometabólica EVESCAM, es el primer estudio poblacional que se hace en nuestro país, con el objetivo de evaluar en la población mayor de 20 años, la prevalencia de los factores de riesgo cardiometabólico, definir el riesgo atribuible a cada factor en el desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes y conocer la relación de los factores de riesgo con el estilo de vida de la población y el estrato social. EVESCAM, es un proyecto liderizado por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Es un estudio de corte transversal llevado a cabo desde junio 2014 a enero 2017; para el mismo, Venezuela fue dividida

en 8 regiones, se evaluaron 23 ciudades, en cada ciudad se escogieron 2 municipios y de cada municipio 2 localidades. Los participantes fueron seleccionados al azar durante una visita casa por casa, donde se invitaban a participar a todos los miembros de la familia mayores de 20 años, que no estuviesen embarazados, que pudieran ponerse de pie y comunicarse sin restricciones, en una jornada de evaluación realizada al día siguiente en un centro dispuesto y acondicionado para tal fin. Se evaluaron 3 420 individuos, mayores de 20 años, que son una muestra representativa de la población nacional, tanto rural como urbana, incluso con una representación de la población indígena.

EVESCAM es un gran proyecto colaborativo que involucró a más de 300 estudiantes de medicina de las diferentes universidades nacionales, médicos generales, residentes, internistas, médicos de otras especialidades, enfermeras, bioanalistas, líderes de la comunidad, quienes gracias a su compromiso hicieron posible la culminación exitosa de este importante estudio. Para poder participar en EVESCAM, cada uno de sus colaboradores, debió pasar por un riguroso entrenamiento y posterior certificación.

EVESCAM es el estudio fundacional del Proyecto de Salud Venezolano (PROSAVE). Los resultados del EVESCAM serán una herramienta muy útil en el desarrollo de políticas de salud, en la planificación de la distribución de recursos destinados a combatir a la enfermedad cardiovascular y la diabetes, flagelos que

abaten a nuestra población. Con EVESCAM conoceremos además de nuestra realidad nacional, la particularidad de las regiones que conforman nuestro país.

Intervinieron los doctores: Harry Acquatella, Eduardo Morales Briceño, Antonio Clemente Heimerdinger, Juan José Puigbóm José Andrés Octavio y Aixa Müller.

### **Sesión Extraordinaria del 16 de noviembre de 2017**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**1. Homenaje Quincuagésimo Aniversario de la Promoción de Médicos y Cirujanos de la Universidad Central de Venezuela.**

**2. “Dr. Blas Bruni Celli” (Escuela de Medicina “José M. Vargas”).**

**3. “Drs. Miguel Pérez Carreño y José Pérez Guevara (Escuela de Medicina Luis Razetti”).**

### **Sesión Extraordinaria del 23 de noviembre de 2017**

Preside: Alfredo Díaz Bruzual

**1. Foro: Niños en situación de desastre. Lo que debemos saber (Comisión de Pediatría). Coordinador: Dr. Huníades Urbina Medina.**

**2. Desastres naturales. Prioridades en los niños por el Dr. Huníades Urbina.**

Los eventos adversos son alteraciones intensas en las personas, los bienes, servicios y el ambiente de una comunidad, causadas por un suceso natural o provocadas por la actividad humana, clasificándose en emergencia cuando la capacidad de la comunidad alcanza para proporcionar una respuesta suficiente y desastre. Suceso natural o antrópico es de tal magnitud que resulta en muertes, lesiones y daños a la propiedad y que no puede ser manejado mediante los procedimientos y recursos rutinarios del gobierno, ameritando ayuda foránea.

Los grupos más vulnerables ante un evento adverso son los niños, mujeres embarazadas y los

ancianos, debiendo ser la prioridad en la atención una vez producido el evento. Aquellos niños que pierden a su adulto responsable se convierten en menores sin acompañantes, sufriendo de miedo, insolación, desnutrición aguda, deshidratación, insolación y trauma psicológico. Las prioridades en los niños en situación de desastre son:

- Reagrupar al grupo familiar, ante la ausencia de padres o familia ubicar en hogares sustitutos
- Censar a los niños para saber edades, patologías
- Ropa, calzado y comida
- Evaluación médica/nutricional
- Inicio de la escolaridad
- No vacunar masivamente
- Artículos de higiene y limpieza

Es deber de los Pediatras entrenarse y prepararse en la atención de los niños en situación de desastres para mitigar en lo posible el impacto de estos eventos en el futuro de este grupo poblacional más susceptible.

**3. Enfermedades trazadoras y vacunas por la Dra. Mariné Vancampenhoud**

Las condiciones de salubridad del medio, así como algunas características de la población, pueden provocar la aparición de otras enfermedades consideradas como trazadoras. Cambios en la densidad de la población: hacinamiento, albergues temporales: iglesias, escuelas, cuarteles, aumento de enfermedades transmitidas, afecciones respiratorias, diarreas. Existen riesgo de brotes de enfermedades después de un desastre por contaminación de las aguas, desorganización de los programas de salud pública, cambios ecológicos que favorecen la proliferación de diferentes vectores y desplazamiento de animales domésticos y salvajes, por lo que se debe garantizar los sistemas de notificación de las enfermedades bajo vigilancia, mantener monitoreo e incorporación de las patologías infectocontagiosas sospechosas de emerger con potencialidad epidémica en el territorio luego del desastre. Enfermedades sujetas de vigilancia que se utilizarán de trazadores epidemiológicos tales cólera, diarrea no específica, difteria, intoxicación por alimentos, Hepatitis A y B, Leptospirosis, malaria, Dengue, sarampión, meningitis meningocócica, salmonelosis, entre otras.

En relación con las inmunizaciones masivas tras los desastres son contraproducentes y desvían recursos humanos y materiales, de otras medidas más eficientes y urgentes a corto plazo no aumentan el nivel inmunitario de la población, siendo un gasto innecesario. La población debe estar con una suficiente cobertura vacunal antes del evento adverso, siendo las únicas recomendadas por la OMS las vacunas contra el sarampión y anti meningocócica en caso de detectarse algún brote.

#### **4. Estrés postraumático en niños en desastres por la Dra. Tamara Salmen.**

El aspecto principal del estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos posterior a exposición a evento traumático que desencadena miedo extremo, impotencia, horror o que conllevan a comportamiento agitado o desorganizado.

Signos y síntomas: reaparición persistente de la experiencia, recuerdos, imágenes, pensamientos o percepciones de la experiencia incluyendo juegos repetitivos con tema del trauma, alteración del sueño, pesadillas. Actuar o sentir que la experiencia se repite, incluyendo flashbacks, distress intenso al recordar el evento, reactividad fisiológica al recordar. Entre los criterios diagnósticos se puede encontrar: Los síntomas deben durar por lo menos un mes y causar distress clínicamente significativo o alterar el funcionamiento normal de la persona. En niños pequeños los síntomas pueden presentarse de manera distinta y de acuerdo a la edad.

Las intervenciones a realizar en este grupo de niños son proveerles apoyo, descanso, consuelo, agua y comida, permitirles juegos libres, dibujos, canciones, acerca del evento traumático, el adulto debe asegurarle protección, dar respuestas claras y concretas cada vez que lo necesiten, alentarlos a hablar sobre lo sucedido con padres, maestros, compañeros de clase, tener paciencia si aparece alguna regresión y evitarlos medios de comunicación.

Intervinieron los doctores: Felipe Martín Piñate, Aixa Müller de Soyano, José Francisco, Saúl Peña, Rafael Arteaga Romero, Saúl Kizer y Juan José Puigbó

### **Sesión Extraordinaria del 30 de noviembre de 2017**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Presentación del Trabajo de Incorporación para ocupar el Sillón XXXVII del Dr. Juan A. Yabur, intitulado “La terapia hormonal de reemplazo en el mantenimiento de la salud en la mujer madura” .**

**Objetivo:** Actualizar y difundir el conocimiento del tratamiento de la mujer durante la transición a la menopausia y en la posmenopausia inmediata, especialmente en el tratamiento de los síntomas vasomotores, de acuerdo a las recomendaciones del uso de la hormonoterapia en las mujeres posmenopausia.

**Método:** Se realizó revisión sistemática completa y análisis de importantes trabajos relacionados con la administración de la terapia hormonal de reemplazo.

Se analizan las diferencias en la relación riesgo-beneficio terapéutico entre la terapia estrogénica y la combinada estrógeno-progestágenos en las diferentes edades y según el intervalo transcurrido desde el inicio de la menopausia, en trabajos realizados por diferentes Sociedades Científicas y diferentes autores.

**Conclusiones:** De acuerdo al resultado de publicaciones recientes, se recomienda uso de la terapia hormonal de reemplazo desde el inicio de la menopausia o aún, durante la transición a la menopausia para el tratamiento de los síntomas vasomotores y la prevención de la osteoporosis y el alto riesgo de las fracturas de origen osteoporótico, siempre y cuando no existan contraindicaciones a su uso. Es el más efectivo tratamiento para combatir el síndrome climatérico. El mayor beneficio se obtiene con la terapia estrogénica que con la terapia estrógeno/progestágeno, por tener mayor flexibilidad y se puede extender más en el tiempo.

#### **2. Juicio Crítico por el Académico Dr. Pedro Fancite Antigue.**

### **Sesión Solemne del 30 de noviembre de 2017**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**1. Juramentación del Recipiendario Dr. Juan A. Yabur, Individuo de Número. Sillón XXXVII.**

**2. Discurso de Recepción por el Académico Dr. Juan A. Yabur, Individuo de Número, Sillón XXXVII.**

**3. Discurso de Bienvenida por el Académico Dr. Juan José Puigbó, Individuo de Número. Sillón XL.**

**Sesión Extraordinaria del 07 de diciembre de 2017**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**1. Juramentación de la Dra. Mercedes López de Blanco como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 36. Presentación del Trabajo de Incorporación de la Dra. Mercedes López de Blanco como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 36, intitulado: “Variabilidad del crecimiento y la maduración física en Venezuela: Visión y Análisis de una revisión documental, 1939-2016.**

La variabilidad del crecimiento y la maduración física es el producto de una revisión histórica-antropológica, no-sistemática ni exhaustiva, que se focaliza en la auxología epidemiológica. Como marco conceptual, se presentan los aspectos fundamentales de la variabilidad genético-biológica del crecimiento: dimorfismo sexual, variabilidad de acuerdo al ritmo de maduración y los grupos étnicos en Venezuela, país de mestizaje. El aspecto fundamental de la variabilidad ambiental incluye el crecimiento y desarrollo en las alturas, pero la visión se focaliza en las diferencias urbano-rurales, de acuerdo al estrato social y en los procesos dinámicos poblacionales tal como la tendencia secular en crecimiento y maduración (indicador del progreso o retroceso de una población) y la transición alimentaria y nutricional y sus consecuencias, tal como la doble carga nutricional. La crisis alimentaria actual puede modificar esta última: disminuir la obesidad, aumentar el déficit nutricional y tener un efecto negativo en la tendencia secular.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, José Francisco, Felipe Martín Piñate, José A. O’Daly Carbonell y Enriqueta Sileo.

**Sesión Extraordinaria del 14 de diciembre de 2017**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**FORO: Atención primaria pregrado coordinado por Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.**

**1. Medicina familiar por la Dra. Ada Vedilei**

**2. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Drs. Ario Patiño y Mariano Fernández.**

**3. Salud Pública. Dr. Saúl Peña Arciniegas**

Hoy aceptamos que el centro de la atención de salud debe ser ambulatorio, y que la hospitalización es un recurso que debe ser usado solo cuando sea indispensable. La tendencia hacia la urbanización y el aumento de la expectativa de vida refuerzan la idea inicial. El regreso al Médico de Cabecera o General comienza en 1945 en Inglaterra en la posguerra. Culmina con la Declaración de Alma Ata en 1978 de la Organización Mundial de la Salud siendo su presidente el danés Halfand Mahler: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. En Latino América comienza en 1975 y en Venezuela en 1979. Se creó la Especialidad Médica MEDICINA FAMILIAR, el primer posgrado en Venezuela fue en el Centro Ambulatorio de Caricuao del IVSS de dos años de duración por Carmen Cedraro de Carpio y Rafael Amselmi en Enero de 1980. Describimos los posgrados creados en los Estados. La Oficina Sanitaria Panamericana ha tenido un papel preponderante en la ejecución y desarrollo de esta importante contribución al bienestar público. Describimos en detalle la estructura curricular del Posgrado de Medicina Familiar. Hicimos el estudio por la red de 16 países que consideramos los más importantes, con el fin de tener una visión global de la situación. En la casi totalidad de ellos se cumple con el principio enunciado. Describimos en detalle un estudio elaborado en Europa revisando el papel de las Universidades en el Pre y Posgrado de la Medicina General familiar como especialidad médica. Hoy se acepta que debe haber un Médico General-Familiar por cada 500 familias o 2 500 personas. Venezuela tiene 335 Municipios y aproximadamente 30 millones de habitantes por lo tanto necesitamos 12 000 médicos con posgrado en Medicina Familiar.

Tenemos estudios publicados donde se presentan el número de médicos por cada Municipio. Y llegamos a las siguientes conclusiones y recomendaciones: 1. La Atención Primaria de Salud (APS) es el eje del Sistema de Seguridad Social y Salud en la prevención y tratamiento de las enfermedades. 2. La APS debe junto con la Historia Médica Electrónica (HME) debe ser enseñada en el Pregrado de las Escuelas de Medicina. 3. Siguiendo el pensamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser desempeñada por los Municipios junto con la Educación Preescolar como lo dice el aparte 5 del artículo 178 de la Constitución Nacional vigente. 4. Estos tres principios la Academia Nacional de Medicina de Venezuela debe hacerlo del conocimiento de: 1. Facultades y Escuelas de Medicina, 2. Sociedades Científicas de las Especialidades Médicas, y 3. Autoridades Gremiales Colegios de Médicos y Federación Médica Venezolana.

Intervinieron los doctores: Felipe Martín Piñate, Juan A. Yabur, Lilia Cruz, Saúl Kizer, José A. O'Daly Carbonell, Huniades Urbina Medina, José Andrés Octavio y Enriqueta Sileo.

### **Sesión Ordinaria del 16 de enero de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**FORO: Ponencias presentadas en la Asociación Latinoamericana, España y Portugal de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM).**

#### **1. Medicina centrada en la persona por el Dr. Alfredo Díaz Bruzual.**

La Medicina Centrada en la Persona es la modalidad de ejercicio médico que se ha venido proponiendo en los últimos años como respuesta a los antiguos debates que desde tiempo inmemorial existen en materia de asistencia médica al enfermo. Está encauzada en la comprensión del paciente como ser humano y su atención médica enfocada a sus necesidades propias como persona dentro del contexto social en que habita. Contrasta con el enfoque centrado en la enfermedad y no en el enfermo como un todo; y con el enfoque centrado en el médico. El elemento más importante de este cambio de paradigma es el modelo biopsicosocial que toma en cuenta

el paciente, el contexto social donde vive y los otros elementos complementarios utilizados por el entorno social para manejar los disruptivos efectos de la enfermedad.

Numeramos sus objetivos fundamentales:

1. Respetar la dignidad del ser humano.
2. Reconocer la concepción holística de la persona y su ambiente.
3. Ofrecer cuidados, soporte y/o tratamiento coordinadamente.
4. Ofrecerestosserviciosenforma individualizada y con la información necesaria para que la persona participe y se comprometa en su tratamiento.
5. Dar soporte y apoyo a la persona para que reconozca sus propias habilidades que le permitan vivir feliz y plenamente.

Hacemos hincapié en la necesidad de preparar estudiantes de medicina dentro de estos parámetros e implementar un sistema nacional de salud fundamentado en la atención primaria y atención centrada en la persona.

#### **2. Responsabilidad Social Institucional de las Academias por los Drs. Enrique López-Loyo, José Félix Oletta, José Francisco y Marco Sorgi Venturoni.**

Las instituciones académicas en su contexto funcional deben estar comprometidas con una gestión socialmente responsable. La teoría de la Responsabilidad Social presenta cuatro dimensiones relacionadas con los beneficios, el desempeño político, las demandas sociales y los valores éticos. La RSI de la ANM venezolana asume y exige, desde una visión globalizada, articular las diversas partes de la institución en un proyecto de promoción social de principios éticos y de desarrollo social equitativo y sostenible. Ante la tragedia que vive Venezuela, en los últimos 3 años, donde la crisis humanitaria, dado el grado de complejidad y prolongación en el tiempo, ha evolucionado a una emergencia política compleja se identifican sus factores fundamentales, tales como la inseguridad alimentaria, las epidemias, los desplazamientos forzados, la conflictividad y violencia con víctimas mortales en número creciente, el empobrecimiento acelerado de la población y la falta de acceso a servicios básicos,

insumos y medicamentos esenciales. A partir de esta situación se plantea un modelo dinámico de RSI para afrontar los retos de la crisis con énfasis en la grave situación de la salud. Se analizan los aspectos más relevantes de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) que se realiza en forma consecutiva desde 2014 y que describe la realidad imperante en el país, lo que demuestra la dimensión de la tragedia que afronta Venezuela. Considerando cifras oficiales y extraoficiales de organizaciones no gubernamentales de gran credibilidad se describe la grave situación que plantean las enfermedades emergentes y re-emergentes tales como la malaria, el sarampión, dengue, Chikungunya y difteria. Mención aparte merece la situación de la salud materno-infantil y juvenil dada la vulnerabilidad de este segmento de la población, considerando, entre otros aspectos la alta mortalidad neonatal. Junto a la solicitud de retomar la senda de una gerencia de estado que responda a nuestra realidad nacional se plantea una estrategia de comunicación basada en la educación médica y comunitaria que haga operativa y exitosa esta propuesta de RSI, considerando, entre otros elementos nuestro proyecto de maestría y la promoción de doctorados de futuros Académicos Individuos de Número.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Claudio Aoün Soulie, Antonio Clemente Heimerdinger, Felipe Martín Piñate, Harry Acquatella, José Ramón Poleo, Marco Sorgi Venturoni, Cutberto Guarapo Rodríguez, Ítalo Marsiglia, José A. Ravelo Celis y José Antonio O'Daly Carbonell.

### **Sesión Ordinaria del 25 de enero de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Estudio experimental: Seguridad de las anastomosis intestinales en un plano” por el Dr. José Manuel De Abreu D’Monte.**

Objetivos: Determinar que las anastomosis intestinales en un plano son seguras.

Métodos: Estudio prospectivo con 21 cerdos a quienes se les practicó resección y anastomosis de segmento de asa ileal con anastomosis en un plano, cuatro cirugías a cada uno de los 21 biomodelos, primera cirugía, segunda a las 48

horas, tercera a las 96 horas de la segunda, cuarta a los siete días de la tercera. En todas las cirugías se tomó muestra de la línea de sutura para estudio histológico.

Ambiente: Unidad de Investigación Quirúrgica de la Escuela de Medicina “José M. Vargas”, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

Resultados: Macroscópicos: No hubo dehiscencia de las anastomosis. Estadísticamente significativos los hallazgos de fibrosis a partir de las 48 horas de las anastomosis realizadas.

Conclusión: Las anastomosis intestinales en un plano son seguras.

Intervinieron los doctores: Jaime Díaz Bolaños, Marco Sorgi Venturoni, Antonio Clemente Heimerdinger y Felipe Martín Piñate.

#### **2. Historia de la Otorrinolaringología en Venezuela por los doctores Aderito De Sousa y Leopoldo Briceño-Iragorry.**

Este trabajo es una revisión histórica del manejo y tratamiento de las enfermedades de los oídos, nariz, boca, garganta y el órgano emisor de la voz, de acuerdo a los aspectos sanitarios, influencias socio culturales y el contexto académicos de cada una de las épocas históricas del país, hasta llegar a los inicios de la otorrinolaringología como disciplina médica en Venezuela.

Todos los datos de los acontecimientos y sus protagonistas se obtuvieron a partir de las referencias documentales y bibliográficas que datan desde finales del siglo XVIII hasta el presente y que intentan ser relatadas en orden cronológico, según se produjeron los hechos.

Intervino el doctor: Juan José Puigbó.

#### **3. Develación del retrato del Académico Dr. Julio García Álvarez, quien fuera Individuo de Número, Sillón IV, por los Drs. Mercedes López de Blanco y Leopoldo Briceño-Iragorry, el cual se realizará en la Biblioteca de esta Corporación**

**Sesión Ordinaria del 01 de febrero  
de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**1. Medicina Mente Cuerpo. Realidades y Mitos  
por el Dr. José Rodríguez Casas.**

La Medicina Mente Cuerpo. (Psicosomática), hoy día ha hecho extraordinarios avances en la comprensión de cómo los procesos de la mente interactúan con el cuerpo físico manteniendo la salud o en el origen de enfermedades.

La Psicofísica ha logrado investigaciones e hipótesis que tratan de explicar las relaciones entre mente y cuerpo físico. La aceptación de la existencia de un cuerpo energético hoy son realidades que la ciencia ha demostrado. Por otra parte, existen procedimientos y conductas que las investigaciones demuestran y permiten manejar los efectos del stress crónico como causante de enfermedad.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Manuel Velasco, José Andrés Octavio Seijas, Felipe Martín Piñate, José Ramón Poleo, Aixa Müller de Soyano y Alfredo Díaz Bruzual.

**2. Lección de Anatomía musical por el Académico  
Dr. Horacio Vanegas F.**

Los elementos que constituyen la anatomía musical de las sonatas, los tríos, cuartetos, quintetos y otros géneros de música de cámara y, finalmente, la sinfonía y el concierto, quedaron establecidos durante el llamado Clasicismo Vienés hacia finales del siglo XVIII. Cada una de estas obras musicales consta de cuatro partes (pero el concierto tiene solo tres) dominadas “movimientos”.

El primer movimiento es rápido (denominado allegro, presto, etc.) tiene la anatomía de la llamada “forma sonata”. Esta forma consta de tres partes: exposición, desarrollo y recapitulación. La exposición consta de un primer tema musical (A), generalmente de carácter “masculino”, seguido de un segundo tema (B), generalmente de carácter “femenino”. Los temas A y B se repiten, y entonces comienza el desarrollo. En el desarrollo los temas A y B se modifican, se entrelazan, pueden cambiar de tonalidad, de ritmo, juegan entre sí, etc. En el desarrollo el compositor

hace alarde de su maestría composicional. En la recapitulación los temas A y B se repiten, aunque modificados libremente. El primer movimiento generalmente se cierra entonces con una breve e intensa “coda” (i.e., cola).

El segundo movimiento es lento (denominado andante, adagio, etc.) y su anatomía es de “forma ternaria” Esto quiere decir que tiene tres partes: un primer tema (A, diferente del A del primer movimiento) seguido de un segundo tema (B, también diferente del B del primer movimiento) y luego reaparece el tema A, aunque puede tener modificaciones importantes.

El tercer movimiento es rápido (allegro, presto, etc.) y clásicamente tenía ritmo de minuet y así se le llamaba. En este caso consta de varios temas que son presentados y repetidos en una secuencia de complejidad variable. En el siglo XIX comenzó a abandonarse el ritmo de minuet a favor de una mayor libertad composicional, y en ese caso se le llama scherzo” (i.e., m juego).

El cuarto movimiento es rápido (allegro, presto, etc.), era clásicamente un “rondó” y así se le denominaba. En el rondó hay un tema especial (A diferente de los temas A anteriores) que se repite varias veces, es decir, que retorna, y por eso se la llama ritornello. Entre una y otra aparición del ritornello aparece un tema nuevo, de manera que el rondó tiene una anatomía de A,B,A,C,A,D, etc. Hasta cerrar la obra con el A y una intensa coda.

El concertó tiene una anatomía parecidas excepto en dos detalles: 1) En el primer movimiento, después del desarrollo la orquesta se silencia para que el ejecutante solista toque completamente solo y de muestras de su maestría con el instrumento solista. Ese segmento se llama “cadenza” y 2) El tercer movimiento descrito anteriormente no existe

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, Felipe Martín Piñate, José Ramón Poleo y José A. O’Daly Carbonell.

**Sesión Ordinaria del 08 de febrero  
de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

## **1. Taller del Comité Redactor de la Gaceta Médica de Caracas por el Dr. Herbert Stegemann.**

### **1. Publicaciones médicas. Calidad e Indización**

Se toman como referencia dos importantes documentos reconocidos internacionalmente a saber el antiguo “*Science Citation Index*” —actualmente “*Thomson Reuters Journal Selection Process*”— y el “*Quality Criteria for Health Websites*” del “*Standing Committee for European Doctors*”. Se elaboran comentarios adaptados a los recursos y necesidades locales. Objetivo final: estimular la preparación de artículos y publicaciones médicas particularmente venezolanas, con potencial de ser reconocidos internacionalmente y por ende de ser citados.

Desde hace varios años la producción local ha estado decayendo cuantitativa y cualitativamente en forma significativa y preocupante. Uno de los múltiples factores radica en que no hemos sincronizado con las normativas internacionales muchas veces absolutamente desconocidas y en ningún caso promocionadas. No existe una autoridad nacional oficial reguladora. La motivación es muy baja. Algunas universidades hacen tímidos esfuerzos por frenar las tendencias negativas. Como telón de fondo nos estamos aislando desde el punto de vista tecnológico, no tenemos oportunidades de asistir a reuniones internacionales dedicadas al campo editorial científico y tampoco la posibilidad financiera de integrarnos a grupos o sociedades que se ocupan del ramo. Las publicaciones internacionales -libros y revistas, digitales o impresas, relacionadas con este escenario son prácticamente desconocidas.

### **2. El arbitraje de los artículos biomédicos**

Un paso esencial en la valoración de calidad en los manuscritos de artículos científicos a ser enviados a una revista biomédica consiste en la evaluación realizada por árbitros o revisores. El sistema aun cuando no perfecto es reconocido por la gran mayoría de editores, autores e índices y bases de datos internacionales como el más apropiado al punto de que se trata de una etapa obligatoria.

Se afirma que la calidad científica de una revista está directamente relacionada con la

calidad del proceso de arbitraje que utiliza.

Los mecanismos de remuneración o compensación de la actividad realizada por los árbitros son muy variados pero esquemáticamente oscilan entre la pecuniaria con valores previamente establecidos hasta lo que puede calificarse como un reconocimiento público el cual tiene particular valor en el caso de las más reconocidas publicaciones internacionales.

El proceso de arbitraje en su forma ideal debe ser “externo” e.d. los árbitros no deben formar parte del equipo editorial.

Es un sistema que a su vez ha sufrido varias modificaciones y últimamente han surgido nuevos criterios a los anteriormente aceptados. Tradicionalmente es un proceso en el cual el o los autores de un manuscrito desconocen quien o quienes los van a evaluar y a su vez los revisores desconocen quienes son los autores. Esta tendencia tradicional comienza a tener modificaciones. Algunas publicaciones manejan el criterio del arbitraje abierto. Otra variedad consiste en el arbitraje “pos publicación” basado esencialmente en las redes sociales y con particular participación de recursos como el de “Altmetric”.

Existen reconocidas normas básicas internacionales del proceso de arbitraje pero también cada revista debe tener establecidas claras normas propias y específicas al respecto.

Se describen las características actualizadas del procedimiento de arbitraje dentro de las cuales la prontitud, puntualidad, confidencialidad y el aporte pedagógico dentro de un marco de respeto son esenciales. Se contemplan los límites éticos y los potenciales conflictos de interés.

### **2. Herramientas digitales en la investigación Médica por el Dr. Mariano Fernández.**

Este trabajo propone un grupo de las más destacadas aplicaciones de programas de computadoras (software) recomendadas para cumplir las diferentes tareas que suponen las labores de investigación científica en la era digital.

Entre los múltiples retos que impone la sociedad digital a los académicos, profesores e investigadores, los más complejos a enfrentar, son los procesos de investigación científica, debido principalmente a la profusión de materiales,

documentos, libros y textos, que la propia era digital ha permitido. Toda esta información disponible debe ser buscada, accedida, analizada y evaluada para conocer si es apta para el trabajo que se realiza y si cumple con los requisitos de probidad y ética que son requeridos en este tipo de investigación. Las diferentes herramientas contenidas en esta presentación permiten solventar la problemática planteada, y extender las posibilidades de éxito de los procesos de investigación. Dependerá de cada investigador la selección de las aplicaciones más útiles en su quehacer investigativo.

En líneas generales, las aplicaciones informáticas pueden ser clasificadas de acuerdo a su cometido, de esta forma las estudiadas están dentro de las siguientes tres categorías:

1. Herramientas de búsqueda de información
2. Herramientas de gestión bibliográfica
3. Herramientas de comunicación y divulgación

Intervinieron los doctores: Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó y Lilia Cruz Rodríguez.

**3. Perla humanística: Juicio del Dr. Rafael Bustamante por la muerte del Dr. José Gregorio Hernández, por el Dr. José Manuel De Abreu Do Monte.**

Presentación del expediente por la muerte del doctor José Gregorio Hernández. Expondremos la verdad judicial del expediente contra la verdad verdadera de los acontecimientos alrededor de la muerte del Dr. José Gregorio Hernández.

El primer interrogatorio de los testigos por el Fiscal señalan al conductor como el culpable de la muerte, posteriormente cuando el inculpado nombra un Abogado el Dr. Arteaga. Al actuar el Abogado Defensor todos los testigos son interrogados de nuevo y modifican sus declaraciones, dando lugar a que el Dr. Hernández era culpable de su muerte, y que el chofer del auto era inocente, sentencia el tribunal.

**Conclusiones:**

- 1.-La muerte del Dr. Hernández no es culpa del chofer.
- 2.-Un abogado con los conocimientos de las leyes y mucha pericia puede cambiar la verdad

verdadera de los acontecimientos por la verdad del expediente.

- 3.- Se comprueban que una serie de relatos sobre la muerte del Dr. Hernández no son verdaderos.

Intervinieron los doctores: José Andrés Octavio Seijas, Miguel Saade Aure, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Saúl Kizer, Rafael Romero Reverón, Claudio Aoiün Soulie, Harry Acquatella y Alfredo Díaz Bruzual.

**Sesión Ordinaria del 15 de febrero de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**1. Juramentación del Dr. Eduardo Morales Briceño, como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 33.**

**2. Presentación del Trabajo de Incorporación del Dr. Eduardo Morales Briceño, como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 33, intitulado: Modificaciones estructurales de la arteria carótida evaluada por Eco Doppler y su correlación con medidas antropométricas, edad y sexo.**

La arterioesclerosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, en los países desarrollados y en nuestro país. Es reconocida como la etiología de la mayoría de los eventos cardiovasculares, debido a que ella se inicia desde edades muy tempranas, y puede progresar silenciosamente por décadas. Existe un gran interés en la identificación de los individuos asintomáticos de alto riesgo, antes de que un evento cardiovascular agudo y algunas veces fatal ocurra.

La mediación del índice grosor íntima-media carotídeo, ha sido propuesto para ser añadido a los factores de riesgo cardiovascular con miras a evaluar mejor el riesgo individual.

Nuestro objetivo es el de evaluar las modificaciones estructurales de la arteria carótida que pudiesen ocurrir en ella, en particular el índice grosor íntima-media, y la correlación de este índice con las medidas antropométricas, edad y sexo, y así obtener evidencias más sólidas y prácticas para el diagnóstico asintomático de la aterosclerosis, y el adicionar esta mediación

en la estratificación del riesgo cardiovascular ayudar a identificar individuos asintomáticos que podrían beneficiarse de medidas preventivas más agresivas.

Intervinieron los doctores: Huniades Urbina, José Andrés Octavio Seijas, Felipe Martín Piñate, Aix Müller de Soyano, Juan José Puigbó, Andrés Soyano, Harry Acquatella y José O'Daly Carbonell.

### **Sesión Ordinaria del 22 de febrero de 2018**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Enheduanna. Mujer. Primer autor en la historia. Escribió poemas en Cuneiforme por la Académica Dra. Lilia Cruz Rodríguez.**

Los primeros textos literarios de autor conocido se encuentran en lengua sumeria y en escritura cuneiforme. Se atribuyen a Enheduanna, Princesa del Imperio Acadio, hija de Sargón I de Acad, Sacerdotisa del Dios Luna en la ciudad de Ur, Sumeria, en la baja Mesopotamia, hoy Iraq. Enheduanna es, hasta ahora, el primer escritor conocido que firma sus trabajos y escribe en primera persona. Por ello es considerada por los expertos como el primer autor en la historia de la humanidad. Su obra: 3 poemas en honor de la Diosa Inanna, 3 poemas a Nanna, el Dios Luna y 42 himnos de templos. Forman parte del primer sistema escrito de creencias religiosas. Algunos autores afirman que Enheduanna es también la primera mujer música, matemática y astrónoma. Prominente y poderosa, fue un personaje excepcional en un mundo dominado por los hombres. En este trabajo presento a Enheduanna y su obra literaria dentro del contexto geográfico e histórico, junto con una breve revisión del desarrollo y el descifrado de la escritura cuneiforme y la utilización de las lenguas sumeria y acadia dentro del Imperio Acadio.

Intervinieron los doctores: Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó y Ana Lucila García Maldonado.

#### **3. Situación de la Malaria en Venezuela por la Dra. Carmen Teresa Fernández.**

Se presenta un resumen de la compleja situación actual de malaria en Venezuela, en un acmé sin precedentes, con cifras oficiales no publicadas de 319.765 casos de malaria para la semana 42 (21 de octubre de 2017) lo que representa un aumento de 817 % en 10 años, al comparar con el período homólogo del año 2007. Estas cifras no incluyen las recaídas por *P. vivax* ni las recrudescencias por *P. falciparum*, ni los casos asintomáticos, por lo que en una verdadera aproximación a la realidad, se habría superado el millón de casos antes de finalizar el año 2017. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe Mundial de Malaria 2017, reconoce que cuatro países, incluida Venezuela, presenta una situación compleja que ha llevado a un aumento de los casos, en un contexto de crisis humanitarias en curso que plantean serios riesgos para la salud. La OMS ubica a Venezuela, para el año 2016, en el primer lugar de incidencia en América (34,4 % de los casos) desplazando a Brasil. Ante esta crítica situación, el 18 de enero de 2018, 41 representantes de 24 Instituciones Académicas y Científicas del país, se han unido en un documento público: "Pronunciamiento Ante la Grave Epidemia de Malaria en Venezuela – 18 de enero de 2018 - Carta Abierta al Ciudadano Luis López, Ministro del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela", para destacar los hechos ante los que debe prestarse atención, señalando recomendaciones y medidas a ser implementadas con urgencia a fin de "controlar la epidemia que se extiende peligrosamente por gran parte del territorio nacional y al resto del continente" e indicando su disposición para la búsqueda de soluciones. Se presentan los datos disponibles que evidencian los cambios epidemiológicos, áreas de transmisión en el país y los problemas detectados en relación con información, diagnóstico, tratamiento y control.

Intervinieron los doctores: Juan Antonio Yabur, Juan José Puigbó, Rafael Apitz Castro, Felipe Martín Piñate, José Francisco, José Antoni O'Daly Carbonell, Rafael Muci-Mendoza, Marino González Reyes, Tomás Sanabria B., Saúl Kizer y Harry Acquatella.