

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número XXXIX

Sesión Extraordinaria del 20 de septiembre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Elección de un Individuo de Número. Sillón I. Candidata: Dra. Aixa Müller de Soyano.

2. Elección de un Miembro Correspondiente Nacional. Puesto n° 25. Candidato: Dr. Alberto Paniz Mondolfi.

3. Elección de un Invitado de Cortesía. Candidato: Dr. Rafael Rangel Aldao.

4. Monitoreo. Síndromes coronarios agudos en Venezuela por el Dr. Carlos I. Ponte N.

La primera causa de muerte en Venezuela son las enfermedades cardiovasculares (ECV) siendo las muertes por síndrome coronarios agudos (SCA) las que representan el mayor número del total de muertes. Los períodos más críticos y de mayor riesgo de mortalidad son las primeras 24 horas, el período intrahospitalario y los primeros 30 días, en ese orden. Para poder reducir el alto riesgo la óptima atención inicial desde la llegada al hospital de los pacientes con SCA es crítica, una serie de estrategias diagnósticas y terapéuticas han sido probadas en diversidad de estudios clínicos aleatorizados en una variedad de escenarios en pacientes con SCA y han

demostrado de una manera consistente y robusta que reducen en forma significativa la mortalidad cardiovascular, estas medidas constituyen los estándares de calidad de atención y su seguimiento es obligatorio, seguir los estándares de calidad y de atención puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, de hecho su aplicación reducen el riesgo de mortalidad cardíaca aguda hasta en 46.% y mortalidad al año entre 65 %-70 %.

Las estrategias diagnósticas y terapéuticas que son consideradas estándares de calidad son:

- 1) Electro cardiograma al arribo a la sala de emergencia.
- 2) Medición de Troponina antes de 6 horas.
- 3) Aspirina al arribo y en el momento del alta.
- 4) Terapia de reperfusión.
- 5) Realización de angioplastia primaria.
- 6) Uso de inhibidores de P2Y12,
- 7) Uso de beta bloqueantes Estatinas de alta intensidad y bloqueadores del RAS al egreso.
- 8) Medición de fracción de eyección y evaluación de contractilidad al egreso.
- 9) Medidas para lograr la cesación tabáquica.

Nuestro grupo realizó en el mes de julio 2017 una encuesta en 40 hospitales de Venezuela tipo 3 y 4 en las capitales de estado y en las principales ciudades, es decir, en los hospitales de referencia (Ver anexo) para conocer la capacidad de atención a los pacientes con IM o angina inestable, es decir,

con SCA, y la disponibilidad de los estándares de calidad antes mencionados.

Los hallazgos evidencian claramente como estos centros no estos estándares de calidad, este hecho aumenta significativamente el riesgo de muerte a estos pacientes ya que no pueden recibir terapia que ha demostrado consistentemente que reducen la mortalidad aguda.

RESULTADOS

Se recabó información de 40 hospitales tipo 3 y 4 de todos los estados a excepción de Guárico, Yaracuy, Amazonas y Delta Amacuro, lo cual representa un 68,7 % del total de hospitales 3 y 4 de Venezuela. En general se incluyeron los hospitales principales de las capitales y las ciudades más importantes de cada estado; 62,5 % de los hospitales encuestados dependen del MPPS y 32,5 del IVSS, 3 % de otras instituciones.

En relación con la capacidad diagnóstica el 87,5 % de los hospitales tienen la posibilidad de realizar un electrocardiograma a los pacientes con sospecha de un SCA pero solo el 15 % tiene la posibilidad de realizar exámenes de sangre indispensables para poder confirmar el diagnóstico de infarto agudo al miocardio (IM) y ningún hospital de los incluidos puede realizar la prueba de Troponina, la cual es la prueba más importante para el diagnóstico y pronóstico de un paciente con sospecha de IM.

En relación con la capacidad terapéutica la situación es aún más crítica. Como es sabido un SCA se produce en más del 90 % de los casos por una obstrucción aguda por un coágulo de una arteria coronaria, en consecuencia el tratamiento de ataque más importante y vital en la etapa aguda es lograr destapar la arteria lo más rápido posible; para ello hay diversas estrategias farmacológicas (Aspirina, Clopidogrel, Heparina y Trombólisis) y no farmacológicas (Cateterismo y angioplastia primaria de urgencia). En ese sentido solo 2 % de los hospitales disponen de las tres drogas de ataque las cuales deben suministrarse en forma de coctel inicial: Aspirina, Clopidogrel, Heparina. Una droga tan simple como la pirina que su uso por cierto en etapas agudas disminuye la mortalidad 23 %, el 67,5 % de los hospitales no la tienen en sus emergencias.

La trombólisis es una estrategia terapéutica

que consiste en suministrar una sustancia por vía endovenosa que disuelva el coágulo que está ocasionando el IM y que su uso en etapa aguda reduce la mortalidad en 43 %, solo 45 % de los hospitales encuestados disponen de esta opción terapéutica.

La situación con la posibilidad de cateterismo de urgencia y angioplastia de rescate es aún más preocupante, Hoy en día en el siglo XXI se tiene la certeza de que la estrategia óptima para destapar una arteria que están ocasionando un IM es mediante una angioplastia de urgencia, a pesar de ello 82,5 % de los hospitales incluidos en la encuesta no tienen la capacidad de hacer cateterismo y angioplastia, de realizarlo solo en la mañana de lunes a viernes 10 % de los hospitales, y los 7 días de la semana las 24 horas apenas 5 % de los centros. Por cierto todos los hospitales son centros de referencia en sus localidades.

A la hora de egresar al paciente que ha sobrevivido a un SCA hay 4 clases de fármacos, que se consideran fármacos indispensables por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la salud (OPS) los cuales son: Estatinas, Antiplaquetarios, IECAS /ARB y Beta Bloqueantes, estos medicamentos indicados correctamente y en combo a los pacientes que egresan luego de un IM reducen la mortalidad al año en 77 %, por cierto existen programas de ayuda humanitaria que si los gobiernos lo solicitan la OMS y la OPS puede suministrar estos medicamentos en forma gratuita.

En los hospitales encuestados ante la pregunta sobre la posibilidad de dar las 4 drogas solo respondieron que la tienen 3 % de los hospitales.

En conclusión la capacidad de diagnosticar adecuadamente y de atender a los pacientes con un SCA y un IM es muy baja en los hospitales incluidos en la encuesta. Se están atendiendo a los pacientes como hace 30 años cuando la mortalidad de un IM agudo era de 15 %.

Hoy en día la mortalidad aguda con todas las estrategias médicas bien aplicadas según el protocolo de atención aceptado (las cuales no se disponen en los centros incluidos en las encuestas) debe ser menor a 2 %. Es decir, el riesgo de morir por un infarto en los hospitales de Venezuela es al menos 7 veces más de lo aceptado actualmente.

PERDOMO DE PONCE D

Cuadro 1

Victorino Santaella de Los Teques	Los Teques	Dr. Luis Ortega	Porlana, Nueva Esparta
Dr. Domingo Guzmán Lander	Barcelona, Anzoátegui	Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes	Mérida, Mérida
Dr. Miguel Pérez Carreño	Municipio Libertador	Hospital Dr. Tulio Carnevalli	Mérida, Mérida
Dr. Manuel Nuñez Tovar	Maturín, Monagas	Salvatierra	Mérida, Mérida
Dr. Rafael Medina Jiménez	Pariata, Vargas	Hospital Sor Juana Inés de la Cruz	Mérida, Mérida
Dr. Enrique Tejera	Valencia, Carabobo	Carabaño Tosta	Maracay, Aragua
Hospital General del Sur	Maracaibo, Zulia	Hospital Universitario Casal Ramos	Acarigua-Araure, Portuguesa
Dr. Domingo Luciani	Estado Miranda	Hospital Universitario	Guanare, Portuguesa
Vargas de Caracas	Caracas (Distrito Capital)	Dr. Miguel Oraá	Portuguesa
Razetti	Barcelona, Anzoátegui	Hospital Central de Valera	Valera, Trujillo
Dr. Domingo Guzmán Lander	Barcelona, Anzoátegui	Dr. Pedro Emilio Carrillo	Valera, Trujillo
Dr. César Rodríguez	Puerto La Cruz, Anzoátegui	Ruiz y Páez	Ciudad Bolívar
Dt. Luis Felipe Guevara	El Tigre, Anzoátegui	Arcadio	Barquisimeto, Lara
Dr. Angulo Rivas	Anaco, Anzoátegui	Hospital	Lara
Dr. Luis Alberto Rojas	Cantaura, Anzoátegui	Hospital Dr. José Gregorio Hernández	Trujillo
Dr. José María Vargas La Guaira	La Guaira, Vargas	Hospital Pastor Oropeza	Lara
Dr. Pablo Acosta Ortiz	San Fernando de Apure	Hospital	Bolívar
Dr. Alfredo Van Grieken	Coro, Falcón	Dr. Juan Montezuma Ginnari	Valera, Trujillo
Dr. Rafael Calles Sierra	Punto Fijo, Falcón	María Aracelis Alvarez	Betijoque, Trujillo
Central de Maracay	Maracay, Aragua	Hospital General de Barinas	Barinas
Hospital Vargas	San Cristóbal, Táchira	Dr. Luis Razetti	Barinas
Hospital Igor Nucete	San Carlos, Cojedes	Hospital Un iversitario de Caracas	Caracas
Dr. Santos Aníbal Dominicci	Carupano, Sucre	Hospital Patrocinio Peñuela	San Cristóbal

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Harry Acquatella, Felipe Martín Piñate, Saúl Kizer, José A. O'Daly Carbonell, Rafael Rangel Aldao, Lilia Cruz Rodríguez, Eduardo Morales Briceño y Leopoldo Briceño-Iragorry

5. El complejo manejo de la incontinencia anal: como medida y como corregirla, por el Dr. Marco Sorgi Venturoni.

La incontinencia fecal es una condición frecuente que incide determinadamente en la calidad de vida del ser humano porque lo limita, lo hace sentir minimizado y afecta directamente su vida social.

Se define como el paso de heces o gas sin control por el individuo. El termino seleccionado por la gran mayoría de las pacientes femeninas es “emisión de gas y/o heces involuntarias”.

Este fenómeno es masivo porque se reporta que un 20 % de las mujeres mayores de 45 años

lo presenta con alguna frecuencia.

Durante la última década se han realizado importantes avances en el diagnóstico de la etiología primaria y propuestas novedosas y exitosas para su tratamiento.

Los puntos esenciales por considerar son:

- Determinación de la severidad y frecuencia del evento.
- Medición precisa de la naturaleza y severidad del evento y del impacto sobre la calidad de vida del paciente
- Examen físico minucioso para determinar los componentes que inciden en estos eventos.
- Estudios: Manometría, Eco 3D, Defecografía.
- Determinación de la latencia del nervio pudenda.
- Video endoscopia.

El tratamiento tiene tres vertientes: 1. Apoyo emocional y manejo de las situaciones 2.

Tratamiento médico. 3. Corrección quirúrgica de los defectos anatómo-fisiológicos.

Nuestra experiencia obtenida en la Unidad de Colon, Recto y Ano de desde 1990 hasta 2015 (25 años) se han diagnosticado y tratado 1827 pacientes con esta afección. Que sitúa la ocurrencia en un 14,5 % de los pacientes consultados.

Se trataron todos con medidas medicas alimentarias y cuidados locales. 9,2 % recibieron apoyo PSQ especializado. En 87 % se logró el diagnóstico preciso de la patología. El 42 % recibió terapias cuales Biofeedback, reeducación, curso de manejo de eventualidades que impactaron positivamente la calidad de vida del paciente. 38,8 % fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

La respuesta de satisfacción de los resultados terapéuticos fueron: 16 % Decepción-inconformidad; 22 % No cambios apreciables; 54 % mejoría franca y reinstalación de expectativas de calidad de vida; 8 % Total restablecimiento de las condiciones total de vida.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, Miguel Saade Aure, José Ramón Poleo, Otto Rodríguez Armas, Felipe Martín Piñate, Saúl Kizer y Leopoldo Briceño-Iragorry.

Sesión Extrordinaria del 27 de septiembre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

Elección de un Individuo de Número. Sillón XXVII Candidato: Dr. Mauricio Goihman Yahr.

Sesión Ordinaria del 27 de septiembre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Presentación del Trabajo de Incorporación como Individuo de Número. Sillón XXXVIII del Dr. Rafael Apitz-Castro, intitulado “La

invisibilidad de un problema de salud pública con repercusiones indeseables a largo plazo: Los defectos del desarrollo embrionario” .

Los defectos del desarrollo embrionario, más apropiadamente llamados anomalías congénitas, se definen como “defectos estructurales y/o funcionales del organismo, presentes al momento del nacimiento y que son de origen prenatal”. Si bien, por razones prácticas, son las anomalías estructurales de considerables consecuencias médicas, sociales o estéticas, las que reciben mayor atención, es importante resaltar que las anomalías funcionales, sean estas por defectos metabólicos y/o defectos de tipo cognitivo, generalmente diagnosticadas meses o años después del nacimiento constituyen también un serio problema de salud pública, lamentablemente subestimado en las estadísticas de salud.

Más del 50 % de las anomalías congénitas no ha podido ser asociadas a una causa específica, sin embargo, se estima que una serie de factores ambientales tendrán un papel importante en no menos del 20 % de ciertas anomalías congénitas, consideradas como multifactoriales. Estos factores incluyen; factores socioeconómicos y demográficos (estado nutricional de la madre, diabetes, alcoholismo, tabaquismo), la exposición a sustancias químicas teratogénicas e infecciones maternas, entre otras. Las anomalías del desarrollo del tubo neural (DTN), del sistema cardiovascular, el síndrome de Down y el labio y/o paladar hendido representan la mayor proporción de los defectos congénitos. Estas anomalías, que se agrupan dentro del grupo de multifactoriales, han sido asociadas a deficiencia preconcepcional de folatos, combinada, especialmente en países del tercer mundo, a deficiencia nutricional general. Aun cuando desde la décadas de los años 60 se conocía la importancia de la deficiencia de folatos en la génesis de ciertas anomalías congénitas, fueron los avances en la investigación básica en genética y biología celular los que llevaron al conocimiento detallado de los mecanismos moleculares involucrados y la explicación de cómo los factores ambientales inciden en estos mecanismos. El metiloma constituye el núcleo central de los mecanismos regulatorios epigenéticos. Estos son los procesos metabólicos que modifican la funcionalidad del código genético, sin alterar las secuencias del genoma y se le ha dado el nombre de Epigenoma.

La metilación del ADN es la modificación epigenética mejor estudiada, sin embargo modificaciones epigenéticas se producen también a nivel de las histonas, proteínas involucradas en la protección y empaquetado del material genético. Es importante señalar que estas modificaciones epigenómicas dependen en gran parte de las influencias ambientales, como son los factores socio-económicos, salud materna prenatal, exposición a tóxicos y, en particular deficiencias nutricionales. El vínculo entre el metiloma y el medio ambiente es la ruta bioquímica centrada en el ciclo homocisteína-metionina. El folato a partir de la dieta, es la fuente principal de los grupos metilo y, la metionina solo se obtiene a partir de proteínas animales en la dieta. La deficiencia de folatos es uno de los factores de riesgo más importantes para la aparición de ciertos defectos congénitos, especialmente cardiovasculares y del sistema nervioso. Es de notar, que aún en países donde la población general dispone de una alimentación adecuada, se evidencia deficiencia de folatos en la misma.

En Venezuela, resultado de varios estudios poblacionales, evidencian una importante deficiencia en los niveles plasmáticos de folato, para el período 2000-2002. Resultados de un estudio poblacional realizado en 3 200 voluntarios, aparentemente sanos, en el rango etario de 9 a 65 años, indicaban que más del 80 % de la población tenían valores de ácido fólico plasmático por debajo del 50 % de la recomendación mínima de la OMS. En mujeres en edad fértil, los niveles eran ligeramente más bajos. Estos resultados llevaron, en 2013 a realizar un estudio piloto de prevalencia de defectos congénitos en la población. Este estudio piloto se diseñó en dos objetivos: a) establecer un estimado de la incidencia nacional de anomalías congénitas y b) estimular la implementación de un Registro Nacional de Anomalías Congénitas (RNAC). El estudio se realizó en nueve hospitales públicos, localizados en zonas de alta densidad poblacional, a nivel nacional, con duración de un año (junio 2013 a junio 2014) Los resultados indican que la prevalencia de defectos congénitos totales fue de 100 por 1 000 nacidos vivos, de estos 49 % fueron defectos congénitos asociados a deficiencia de ácido fólico (N=40 000 nacidos vivos). Esta cifra es 20 veces mayor que la reportada en Chile o Costa Rica y casi 12 veces mayor que la mayoría

de países de la región.

Estos datos, aunados a la deficiente calidad de la dieta, quizás abundante en calorías pero de pobre calidad nutricional, conforman, de acuerdo a lo expresado en párrafos anteriores, un cuadro de alto riesgo en materia de salud pública. Al respecto, Venezuela es en la actualidad el único país de la región que no ha adoptado la fortificación con ácido fólico de alimentos de consumo masivo. En este respecto, el programa de salud pública que ha demostrado la mejor relación coste/beneficio ha sido la implementación obligatoria de la fortificación de los alimentos de consumo masivo con ácido fólico. Este programa ha sido adoptado en forma obligatoria por 81 países.

Dada la posibilidad de que en un futuro no lejano se implemente el programa de fortificación obligatoria con ácido fólico, de alimentos de consumo masivo, es urgente iniciar estudios poblacionales que sirvan de referencia para establecer una línea basal que permita evaluar y eventualmente hacer las modificaciones a que hubiese lugar en dicho programa. En este sentido, el establecimiento de un Registro Nacional de Anomalías Congénitas sería un paso altamente deseable.

2. Juicio Crítico por el Dr. Huníades Urbina-Medina. Individuo de Número. Sillón XXII

3. Clausura del Acto.

Sesión Solemne del 04 de octubre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Juramentación del Recipiendario Dr. Rafael Apitz-Castro, como Individuo de Número. Sillón XXXVIII.

2. Discurso de Recepción por el Académico Dr. Rafael Apitz-Castro, como Individuo de Número. Sillón XXXVIII.

3. Discurso de Bienvenida por el Académico Dr. Leopoldo Briceño- Iragorry, Individuo de Número, Sillón VIII, Presidente.

Sesión Solemne del 11 de octubre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Elección de un Individuo de Número. Sillón XXXIII. Candidato: Dr. Nicolás Bianco Colmenares.

2. Elección de un Invitado de Cortesía. Candidato: Dr. Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero.

3. XXVI CONFERENCIA RAZETTI: “Un esfuerzo por comprender al Dr. Luis Razetti” por el Académico Dr. Mauricio Gohman Yahr, Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 4.

El Dr. Luis Razetti fue uno de los pilares fundamentales de la medicina nacional y el padre de su Academia. Su obra y su personalidad pueden comprenderse mejor a partir de las circunstancias de su nacimiento y familia en el seno de un país como lo era Venezuela en la segunda mitad del siglo XIX y en el primer tercio del XX.

Era un país en disolución, sumergido en conflictos conceptuales y armados fundamentalmente destructivos. El desorden imperante llevó a la merma del territorio nacional a la gangrena de las instituciones y a la existencia de leyes inadecuadas e irrespetadas. Hubo períodos de recuperación parcial aparente; pero fueron efímeros y la mayoría más cosmética que estructural.

Razetti quiso ser, y fue en parte, médico y cirujano no solo de individuos sino de la sociedad, en su área de influencia. Como todo médico tuvo que prescribir lo que él creyó mejor para el paciente en concreto. Para ello, era fundamental saber la diferencia entre lo deseable y lo factible.

Los años que siguieron a su muerte no fueron pacíficos ni uniformemente progresistas. Sin embargo, siguieron una vía que, con curvas y descensos, ascendía hacia el progreso y la estabilidad.

Hoy volvimos a experimentar circunstancias no disímiles que las que sufrieron Razetti y su generación, aunque en un mundo muy diferente al que ellos conocieron. Nosotros y los que nos

siguen tenemos y tendremos que actuar dentro de ese marco de referencia.

Sesión Solemne del 18 de octubre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Juramentación de la Dra. Carmen Luisa García de Insausti, como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 18.

2. Presentación del Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente Extranjero. Puesto N° 18, intitulado “Es la membrana amniótica una fuente de células madre”.

Desde hace varios años se ha orientado la búsqueda de células madre adultas a partir de diferentes tejidos, con la intención de obtener células que puedan ser utilizadas para el tratamiento de diversas enfermedades. En el presente estudio dirigimos nuestra atención hacia la MA, un tejido que ha estado en el escenario científico desde principios de la década pasada, por ser fácilmente accesible, éticamente aceptable y según algunas publicaciones, con un alto rendimiento en la obtención de células madre.

Objetivos: Realizar el aislamiento y caracterización de las células epiteliales y estromales de la MA y evaluar sus propiedades de células madre a través de la expresión de marcadores de membranas, factores de transcripción, estudios clonogénicos, capacidad de expansión *in vitro* y potencial de **diferenciación *in vitro***.

Método: Las MA se obtuvieron a partir de las placentas de 20 madres sanas a quienes se les realizó cesárea electiva por causas obstétricas. La separación de la MA del corion se realizó en quirófano por disección mecánica. La manipulación, procesamiento y aislamiento de las células se llevó a cabo en cabina de flujo laminar, siguiendo un protocolo de estudio desarrollado en el Laboratorio de Terapia Celular del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El aislamiento celular se realizó por técnicas de digestión enzimática y la viabilidad se evaluó por la técnica de exclusión de azul tripan. Los cultivos celulares primarios y secundarios, se realizaron

en DMEM suplementado con suero bovino fetal, L-glutamina, antibióticos y, para el caso de células epiteliales, con factor de crecimiento epidermal (EGF). La proliferación celular se evaluó por los métodos MTT y EZ4U. La investigación del ciclo celular se realizó mediante la tinción del ADN con yoduro de propidio. Los marcadores fenotípicos se investigaron por citometría de flujo, y la evaluación de la expresión de genes, por PCR cualitativa, PCR cuantitativa y por PCR Arrays (células epiteliales). Para los ensayos de diferenciación celular, las células se cultivaron en medios de cultivos suplementados de forma diferente de acuerdo a la diferenciación investigada. La investigación de la diferenciación se realizó por métodos moleculares, colorimétricos y por inmunofluorescencia. Los resultados obtenidos se expresaron como la Media+ Error Estándar de la Media (SEM), y a través de la descripción y análisis de las variables cualitativas.

Resultados: Se observaron células epiteliales y estromales en número suficiente para su caracterización. Se demostró que las células del epitelio amniótico (hAEC) poseen características similares a las células madre embrionarias pluripotentes, pero a diferencia de estas no expresan actividad de telomerasa transcriptasa reversa (TERT) lo que podría suponer una ventaja para el uso en terapia celular. Las hAEC se adhieren al plástico y se cultivan adecuadamente en medios de cultivos convencionales. El EGF ejerce una influencia favorable sobre la proliferación de las hAEC, aunque algunas hAEC proliferan independientemente del EGF. Las hAEC muestran una capacidad clonogénica baja y hasta ahora no ha sido posible crecer las células desde clones de células individuales. Durante los subcultivos las hAECs experimentan el proceso de Transición Epitelio-Mesénquima. Las hAEC tienen capacidad de diferenciación *in vitro* hacia células de las tres capas germinales: ectodermo (células neurales), endodermo (células hepatocíticas) y mesodermo (células cardiomiocíticas). En lo que se refiere a las células estromales obtenidas del mesodermo amniótico (hAMSC), estas cumplen los criterios exigidos por la Sociedad Internacional de Terapia Celular para su definición como células mesenquimales. Las hAMSC forman colonias clonales (UFC-F) fáciles de expandir *in vitro* y su eficiencia

clonogénica es superior a la de las hAEC. Las hAMSC bajo condiciones adecuadas de cultivos se diferencian *in vitro* hacia líneas celulares del mesodermo: osteogénicas, adipogénicas y condrogénicas.

El estudio aporta evidencias que sustentan la utilidad potencial de las células de la MA en un amplio rango de aplicaciones experimentales y clínicas. Creemos que en la medida en que se optimicen sus condiciones de cultivo y de expansión para aumentar su potencial proliferativo y prolongar su vida media, así como los métodos de preservación para asegurar una conservación efectiva a largo plazo, se podrá validar la eficacia de estas células en diferentes modelos de enfermedades en animales, y con ello desarrollar las estrategias para su producción conforme a las exigencias GMP (*Good Manufacturing Practice*), lo que en definitiva permitiría la traslación de los resultados preliminares presentados en esta tesis hacia aproximaciones terapéuticas efectivas.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, José O'Daly Carbonell, Rafael Rangel Aldao, Rafael Romero Reverón, Lilia Cruz Rodríguez, Aixa Müller, Luis Ceballos García y Maritza Durán.

Sesión Solemne del 25 de octubre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Elección de un Invitado de Cortesía. Candidato: Dr. Gastón Silva Cacavale.

2. No llegar tarde a la adolescencia. Propuesta: La transición de la niñez a la adolescencia temprana por la Dra. Enriqueta Sileo.

Los adolescentes son fundamentales para alcanzar con éxito los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) y las metas establecidas en la Agenda 2030.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el período de la vida en el cual la persona adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. Actualmente, señala las categorías de 10-14 años (adolescencia temprana) y 15-19

años (adolescencia tardía).

Sin embargo, al grupo de 10 - 14 años de edad, se le ha prestado poca atención e inclusive se ha descuidado en comparación con los adolescentes de 15-19 años de edad, a pesar de ser un momento clave del desarrollo del adolescente, con la aparición de la pubertad, que señala el inicio de la adolescencia, el desarrollo y maduración cerebral; que influye en la manera de pensar sobre sí mismo y el mundo, y que junto a la condiciones sociales y ambientales determinan su comportamiento lo cual se refleja en la morbilidad, y mortalidad de ese grupo poblacional, en consecuencia, para su adecuada atención debe ser mejor conocido y estudiado.

Es notorio que el embarazo en adolescentes constituye un problema de salud pública y de inequidad pero más cuando se incrementa en menores de 15 años. Por otra parte, la evidencia muestra que los adolescentes de 10-14 años de edad exhiben alta morbilidad y mortalidad por causas, muchas de estas prevenibles, lo cual permite inferir que la prevención en sus diferentes niveles no es adecuada y tiene consecuencia a corto, mediano y largo plazo.

Cabe preguntarse, entre muchas interrogantes, ¿por qué la maternidad temprana en las adolescentes?, si se conoce el impacto en la vida y la salud de la adolescente y del hijo. La respuesta no es simple, porque es un problema complejo. Además, si muere nos confronta con un dilema ético que invita a reflexionar en

lo que se dejó de hacer “primun non nocere” especialmente cuando esa adolescente no posee la autonomía suficiente para decidir lo conveniente para su salud. Una de las respuestas es que estamos llegando tarde para ocuparnos de la adolescencia temprana, aunque evidentemente existe preocupación por la misma.

Por lo tanto, estamos llegando tarde a los adolescentes de 10 – 14 años que además son muy vulnerables. Se puede esgrimir algunas razones entre las cuales se mencionan:

No se está preparando/asistiendo, a las niñas y niños de 7-9 años para entrar a la adolescencia, especialmente aquellos cuyo ritmo o tiempo de maduración es mas rápido o acelerado (maduradores tempranos) pero que no son considerados adolescentes (10-19 años de edad, OMS), aun cuando la pubertad marca el inicio de la adolescencia. Por ejemplo, una maduradora temprana puede tener una menarca alrededor de los 10 años de edad, e incrementar su vulnerabilidad biológica y psicosocial cuando están dadas las condiciones para un comportamiento que implique riesgo.

Intervinieron los doctores: Mauricio Goihman Yahr, José Ramón Poleo, José María Iribarren, Juan José Puigbó, Antonio Clemente Heimerdinger, Saúl Kizer, Huníades Urbina-Medina, Ofelia Uzcátegui Uzcátegui, Claudio Aoñin Soulie, Rafael Rangel Aldao, Maritza Durán y Leopoldo Briceño-Iribarren.



3. La Anatomía de Jean Latarjet por el Dr. Rafael Romero Reverón.

Al Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet publicado en 1887, se le considera uno de los tratados de Anatomía Humana más completo, con minuciosas descripciones del cuerpo humano, acompañadas por conceptos filosóficos y antropológicos. En este destacado tratado se cita la tesis doctoral sobre la inervación del apéndice cecal realizado por el anatomista y cirujano venezolano Dr. Rubén Rodríguez Escovar en 1943 y publicado en el Tratado de Anatomía Humana Testut-Latarjet en el tomo IV, en la página 429 de la novena edición en español de 1960.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, José Antonio O'Daly Carbonell, Kiguel Saade Aure, Aixa Müller, Juan José Puigbó, Jaime Díaz Bolaños, Herbert Stegemann, Rafael Muci-Mendoza, César Blanco Rengel y Leopoldo Briceño-Iragorry.

Sesión Ordinaria del 01 de noviembre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Primeras Cesáreas en Venezuela por la Dra. Ofelia Uzcátegui Uzcátegui

Objetivo: Describir las primeras cesáreas hechas en Venezuela, su evolución y que médicos realizaron estas intervenciones.

Métodos: Se hizo un estudio documental y descriptivo, revisando trabajos de varios autores que hicieron investigaciones acerca de la cesárea en Venezuela.

Cabe destacar el hecho, de que la primera cesárea realizada en el continente americano fue hecha en Cumaná, Venezuela en 1820, por el médico español Dr. Alonso Ruiz Moreno y ayudado por el Licenciado José Castellar, venezolano, a la Sra. Doña María del Rosario Olivera Ortiz. Ella murió a las 48 horas y su hijo Ramón Nonato Badia vivió 80 años.

Pasaron 87 años para que se hiciera la segunda

cesárea, por el Dr. Miguel Ruiz, en 1907, en Caracas, con resultados satisfactorios, madre e hijo vivos. Más tarde hace él mismo la tercera y cuarta cesárea en el país.

Conclusión. La cesárea en Venezuela evolucionó lentamente, desde que se realizó la primera en 1820, en mujer viva y sin suturar el útero, hasta que se hizo la segunda cuando ya se utilizaba la sutura uterina. Se realizó con más frecuencia cuando se abrió la Maternidad "Concepción Palacios" en 1938.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, José M. Rodríguez, Juan José Puigbó, Saúl Kizer y Leopoldo Briceño-Iragorry.

2. Alteraciones prenatales comunes TORCHS en parálisis cerebral infantil a propósito de 24 casos por el Dr. Jesús M. Rodríguez Ramírez, Invitado de Cortesía. Presentado por el Académico Dr. Enrique S. López Loyo, Individuo de Número. Sillón XXXI, Vicepresidente

Introducción: virus, bacterias y parásitos presentes en sangre o vías genitourinarias de gestantes pueden afectar secuencias normales del desarrollo.

Objetivos: identificar agentes infecciosos y parasitarios TORCHS que en período prenatal pueden causar parálisis cerebral.

Material y métodos: estudio de 240 infantes con trastornos motrices de etiología TORCHS prenatal, tratados en el Centro de Parálisis Cerebral de Caracas entre 1988 y 2015.

Resultados: 195 niños con patologías únicas y 45 combinadas TORCHS causantes de parálisis cerebral, predominaron citomegalovirus, herpes simple, Toxoplasma gondii, rubeola, hepatitis B y treponema pálido.

Conclusiones: estos agentes infecciosos y parasitarios TORCHS son comunes, prevenibles en madres por higiene y vacunación o tratables con fármacos, en el medio por saneamiento ambiental y en instituciones hospitalarias con dotación y limpieza prolija; para bajar incidencia se recomienda a cumplir los gobiernos con su deber ambiental e institucional, y a mujeres en edad fértil con pulcritud, inmunizaciones, tratamiento requerido y evaluaciones ginecológicas

pregestacionales.

Intervinieron los doctores: Rafael Apitz-Castro, Juan José Puigbo, José Ramón Poleo, Mauricio Gohman Yahr, José Francisco, Huniades Urbina-Medina, José O'Daly Carbonell, Saúl Kizer y Claudio Aoiñ Soulie.

Sesión Extrordinaria del 08 de noviembre de 2018

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

1. Elección de un Individuo de Número. Sillón XXXIII Candidato: Dr. Nicolás Bianco Colmenares.

2. Comentarios sobre la Displasia del desarrollo de la Cadera por el Dr. Claudio Aoiñ Soulie.

Se expone la historia de la displasia del desarrollo de la cadera (D.D.C.), antes conocida como luxación congénita de la cadera.

Se presenta la clasificación de esta afección y se aclara que el trabajo trata sobre la displasia típica.

Se menciona la incidencia de la enfermedad y diversas casuísticas así como que su distribución geográfica y racial.

Se expone que se trata de una etiología multifactorial existiendo una gran controversia.

Se presentan los llamados signos de riesgo la importancia fundamental de realizar el diagnóstico precoz, el cual se basa en un minucioso examen clínico, complementado por estudio de imágenes de forma de implementar el tratamiento a temprana edad. Se hace hincapié en la pesquisa de esta patología, evitar la necrosis avascular y la artrosis dolorosa causada por la anemia epifisaria y la displasia en la cadera que ameritaran un reemplazo total de la cadera después de la 4 a 5 década de vida.

La displasia acetabular inadvertida o no tratada alcanza el 50 % de los reemplazos totales de cadera en el sexo femenino en Estados Unidos y Canadá.

Intervinieron los doctores: José Francisco, Juan José Puigbo, Rafael Romero Reverón, Rafael Arteaga Romero, Saúl Kizer, Mauricio Gohman Yahr y Alfredo Díaz Bruzual.

3. Temores, dudas y preguntas más frecuentes que se hacen las mujeres durante el climaterio y la posmenopausia por el Dr. Juan Antonio Yabur.

En los últimos años del siglo pasado y durante los años transcurridos del siglo XXI, ha habido una disminución en la velocidad de crecimiento de la población mundial y al mismo tiempo incremento importante en la población mayor de 50 años, que llega en la actualidad alrededor del 20 % del total. Este grupo poblacional requiere un fuerte impulso en lo que se refiere a promoción y prevención de la salud. Con especial énfasis en lo relacionado con la mujer posmenopáusica por las implicaciones derivadas de este estado. Al mismo tiempo, la esperanza de vida de la mujer se ha incrementado en los llamados países desarrollados a 83 años (2,3) y a 73 años en Latinoamérica (4); siendo los 45 a 50 años la edad de aparición de la menopausia en los diferentes países.

Qué es la menopausia? Esta es la primera y acaso la más importante pregunta que se hacen las mujeres cuando se inicia la declinación de la función ovárica. De un lado porque aun todavía existe un gran desconocimiento de lo que es la menopausia, y del otro porque este desconocimiento las lleva a sentir un gran temor a la menopausia, quizás porque la ve como la entrada a la vejez, a la pérdida de su capacidad reproductora, aún cuando ya no esté interesada en tener más hijos. Pero son muy pocas las que la ven como una nueva condición en su vida, un cambio importante que si bien es un cambio fisiológico, conlleva con él un gran riesgo, como son el incremento de las enfermedades cardiovasculares, de la osteoporosis y de la enfermedad de Alzheimer, al igual que la presencia, al inicio de la menopausia de una serie de signos y síntomas que alteran en menor o mayor grado su calidad de vida. Con grandes cambios en su carácter y en sus relaciones familiares y de trabajo que la hacen preguntarse más de una vez que es lo que le está pasando.

Al visitar a su ginecólogo, este tiene la

obligación de explicarle detenidamente lo que es la menopausia, la presencia de los síntomas, que le sucede y él por qué; relacionar su sintomatología con la falla estrogénica y explicarle en detalles las diferentes alternativas terapéuticas.

En la medida que la mujer tenga la suficiente educación en el conocimiento de la menopausia y sus consecuencias futuras, en esa medida entiende mejor lo que está sucediendo; definitivamente existe una relación directa entre el conocimiento de la menopausia y las angustias que esta despierta.

El proceso de envejecimiento. Sin duda alguna que el temor de la mujer a la menopausia es muy grande. No importa su posición social, económica o educativa. Este es un fenómeno frecuente cuando se está en la década de los 40. La mujer piensa que se tornará vieja y surgen en ellas una serie de temores y dudas, especialmente relacionados con su entorno familiar, de trabajo y su expresión corporal. En la medida que pasan los años y comienzan a declinar ciertas actividades, como lo es la actividad sexual, bien sea por pérdida de la libido o por rechazo debido a estrechez y sequedad vaginal, la mujer comienza a sentir una gran nostalgia por lo que fue y cree que no volverá. Hasta que al visitar a su médico e iniciar el tratamiento adecuado, observa la mejoría notable de la sintomatología y la recuperación de muchas de sus actividades, se siente bien, eufórica, con desaparición total de los síntomas vasomotores, y una gran mejoría en su calidad de vida. Es como si se le hubiese bajado la temperatura al termostato que lleva dentro de su cuerpo.

Qué será de mí de ahora en adelante? Que pasará con mi sexualidad? Otras de las preocupaciones que experimentan las mujeres durante el climaterio y la posmenopausia.

Imagen de la menopausia. En líneas generales, la mayoría carecen del conocimiento con relación con las posibilidades que existen para el correcto manejo de estos cambios físicos y emocionales y creen que quienes no son capaces de sobreponerse a esta sintomatología son muy débiles. En líneas generales, la actitud de la mujer hacia la menopausia es de rechazo y protestan cuando el término es usado en forma peyorativa y no tienen una idea clara de porque ocurren estos hechos y son muy pocas las que manifiestan que se debe

a la falla estrogénica.

Fuentes de información. La mayoría de las mujeres que entran en menopausia generalmente tienen un pobre conocimiento de la misma. Recientemente los órganos de divulgación masiva (radio, televisión, diarios y revistas) se están ocupando cada vez más en la difusión de estos conocimientos, pero desafortunadamente no siempre son bien explicados o bien entendidos por la población en general y esto a veces genera confusión. Muy poca información proveniente de las Sociedades Científicas involucradas. Sin embargo, de generación en generación y de boca en boca, se transmiten una serie de mitos y mentiras que son la consecuencia de la gran ignorancia que una parte importante de la población tiene de la menopausia.

Bien sea por propia iniciativa o por sugerencias, la mujer posmenopáusica consulta a su médico, quien tiene la obligación de explicarle que toda la sintomatología que presenta se debe esencialmente al cuadro de deficiencia endocrina dentro del proceso normal de envejecimiento de la mujer. El médico debe ser muy claro en sus explicaciones y utilizar un lenguaje sencillo para que la paciente entienda perfectamente para que se le indiquen los medicamentos y que debe esperar de ellos. Entendido así, la propia paciente, debidamente asesorada por su médico selecciona el régimen a seguir. Esta labor educativa motiva a la paciente a una mayor aceptación y cumplimiento del régimen terapéutico, con menos deserción.

Conclusiones: El médico que atiende a la mujer posmenopáusica debe estar suficientemente preparado no solo para diagnosticar cualquier cambio patológico o para indicar el tratamiento adecuado. Debe estar también preparado para comprender la angustia que en algunas oportunidades siente la mujer climatérica y la posmenopáusica. Tener la suficiente paciencia y comprensión de esta problemática. Saber, en palabras claras explicarle a la paciente su nueva situación.

Intervinieron los doctores: Eduardo Morales Briceño, Saúl Kizer, Juan José Puigbó y Rafael Rangel Aldao.

**Sesión Ordinaria del 15 de noviembre
de 2018**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

Fibrosis endomiocárdica: una puesta al día, por los doctores Juan José Puigbó y Claudia Blandenier de Suárez.

La fibrosis endomiocárdica (FEM) es una miocardiopatía de etiología aún incierta, que se caracteriza por la presencia de tejido fibroso en el endomiocardio ventricular, el cual condiciona una fisiología restrictiva. Es la miocardiopatía restrictiva más común. La FEM fue descrita en Uganda, África por Davies en 1948 y en Venezuela fue reportada por primera vez en 1967. Es una miocardiopatía endémica en países tropicales y subtropicales como África, Asia y América del Sur. La epidemiología mundial sistemática de la FEM, es extremadamente limitada y aunque no se conozcan las cifras exactas de su prevalencia, se estima que entre 10 y 12 millones de personas presentan la enfermedad. Actualmente, se acepta que la FEM es una afección cardíaca progresiva que cursa en tres etapas: una fase inflamatoria activa relacionada con la hipereosinofilia, una etapa de transición y la fase final, cicatricial fibrótica. La FEM clásica, se caracteriza por el engrosamiento fibrótico del endomiocardio con obliteración del ápex y del tracto de entrada de uno o ambos ventrículos y eventual compromiso de los aparatos valvulares aurículo-ventriculares respectivos. Desde el punto de vista funcional cursa con un patrón fisiológico restrictivo al llenado ventricular, disminución de la distensibilidad e insuficiencia atrioventricular con alteraciones características del ventriculograma, función sistólica normal, depresión y platillo en la curva de presión intraventricular. Con la

resonancia magnética nuclear cardíaca con realce tardío (RMN CON RT), eje de 4 cámaras se pueden observar las cavidades ventriculares con volúmenes normales, dilatación biauricular y una gruesa capa de fibrosis subendocárdica en todo el casquete apical. Por esta razón la RMNC con RT es el estándar en precisión y reproducibilidad de volúmenes, masa y movimiento de la pared y es la mejor alternativa en pacientes con estudios ecocardiográficos no precisos. Las manifestaciones clínicas corresponden a las de insuficiencia cardíaca en relación con disfunción diastólica, hipertensión pulmonar eventual e insuficiencia de las válvulas aurículo ventriculares y eventual, hipereosinofilia. Se comentan los hallazgos encontrados en más de 40 casos diagnosticados clínicamente, posmortem y mediante BEM. Se exponen los criterios de diagnóstico de la FEM (2008) basados en un estudio de campo en 214 familias de Mozambique. Se considera como el “gold estándar” la biopsia endomiocárdica. Se analiza una hipótesis etiopatogénica que se basa en el efecto tóxico de la hipereosinofilia y su relación con la endocarditis de Loeffler y se consideran los múltiples factores etiopatogénicos como raza, clase social, malnutrición, tipo de dieta, infecciones, autoinmunidad, alergia, agentes tóxicos y herencia. Se discute sobre el tratamiento médico y el quirúrgico con endocardectomía y plastia y/o reemplazo valvular. Se concluye que el conocimiento de la etiología facilitará el desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas efectivas.

Intervinieron los doctores: Mauricio Gohman Yahr, José Ramón Poleo, José Antonio O'Daly Carbonell, Rafael Muci-Mendoza, Andrés Soyano, Rafael Rangel Aldao, José Andrés Octavio, Saúl Kizer, José María Guevara, Maritza Durán, Lilia Cruz Rodríguez y Eduardo Morales.