

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

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número XXXIX

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

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

### **Una década del nuevo Vicerrectorado Académico de la Universidad Central de Venezuela: Gerencia e Innovación versus subversión y colapso inducidos. Por el Académico Dr. Nicolás Bianco Colmenares.**

En junio 20 de 2008, fuimos juramentados como nuevo equipo rectoral de la Universidad Central de Venezuela (UCV) por voluntad del claustro de docentes, estudiantes y egresados, presididos por la Rectora Dra. Cecilia García Arocha Márquez. Nos correspondió asumir el Vicerrectorado Académico. En presencia de una instancia directiva superior muy compleja, conformada por 17 diferentes estructuras académicas específicas y 5 administraciones no integradas, recurrimos a definir como objetivo principal de la gestión el asumir “los nuevos diseños curriculares” de las once facultades que conforman la UCV.

Para tal misión, se requería incorporar docentes expertos en las 17 áreas académicas, que no solo sometieran a cada una a procesos de reingeniería orientados a contribuir con la prosecución del objetivo superior, sino que actuando en sinergia entre sí, con el respaldo sistemático de los Consejos Académicos de estas instancias (conformados por un representante de cada facultad en cada uno de los 17 consejos),

establecimos un movimiento académico y plural integrador sin precedentes de 170 docentes con tareas iniciales muy concretas cuya acción sería la de innovar las bases doctrinarias y de funcionamiento de la academia ucevista. Más aún, los diferentes niveles de decisión requerían herramientas que generaran fluidez y progresiva cohesión. Esas herramientas fueron y son el empleo de esquemas gerenciales sencillos aplicados continuamente y la intensa sistematización de todas las estructuras del Vicerrectorado Académico, a través de organizar bases de datos, nuevos softwares y la provisión de información digital en todas las etapas operativas. Se insertaba así la Gerencia y los Sistemas en la academia ucevista.

En la presentación que haremos ante los colegas académicos de la Academia Nacional de Medicina, revisaremos los resultados obtenidos y el actual “estado del arte” en una década de gestión y la intensa lucha de innovar en medio de la más feroz subversión anti universitaria que la Universidad autónoma y democrática haya experimentado desde los años cincuenta del siglo XX.

Intervinieron los doctores: Mauricio Gohman Yahr, Marco Sorgi Venturoni, José Antonio O’Daly Carbonell, Rafael Rengel Aldao, José Ramón Poleo, Andrés Soyano López, Aixa Müller, José Andrés Octavio, Isis Nézer de Landaeta, Lilia Cruz Rodríguez, Herbert Stegemann y Harry Acquatella

**Sesión Ordinaria del 29 de noviembre  
de 2018**

Preside: Dr. Enrique S. López Loyo

**1. Venezuela. Aspectos epidemiológicos y socio económicos del Cáncer ante el colapso del Sistema de Salud por el Académico Dr. Enrique Santiago López Loyo.**

**Ponencia presentada en la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM). Buenos Aires, 2018.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en su iniciativa de estudio internacional multidisciplinario conocido como Globocam, identificó al cáncer como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, con aproximadamente 14 millones de nuevos casos solo para el 2012, esperando que el número total de nuevos casos aumente hasta el 70 % en los próximos 20 años. En Venezuela y de acuerdo con el último Anuario de Mortalidad disponible del año 2013 emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud se identifica el cáncer como la segunda causa de mortalidad general con 15,42 % de la frecuencia. Los retos que plantea la atención de los pacientes oncológicos tienen como punto de partida el garantizar los estándares de calidad de los programas que busquen como objetivo fundamental mejorar los índices de supervivencia de estos pacientes. Desde el año 2013 se ha producido un deterioro progresivo de los servicios oncológicos en Venezuela. Como problema de salud pública el cáncer no recibe una efectiva y suficiente atención en y no se aplican medidas que incluyan aspectos tan importantes como la promoción de estilos de vida saludable en el aspecto preventivo, los estudios de pesquisa son insuficientes en la búsqueda de su detección precoz y el logro de un tratamiento efectivo y en el tiempo justo es cada día más difícil para la población. Históricamente la provisión de las terapias oncológicas se hacía gratuitamente a los pacientes afiliados al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, lo cual se extendió de

forma progresiva a aquellos no afiliados con bajos recursos o no cubiertos por compañías de seguro privadas. Los recursos de diagnóstico e investigación en los hospitales se encuentran inoperativos, al no contar con dotación de reactivos e insumos para servicios claves. Los equipos mayores de terapia oncológica alcanzan una inoperatividad que va del 65 % al 85 % lo cual dificulta la aplicación de terapias efectivas. El cáncer como problema de salud pública plantea un conjunto de estrategias que aunque de carácter global implican el compromiso de los estados en sus estamentos de gerencia sanitaria para la aplicación de las mismas con el fin de evitarlo como patología, tales estrategias están basadas en la prevención primaria y en el diagnóstico precoz.

Se plantea la reconstrucción de la estructura oncológica nacional, en la búsqueda de la recuperación integral del Programa Nacional de lucha contra el Cáncer, tomando en cuenta los siguientes aspectos: Restituir la dotación oportuna de medicamentos de quimioterapia debidamente certificados, restablecimiento de los protocolos de mantenimiento de los equipos mayores de radioterapia oncológica, de diagnóstico nuclear, morfológico-histopatológico y de patología molecular de la red pública oncológica, además autorizar a la red oncológica privada de salud, para la provisión de las divisas requeridas a fin de mantener su operatividad funcional, se debe lograr la reestructuración de la infraestructura de salud del país promoviendo su adecuación a los requerimientos actuales para su funcionamiento óptimo, incluyendo la remodelación de las salas quirúrgicas y de terapias a cargo de oncología médica, así como también la operatividad plena de los servicios complementarios de laboratorio y banco de sangre. Reiteramos nuestro compromiso en alcanzar el aumento de la supervivencia libre de enfermedad, en la búsqueda que el cáncer se convierta en una patología crónica y no necesariamente mortal.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, Juan José Puigbó, Aixa Müller, José Rodríguez Casas, Rafael Rangel Aldao, Juan Antonio Yabur, Maritza Durán, Antonio Clemente Heimerdinger, Alfredo Díaz Bruzual, Enriqueta Sileo, Claudio Aoiün Soulie y José Francisco.

**2. Presentación de la Encuesta Nacional de Hospitales (Rueda de Prensa) por los Drs. Julio Castro, Danny Golindano y Huiñades Urbina-Medina.**

**Sesión Ordinaria del 06 de diciembre de 2018**

Preside: Dr. Enrique López Loyo

**Aerotransporte de pacientes en líneas aéreas comerciales por el Dr. Herbert Stegemann.**

Aceptando que los vuelos comerciales programados y regulares en principio no sustituyen las aeroambulancias, está previsto por la mayoría de las líneas aéreas comerciales el aceptar pacientes a bordo condicionado a que se cumplan ciertos requisitos.

Las actuales circunstancias asistenciales médicas en Venezuela y particularmente sus carencias, obligan a que los allegados y médicos tratantes estén familiarizados con este tipo de recursos tanto para vuelos locales como internacionales incluso intercontinentales. El factor económico juega un papel muy importante.

Los requisitos se encuentran regulados tanto por las propias líneas aéreas como por las organizaciones internacionales que las amparan. Debe prevalecer la seguridad a bordo y deben tomarse provisiones para causar un mínimo de molestias al resto de los pasajeros. El período en observación se inicia con la llegada del paciente al terminal de salida y culmina con el desembarco en el aeropuerto de destino donde posiblemente habrá una ambulancia contactada de antemano. Los principales aeropuertos del mundo cuentan con instalaciones apropiadas para alojar el paciente en espera e incluso están preparadas para eventuales emergencias. Múltiples factores adicionales deben tomarse en cuenta p.e. duración del vuelo, conexiones, recursos médicos a bordo, tipo de escolta, equipamiento especial, disponibilidad de espacios y asientos, etc.

Previo al inicio del vuelo y de la reservación correspondiente se requerirá la aprobación del departamento médico de la línea aérea involucrada quien determinará en definitiva las condiciones y requisitos que deberán cumplirse para cada caso

en particular. Hay un formato internacional que debe complementarse con información básica cuyo cumplimiento es obligatorio para las partes involucradas.

Intervinieron los doctores: Jaime Díaz Bruzual, Miguel Saade Aure, Saúl Kizer, Alfredo Díaz Bruzual, Rafael Romero Reverón, Maritza Durán, Claudio Aoñin Soulie, Huiñades Urbina-Medina y César Blanco Rengel.

**Sesión Extraordinaria del 13 de diciembre de 2018**

Preside: Dr. Enrique S. López Loyo

**Juramentación del Dr. Alberto Paniz Mondolfi, como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto N° 25. Presentación del Trabajo de Incorporación Descripción de dos nuevos microorganismos patógenos para el humano: *Mycobacterium grossiae* sp. Nov (Actinobacteria) y *Brugia* sp. (Nematoda).**

Se estudian dos casos clínicos de infección por micobacterias atípicas. El Primer caso se trata de un paciente masculino de 76 años con antecedente de enfermedad bronco-pulmonar obstructiva crónica, e infección previa por complejo *Mycobacterium avium*. El segundo caso corresponde a paciente adolescente masculino de 15 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda de células B status-pos trasplante de médula ósea, Cultivos de esputo del primer caso y hemocultivos del segundo caso, revelaron crecimiento de una *Mycobacteria* con características fenotípicas, bioquímicas y metabólicas distintivas y únicas, así como un tamizaje genotípico inicial que no se correspondía con especie alguna antes descrita.

Por otro lado se presenta el caso de un paciente de 53 años sin historia de viajes fuera del hemisferio occidental y quien presentó adenomegalia inguinal dolorosa, la cual tras realizarse una biopsia reveló la presencia incidental de filariasis linfática. Sin embargo, el análisis histopatológico y estudio detallado de los hitos anatómicos del nematodo, a pesar de ser sugestivos de infección por *Brugia* sp. discordaban en las dimensiones usuales de dichos parásitos. Estos elementos micro-morfológicos sumados

a la ausencia de pertinentes epidemiológicos positivos para infección por especies de *Brugias* patógenas (*B. malayi* y *B. timori*) las cuales predominan en el continente asiático, obligaron a explorar la posibilidad de infección por alguna especie zoonótica o nueva especie de parásito.

Intervinieron los doctores: Enrique López Loyo, Juan José Puigbó, Enriqueta Sileo, José Antonio O'Daly Carbonell, Rafael Muci-Mendoza, Aixa Müller y Tomás Sanabria Borjas.

#### **Sesión Ordinaria del 17 de enero de 2019**

Preside: Dr. Enrique López Loyo

**Dr. Pablo Acosta Ortíz. “Príncipe y mago de la cirugía” “Pionero de la cirugía venezolana”, por el Dr. César Blanco Rengel.**

Barquisimetano nacido en 1864, pionero en técnicas quirúrgicas complejas principalmente en cirugía vascular, oncológica e inflamatoria abdominal. Graduado de Doctor en Medicina en la Universidad Central de Venezuela en 1885 en forma sobresaliente y obteniendo Medalla de Plata. En París para 1992 termina el Doctorado en Medicina con la tesis: “Sobre el tratamiento quirúrgico de los aneurismas del Tronco Braquiocefálico y del Cayado de la Aorta” premiada y publicada en revista de la facultad.

Regresa a su país y da la Clase Inaugural de Clínica Quirúrgica en el recién inaugurado Hospital Vargas (1891) donde permanece hasta 1911, dedicándole todo su esfuerzo y tiempo con un compromiso total y una dedicación exclusiva. Fue fundador de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, de la Gaceta Médica, del Instituto Pasteur, del Colegio Médico de Venezuela, de la Academia Nacional de Medicina, del Instituto Anatómico y del Primer Congreso Venezolano de Medicina. Vice-Rector de la UCV siendo Luis Razetti Rector de la misma.

Fue “un Cirujano de todo el cuerpo” realizando 2 034 intervenciones operatorias en el Hospital Vargas. En 1911, plasmó en un libro sus “**Lecciones de Clínica Quirúrgica**”, dedicándolo al Bicentenario de la Independencia. Murió en 1914 un mes antes de cumplir su cincuentenario. Luis Razetti y Pablo Acosta Ortiz

en la parte operatoria, José Gregorio Hernández y Santos Aníbal Dominicci en la parte médica, de acuerdo a algunos historiadores médicos, son las figuras científicas más resaltantes de su época.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Antonio Clemente Heimerdinger, Gastón Silva Cacavale, Jaime Díaz Bolaños y Rafael Arteaga Romero.

#### **Sesión Ordinaria del 24 de enero de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**SUSPENDIDA**

#### **Sesión Ordinaria del 31 de enero de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

#### **1. Desarrollo de las políticas de salud en Venezuela, por el Académico Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.**

La población autóctona era atendida por médicos tradicionales, cuando llegaron los españoles, por orden de la corona vinieron médicos y se hicieron hospitales. El primer hospital en América fue el de San Nicolás de Bari edificado en Santo Domingo en 1504. En Venezuela el primero fue el de Nueva Cádiz en Cubagua 1527-32. Las **epidemias** de viruela que comenzaron en 1580, llevaron a las inoculaciones antivariólicas en 1776 y en 1804 llega la expedición de la vacuna de Balmis. Junto con ella vinieron también el sarampión y la difteria. En 1600 Caracas se surtía de agua limpia por cañerías provenientes de la montaña. La introducción de los “**cordones sanitarios**” como medida preventiva comienza en 1667. Ya existía una arraigada opinión **contagionista**. En la lucha contra las enfermedades los Cabildos tomaron medidas epidemiológicas esporádicas. La puerta de entrada de las epidemias fueron los puertos marítimos, y los médicos hacían inspecciones sanitarias de los buques, de la tripulación y de la carga. Estos informes eran notariados. En 1756 se recibe un edicto Real sobre la profilaxis

de la tuberculosis. En 1793 el Ayuntamiento de Caracas solicita el nombramiento de Médico de la ciudad. En 1817 se nombra la **Junta Superior de Sanidad**. El concepto fue ratificado por el Libertador en 1827 quien designó juntas departamentales y provinciales. En 1834 se crean las **Medicaturas de Sanidad** en los puertos marítimos. Las funciones de las Juntas de Sanidad estaban muy bien delineadas. En 1912 se crea la Oficina de **Sanidad Nacional** y en 1930 el **Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría**. La política sanitaria estaba encaminada hacia las enfermedades transmisibles: viruela, sarampión, difteria, fiebre amarilla, paludismo, tuberculosis, y las de transmisión sexual. En 1940 fue creado el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Entre 1936 y 1945 se continúa la política sanitaria, y comienza el **saneamiento ambiental**, y la formación de profesionales y técnicos. Se intensifica la lucha contra: el paludismo (Arnoldo Gabaldón), la tuberculosis (José Ignacio Baldó), la lepra y las enfermedades de transmisión sexual (Martín Vegas) y por la salud de la madre y el niño (Pastor Oropeza). En 1944 comienza la **política integralista**. En 1946 se crea la División de Oncología (Bernardo Guzmán Blanco), luego la de enfermedades Cardiovasculares (Bernardo Gómez) en 1959 y la Prevención de Accidentes en 1977. Ellas son una prueba de la concientización de la transición epidemiológica. En 1959 se crean los **proyectos piloto**. Desde 1964 se acentúa la **descentralización** administrativa en salud con los servicios cooperativos. En 1965-66 se asocia la planificación de salud a la planificación nacional. En 1980 se propone la integración de los servicios médicos. En 1984 a pesar de los buenos indicadores generales la atención médica pública genera insatisfacción entre la población. Entre 1958-84 comienzan a desarrollarse los conceptos de calidad en la Atención Médica y la participación de la comunidad. En 1985 se presenta la ley del Servicio Nacional de Salud, y es promulgada en 1987. En 1989 se insiste en privilegiar el desarrollo de la Atención Primaria (APS), los sistemas locales de atención, los medicamentos, la alimentación materna infantil y el mantenimiento de estructuras físicas de ambulatorios y hospitales. La política de sanidad se ejecuta por medio de los programas de salud. En 1998 se hace especial énfasis en la APS y mejorar el financiamiento. En 1999 se prioriza la atención integral. Se señalan las metas para

el año 2000. Entre el 2001 y el 2005 se analizan cuatro anteproyectos de leyes de salud, en los dos primeros se lograron consensos y en los dos últimos debido a los errores intrínsecos sigue una gran polémica. Entre 2005 y 2018 se sugiere crear un estado de excepción y se señalan medidas a corto, mediano y largo plazo.

Intervinieron los doctores: Marco Sorgi Venturoni, Alfredo Díaz Bruzual, Tomás Sanabria Boejas, Claudio Aoñin Soulie, José Francisco, Juan José Puigbó, Andrés Soyano López, Aixa Müller de Soyano, Lilia Cruz Rodríguez, Maritza Durán, Herbert Stegemann, y José Andrés Octavio.

## 2. Radiación ionizante y iatrogenesis en neurooftalmología. Cuando enfermamos curando, por los doctores Rafael Muci-Mendoza y Emely Karam Aguilar.

La radiación ionizante es un tipo de energía liberada por los átomos en forma de ondas electromagnéticas (rayos gamma o rayos X) o partículas (partículas alfa y beta o neutrones). La desintegración espontánea de los átomos se denomina radiactividad, y la energía excedente emitida es una forma de radiación ionizante. Los elementos inestables que se desintegran y emiten radiación ionizante se denominan radionúclidos.

El daño que causa la radiación en los órganos y tejidos depende de la dosis recibida, o dosis absorbida, que se expresa en una unidad llamada gray (Gy). El daño que puede producir una dosis absorbida depende del tipo de radiación y de la sensibilidad de los diferentes órganos y tejidos. Para medir la radiación ionizante en términos de su potencial para causar daños se utiliza la dosis efectiva. La unidad para medirla es el sievert (Sv), que toma en consideración el tipo de radiación y la sensibilidad de los órganos y tejidos.

En nuestra presentación mostraremos pacientes con parálisis de nervios craneales inducidos por radiación y retinopatía por radiación en tumores cerebrales y en meningioma de la vaina del nervio óptico llamando la atención acerca de cómo podemos enfermar a nuestros pacientes cuando intentamos curarlos...

Intervinieron los doctores: José María Guevara, Lilia Cruz Rodríguez, Aixa Müller de

Soyano, Enriqueta Sileo y Leopoldo Briceño-Iragorry.

**Sesión Ordinaria del 07 de febrero  
de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**1. Bases neurológicas de la hiperalgesia con deficiencia de interleukina 4 por el Dr. Horacio Vanegas.**

El dolor es una experiencia sensorial y emocional generada por un daño real o potencial. El daño es detectado por las neuronas aferentes primarias nociceptivas en el tejido afectado; estas transmiten la información a las neuronas nociceptivas del asta dorsal de la médula espinal, de donde parten mensajes que, al ser relevados hasta la corteza cerebral, generan la experiencia subjetiva de dolor. Muchas de las funciones de las neuronas son reguladas por las microglías mediante la liberación de interleukinas. La interleukina-4 (IL-4) cumple una función antiinflamatoria. El grupo de trabajo de Claudia Sommer, en la Universidad de Würzburg (Alemania), descubrió que los pacientes con dolor crónico generalizado, p.Ej., con fibromialgia, presentan una deficiencia de IL-4 (Üceyler et al. *Atrthritis. Rheum.* 2006;54:2656). Luego se logró generar ratones que, por ingeniería genética, tienen una deficiencia (*knock out*) de IL-4 (IL4KO). El grupo de Sommer demostró entonces (*PLoS one*2011; 6:e28205) que estos ratones padecen de hiperalgesia ante estimulación mecánica con filamentos de von Frey.

Entonces le propuse a la Dra. Sommer que investigáramos en ratones IL4KO cuáles neuronas eran responsables de esta hiperalgesia. Así, armamos un proyecto de investigación que sirvió además para la tesis de Doctor en Medicina, primero de Peter Schiesser y luego de Sören Lemmer. En ratones bajo anestesia general profunda se expuso la médula espinal mediante laminectomía lumbar. Mediante microelectrodos de tungsteno fueron registrados los potenciales de acción unitarios de neuronas del asta dorsal de la médula espinal que tenían su campo receptivo en la planta de la pata trasera homolateral. Estas

neuronas disparaban potenciales de acción cada vez que la pata era estimulada con un filamento de von Frey inocuo o, en mayor número, nocivo. Los potenciales de acción disparados por las neuronas nociceptivas espinales fueron mucho más numerosos en los ratones IL4KO que en los ratones normales. Este hallazgo demostró que la hiperalgesia por deficiencia en IL-4 se basa en una hiperexcitabilidad del primer tramo de la vía nociceptiva, es decir, los aferentes primarios nociceptivos y las neuronas espinales nociceptivas. También fueron demostrados otros aspectos relativos a los ratones IL4KO, que serán discutidos en la charla.

Trabajo publicado en: Lemmer, et al. *Exp Neurol.* 2015;271:198.

Intervinieron los doctores: Mauricio Goihman Yahr, Huniades Ubina Medina, José Ramón Poleo, José A. O'Daly Carbonell, Andrés Soyano López, Saúl Kizer, Rafael Romero Reverón, José Andrés Octavio Seijas, Rafael Muci-Mendoza, Lilia Cruz Rodríguez, Eduardo Morales Briceño, Claudia Blandenier de Suárez y Leopoldo Briceño-Iragorry.

**2. Trauma cervical penetrante en la Primera Guerra Mundial por el Dr. Juan Carlos Valls.**

El abordaje del trauma cervical penetrante a lo largo del tiempo ha representado un desafío para el cirujano. La conducta ha cambiado desde hace dos siglos de la observación exclusivamente expectante, seguido de las cervicotomías exploradoras obligatorias al manejo selectivo.

Cirujanos franceses de la Primera Guerra Mundial racionalizaron y aplicaron la exploración quirúrgica inmediata de los hematomas, hemorragias y lesiones de la vía aerodigestiva superior en heridos provenientes del Frente Occidental.

La ligadura de los vasos comprometidos, la traqueostomía, y la rafia primaria de las heridas en las mucosas fueron las técnicas principales ejecutadas. Su experiencia fue conocida y recomendada por sus pares aliados durante la Segunda Guerra Mundial. Representaron aportes al manejo contemporáneo de las lesiones del cuello.

Intervinieron los doctores: Gastón Silva

Cacavale, Claudio Aoñin Soulie, Aixa Müller de Soyano, y Leopoldo Briceño-Iragorry

**Sesión Ordinaria del 14 de febrero  
de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**1. Ruido en U.C.I.P: ¿Cuánto es tolerable? por el Dr. Huníades Urbina-Medina.**

Con el paso del tiempo los niveles de ruido han aumentado de forma preocupante en todos los ámbitos, incluso en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde se ha demostrado tiene un impacto negativo en la evolución y recuperación de los pacientes. Por tal motivo en este trabajo, inédito en Venezuela, se realizó la medición de los niveles de ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital José Manuel de los Ríos, con la finalidad de conocer el nivel del mismo y establecer medidas orientadas a su control o disminución en caso de ser necesario.

Se realizó la medición del nivel de ruido con un decibelímetro; durante todos los días de la semana en los diferentes cambios de turno del personal y durante los mismos; colocando el decibelímetro a la altura de la cabecera de cada paciente y en el cubículo del mismo, asimismo se midió el nivel de ruido producido por fuentes fijas que se encuentran continuamente en el área. Se obtuvieron mediciones que reportaron un nivel de ruido entre 50 dB y 75 dB según el día y hora; evidenciando una diferencia estadísticamente significativa entre los momentos de entrega, con respecto a los turnos, en la semana y fines de semana; siendo mayor el nivel de ruido durante las entregas.

El nivel de ruido medido fue significativamente mayor en horas de la tarde y mañana, con respecto a horas de la noche y la madrugada. Se obtuvo correlación positiva entre los niveles de ruido registrados en todos los horarios y días de la semana, y el número de personas presentes en la sala. El presente trabajo permite afirmar que los niveles de ruido medidos en la Unidad de Terapia

Intensiva del Hospital de Niños JM de los Ríos, están por encima de los recomendados a nivel mundial, lo cual tiene repercusiones negativas en la evolución de los pacientes al igual que en el desempeño del personal.

Intervinieron los doctores: Mauricio Goihman Yhar, Alfredo Díaz Bruzual, Juan José Puigbó, Marco Sorgi Venturoni, Claudio Aoñin Soulie, José María Guevara Iribarren, José Ramón Poleo, José A. O'Daly Carbonell, Enriqueta Sileo, Saúl Krivoy, Harry Acquatella, Saúl Kizer, Herbert Stegemann y José Rodríguez Casas.

**2. Estudio MMM17 (Mediaciones del mes de mayo 2017). Un Estudio mundial de hipertensión arterial” por el Dr. José Andrés Octavio Seijas.**

Como es bien conocido. La hipertensión arterial representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales, estimándose que ella afecta aproximadamente un tercio de la población adulta a nivel mundial.

El actual estudio se realizó con la idea de tener una visión amplia y mundial de la hipertensión arterial y al mismo tiempo para servir como guía para la difusión del conocimiento de esta entidad en la población, estableciendo estrategias de prevención y manejo que contribuyan a mejorar el control de este flagelo.

El estudio fue organizado en 100 países a lo largo del mundo y completado en 80, y abarcó una población de 1 201 570 individuos.

Los registros se realizaron, la mayoría de ellos a nivel de farmacias u otros centros abiertos a la comunidad. La muestra no fue aleatoria sino continua. Las tomas de presión arterial se realizaron en la mayoría de los casos con equipos oscilométricos validados a nivel internacional y las mediciones se hicieron en la mayoría de los países, de acuerdo con las normas establecidas – tres 3 medidas consecutivas, con los sujetos sentados desde 3 minutos antes de las mediciones. Los estudios fueron realizados en general por farmacéutas y personal médico previamente entrenado.

El registro se hizo de forma anónima. En

cada sujeto se determinaron sus variables antropométricas (Peso, talla, índice de masa corporal y, en el caso de Venezuela se midió adicionalmente la circunferencia abdominal.

Se recogió información sobre antecedentes de enfermedad cardiovascular o diabetes, y se precisó si los sujetos recibían alguna medicación antihipertensiva.

Con esta información se obtuvieron los siguientes resultados:

Se determinaron los valores de presión arterial en cada una de las tomas, para decidir, la manera más conveniente de obtener el valor de presión arterial. Se concluyó en el estudio que lo más conveniente resultaba tomar como expresión de presión arterial, el promedio de los valores de la segunda y tercera toma, descartándose la primera.

Se midió la prevalencia de hipertensión arterial aunque la muestra no fue aleatorizada. Se consideraron hipertensos los pacientes que recibían medicación antihipertensiva, más aquellos en quienes se encontraron cifras elevadas de presión arterial durante el estudio. Dicha prevalencia varió notablemente de un país a otro, desde niveles de 15 hasta de 50 %. No se estableció si los sujetos sabían de presentar hipertensión arterial por lo que el nivel de consciencia de ella no se determinó. Sin embargo, se pudo analizar qué porcentaje de las personas que presentaban cifras elevadas de presión arterial no recibían medicación antihipertensiva. Este último resultado arrojó valores variables desde niveles de 15 hasta de 26 %.

Se pudo conocer el porcentaje de sujetos que recibía medicación, y que presentaron en el momento del estudio cifras elevadas de presión arterial, para conocer el grado de control de la misma. De nuevo hubo una gran variación en el nivel de hipertensión arterial no controlada el cual varió desde 36 hasta 63 %.

El estudio incluyó 21 544 sujetos de Venezuela, y ellos fueron analizados por nosotros separadamente.

Los resultados en general coinciden con los encontrados a nivel mundial. Existen sin embargo algunas diferencias.

Se pudo comparar los niveles de prevalencia de hipertensión arterial de una región venezolana

a otra y su relación con la edad. La prevalencia resultó dentro de las más elevadas del estudio, alcanzando valores cercanos al 50 %. Sin embargo, el porcentaje de hipertensos en tratamiento resultó en el rango elevado del mostrado por los demás países, alcanzando valores cercanos al 80 %, al igual que los niveles de control de la presión arterial que alcanzó en nuestro país valores alrededor del 70 %.

No hubo correlación de la presión arterial con la ingesta alcohólica y los hábitos tabáquicos en nuestra población, pero hubo una clara relación con el índice de masa corporal y con la circunferencia abdominal, esta última explorada solamente en Venezuela.

Los resultados obtenidos, muestran a nivel mundial y nacional la importancia del problema y la posibilidad de enfrentarlo mediante estudios masivos de la población. Es evidente la importancia que para este tipo de estudio adquieren instituciones como las farmacias, que en el caso venezolano fueron determinantes para la realización del estudio y para servir de concientización de la población sobre el problema de la hipertensión arterial y sus consecuencias, y las enseñanzas sobre las estrategias de prevención de la hipertensión y las medidas no farmacológicas, de cambios de estilo de vida en la población como un manera de contribuir a su mejor control.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, Harry Acquatella, Alfredo Díaz Bruzual, Aixa Müller de Soyano, Jaime Díaz Bolaños, Lilia Cruz Rodríguez, Juan José Puigbó, Claudio Aoün Soulie, Mercedes López de Blanco, José Rodríguez Casas, Maritza Durán, José A. O'Daly Carbonell y Antonio Clemente Heimerdinger.

### **Sesión Extraordinaria del 21 de febrero de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**1. Presentación del Trabajo de Incorporación para ocupar el Sillón I de Individuo de Número de la Dra. Aixa Müller de Soyano, intitulado: Inmunofenotipificación, reordenamiento génico e inmunoterapia en los linfomas no Hodgkin.**



El linfoma no Hodgkin (LNH) es un conjunto heterogéneo de neoplasias de células linfocitos B o T. Se han detectado ciertas alteraciones génicas asociadas al linfoma, en su mayoría translocaciones cromosómicas o reordenamientos génicos asociados a proliferación y apoptosis. Se demostró que el gen BCL-2 se encuentra en el cromosoma 18 y participa en la translocación t (14,18) del linfoma folicular con aumento de la expresión de la proteína BCL2, que inhibe la apoptosis y bloquea la muerte celular inducida por la quimioterapia. El gen BCL6 está asociado al Linfoma Difuso de Células Grandes. El gen MYC está asociado a la traslocación t (8;14) (q24; q32) del Linfoma de Burkitt. De igual manera los linfocitos malignos expresan marcadores que permiten tipificarlos con anticuerpos monoclonales. Se describen los linfomas no Hodgkin más frecuentes, su diagnóstico y estadificación con el uso de los factores pronósticos clínicos y biológicos y los tratamientos de quimio y inmunoquimioterapia con anti-CD20 o Rituximab. Se presenta el estudio realizado en el Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad Central de Venezuela, en 1812 pacientes con Linfoma y el tratamiento de CHOP comparado o Rituximab-CHOP donde se demuestra la superioridad en sobrevida con el R.-CHOP. Con estos tratamientos ha mejorado la sobrevida del paciente con linfoma pero hay un grupo de ellos que no se curan y los investigadores han buscado otros mecanismos patogénicos y se han descubierto en las células inmunitarias pto de control y respuesta antitumoral inmunitaria que ha conducido a descubrir drogas novedosas como anticuerpos de 2<sup>a</sup>. y 3<sup>a</sup> generación antitumorales, drogas dirigidas contra vías de activación intracelulares, drogas que inhiben la sobreexpresión de la proteína antiapoptótica producida por BCL2, agentes moduladores de la respuesta inmunitaria o del ciclo celular, moduladores de la respuesta inmunitaria o del ciclo celular, moduladores del microambiente celular. Dichas drogas están en experimentación en estos pacientes y se piensa que en el futuro el tratamiento será personalizado de acuerdo a los hallazgos patogénicos.

**Juicio Crítico al trabajo intitulado Inmuno-fenotipificación, reordenamiento génico e inmunoterapia en los linfomas no Hodgkin” por el Académico Dr. Enrique S. López Loyo.**

**Sesión Ordinaria del 28 de febrero  
de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**1. La Investigación venezolana en Ciencias de la Salud, vista desde sus publicaciones por el Académico Dr. Jaime Requena, Individuo de Número. Sillón XXVI de las Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales.**

Se analiza el desarrollo y dinámica de la investigación en el área de ciencias de la salud hecha desde Venezuela a partir de las publicaciones científicas. Para estos propósitos se utiliza una base de datos específica (BIBLIOS) la cual recoge investigaciones producidas desde Venezuela. Se escogió como lapso histórico el periodo comprendido entre los años 1935 al 2015 y todos los artículos publicados en revistas periódicas internacionales o de revistas nacionales de calidad como la Gaceta Médica de Caracas, Investigación Clínica y Acta Científica Venezolana. Mientras que los estudios y las investigaciones en ciencias de la salud solían ser los principales protagonistas de esas acciones a principios del siglo XX (~75 %), el dilatado proceso de expansión y diversificación de la educación y la ciencia y tecnología en el país llevado a cabo durante la segunda mitad de ese siglo, llevaron a esas actividades a representar una reducida fracción del total nacional (~25 %). Desde el momento que una mujer se hizo presente en el país en un laboratorio de investigación en ciencias de la salud en el año 1939 su nivel de participación en la actividad ha ido en constante aumento; hoy en día más de ellas están presentes en sus publicaciones que su contrapartida masculina. Las investigaciones en ciencias de la salud en Venezuela atienden primordialmente a problemas de salud pública (Parasitología) que afectan a buena parte de la población, estando avocadas a entender esas patologías, su dimensión geográfica y humana, así como encontrar soluciones efectivas. La calidad de los productos

investigativos médicos venezolanos (graduados y publicaciones) sigue siendo de primer orden, aunque en lo cuantitativo se ha producido una reducción sustancial. Y es que las últimas generaciones de investigadores venezolanos en ciencias de la salud han experimentado un severo envejecimiento, así como se ha observado una significativa pérdida de talento debido a la emigración de los investigadores.

Intervinieron los doctores: Herbert Stegemann, José A. O'Daly Carbonell, Jaime Díaz Bolaños, Marco Sorgi Venturoni, Rafael Romero Reveron, Saul Kizer, Jesús Rodríguez Ramirez, Consuelo Ramos de Francisco, Aixa Müller de Soyano, Claudio Aoin Soulie y Enrique López Loyo.

**2. Sarcomas uterinos. Experiencia en el Servicio Oncológico Hospitalario Padre Machado del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales por el Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero.**

Los sarcomas uterinos son tumores infrecuentes, agresivos, que constituyen el 1 % de las neoplasias malignas del tracto genital femenino y 3 % de los tumores malignos uterinos, que conducen con frecuencia a una diseminación y muerte precoz. **Objetivo:** Demostrar la incidencia de sarcomas uterinos, en el Servicio de Ginecología Oncológica (período 2004-2014). Su comportamiento clínico-patológico, tratamiento y evolución de acuerdo a la estadificación y tipo histológico. **Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. **Resultados:** Se evaluaron 266 casos de tumores uterinos, 13 correspondían a sarcomas, representando una incidencia de 4,8 %, con una media de edad de 52,6 años. Una relación de 20,4 adenocarcinomas de endometrio por cada sarcoma uterino. El motivo de consulta fue el sangrado genital en 10 pacientes, con el 77 % y 23 % con aumento de volumen abdominal. La tomografía abdomino-pélvica representó el estudio más utilizado 76,9 %. El leiomioma se observó en el 46,2 %, seguido del sarcoma del estroma endometrial con 30,8 %. El estadio I predominó con el 61,5 %. El tratamiento inicial fue quirúrgico con histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral en el 46 %. **Conclusión:** Esta investigación reveló que el mayor número de defunciones ocurrió en el estadio I, se encontró menor sobrevida en aquellas

pacientes con necrosis presente y mitosis entre 5 a 10 por CGA. El seguimiento fue de 19,4 meses con un rango entre 2 a 60 meses.

Intervinieron los doctores: Rafael Apitz Castro, Alfredo Díaz Bruzual, Miguel Saade Aure, Saúl Kizer, Jaime Díaz Bolaño, Enrique López Loyo y Aixa Müller de Soyano.

**Sesión Solemne del 07 de marzo de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**1. Juramentación de la Recipiendaria Dra. Aixa Müller de Soyano, como Individuo de Número. Sillón I.**

**2. Discurso de Recepción por la Académica Dra. Aixa Müller de Soyano, como Individuo de Número. Sillón I.**

**3. Discurso de Bienvenida por el Académico Dr. José M. Guevara Iribarren, Individuo de Número, Sillón XVIII.**

**Sesión Extraordinaria del 21 de marzo de 2019**

Preside: Dr. Leopoldo Briceño Iragorry

**1. Transporte del paciente grave. Lo que debemos saber, por el Académico Dr. Huiñades Urbina Medina.**

Los sistemas de transporte sanitario (TS) tienen sus orígenes históricamente, en acciones militares. Se define como Transporte Sanitario el que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón sanitaria, en vehículos especialmente acondicionados al efecto.

Clasificación del transporte:

Según el objetivo del transporte:

- Transporte primario o extra hospitalario: Aquel que se realiza desde el lugar donde se produce la emergencia hasta el hospital. Este tipo de transporte es el objetivo fundamental de este tema.

## RESUMEN DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

- Transporte secundario o interhospitalario: El que se realiza desde un hospital a otro.
- Transporte terciario o intrahospitalario: Dentro del propio hospital.

Según el medio de transporte utilizado:

- Transporte terrestre: Ambulancias.
- Transporte aéreo: Helicópteros o avión sanitario.
- Marítimo: Lanchas rápidas, barco-hospital.

En atención a la distancia a recorrer habrá que preferir uno u otro medio de transporte:

- Para distancias inferiores a 150 Km se recomiendan ambulancias terrestres o helicópteros sanitarios.
- Entre 150 y 300 Km el medio de transporte óptimo es el helicóptero sanitario.
- Distancia entre 300 y 1 000 Km hacen recomendable el uso del avión sanitario.
- Las superiores a 1 000 Km se benefician del traslado en avión de línea regular adaptado.
- Para determinadas circunstancias especiales se dejan el barco o ferrocarril.

Según la situación vital del enfermo:

- Transporte de emergencia: debe realizarse de inmediato. Tiene prioridad absoluta.
- Transporte urgente: puede demorarse minutos u horas. Se trata de pacientes con posible riesgo vital.
- Transporte demorable: se puede programar el transporte. No requiere asistencia inmediata.

Según el grado de medicalización del sistema de transporte:

- Ambulancias no asistenciales: sin dotación para asistencia sanitaria. Utilizadas para transportar pacientes en camilla.
- Ambulancias asistenciales: preparadas para asistencia sanitaria en ruta:

Con base a estas definiciones se realizó una encuesta entre 300 médicos pediatras para valorar el nivel de conocimiento sobre este medio de traslado que el 90 % ha utilizado o ha indicado alguna vez en su desempeño clínico

Intervinieron los doctores: Claudio Aoñin Soulie y Marco Sorgi Venturoni

## **2. INFORME DE TESORERÍA AÑO 2018. por la Dra. Lilia Cruz Rodríguez, Individuo de Número. Sillón XIX, Tesorera.**