

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

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número, Sillón XXXIX

dorisdeponce@hotmail.com

## Sesión Ordinaria del 02 de junio de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

### 1. Medicina organizada por el Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.

Entendemos como medicina organizada el conjunto de instituciones de la profesión médica y otras, la forman más de diez y seis grupos, los cuales describimos con detalle en el texto. Comenzando por las Escuelas y Facultades de Medicina, las Academias, las Sociedades Científicas, los Colegios de Médicos, la Federación Médica, el IMPRES, los Organismos Estatales de Salud, los Privados, las Profesiones Afines y las otras profesiones de Ciencias Exactas y Sociales. En las Facultades señalamos la fecha de fundación, la ubicación geográfica y el número de años de la carrera. Luego las asignaturas, los departamentos, número de temas, horas semana y total de horas. En las Academias la fecha de creación y en la Nacional mayor número de detalles, como: objetivos, miembros, reuniones, órgano de publicación etc. En las Sociedades Científicas, su número y la historia de cómo comenzaron y su clasificación. En los Colegios de Médicos su inicio y las funciones que desempeñan. La Federación Médica su historia y papel en la vida nacional. Citamos algunos organismos estatales el Ministerio de Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. La medicina privada, y

las Profesiones afines: Bioanálisis, Enfermería, Farmacia, Odontología, Dietética, Ciencias. Y las profesiones de apoyo, en ciencias exactas: Ingeniería, Arquitectura, Economía, Planificación, en las ciencias sociales: Derecho, Sociología, Antropología. Al final hacemos unas recomendaciones y reflexiones y las referencias.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, Juan Antonio Yabur, Felipe Martín Piñate, José A. Ravelo Celis, Cutberto Guarapo Rodríguez, Herbert Stegemann, Saúl Kizer y Harry Acquatella.

### 2. Artroplastia total de revisión de cadera: Resultados a diez años de seguimiento por el Dr. Gustavo García Rangel.

El propósito del siguiente estudio fue determinar las principales características epidemiológicas de la artroplastia de revisión de cadera en un período de 10 años, para lo cual se realizó una revisión retrospectiva que incluían 121 pacientes que ingresaron entre enero 2004 – diciembre 2014 al Hospital Miguel Pérez Carreño y a UCIART y que fueron sometidos a revisión de artroplastia de cadera, la mayoría del sexo femenino (65,29 %). El promedio de edad fue de 65,09 (22-93) años. La revisión de ambos componentes se realizó en 71,07 % de los casos. Las principales causas de revisión en los pacientes fueron: el aflojamiento aséptico 63(52,07 %), la inestabilidad o luxación 27(22,31 %) y la infección periprotésica 18(14,88 %). En cuanto a las complicaciones posoperatorias a la cirugía de revisión: infección superficial

5(4,13 %), fractura periprotésica transoperatoria 4(3,39 %) y lesión del nervio ciático 3(2,47 %). Al identificar las principales causas de revisión en nuestra población, podemos proyectar mejoras y correcciones a la hora del remplazo primario para minimizar las fallas.

Intervinieron los doctores: Claudio Aoín Soulie, Felipe Martín Piñate, Cutberto Guarapo, Alfredo Díaz Bruzual, Olivia Zurita y Harry Acquatella.

### **Sesión Solemne del 06 de junio de 2016**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

Toma de posesión de la nueva Junta Directiva.  
Bienio 2016-2018

Presidente: Dr. Alfredo Díaz Bruzual  
Vicepresidente: Dr. Otto Rodríguez Armas  
Secretario: Dr. Enrique López Loyo  
Tesorero: Dr. José Felipe Parra  
Bibliotecario  
Archivero: Dr. Guillermo Colmenares  
Arreaza

### **Sesión Ordinaria del 16 de junio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Epidemia sobre ruedas por el Dr. Huniades Urbina**

Los siniestros viales se han constituido en uno de los principales problemas del mundo actual; basta solo con revisar las cifras de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para reconocerlo. Al menos 1 300 000 personas mueren cada año en el mundo a consecuencia de los llamados "accidentes" de tránsito, lo que representa a nivel estadístico que cada 15 segundos alguien está muriendo en las carreteras del planeta. Venezuela no escapa a esta realidad y

cuando analizamos la situación del tránsito en el país; resulta importante conocer lo que va ocurriendo en el comportamiento vial de cada uno de los actores del escenario vial; y cómo impacta esa conducta en su seguridad y en la del resto del colectivo.

Las motos son una solución válida para mejorar la movilidad urbana, quizás a estas alturas pocos puedan discutirlo. Son más ágiles, más fáciles de estacionar, consumen y contaminan menos además de permitirnos unos desplazamientos mucho más rápidos. El reto está en generar que este vehículo sea utilizado con respeto y seguridad para todos. Siempre se ha hablado en materia de seguridad vial que los jóvenes representan la población de más alto riesgo y se confirma con mucha frecuencia con datos en edades comprendidas entre 15 y 30 años. Se hace una diferencia entre los jóvenes adolescentes entre 15 y 19 años y los jóvenes adultos entre 20 y 30 años. Unirlos en un solo grupo pudiera significar no llegar a soluciones puntuales; porque cada uno de estos grupos tiene necesidades y gustos con marcadas diferencias. El serio problema está en los jóvenes adultos, entre 20 y 30 años, ya que el 74 % de los motorizados fallecidos son "jóvenes" pero de ellos el 53 % está entre los 20 y 30 años.

Finalizado el mes de octubre de 2012, en el estudio de AVEPAE (Asociación Venezolana para la Prevención de Accidentes y Enfermedades) y CIESVIAL (Centro de Investigación en Educación y Seguridad Vial) se puede evidenciar que son por lo menos, 3 motorizados fallecidos diariamente en el país; sin embargo, las cifras de lesionados en este tipo de vehículos, son aún más preocupantes; ya que según muestra esta investigación ascienden a no menos de 95 el número de lesionados por día, lo que representa una verdadera crisis para el sistema de salud; ya que un paciente politraumatizado requiere de atención intrahospitalaria, durante, por lo menos 4 meses.

Entre 60 % y 70 % de los lesionados en moto, presentan fracturas abiertas de tibia y/o fémur, que no comprometen su vida; pero de ellos, cerca del 40 % quedan con secuelas importantes, como miembros acortados y hasta amputaciones. Las cifras permiten llamar la atención de quienes acostumbran llevar niños sentados o parados delante del conductor; datos reales, fallecidos

reales.

Al revisar los horarios de mayor incidencia de accidentes en motocicleta son evidentes las consecuencias de conducir moto después de las seis de la tarde, la poca visibilidad del motorizado; más allá de las luces de la moto, un buen motorizado se hace ver, sumado al cansancio, el consumo de alcohol y la fatiga, son fatales para el motorizado como lo muestran los datos. En relación al uso de casco, entre quienes usan el casco (65 %), tenemos que un 93 % usan cascos de muy baja calidad. Este tipo de cascos son la mínima expresión de seguridad y son muy poco recomendables. Por su diseño suelen ser utilizados para motos de baja cilindrada; además de dejar la cara desprotegida también una buena parte de la cabeza queda al descubierto, sobre todo los laterales y la parte trasera. El grosor del casco suele ser escaso y su ajuste a la cabeza también de fiabilidad muy cuestionable.

Así como se incrementan las ventas y las víctimas en motos; se hace absolutamente necesario que aumenten los controles por parte de las autoridades, buscando disminuir los hechos lamentables en las vías y sus causas asociadas: exceso de velocidad, consumo de alcohol, no uso del casco, guantes, lentes, calzado y, sobre todo el cumplimiento a las normativas del transporte terrestre.

Intervinieron los doctores: Claudio Aoiñ Soulie, Felipe Martín Piñate, Cutberto Guarapo, Alfredo Díaz Bruzual, Olivia Zurita y Harry Acquatella.

## **2. Autopoyesis de la estructura diagonal de adolescente con VIH (SIDA) por la Dra. Lady Casanova de Escalona.**

En adolescentes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) la capacidad autopoiética (capacidad de organizar sus vidas, de auto-organizarse) se manifiesta ante el caos que genera el diagnóstico, produce cambios en la re-organización de lo que piensan y expresan de su realidad. **Objetivo:** Generar una aproximación teórica sobre "Autopoiesis de la Estructura Dialogal de adolescentes infectados con el VIH/SIDA.

**Método:** Fenomenológico. Búsqueda de la esencia, en la conciencia de seis adolescentes VIH/SIDA; explorando el significado del fenómeno, mediante entrevistas en profundidad,

interpretando los resultados a partir del registro en códigos, propiedades, categorías, significación e interpretación. Unidad de Infectología Pediátrica, Hospital Dr. Jorge Lizárraga, Valencia.

**Resultados:** Ellos reorganizan su vida, noemas (contenido de la conciencia) y noesis (manifestaciones conductuales de sus noemas) ante esta enfermedad, por su capacidad de resiliencia o por la intervención de terceros que despertaron en ellos un proceso autopoiético orientado a negar su realidad, exponiendo a sus parejas. Su estructura dialogal reveló tristeza, depresión, soledad, abandono y malestar al inicio, cambiando su actitud postratamiento. Desarrollan una autopoiesis positiva cuando son aceptados y negativa al ser rechazados en su grupo social. Las relaciones con el personal de salud, son negativas, son mejores con las ONG-VIH-SIDA.

**Conclusión:** Los adolescentes VIH/SIDA, reorganizan su capacidad autopoiética, ante el caos que le genera el diagnóstico, cambian su estructura dialogal (pensamientos, valores, actitudes, proyecto de vida). Generan autopoiesis negativa, (sufrimiento, temor a morir, al rechazo), influenciando sus noemas y noesis. Las relaciones con el equipo de salud las perciben deshumanizadas, no así con las ONG.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Felipe Martín Piñate, Antonio Clemente Heimerdinger, Enriqueta Sileo y Otto Rodríguez Armas.

## **Sesión Ordinaria del 23 de junio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

### **1. Normas, Reglas, Leyes y Postulados en Medicina Clínica por el Dr. Rafael Muci-Mendoza.**

Aprender a conocer el qué, el por qué, el para qué y el para quién de la *arsmedica* o arte de la medicina clínica, debería ser el desiderátum de todo médico. Pero cuán difícil es apenas intentarlo. El segmento vital de que disponemos para hacerlo, solo lo haría factible a las mentes geniales y la mayoría carecemos de esos atributos. Como las anécdotas asociadas a la enseñanza de la medicina se me antoja que facilitan y simplifican la recepción del conocimiento, les relataré

mis enlazaduras con diversos personajes sin aparente conexión, a la vez fascinantes y difíciles de olvidar.

Las leyes de la medicina clínica se inician con esa gran herramienta insoslayable del clínico que es, ¡La Historia Clínica! Debe dedicar a ella especial cuidado oyendo cómo se expresa la enfermedad a través de las palabras del paciente y traduciéndolas cabalmente para que tengan un significado; debe ser un cuidadoso semiótico al recoger los signos físicos en las áreas sugeridas por la anamnesis, así que pueda exteriorizar el morbo aposentado en el adentro; debe entonces entrenar, decantar y afinar sus sentidos para convertirlos en *visuseruditus*, *audituseruditus* y *tactuseruditus*. Es una tarea a vida entera ejercitarse en su ejecución y pulimentación pues será la guía que nos conduzca a una impresión diagnóstica matizada por el diagnóstico diferencial. Una vez identificada la condición, la Ley de Sutton empleando o no exploraciones complementarias nos dirigirá en forma disciplinada hacia dónde está el diagnóstico. De ser necesaria le seguirá la Ley de Milton o de la espera razonada que implica una inacción disciplinada. Una combinación de la "M" de Milton y "uttom" de Sutton, nos hace la Ley de M-utton que resume el arte de la medicina –*ars medica*– o saber qué hacer y cuándo, emparentada con la *tékhne iatriké*. Llegado el momento del despeje de la ecuación de las hipótesis clínicas, la Hojilla o Navaja de Occam nos guiará a la simplicidad y economía en el diagnóstico.

Pero también, haré pues desfilan ante vuestros ojos a Hipócrates el padre de la medicina, Sherlock Holmes un detective privado, la Hermana Filomena un prodigio de observación, Willie Sutton un ladrón de bancos, John Milton un insigne poeta y ensayista inglés, Sturdevants un residente de radiología, William de Ockham un hermano franciscano, filósofo y lógico escolástico inglés, Mark Twain escritor, orador y humorista estadounidense y o Abraham Maslow psicólogo también estadounidense.

En este sentido es importante enfatizar que el **razonamiento clínico** siempre debe estar centrado en el paciente y el diagnóstico debe ser considerado como la culminación de un proceso que se "construye" tomando en cuenta y valorando todos y cada uno de los datos que

fue posible obtener a partir del paciente. Vale en este momento el valioso consejo de **William Osler**: "*Let the patient tell you the diagnosis*" o "Permitan que el paciente les diga el diagnóstico"

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó e Ítalo Marsiglia

## **2. Controversias en el tratamiento de gliomas del nervio óptico en niños por la Dra. Emely Z. Karam Aguilar.**

Los gliomas del nervio óptico se presentan en 75 % de los casos durante la primera década de la vida y aproximadamente 15 % de los pacientes con neurofibromatosis tipo I desarrollan astrocitomas pilocíticos de bajo grado (glioma) localizados en la vía óptica. Algunos pueden desarrollar compromiso visual no existiendo correlación entre crecimiento tumor y la pérdida visual. Las características neuroradiológicas ayudan a confirmar el diagnóstico evitando la biopsia que puede ocasionar pérdida visual iatrogénica y/o progresión en el crecimiento del tumor. El dilema se presenta en cuanto a la terapéutica a seguir; ya que se ha demostrado regresión espontánea de los mismos ello aunado a que procedimientos tanto quirúrgicos, de quimioterapia y radioterapia pueden ocasionar efecto secundarios o poco favorables en un paciente de temprana edad.

Intervinieron los doctores: Rafael Muci-Mendoza, José A. Ravelo Celis, Enrique López Loyo, José A. O'Daly

### **Sesión Ordinaria del 30 de junio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

### **Los héroes médicos del 36 y su visión de país por la Dra. Mercedes López de Blanco**

PRECURSORES/ANTECEDENTES José María Vargas, Luis Razetti, José Manuel de los Ríos, Francisco Antonio Rísquez, Pablo Acosta Ortiz, José Gregorio Hernández y Santos Dominicci, la Fundación de la Academia Nacional de Medicina y la Gaceta Médica de Caracas, la inauguración del Hospital Vargas y la creación del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría. Venezuela en 1936 era un país mayoritariamente rural, que crecía muy lentamente, cuyas causa

de muerte eran: 1-enteritis y diarreas 2-Tuberculosis Pulmonar 3-Malaria: cada 2 horas moría una persona por paludismo. El Programa de Febrero de 1936 fue un intento ordenado de señalar necesidades, buscar soluciones y establecer prioridades. Creación de instituciones: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: 25 de febrero 1936 con divisiones claves como la de Tisiología (a cargo de José Ignacio Baldó) e Higiene Materno Infantil (a cargo de Pastor Oropeza), Malariología presidida por Arnoldo Gabaldón, cuyas recomendaciones, emanadas de la Conferencia de Directores de Salud Pública en Washington, apuntalaron estos cambios; el Consejo Venezolano del Niño, presidido por Gustavo H. Machado, el Instituto Nacional de Puericultura presidido por Pastor Oropeza.

José Ignacio Baldó Soulés, pionero de la lucha antituberculosa, la disminución de la morbilidad fue dramático; visionario del sistema sanitario moderno y de sus redes. Arnoldo Gabaldón Carrillo, pionero en la lucha antimalárica en Venezuela y en el mundo. Guillermo Hernández Zozaya, uno de los primeros pediatras formados por Marfan en París y el primero que regresó a Venezuela. Lya Imber de Coronil, primera mujer graduada de médico en el país trabajó al lado de Gustavo Machado en el Consejo Venezolano del Niño y en la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Gustavo H. Machado Hernández, organizador y primer director del Hospital Municipal de Niños. Presidió el Consejo Venezolano del Niño durante 12 años, donde controlaba más de 70 instituciones. Pastor Oropeza Riera, presidió la División Materno Infantil del recién creado MSAS, así como el Instituto Nacional de Puericultura. Enrique Tejera Guevara, fue el primer Ministro de Sanidad del cambio en 1936. Martín Vegas Sánchez, dirigió el Leprocomio de Cabo Blanco hasta 1936 cuando se encargó de la División de Sifilografía del MSAS. A partir de 1939 se enriquece el contingente de médicos venezolanos con los médicos sanitarios, cirujanos, fisiólogos y bioquímicos del exilio español. ¿Cuál era la VISIÓN de país de estos médicos? Un país sano, libre de endemias, con un crecimiento demográfico sostenido, capaz de aceptar los retos que conducen al progreso de un país.

**CAMBIOS POBLACIONALES.** La esperanza de vida aumentó de 38 a 43 años y la población aumentó en casi 500 000 personas como

consecuencia de la disminución de la mortalidad general de 30 a 21/1 000 habitantes, reflejo inicial de las campañas contra las endemias y del saneamiento ambiental. Todavía habría que esperar varias décadas para apreciar los grandes cambios y la consolidación de las INSTITUCIONES que comenzaron en 1936.

Intervinieron los doctores: Huniades Urbina Medina. José A. Ravelo Celis, José Francisco y Harry Acquatella.

### **Sesión Extraordinaria del 07 de julio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Trabajo de incorporación como individuo de Número para ocupar el sillón ii del Dr. Miguel Saade Aure, intitolado “La cirugía en el tratamiento del cáncer de mama. Evolución histórica”**

El objeto de esta investigación es conocer la historia de la cirugía del cáncer de mama según lo encontrado en escrituras y manuscritos y desde el punto de vista científico, el legado de médicos e historiadores. Este estudio muestra los tratamientos del cáncer de mama desde sus orígenes, evidenciando como las civilizaciones antiguas, debido a la falta de medios técnicos y al desconocimiento de la enfermedad, aplicaban métodos horrorosamente dolorosos a la vez que desencadenaban altas tasas de morbilidad y mortalidad. A medida que se fueron incorporando la anestesia, la antisepsia y la radioterapia, los cirujanos comenzaron a practicar procedimientos más racionales. Actualmente se cuenta con un mejor conocimiento de la enfermedad, la biología tumoral, el uso de estrictos criterios anatomopatológicos, el empleo de procedimientos quirúrgicos adecuados, la biopsia del ganglio centinela. Técnicas modernas de inmunohistoquímica, avances en la metodología diagnóstica, radioterapia y terapias sistémicas y hormonales. Con todos estos avances de la ciencia puede asegurarse que el nivel de dolor al que se someten los pacientes con los tratamientos que combaten el cáncer de mama se ha trasladado desde lo más que podía soportarse hasta el mínimo necesario.

## **2. Juicio crítico por el Académico Dr. Antonio Clemente Heimerdinger.**

### **Sesión Extraordinaria del 14 de julio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Romance en el lindero colorrectal. Coloproctología a través de los tiempos: el enema y el trasplante!, por el Dr. Marco Sorgi**

El estreñimiento se define como un trastorno caracterizado por dificultad persistente para defecar y/o movimientos intestinales infrecuentes. Los criterios establecidos “Roma III” norman los pacientes y los reportes. El estreñimiento es un síntoma, no una patología. La frecuencia poblacional del estreñimiento en el mudo occidental se sitúa alrededor del 20 %.

En Venezuela la estadística de la Unidad de Colon Recto de la Clínica Leopoldo Aguerrevere de Caracas, resultó que en el período entre febrero 2010 y junio 2016, se evaluaron 8 474 pacientes de los que 1 526 (18,01 %) refirieron como motivo de consulta primario el estreñimiento y adicionalmente 2 670 (31,51 %) refirieron trastornos motores concomitantes. Los pacientes con estreñimiento fueron tratados medicamente, siendo exitoso en 1 403 (91,94 %). Se estudiaron integralmente 38 (30,89 %) pacientes en los que el tratamiento médico no fue exitoso. El Tránsito colónico se estudió con marcadores radio-opacos. El tratamiento médico consistió en: esquema alimentación, ablandadores fecales, supositorios de glicerina, enemas. La práctica e historia del “Enema” es singular pues ha sido una práctica que se ha mantenido por unos 2 500 años.

Novedoso ha resultado la práctica del “Trasplante fecal” basado en el principio de el restablecimiento de la microbia fecal para mejorar la diversidad microbiana.

Colofón: el enema como práctica terapéutica que tiene como permanencia más de 2 500 años es una nota de referencia médica. El futuro explorará la reconstitución inmunológica y afinamiento de la misma con elementos biológicos.

Intervinieron los doctores: Pedro Faneite Antique, Horacio Vanegas, Juan José Puigbó, Saúl

Kizer, Felipe Martín Piñate, Lilia Cruz, José Ramón Poleo, Jaime Díaz Bolaños y Víctor Ruesta.

#### **2. Estructura de proteínas en amastigotes de leishmania responsables de la remisión clínica de la psoriasis por el Dr. José A. O'Daly Carbonell**

El objetivo es determinar las secuencias de aminoácidos para identificar las proteínas presentes en vacunas para la protección y tratamiento de la leishmaniasis cutánea que también inducen la remisión clínica de la psoriasis, artritis psoriática y enfermedades relacionadas en el ser humano y la artritis inducida por colágeno en ratones, un descubrimiento por serendipity, sin precedentes en la literatura científica mundial. La fracción tres + cuatro de una vacuna de tercera generación AS200 de amastigotes de L(V) brasiliensis fue secuenciada en el departamento de microquímica de la Universidad de Harvard. Las proteínas se identificaron mediante homología con la secuencia de aminoácidos de 114 péptidos. Las proteínas más frecuentes (14.9 %) fueron: Antithrombin-III (ATIII), Inhibidor de serina proteasa (Serpín), bovina, seguidas por Serina (o cisteína) proteinasa inhibidor, Clade A  $\alpha$ -1 antiproteinase, Antitrypsin, Bos Taurus a una frecuencia de 9,6 %.

Intervinieron los doctores: Huniades Urbina Medina, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó y Lilia Cruz.

### **Sesión Ordinaria del 21 de julio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

#### **1. Morfometría de la cavidad glenoidea de la escápula por el Dr. Rafael Romero Reverón**

Se realizó un análisis morfométrico de 61 cavidades glenoideas de la escápula, proveniente de la Cátedra de Anatomía Normal de la Escuela José María Vargas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Se obtuvo una media geométrica para el diámetro céfalo-caudal de la cavidad glenoidea de 3,790 cm. Y un diámetro antero-posterior de 2,71 cm. Estos datos pueden servir como referencia en patologías de la cavidad glenoidea, así como en la osteosíntesis

de la fractura de la cavidad glenoidea, y también con el objetivo de utilizar componentes protésicos glenoideos de dimensiones acordes en los reemplazos protésicos totales del hombro.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Harry Acquatella, Horacio Vanegas, José Ramón Poleo y Saúl Kizer.

**2. La forja de la cadena del conocimiento en un viaje desde el remoto pasado... neurooftalmología. Parte III. Sobre el oftalmoscopio y su impacto en la práctica médica por el Dr. Rafael Muci-Mendoza.**

Reconocemos hoy día que las invenciones pueden ser exitosas o fallar por diferentes razones. Las fallas a menudo se achacan a que ocurren "antes del tiempo que les toca", como si el tiempo pasado transcurrido sirviera para madurar la mente humana hasta lograr alcanzar un estado de receptividad que permita en un momento luminoso, la percepción de la verdad.

¿Por qué en condiciones habituales la pupila es negra? Fue esa una pregunta que atrajo la atención de los médicos desde la Roma antigua y allí, en la incógnita, encontramos el germen de la invención del oftalmoscopio; no obstante, las razones que se esgrimieron para explicarla, aunque de un interés meramente histórico conviene resaltarlas para explicar cómo el conocimiento último se va dando mediante pequeños saltos y retrocesos de mano de múltiples observadores, momentos de inspiración e hipótesis, de certitudes y falsedades, eslabones de una larga cadena que se van uniendo y extendiéndose hasta que ocurre la revelación última, muchas veces en un paréntesis casual. Inicialmente se sostuvo que la humedad del ojo era negra; también se sugirió que la negrura se debía a que el ojo era una especie de cubeta profunda. Sin embargo, los antiguos también estaban familiarizados con el hecho de que los ojos de los animales crepusculares eran luminosos; así, Plinio El Viejo (23-79 d.C.) observó que los ojos de los animales nocturnos, como los gatos, brillan en la oscuridad. Iremos pues rehaciendo el camino de la invención del oftalmoscopio de la mano de sus protagonistas, una historia sin duda, fascinante y llena de vicisitudes, equívocos, descubrimientos frustrados y adiciones para culminar con la persona que pudo ver por vez primera la retina de un ojo humano, el científico alemán Hermann von Helmholtz (1821-

1894) en 1850 y la revolución que su aplicación produjo en la medicina solo comparada con la invención de la tomografía computarizada por Sir Geoffrey Hounsfield (1919-2004) en 1972.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Manuel Velasco y Emely Karam.

**Sesión Extraordinaria 28 de julio de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**1. Juramentación del Dr. Miguel José Saade Aure, como Individuo de Número. Sillón II.**

**2. Discurso de recepción por el Dr. Miguel José Saade Aure Individuo de Número. Sillón II.**

**3. Discurso de Bienvenida por el Dr. Claudio Aouin Soulie, Individuo de Número Sillón XXVI.**

**Sesión Extraordinaria 04 de agosto de 2016**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

**Gasto de bolsillo en salud en América Latina (1995-2013): evolución e implicaciones políticas. Trabajo de incorporación del Dr. Marino J. González como miembro Correspondiente Nacional, puesto n° 39**

**Objetivo:** El Trabajo analiza las variaciones que ha experimentado el gasto de bolsillo en los países de América Latina con el propósito de examinar los avances en la reducción, así como proponer las pautas de política que se deberían considerar en los próximos años. Dados los objetivos de la Cobertura Universal de Salud para el año 2030, la reducción del gasto de bolsillo en salud tiene especial relevancia. Hasta ahora no existen referencias de estudios similares en la literatura internacional.

**Métodos:** Se utilizó la base de datos de financiamiento de salud de la OMS. Para cada

uno de los 20 países de América Latina incluidos en el estudio, se sistematizaron los indicadores disponibles de gasto en salud entre 1995 y 2013. Luego se construyó una base de datos agregada. Se analizó fundamentalmente la evolución del gasto en salud como proporción del PIB, el gasto per cápita expresado en medidas de poder de compra comparado, y el porcentaje de gasto de bolsillo sobre el gasto total de salud.

**Resultados:** El gasto promedio en salud en los países de América Latina, como proporción del PIB, aumentó de 6,17 % a 7,46 en el período considerado. Esta proporción es superior a la de los países de ingreso mediano alto, y 2 % menor a la de los países de alto ingreso. Se constató que países de la Región tiene un gasto de salud cercano al 10 % del PIB. El gasto per cápita (en dólares PPP) aumentó de 362 dólares a 910 dólares en el período analizado.

Este gasto es superior también al de los países de ingreso mediano alto y representa la quinta parte del gasto per cápita de los países de ingreso alto. El promedio del gasto de bolsillo se ha reducido de 40,36% en 1995 a 33 % en 2013. Esta proporción representa el doble de la de países de lato ingreso. En 2013, en 18 países de la Región, el gasto de bolsillo es superior al promedio de los países de ingreso alto.

**Conclusiones:** Dado que la Cobertura Universal de Salud todavía no se ha alcanzado en ninguno de los países de la Región, es fundamental diseñar y e implementar políticas que permitan alcanzar la meta en 2030, tal como se ha aprobado en los Objetivos de Desarrollo Sustentable.

Para ello será indispensable reducir el gasto de bolsillo, especialmente por sus efectos en el gasto catastrófico y en el empobrecimiento de las personas y familias. El trabajo presenta las magnitudes de las brechas y las características que deben incluir las políticas para fortalecer el financiamiento público en la Región.

## Sesión Ordinaria del 11 de agosto de 2016

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

### 1. Elección Junta Directiva de la Fundación Academia Nacional de Medicina Francisco Antonio Rísquez, Bienio 2016-2018

### 2. Trabajo: “Gestión de riesgo en desastre” por el Académico Dr. Huníades Urbina Medina.

Durante las últimas décadas, el impacto de los desastres, sean generados por la dinámica y fuerzas internas del planeta o por la acción transformadora del ser humano, ha reflejado a nivel mundial alarmantes cifras de víctimas, destrucción y pérdidas económicas que han incidido directamente en un retraso en el desarrollo social, económico y cultural previamente planificado por muchos países y por ende en la calidad de vida de sus pobladores.

Factores como la pobreza, el aumento en la densidad de población, las migraciones, la degradación ambiental, el calentamiento global, el estilo y las condiciones de vida de los países menos desarrollados contribuyen en gran medida al aumento de la vulnerabilidad ante los desastres de distintos territorios y por ende de los ecosistemas y grupos sociales que se asientan en ellos. La Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas - EIRD, considera que todos los años más de 200 millones de personas resultan afectadas por las sequías, inundaciones, ciclones tropicales, terremotos, incendios forestales y otros peligros. Con este alarmante panorama, es importante resaltar que el acceso a la información y el conocimiento, es una poderosa y muy efectiva herramienta para gestionar y reducir los riesgos y los desastres y por ende salvar vidas, reducir el sufrimiento humano y las pérdidas materiales.

Venezuela es un país vulnerable a múltiples peligros, debido a su ubicación en la cuenca del mar Caribe y a que la atraviesa la faja sísmica que va desde los Montes de Oca al norte del Estado Zulia hasta la faja del Pilar en el Estado Sucre, a su geomorfología y a las condiciones climáticas particulares, que se combinan con los altos niveles de exposición al riesgo de desastre de las comunidades o asentamientos con



menor índice de desarrollo humano, en los que las infraestructuras físicas son más propensas a ser dañadas por eventos adversos.

El término desastre se refiere a la alteración que se genera por el impacto de un fenómeno de origen natural o producto de la acción del ser humano, incidiendo directamente en el funcionamiento de una sociedad. Por ello, no puede ser afrontada o resuelta utilizando los recursos propios disponibles en ese momento. Los desastres no constituyen hechos súbitos y aislados de la vida ‘normal’ de las comunidades. Es necesario entenderlos en el contexto del territorio y de los procesos de desarrollo, en virtud de los cuales la comunidad afectada entra en interacción con los ecosistemas que ocupa o sobre los cuales interviene.

Durante siglos, diferentes culturas en su cosmovisión desarrollaron una enorme fascinación por la observación del universo, relacionando las estrellas, cometas, eclipses y otros fenómenos celestes con sucesos trascendentales, que influirían directamente en la vida de las personas. Bajo esta óptica, es fácil comprender que la palabra “desastre” tuviera su origen en las raíces griegas “des” y “aster”, que significan: negación y astro. La negación de los astros a la buena fortuna de las personas y por ende un augurio del inicio de calamidades y fatalidades correlacionadas.

Con el surgimiento de las religiones, los desastres pasaron a ser atribuidos al castigo divino, a la ira de Dios y ya no a las conjunciones estelares o al paso de cometas. Aún hoy en día escuchamos testimonios de personas, principalmente de la fe cristiana, que cuentan cómo el desastre se manifestó en determinada comunidad por el enojo de Dios ante el mal comportamiento de la gente, o caso contrario, que se evitó una tragedia en determinado lugar porque la Virgen María extendió su manto sagrado y protegió a la población.

**La Gestión de Riesgo en Desastres:** es un proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de desastre, considerando las políticas nacionales, con especial énfasis en aquellas relativas a materia económica, ambiental, de seguridad, defensa nacional y territorial de manera sostenible.

La gestión del riesgo de desastre está basada en la investigación científica y de registro de informaciones, y orienta las políticas, estrategias y acciones en todos los niveles de gobierno y de la sociedad con la finalidad de proteger la vida de la población y el patrimonio de las personas y del Estado

Sin embargo, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, todavía se tiene una muy limitada capacidad para pronosticar con exactitud dónde y cuándo se manifestarán los desastres y con qué intensidad impactarán, por lo cual la población y en especial el personal de salud, debe estar preparado para afrontar una situación de esta naturaleza, ya que la población confía en sus capacidades y en el hospital como lugar donde serán protegidos, por lo cual se conversará sobre definición de términos y el papel de los médicos, en especial emergenciólogos e intensivistas en la gestión de riesgos en desastres.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Felipe Martín Piñate, Cutberto Guarapo, José Ramón Poleo, Lilia Cruz, Claudio Aoun Soulie, María Yanes y Alfredo Díaz Bruzual.

**3.Trabajo: “Alargamiento de braquimetatarsia congénita en un tiempo quirúrgico con interposición de aloinjerto y fijación con placa” por el Dr. Gabriel Khazen y col. Presentado por el Académico Dr. Claudio Aoun Soulie. Individuo de Número. Sillón XXVI.**

Braquimetatarsia es el acortamiento congénito de los metatarsianos, la corrección puede realizarse en forma progresiva con osteogénesis por distracción y fijador externo o en un solo tiempo mediante la interposición de injerto óseo. El propósito de este trabajo es demostrar los resultados clínico-radiológicos del tratamiento de la braquimetatarsia con alargamiento en un solo tiempo quirúrgico.

Intervino el Dr. Claudio Aoun Soulie.