

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

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número

## **Sesión Ordinaria del 29 de enero de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

### **1. Informe de avance sobre la base de datos de la Gaceta Médica de Caracas por los Drs. Jaime Reuena, Carlos Caputo y Rafael Apitz Castro**

Se trata de hacer entrega a la Academia Nacional de Medicina de la primera versión electrónica de la base de datos de todas las entradas registradas en la Gaceta Médica de Caracas desde sus inicios en el año 1893 hasta el último número del año 2014, ello con el fin de dar paso al proceso de auditoría que garantice la fidelidad del proceso de transcripción de la información. La novedad de esta base de datos es la segmentación de las entradas en términos de las especialidades médicas de acuerdo al nomenclador de la UNESCO más apropiada identificación de género de los autores, incluyendo la edad y filiación académica para el momento de la publicación de su contribución.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, Juan José Puigbó y Lilia Cruz.

### **2. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. Una Aproximación crítica a su**

### **quinta edición (DSM-5) por el Dr. Carlos Rojas Malpica y colaboradores**

El tema del diagnóstico y la clasificación en medicina y psiquiatría es un problema fundamental de la teoría y práctica clínica, que requiere esmerada atención. Está atravesado por interrogantes éticas y técnicas que ameritan una reflexión detenida, pues comprometen aspectos axiales y definitorios del ejercicio profesional. La presente comunicación se propone revisar la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Se sigue una metodología documental y se realiza un ejercicio crítico, partiendo de una base epistemológica sobre los conceptos fundamentales implicados en el debate. Se concluye reconociendo que el equipo de trabajo del DSM-5 escuchó las críticas y cuestionamientos más fuertes formulados por la comunidad científica internacional y logró un modelo interesante de clasificación en psiquiatría. Sin embargo, hacia el futuro, será necesario incorporar otros elementos surgidos por las más recientes investigaciones de las neurociencias y la psiquiatría en su diálogo con la filosofía, la ética, estética, teorías contemporáneas del conocimiento y las humanidades en general.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, Juan José Puigbó, Oswaldo Guerra Zagarazu, José Francisco, Saúl Kízer, Horacio Vanegas, Otto Rodríguez Armas, Isis Nezer de Landaeta, Ítalo

Marsiglia, Rafael Muci-Mendoza, Alfredo Díaz Bruzual y Harry Acquatella Monserratte.

**Sesión Extraordinaria del 05 de febrero de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

**Trabajo de incorporación intitulado “Factores pronósticos inmunohistoquímicos y clasificación molecular del cáncer de glándula mamaria” presentado por el Dr. Enrique Santiago López Loyo, como Individuo de Número. Sillón XXI**

El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte oncológica en la mujer venezolana, siendo la mayoría de los casos diagnosticados en fase avanzada. Se presenta un estudio basado en la caracterización inmunohistoquímica de 2 320 carcinomas de mama recibidos entre enero de 2005 y mayo de 2014 en el Laboratorio de Patología del Urológico San Román de Caracas, Venezuela. Se determinó la expresión de los receptores de estrógeno (RE) y progesterona (RP), así como el estado del oncogén Her2 y el factor de proliferación Ki67; asimismo se establecieron los inmunofenotipos de la clasificación molecular. Todos los pacientes fueron del género femenino con una mayor frecuencia de los tumores entre los 38 y 77 años de edad. De 2 300 casos en los que se investigaron los RE y RP, se encontró una frecuencia de expresión o marcaje positivo en 80,30 % y 71,90 %, respectivamente. En 2 313 casos se investigó Ki67 encontrando en el 96,80 % de ellos algún grado de positividad para este marcador. La sobreexpresión del oncogén Her2 fue evaluada en 2 241 tumores, con resultado positivo y score 3+ de 26,20 %; los negativos con score de 0 o 1+ representaron el 65,30 %, para un total de 1 475 tumores y finalmente se diagnosticaron 189 casos con expresión dudosa y score de 2+, para el 8,40 % del total de los casos. El tipo luminal A presentó el 58,50 % de la frecuencia, correspondiendo al luminal B el 20,00 % al tipo basal el 13,20 % y los catalogados como Her2 positivos representaron el 8,30 %. La expresión de positividad de Ki67 es independiente del inmunofenotipo ( $P = 0,343$ ), al igual que el subtipo molecular no muestra relación con la edad ( $P = 0,178$ ). Sin embargo, de todos los tipos moleculares, el que mostró una mayor positividad

para Ki67 fue el tipo basal. Se establece que una de cada 4 pacientes venezolanas con carcinoma de mama puede presentar sobreexpresión de Her2 y su frecuencia de 26,20 % está dentro de los parámetros internacionales. No se demostró asociación con la edad de las pacientes y la sobreexpresión de Her2 ( $P = 0,272$ ), por lo cual se debe considerar un marcador tumoral estable e independiente que puede ayudar a la aplicación de protocolos terapéuticos efectivos.

Juicio crítico por el Dr. Jesús Felipe Parra.

**Sesión Ordinaria del 19 de febrero de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

**1. Trueta. Cirujano e investigador insigne por el Dr. Claudio Aoun Soulie.**

Joseph Trueta I Raspail: Nació en Barcelona-España. Al graduarse de médico en 1921, ingresó al Hospital Santa Cruz de su ciudad natal, como asistente del Dr. Manuel Corachán, se perfecciona en Viena. A su regreso pone en práctica un método para tratar las fracturas abiertas en los miembros superiores e inferiores, el cual a través del tiempo, a pesar de cierta resistencia médica inicial tiene un éxito extraordinario en el curso de la Guerra Civil Española; luego de la derrota del bando republicano se va al exilio a Londres donde asciende a catedrático de Ortopedia en Oxford.

El Método de Trueta disminuyó significativamente la gangrena gaseosa evitando la amputación o muerte a millares de personas en la II Guerra Mundial, Corea y Vietnam. Trueta trabaja sobre la formación y crecimiento del sistema óseo y la circulación en el mismo, sus trabajos de la circulación en la cadera del niño siguen vigentes, al igual describió la doble circulación renal que constituyó un hecho notable a nivel mundial e inicia una serie de investigaciones, adelantos en la función del riñón y en la comprensión del síndrome de aplastamiento.

En Oxford forma parte inicialmente del equipo encabezado por Howard Florey y Ernest Chain en la síntesis de la penicilina. Publicó 20 monografías, más de 200 publicaciones y 6 libros, siendo reconocido como uno de los más brillantes cirujanos europeos.

Intervinieron los Drs. Juan José Puigbó, Víctor

Ruesta, Miguel Saade Aure, Otto Rodríguez Armas, José Ramón Poleo, Saúl Kizer, José Francisco, Guillermo Colmenares Arreaza, Ítalo Marsiglia, Alfredo Díaz Bruzual y Harry Acquatella.

## **2. El Sector Salud da un paso al frente en defensa del derecho a la vida por la Dra. María Yanes Presidente RSCMV.**

En esta exposición se plantea, en primer lugar los factores más importantes que han incidido en la grave crisis de salud por la que atraviesa nuestro país, se realiza un análisis concreto de la situación actual de los establecimientos hospitalarios, escasez de materiales e insumos, déficit de recursos humanos, inseguridad hospitalaria.

Igualmente se consideran otras variantes que se han sumado a esta crisis: sector privado, corrupción y crisis económica. Se nombra la situación epidemiológica actual, haciendo énfasis en la ausencia de la información epidemiológica oficial, y en las cifras extraoficiales de los casos acumulados en el 2014 de las tres enfermedades vectoriales que están causando gran impacto en la salud pública: dengue, malaria y chikungunya. Se exponen las propuestas que se han analizado entre todas las organizaciones de salud enfocadas fundamentalmente a la defensa del derecho a la salud y la vida.

Para concluir se expone la imperiosa necesidad de consolidar la unión de todo el sector salud, dándole la importancia a las organizaciones de pacientes para que se adhieran a esta propuesta concretando “La unión Nacional de organizaciones por el derecho a la Salud”.

Intervinieron los doctores: Aixa Müller, Huníades Urbina, Juan Antonio Yabur, José Ramón Poleo, Saúl Kizer, Curberto Guarapo, Alfredo Díaz Bruzual, José Francisco, Claudio Aotün Soulie, Tomás Sanabria, Maco Sorgi, Enrique López Loyo, María Eugenia Mondolfi y Harry Acquatella.

### **Sesión Ordinaria del 26 de febrero de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

### **Patología molecular del cáncer de pulmón: cambios de paradigma en el diagnóstico y tratamiento por la Dra. Eddy Verónica Mora.**

El cáncer de pulmón es una de las principales

causas de morbi-mortalidad por cáncer en el mundo, es un tumor con un curso biológico agresivo y una sobrevida a los 5 años de apenas 16 %, para todos los estadios. En los países no desarrollados, más del 70 % se diagnostica en estadios clínicos III y IV. El denominado carcinoma de células no pequeñas (CCNP) representa el 85 % de todos los tumores y se clasifica histológicamente en carcinoma epidermoide, adenocarcinoma y carcinoma de células grandes. Estos pacientes reciben quimioterapia citotóxica, sin que esto haya representado una mejoría de la sobrevida en los últimos años. Con el advenimiento de la medicina personalizada o terapia diana (“Target”), se han producido gran cantidad de investigaciones con el objetivo de desarrollar nuevas modalidades terapéuticas más exitosas, con mejores resultados. Las investigaciones por clínicos oncólogos, farmacéuticos, cirujanos oncólogos, cirujanos torácicos, biólogos, etc. han impulsado a los patólogos a realizar una revisión de la clasificación histológica tradicional y la necesidad de enriquecerla con los conocimientos moleculares. En la visión tradicional del cáncer de pulmón, el diagnóstico histológico consistía en diferenciar si se trataba de un carcinoma de células pequeñas (CCP) o un carcinoma de células no pequeñas (CCNP). Dentro de este último grupo, se trataba de ser posible establecer el diagnóstico específico entre un carcinoma epidermoide o un adenocarcinoma. Sin embargo, este panorama ha cambiado totalmente. Se ha demostrado que mutaciones del EGRF (Receptor del Factor de Crecimiento Epidérmico) y del Kras, están críticamente relacionados con la patogénesis del CCNP, surgiendo así nuevas dianas terapéuticas. Actualmente la clasificación molecular del adenocarcinoma de pulmón, se realiza de rutina. En esta revisión nos vamos a referir a las alteraciones moleculares de los carcinomas de células no pequeñas y más específicamente al adenocarcinoma.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, Juan José Puigbó. José A. Ravelo Celis, Enrique López Loyo, Otto Rodríguez Armas, Doris Perdomo de Ponce, Lilia Cruz, Aixa Müller, Harry Acquatella e Ítalo Marsiglia.

### **Sesión Ordinaria del 05 de marzo de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

## **1. Controversias en el uso de la albúmina por el**

**Dr. Huniades Urbina Medina.**

La albúmina sérica es una proteína plasmática hidrófila e hidrosoluble que constituye la mitad de la masa proteica intravascular. Sin embargo, gran parte del contenido corporal total de albúmina es extravascular, circula normalmente entre ambos espacios según su gradiente de concentración y la permeabilidad capilar, y actúa como reserva limitada ante una caída de la albúmina circulante por pérdidas, stress o depleción crónica.

Los principales estímulos para la síntesis hepática de albúmina son la disminución de la presión coloidosmótica, el cambio en la osmolaridad del espacio extravascular, y los niveles elevados de insulina, cortisol, tiroxina y hormonas sexuales y de crecimiento.

Las soluciones de albúmina se utilizan en diversas condiciones mórbidas en pacientes hospitalizados, con gran variabilidad en las indicaciones, contraindicaciones, dosis, diluciones y formas de administración. La albúmina humana que es separada del plasma se ofrece en el mercado como soluciones al 20 %-25 % que son marcadamente hiperoncóticas, por lo que suelen administrarse en diluciones del 4 %-5 % para volverlas isoncóticas con el plasma. Como no existen en la literatura ensayos clínicos que comparen la eficacia de ambas soluciones, para la elección deben considerarse el poder expansor y la carga de sodio: ambas tienen la misma carga de sodio por mililitro, pero la albúmina al 20 % tiene mucho mayor poder expansor que al 5 %, por lo que con las soluciones más concentradas a igual poder expansor se asocia menor aporte de sodio.

Con respecto a su eficacia, la publicación de una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane sobre el uso de albúmina humana en pacientes críticos en 1998 desató una gran controversia. Según los resultados de este metanálisis, no solo no estaba probada su utilidad sino que podría aumentar el riesgo de muerte en pacientes críticos que la reciben como parte de su tratamiento sostenido. Esta revisión fue duramente criticada por varios motivos: la heterogeneidad de los pacientes incluidos (quirúrgicos, traumatizados, quemados; adultos, pediátricos y neonatos), la compilación de datos de sobrevida de estudios con objetivos, metodologías y épocas muy diferentes y la utilización de la mortalidad como variable de resultado. Esta revisión fue actualizada en 2004; incluyendo el estudio SAFE y arribando a la conclusión de que la administración

de albúmina no modifica la mortalidad en pacientes críticos.

En cuanto a su seguridad, una revisión sistemática de 2004 mostró que la albúmina es más segura que otros coloides sintéticos. La calidad en la elaboración (proceso de esterilización por ultrafiltración) es el principal requisito que garantiza que las soluciones sean seguras desde el punto de vista infectológico. La administración exógena de albúmina puede producir algunos efectos adversos como reacciones anafilácticas, trastornos de coagulación (por dilución y bloqueo de la agregación plaquetaria) y toxicidad por aluminio (contenido en algunos preparados de albúmina) en pacientes con función renal alterada. A veces la infusión de albúmina exógena puede generar el efecto contrario al deseado, como la acumulación más rápida de ascitis en pacientes cirróticos, hipervolemia y falla de bomba en procedimientos de resucitación, o inhibición de la síntesis y aumento del catabolismo en pacientes hipoalbuminémicos. Se revisará la evidencia existente para las diferentes indicaciones de la albúmina exógena.

Finalmente, la albúmina humana es un insumo de elevado costo, que suele representar hasta el 30 % del presupuesto total de farmacia en muchos hospitales. Por todos estos motivos, las infusiones de albúmina humana deberían limitarse a casos de probada eficacia.

Intervinieron los doctores: Miguel Saade Aure, Juan José Puigbó, José A. Ravelo Celis, Rafael Muci-Mendoza, José Ramón Poleo, Cutberto Guarapo Rodríguez, Enriqueta Sileo y Harry Acquatella.

**2. Diasquiasis primaria anterior: Un fenómeno clínico no descrito por el Dr. Rafael Muci-Mendoza.**

La diasquiasis, también llamada “shock neural”, es una depresión funcional más o menos completa de estructuras nerviosas consecutiva a una lesión catastrófica o aguda, o a una disminución transitoria de esa función en áreas que rodean una contusión, hemorragia o infarto conducentes a isquemia irreversible, edema o compresión de los tejidos injuriados. Durante la década de 1870, Brown-Sequard describió efectos remotos de lesiones cerebrales focales a los que denominó “acciones a distancia”, no otra cosa que efectos excitatorios o inhibitorios producidos por lesiones cerebrales causantes de desconexión de funciones en regiones distantes al lugar lesionado. Años más tarde,

Constantin Von Monakow, en 1914, desarrolló estas ideas e introdujo el término diasquisis (del griego “hendirse”) para describir la pérdida de la excitabilidad en regiones adyacentes o remotas, pero conectadas al lugar original de la lesión. Cabe suponer que este fenómeno se puede presentar en cualquier neurona que reciba aferencias de otra lesionada, por lo que el número de posibilidades es tan elevado como el de vías neuroanatómicas existentes.

En neurooftalmología el ejemplo más frecuente de este fenómeno ocurre en los infartos occipitales; en algunos pacientes inicialmente la pérdida visual parece ser bilateral, pero entonces en un período de horas o días el déficit en el hemicampo pareado desaparece, dejando un defecto homónimo más o menos fijo en su homónimo contralateral. Este fenómeno se ha atribuido a una reacción “simpatizante” inhibitoria del hemisferio no dañado a través del esplenio del cuerpo calloso.

En contraposición a este fenómeno que hemos llamado hemisférico “posterior” hemos observado a lo largo de los años y sin que hayamos encontrado referencias a este fenómeno, una situación similar a nivel visual, por lo que lo hemos designado como “diasquisis anterior”. Al momento de producirse un evento agudo como oclusión venosa o arteriolar en un ojo, se pierde momentáneamente la visión por ambos ojos: Nuestros casos incluyen 6 pacientes: oclusión de la vena central de la retina (3 casos), rotura de aneurisma de la arteria oftálmica, neuropatía óptica traumática, oclusión embólica de la arteria central de la retina. Proponemos que el quiasma óptico, también una comisura es el sitio donde se origina la inhibición.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, Juan José Puigbó, Claudio Aoñin Soulie, Horacio Vanegas, Emely Karam, Ítalo Marsiglia y Harry Acquatella.

### **Sesión Ordinaria del 12 de marzo de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

#### **1. Imaginología cardiovascular: Avances recientes y utilidad por el Dr. Harry Acquatella.**

La cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial son la primera causa de muerte en la mayoría de los países. Menos frecuentes pero importantes son las enfermedades valvulares, miocardiopatías, anomalías congénitas, pericárdicas y otras. En la

evaluación de pacientes es fundamental obtener primero una cuidadosa historia clínica, examen físico, ECG, RX y de laboratorio. Luego pueden obtenerse imágenes por Ecocardiografía (ECO), Nuclear (SPECT) Tomografía Computarizada (TAC) y la Tomografía por Emisión de Positrones (PET). Estos procedimientos permiten evaluar anatomía y función del corazón y vasos. Son de costo creciente, y su selección debe apoyarse en la sensibilidad, especificidad y valor pronóstico de cada una de ellas en cada paciente.

ECO es la técnica de imágenes más económica, accesible en diversos ambientes y de mayor uso. Permite obtener valores de función cardíaca y anatómicos de manera rápida por personal debidamente entrenado. Por ejemplo, la Fracción de Eyección del ventrículo izquierdo, las dimensiones de las cavidades cardíacas, dilatación o hipertrofia, severidad de regurgitación o estenosis valvular, estimación de presión pulmonar, derrame pericárdico y taponamiento, tumores y trombos intracardíacos, cortocircuitos, y otros diagnósticos. En conjunto con la prueba de esfuerzo con cinta sin fin o farmacológica permite aumentar la sensibilidad diagnóstica desde 60 % a 85 %. Compite con SPECT con igual sensibilidad en el diagnóstico de isquemia miocárdica. La determinación del score de calcio coronario ayuda al diagnóstico de compromiso coronario. La angio TAC permite visualizar el árbol coronario sin cateterismo. La RM cardíaca tiene una sensibilidad y especificidad muy alta para definir grosor de paredes, función cardíaca, y corroborar la información obtenida por ECO. Su combinación con gadolinio detecta áreas de no perfusión y la cantidad de fibrosis miocárdica. PET es el método más sofisticado, y sensible en detectar isquemia, pero es el más costoso y menos accesible. El ECO transesofágico es utilizado en salas de hemodinamia para ayudar al implante no quirúrgico de válvula aórtica, clip mitral, colocación de stents en aneurismas aórticos, y en pabellón para monitorizar cirugía cardiovascular. Se presentan casos clínicos con las diversas técnicas, su comparación, y utilidad.

Recientemente se ha señalado el peligro potencial de dosis acumulativas de las técnicas que utilizan radiación (rayos X, nuclear) y sus posibles efectos dañinos a largo plazo. Finalmente se discute el uso inapropiado de las técnicas de imágenes que pueden aumentar sensiblemente los costos de atención de los pacientes.

Intervinieron los doctores: Mauricio Goihman,

Juan José Puigbó, Víctor Ruesta, Eduardo Morales, José Ramón Poleo, Jesús Felipe Parra, Rafael Muci-Mendoza, Aixa Müller, Otto Rodríguez Armas, Enriqueta Sileo y Doris Perdomo de Ponce.

## **2. Hiperalgnesia por expectativa pesimista. Bases neurobiológicas e importancia clínica del efecto nocebo por el Dr. Horacio Venegas.**

Así como una expectativa optimista puede generar una disminución del dolor (analgesia por placebo), una expectativa pesimista puede generar un aumento del dolor (hiperalgnesia por nocebo). La expectativa de hiperalgnesia (un fenómeno mental) se basa en la activación de neuronas en estructuras cerebrales encargadas de la percepción del dolor y de estructuras encargadas del miedo y las emociones. La expectativa de hiperalgnesia genera ansiedad, y esta aumenta la actividad de la colecistokinina, la cual probablemente actúa excitando neuronas del sistema descendente de control nociceptivo que aumentan el relevo de impulsos nerviosos hacia las estructuras cerebrales responsables de la sensación de dolor. Un ambiente hospitalario poco atractivo o inclusive intimidante, un trato indiferente o inclusive despectivo, un manejo terapéutico ausente, insuficiente o errático, pueden generar expectativas pesimistas con respecto al alivio del dolor, lo cual no solamente aumenta el sufrimiento del paciente, sino además genera un mayor requerimiento de analgésicos.

Intervinieron los doctores: Alfredo Díaz Bruzual, Juan José Puigbó, Francisco Herrera, Rafael Muci-Mendoza, Saúl Kizer, Rafael Aritz, Claudia B. de Suárez, Isis Nezer de Landaeta, Claudio Aotín Soulie y César Blanco Rengel.

### **Sesión Ordinaria del 19 de marzo de 2015**

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

## **1. Manifestaciones neurooftalmológicas del dengue por los Drs. Rafael Muci-Mendoza, Emely Karam y Tatiana Gil.**

La fiebre del dengue es una enfermedad viral epidémica cuyo mecanismo fisiopatológico propuesto ha sido a través de la infección viral directa o como consecuencia de un fenómeno inmunológico. Las

manifestaciones neurooftalmológicas son variables desde equimosis, hemorragias subconjuntivales, vítreas, supracoroideas, retinianas, retrobulbares hasta respuestas inflamatorias como queratitis, iritis, uveítis, panoftalmítis, retinocoroiditis, neuritis vs neuropatías óptica, foveolitis así como también maculopatía con o sin edema macular. El compromiso visual puede llegar en casos extremos a la oclusión de arteria de la retina e incluso a la ruptura del globo ocular. Complicaciones a nivel del sistema nervioso central reflejadas visualmente como parálisis de nervios craneales, papiledema por síndrome de hipertensión endocraneana, así como también neuromielitis óptica han sido reportadas aunque con menor frecuencia.

En el presente trabajo reportamos un grupo de pacientes con manifestaciones neurooftalmológicas secundaria al dengue; dichas manifestaciones varían desde la neuritis óptica, papiledema, foveolitis, maculopatía, papiledema como reflejo de síndrome de hipertensión endocraneana y neuromielitis óptica como forma de encefalomielitis diseminada aguda posinfecciosa.

El pronóstico visual es variable, sin embargo, la determinación temprana de síntomas visuales probablemente contribuye a disminuir el riesgo de permanecer con una secuela visual permanente en pacientes afectados por dengue.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, José A. Ravelo Celis, Ítalo Marsiglia, Aixa Müller, Lilia Cruz, Rafael Muci-Mendoza, Doris Perdomo de Ponce, Otto Rodríguez Armas, Pedro Faneite Antique y Alfredo Díaz Bruzual.

## **2. Historia y aporte para la salud en Venezuela por la Dra. María Yanes Presidente RSCMV.**

Esta presentación tiene por objeto resaltar la importancia y aportes de la **RED DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS VENEZOLANAS (RSCMV)**, en sus 16 años de actividad ininterrumpida, desde su fundación el 24 de noviembre de 1998, con 22 Sociedades Científicas que integraron el acta constitutiva, esta asociación científica, sin fines de lucro, ha tratado de preservar a lo largo de este tiempo su carácter académico, de investigación, cultural, gremial y social, regida por principio de ética, tal como lo contempla su estatuto general. Actualmente la conforman 40 Sociedades científicas en las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas.

Se destaca su misión y visión, los puntos más

resaltantes de las diferentes gestiones hasta la actual, sus alianzas, los aportes en relación a la educación médica continua, una de las actividades más importantes es la contribución que ha realizado a las comunidades en lo que corresponde a prevención y promoción en salud. También hay que señalar la importancia y el interés que siempre ha demostrado la RED en mantener y preservar la excelencia médica, materializada en el reconocimiento a médicos de importante trayectoria a través del Premio a la excelencia médica que se entrega cada dos años y que ha sido una tradición para esta organización. Por último señalamos la actitud que ha tenido que asumir para afrontar esta grave crisis de salud por la cual atraviesa nuestro país y hacia donde queremos ir en un futuro inmediato y mediato.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, Juan José Puigbó, Saúl Kizer, Alberto Benschimol, José A. Ravelo Celis, José Francisco, Saúl Peña, José Guevara, Jesús Felipe Parra, Claudio Aoün Soulie, Enriqueta Sileo, Alfredo Díaz Bruzual y Leopoldo Briceño-Iragorry.

### **Sesión Ordinaria del 26 de marzo de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

#### **1. Metodología de las presentaciones audiovisuales médicas por el Dr. Luis Ceballos García.**

La divulgación oral de información para el público, con el apoyo visual de imágenes y de textos (presentaciones audiovisuales) tiene tres etapas bien definidas: escogencia y selección del material, diseño de la información y finalmente, presentación. En todas las áreas del conocimiento, pero especialmente en las del saber médico es indispensable el cumplimiento a ultranza de las normas éticas en las tres etapas. El encuentro conferenciante/audiencia implica expectativas de beneficios para ambas partes y en el cumplimiento de la mayor parte de ellas, radica el éxito de la presentación. La audiencia espera aportación de conocimientos, respuestas y soluciones para la toma de decisiones y aplicaciones prácticas de lo aprendido. El conferenciante, por su parte, se enriquece intelectualmente, logra satisfacción íntima e incrementa su prestigio.

El conferenciante: La obligación primordial es la de presentar un material actualizado, preparado con

suficiente anticipación y expuesto con el apoyo de los recursos más modernos. El ineludible complemento de la presentación se refiere a la forma de exposición y al uso oportuno de los recursos que da el lenguaje del cuerpo. La audiencia: Para quien expone, es fundamental conocer las características de quienes se reúnen para oír la exposición: número de asistentes, necesidades, preferencias, grado de conocimiento del tema y riqueza o pobreza del vocabulario en la materia que se discute. Es deseable la aplicación en todos los asistentes de un instrumento de evaluación posconferencia. La conferencia: La información textual requiere de especial atención en cuanto a ortografía y diagramación simplificada para hacerla fácilmente comprensible. Las láminas son para ser comentadas y deben ceñirse a patrones estandarizados de texto en cuanto a número de líneas, interlineado, tipo de fuentes, tamaño en puntos, uso de mayúsculas y tipo de formato. Si se utilizan animaciones, que sean mínimas y que sigan un patrón constante. No mezclar colores cálidos y fríos y no más de tres colores juntos. Las fotografías bien centradas y con fondos uniformes, no distractivos.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, Juan José Puigbó, Saúl Kizer, Alberto Benschimol, José A. Ravelo Celis, José Francisco, Saúl Peña, José Guevara, Jesús Felipe Parra, Claudio Aoün Soulie, Enriqueta Sileo, Alfredo Díaz Bruzual y Leopoldo Briceño-Iragorry.

#### **2. Computación en la nube: Qué es, como se usa y cuáles son sus riesgos. Por el Dr. Fernando G. Godayol D.**

Hoy día la plataforma de computación en “la nube” se ha ido involucrando en cada una de las actividades de nuestra vida cotidiana, desde el uso de aplicaciones cuyo contenido está de manera casi total en otros servidores y no en nuestros dispositivos, como el servicio de películas, música, guarda de archivos, etc... Sin embargo, poco sabemos de cómo funciona, cómo debe utilizarse y como sacar el mejor provecho de estos servicios que en gran medida son gratuitos o tienen muy bajo costo. La computación en “la nube” implica la prestación de un servicio de computación, dicho servicio no depende de nuestro software o nuestro hardware, el servicio depende de utilizar servidores a los cuales estamos conectados por internet, dentro de ellos se encuentra el software necesario para la prestación del servicio, sea poder

ver una película, oír música en línea o ejecutar una aplicación para hacer una presentación o guardar nuestros archivos de tal manera que puedan ser revisados por nosotros o por colaboradores no importando donde se encuentren o en qué equipo estén trabajando.

Hoy día hay gran número de servicios en “la nube” de los cuales los más comunes prestan el servicio de guarda de archivos como Dropbox y Cloud de la compañía Apple, en ambos servicios uno puede guardar datos por un límite de espacio dado solo por la capacidad de pago del usuario, ambos ofrecen el servicio de guarda automática de una copia de cualquier dispositivo portátil que tengamos sea un teléfono o una tableta, inclusive hay computadoras diseñadas de forma exclusiva para trabajar en la nube, con líneas de teléfono incorporadas de manera tal que tengan acceso a internet en cualquier lugar y por ende a los servicios en “la nube”. Escoger un servicio u otro depende exclusivamente de las necesidades del usuario, qué desea hacer y cuanta memoria necesita para hacerlo, normalmente una persona como individuo podría trabajar con un par de cientos de gigabytes (GB) y será suficiente, pero una compañía amerita miles de gigabytes (GB) para poder trabajar.

“La nube” es tan segura como sea la clave de acceso al servicio, en teoría tiene pocas fallas y es muy confiable al fragmentar la información en pedazos. La mayoría de las personas utilizan claves extraordinariamente fáciles de adivinar por cualquiera que sepa algo de ellos, por lo tanto son susceptibles de robo de información delicada, los artistas de Hollywood son ejemplo reciente de esta fragilidad. Otra limitación de “la nube” es la necesidad de tener acceso a internet de alta velocidad para poder trabajar en ella, las redes internas de una empresa (llamadas LAN) tienen mucha más velocidad que sus pares en “la nube” por lo que debe pensarse bien que servicios desean utilizarse de forma exclusiva en “la nube”. Hay preocupación en el mundo digital de la permanencia de los datos en “la nube” e inclusive en nuestras propias computadoras dado el cambio permanente del software de las máquinas, de la evolución tan acelerada del hardware que hace que computadoras de 5 años atrás sean obsoletas en la actualidad, esos cambios hacen que nuestra era, esta era de información digital corra el riesgo de perderse, en vista que la información producida todos estos años está guardada en servidores que son susceptibles de ser dañados por el tiempo, en memorias magnéticas

susceptibles al magnetismo, la información puede corromperse y perderse, los archivos pueden estar en lenguajes olvidados o en formatos que hemos perdido la capacidad de leer, algunos fatalistas tienden a ir más allá y advertir acerca de una próxima era de “Oscurantismo Digital”.

Intervinieron los doctores: Rafael Muci-Mendoza, Lilia Cruz, Alfredo Díaz Bruzual y Claudio Aoun Soulie.

### **Sesión Ordinaria del 09 de abril de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserrate

#### **1. Plan de Seguridad Social y Salud Universal para Venezuela por los Drs. Antonio Clemente H, Juan J. Puigbó G., Oscar Beaujon R. Claudio Aoñin S., Alfredo Díaz B., Ítalo Marsiglia G., Saúl Peña A., Carmen Cedraro de Carpio, Juan Yabur T., Rafael Arteaga R. y María Isabel Clemente de Álvarez.**

Muchas de las ideas surgen de trabajos elaborados y presentados previamente. Describimos la Seguridad Social y resumimos los sistemas de salud de los países escogidos (Alemania, Francia, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia y Venezuela). Basamos el estudio en dos aspectos: consulta externa y hospitalización. En detalle revisamos los indicadores de calidad, la productividad de los actos médicos y el origen y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, en el mundo y en Venezuela. Revisamos la frecuencia de enfermedades, morbilidad nacional, en detalle siguiendo la X Clasificación Internacional de Enfermedades. (X CIE) Actualizamos la incapacidad y la mortalidad en el mundo y en Venezuela. Consideramos la cobertura a nivel Municipal como la base de la atención médica y de la educación preescolar. Por ello hacemos un listado de los Estados de Venezuela, que es la síntesis nacional, en la cual en dos columnas están los Médicos Generales o de Familia (MG/F) que se requieren en cada uno de ellos, uno por cada dos mil quinientos habitantes, y las camas de hospitales de agudos, a la proporción de dos por cada mil habitantes y una columna con la superficie geográfica de cada uno. Usamos las cifras obtenidas en la red del Instituto Nacional de Estadística 2011. Después describimos cada uno de los Estados por orden alfabético, en cada uno de ellos citamos sus municipios, con los mismos estimados que en la síntesis por Estados, MG/F,

camas /h. y superficie. Al final hay unas tablas con las cuales se explica como hicimos los cálculos y finalmente los Municipios clasificados en cuatro grupos: 1. Menos de cincuenta mil habitantes (61 %), 2. Entre cincuenta y cien mil (17 %), 3. Entre cien y quinientos mil (19 %), y 4. Más de quinientos mil habitantes (3 %). El análisis del sector laboral, para precisar los ingresos y la compatibilidad con una Seguridad Social universal y las estimaciones de los costos. El estudio del sector laboral tiene como fin el de la OIT para incorporar los objetivos del empleo pleno, productivo y el trabajo decente. Hacemos una revisión de los aspectos fundamentales. Describimos el trabajo en salud y el desarrollo en Latinoamérica. Estudiamos el gasto social y sus componentes dentro de los cuales están la Seguridad Social y la Salud. Revisamos la tecnología de información y comunicación (TIC) y su aplicación en salud, y en las estadísticas internacionales. En economía digital le damos la importancia que tiene la historia médica electrónica (HME). En materia de costos, estudiamos los componentes siguiendo los lineamientos de la X CIE, clasificamos los gastos y estudiamos en detalle los llamados grupos de diagnósticos relacionados y sus categorías. Tratamos de nivelar el pago del trabajo con el costo de vida siguiendo las normas de la Organización Internacional del Trabajo y del Banco Central de Venezuela. Finalizamos con las conclusiones y recomendaciones.

Intervinieron los doctores: José A. Ravelo Celis, José Guevara, Mauricio Goihman, José Ramón Poleo, Alfredo Díaz Bruzual, Juan José Puigbó, Saúl Kizer, Claudio Aoñin Soulie, Ítalo Marsiglia, Tomás Sanabria y Harry Acquatella.

## **2. Síndrome postraumático de parálisis del tercer nervio craneal, regeneración aberrante secundaria y lesión del tracto óptico contralateral por el Dr. Rafael Muci-Mendoza.**

En nuestro país se asiste a un creciente aumento en la frecuencia de traumatismos craneoencefálicos, deparados del caos automotor que favorece los accidentes viales, bien en vehículos de pasajeros o en motocicletas, dando lugar a cuadros neurológicos conocidos o secuelas de los mismos.

Hemos atendido un total de 10 pacientes con un síndrome donde se asocia una inusual combinación de parálisis traumática del tercer nervio craneal la cual da paso posteriormente a una regeneración aberrante

secundaria óculomotora y una lesión del tracto óptico contralateral.

El trauma por contragolpe y la hernia del *gyrus uncinado*, aisladamente o en conjunción, podrían explicar la producción de los signos a ambos lados de la línea media.

Intervinieron los doctores: Jairo Contreras, Juan José Puigbó y Francisco Plaza Rivas.

## **Sesión Ordinaria del 16 de abril de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

### **1. Presentación resumen de las actividades académicas realizadas en la Universidad de Cambridge por la Dra. Bruni Puigbó.**

El jueves 16 de abril del 2015 tengo a bien dirigirme a la Academia Nacional de Medicina para presentar un resumen de las actividades académicas realizadas en la Universidad de Cambridge como Becario Vargas. La presentación tiene como fin además explorar conceptos esenciales de Biología Molecular y su aplicación a la Clínica Médica. Se discutirán los mecanismos básicos genéticos y epigenéticos necesarios para entender patologías de etiología molecular, de manera particular, el caso de cáncer. Se examinarán igualmente algunas de las tecnologías que existen actualmente para la exploración de tipo molecular y la utilidad clínica que estas tienen para establecer diagnósticos precoces, pronósticos y tratamientos de pacientes con cáncer.

No hubo intervenciones.

### **2. Perla de Observación Humanística: Tributo a la amistad por el Dr. Eduardo Morales Briceño**

Escribir sobre la amistad es algo muy especial, ella encierra algo más que ciencia, nos habla de la vida, de la interrelación entre los hombres, se trata de ver un paradigma moral en nuestras relaciones humanas, en lo que quizá sea su forma más pura.

En los actuales momentos en que vivimos, cuando a menudo resulta tan fácil establecer relaciones informales, y cuando la intimidad es tan precipitada y barata, es preciso recordar que la amistad genuina requiere tiempo. Se requiere un esfuerzo para entablarla, y trabajo para mantenerla. La amistad es algo profundo, es algo muy importante para nuestro

desarrollo moral.

No hubo intervenciones.

### **Sesión Extraordinaria del 23 de abril de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

Resumen del Trabajo de Incorporación de la Dra. Ofelia Uzcátegui Uzcátegui, como Individuo De Número. Sillón XXXII intitulado “Pasado, Presente y Futuro del Posgrado de Obstetricia y Ginecología en Caracas”

El objetivo es hacer un análisis del posgrado de Obstetricia y Ginecología en tres períodos: Inicio del mismo o lo que era, lo que es actualmente y lo que debería ser, porque la Obstetricia y Ginecología es una de las especialidades que hoy muestra más auge por los adelantos que cada día se añaden.

En 1958 se iniciaron los cursos de posgrado de Obstetricia en la Maternidad “Concepción Palacios” con una duración de un año y en 1959, las autoridades decidieron prolongarlo a dos años.

El 17 de agosto de 1972, el Jefe de la Cátedra de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas, envía un proyecto de Curso de Posgrado en Ginecología al Decano de la Facultad de Medicina con una duración de dos años y estaban dispuestos a empezar en enero de 1973. En principio sería solo de Ginecología, en 1974 pasó a ser de Obstetricia y Ginecología. En 1979 es aprobado el Curso de Posgrado de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Caracas por el Consejo Universitario y es reconocido a partir de 1974.

En 1976 enviaron solicitudes con sus programas los hospitales Maternidad “Concepción Palacios”, Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, y Hospital “Miguel Pérez Carreño”, con sus respectivos programas a la Comisión de Estudios de Posgrado y empieza la docencia en dichas instituciones. Enviaron de nuevo un programa actualizado en 1979. El Consejo Universitario el 23 de julio de 1980 aprobó el programa mínimo único de la Residencia Universitaria de Posgrado en Obstetricia y Ginecología con sede en la Maternidad “Concepción Palacios”, Hospital General del Oeste y Hospital Miguel Pérez Carreño, propuesto por la Facultad de Medicina.

En 1987 se aprobó el Posgrado de los Hospitales Vargas-Lídice y en 1988 el del Hospital Domingo Luciani. Se hizo la última actualización del Programa

del Curso de Especialización en Obstetricia y Ginecología en 1998 y fue elaborado por todos los Posgrados del Área Metropolitana y pasa a ser único en la Universidad Central de Venezuela, el cual se encuentra vigente.

El posgrado con base en los adelantos que se han hecho en la especialidad debería modificarse, para estar de acuerdo con las exigencias actuales y hacer un diseño curricular nuevo, basado en competencias. Se recomiendan las siguientes seis áreas de competencia clínica: a) Conocimiento médico, b) cuidado del paciente, c) habilidades interpersonales y de comunicación, d) profesionalismo, e) aprendizaje y mejoría basada en la práctica y e) actividades prácticas basadas en el sistema de salud.

Conclusión. De acuerdo a las ventajas que ofrece la enseñanza por competencias es deseable la actualización de nuestros programas de posgrado y se haga un programa único para el país y que para ello se cuente con la asesoría de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela y de la Academia Nacional de Medicina.

El Juicio Crítico estuvo a cargo del Académico Dr. Antonio Clemente H

### **Sesión Solemne del 30 de abril de 2015**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

**Juramentación y Discurso de Recepción por la Académica Dra. Ofelia Uzcátegui Uzcátegui.**

**Discurso de Bienvenida por la Académica Dra. Doris Perdomo de Ponce**