

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número XXXIX

Sesión Solemne del 28 de noviembre de 2019

Preside: Dr. Enrique López Loyo

FORO DE LA COMISIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Aborto inseguro. Fundamentos para un diálogo constructivo, por los Drs: Saúl Kizer, Ofelia Uzcátegui, Judith Toro Merlo y Luzardo Canache.

Hablar de aborto inseguro es complejo, controversial y polémico, porque en este tema entran en juego los valores personales, éticos, morales, legales y religiosos, tanto de los integrantes del equipo de salud como del público general, lo que genera diversidad de opiniones en su contra o en su favor.

El término aborto voluntario en condiciones de inseguridad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a “la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez”. Esta situación puede producir en la mujer, complicaciones graves que ponen en riesgo su vida (incluyendo la muerte materna) o dar lugar a morbilidad severa, con la producción de lesiones permanentes de tipo físicas, psicológicas y familiares que comprometen su calidad de vida futura. Aunque en Venezuela, las cifras oficiales y confiables de morbimortalidad relacionadas con el aborto y

sus consecuencias no están disponibles, en dos trabajos nacionales recientes, sobre la mortalidad materna, se observa que el aborto séptico es una causa significativa de muerte materna.

Organizaciones internacionales como la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, la Federación Internacional de Planificación Familiar y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, reconocen al aborto inseguro como un problema grave de salud pública, que debe ser enfrentado.

También es importante conocer de manera objetiva posiciones públicas que promueven el aborto libre, como por ejemplo los movimientos feministas que afirman que las mujeres son autónomas para tomar la decisión si continuar o no con el embarazo.

Por todo lo anterior, surge la necesidad de realizar un trabajo documental, descriptivo, con revisión y análisis de la literatura nacional e internacional, sobre el aborto inseguro, con el objetivo de examinar determinantes y factores relacionados con su etiología, así como diseñar estrategias y recomendaciones, dentro del marco legal que contribuyan a la disminución de las cifras existentes en torno a esta grave situación de salud pública.

En la exposición, en torno al aborto, serán analizados los siguientes aspectos:

- Definición de aborto y diferentes clases.
- Evolución histórica.
- Frecuencia.

- Penalizar o despenalizar el aborto. Argumentos a favor y en contra
- Aspectos éticos y legales. Leyes venezolanas
- Consideraciones de las diferentes religiones
- Complicaciones
- Métodos para la interrupción del embarazo, inseguros y seguros
- Prevención del aborto inseguro: educación en salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos
- Objeción de conciencia
- Conclusiones

Intervinieron los doctores: Mauricio Goihman Yahr, Alfredo Díaz Bruzual, Felipe Martín Piñate, José Ramón Poleo y José Luis Cevallos González.

Sesión Solemne del 05 de diciembre de 2019

Preside: Preside: Dr. Enrique López Loyo

1. Análisis crítico de la cirugía robótica en el tratamiento del cáncer de próstata por el Dr. Hugo Dávila.

Se hace un recuento histórico de la evolución de la cirugía robótica y su perspectiva en los próximos cinco años, el estado actual en América Latina y Venezuela y su aplicación en la cirugía oncológica. Se presentan los resultados oncológicos y funcionales de prostatectomía radical robótica en el Hospital Universitario de Caracas, así como su comparación con estudios internacionales evaluados mediante metanálisis. Al final se hacen consideraciones sobre los retos académicos de la cirugía robótica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

2. Resonancia magnética multiparamétrica. El cáncer de próstata ahora si se puede ver. Signos de inflamación por el Dr. Franco Marruffo. Presidente de la Sociedad Venezolana de Urología.

Una de las prioridades actualmente en el

manejo de cáncer de próstata (CaP) es la detección de tumores clínicamente significativos, evitando el sobre-tratamiento en pacientes con patología de bajo riesgo. La resonancia magnética nuclear multiparamétrica (RMMP) ha sido propuesta como una herramienta capaz de optimizarla detección del CaP. Además, el desarrollo del sistema PIRADS ha brindado al urólogo una herramienta para seleccionar más eficientemente a los pacientes que deben someterse a biopsia transrectal (BTR).

Esta conferencia pretende evaluar la aplicabilidad del uso de RMMP en la toma de decisiones con respecto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del CaP.

La RMMP parece ser una herramienta útil en la selección de pacientes que deben someterse a BTR para CaP. Su uso en este contexto permite al urólogo llevar a cabo un mejor diagnóstico y estratificación de riesgo.

Como mensaje final podremos mencionar con propiedad y contundencia que ya no solamente sospechamos de la presencia de un CaP, ahora también lo podemos ver.

Intervinieron los doctores: Felipe Martín Piñate, Rafael Rangel Aldao, José Antonio O'Daly Carbonell, Antonio Clemente Heimerdinger, Claudio Aoñin Soulie, Rafael Apitz Castro, Saúl Kizer, Luis Ceballos García, Gastón Silva, José María Guevara Iribarren, José Ramón Poleo, Jaime Díaz Bolaños y Enrique Santiago López Loyo.

Sesión Ordinaria del 16 de enero de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

Obesidad y Oscilaciones del Microbioma Intestinal por el Dr. Rafael Rangel Aldao

La obesidad es un factor de riesgo importante para una serie de enfermedades crónicas concurrentes, tales como la diabetes tipo II, el hígado graso no alcohólico y la enfermedad cardiovascular isquémica. Se estima que más del 44 % de la población mundial tiene sobrepeso, y más de 300 millones de personas se ven afectadas

por la adiposidad mórbida.

En fecha reciente una tesis doctoral de PhD del Instituto Weizman de Israel, a cargo del joven Christoph A. Thaiss [1,2] reveló tres factores de la obesidad humana que guardan una estrecha relación con el estilo de vida humano moderno, y todos ellos tienen que ver con la dinámica temporal y espacial del microbioma intestinal: (A) Durante el transcurso del día el microbioma experimenta oscilaciones en su composición, actividad funcional y localización intestinal. Estos patrones diurnos son aberrantes en la obesidad. (B) La microbiota asociada a la obesidad degrada los flavonoides derivados de la dieta y esto hace que se reduzca el gasto de energía del huésped y lo predisponga a una recuperación acelerada de peso después de una dieta exitosa (efecto yo-yo). (C) La hiperglucemia sostenida altera la función de la barrera epitelial y facilita la entrada en la circulación sistémica, de productos derivados del metabolismo de la microbiota, lo que provoca inflamación crónica.

Las oscilaciones del microbioma intestinal en un ritmo de 24 horas se reportaron tanto en ratones como en humanos, y tales fluctuaciones diurnas abarcan múltiples características como la composición taxonómica del microbioma, la función metagenómica, la secreción de metabolitos y la localización biogeográfica en el intestino. Luego se demostró que las oscilaciones diarias en la comunidad microbiana intestinal también afectan la biología circadiana del huésped al determinar el patrón oscilatorio de poliaminas séricas. Estas, a su vez, orientan el programa transcripcional circadiano en los tejidos metabólicos. Otro hallazgo importante fue que la interrupción de la ritmicidad cerebral del huésped, ya sea genéticamente o por jet lag, provoca igualmente el desarrollo de una comunidad microbiana alterada cuyas propiedades predisponen al huésped a la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Ese comportamiento es semejante al de una "memoria" del microbioma, que a la larga es responsable de la susceptibilidad del huésped previamente obeso, a la recuperación acelerada del peso corporal. Ese efecto modulador del microbioma sobre el peso se alcanza por la degradación de los flavonoides en la dieta, lo que resulta en una reducción de la actividad metabólica del tejido adiposo y una disminución del gasto energético. La restauración de los

niveles de flavonoides produce la normalización del gasto energético y mejora la recuperación de peso corporal. Otro aspecto importante del trabajo doctoral, fue el hallazgo de la mayor susceptibilidad de los individuos obesos y diabéticos a la infección entérica y la inflamación sistémica.

Las células epiteliales intestinales normalmente proporcionan una barrera hermética que separa las bacterias intestinales de la circulación sistémica, pero en los análisis de ratones obesos y diabéticos, se encontró que la hiperglucemia crónica condujo a una ruptura de la barrera epitelial y facilitó la translocación de componentes bacterianos intestinales a la corriente sanguínea, para promover la inflamación sistémica. Un tema común que surge de las tres características discutidas anteriormente en los hábitos modernos, es que el impacto del microbioma en la salud humana y la enfermedad está mediado en gran medida por el intercambio de metabolitos, como por ejemplo, el de las poliaminas que actúan y modifican el reloj circadiano, y los flavonoides el metabolismo energético del tejido adiposo.

Palabras clave: Obesidad, ritmo circadiano, oscilaciones, enfermedades crónicas, flavonoides, poliaminas, inflamación, microbiota, metagenoma, microbioma.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, José Antonio O'Daly Carbonell, Aixa Müller, Claudio Aoun Soulie, Herbert Stegemann, Horacio Vanegas, Andrés Soyano y Saúl Kizer.

Sesión Ordinaria del 23 de enero de 2020

Preside: Leopoldo Briceño-Iragorry

1. Estenosis aórtica calcificada. Una epidemia del Siglo XXI. Consideraciones etiológicas y morfología" Consideraciones etiológicas, por la Dra. Claudia Blandenier de Suárez

La estenosis aórtica calcificada (EAC) es una enfermedad valvular prevalente, cuya incidencia se incrementará en los próximos años, debido al envejecimiento de nuestra población. La prevalencia aumenta por cada década de la vida, siendo del 2,8 % en adultos mayores de

75 años. Los datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística Venezolano, indican que la población de la tercera edad aumentará para el año 2030 en un 120,62 %. Por tanto, se espera un aumento significativo de EAC, lo que se deriva de la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de esta valvulopatía. Según otros reportes internacionales, el 2,0 % de la población mayor de 65 años es portadora de una EAC sintomática, siendo la causa más frecuente de cirugía cardíaca en el adulto. Desde hace más de 20 años, en nuestro país, la valvulopatía reumática, dejó de ocupar el primer puesto en el material de biopsias valvulares, para darle paso a la EAC. El aumento de la población mayor de 60 años en la mayoría de los países occidentales, incluyendo América Latina es uno de los principales factores de esta realidad. La EAC es la más común de las enfermedades cardiovasculares cardíacas fatales, no solo porque es causa de morbilidad cardiovascular, sino porque también es causa de muerte súbita. Actualmente, gracias al advenimiento de la cirugía valvular en nuestro país desde 1968, la primera causa de reemplazo valvular en el Hospital Universitario de Caracas, lo constituye la estenosis aórtica valvular. Las publicaciones sobre su frecuencia, etiología, características morfológicas y complicaciones, no son frecuentes en nuestro medio. En nuestra casuística de autopsias y biopsias, la estenosis aórtica en general, no solo afecta a los adultos, sino también a grupos etarios menores de 15 años de edad. Los pacientes operados con reemplazo valvular, han incrementado su sobrevivencia y mejorado su calidad de vida, en relación con los pacientes no operados.

Etiopatogenia de la estenosis aórtica valvular (EAV). La etiología de la EAV del adulto es controvertida, fundamentada en la asociación que existe entre ella y los factores de riesgo de la aterosclerosis. Equivocadamente, se ha invocado como causa de EAC, la aterosclerosis. Algunos trabajos demuestran una disminución de la mineralización valvular en casos de EAV calcificada tratados con estatinas, sin embargo, en su morfogénesis, existen procesos moleculares inflamatorios e inmunológicos, similares a la aterosclerosis. Ambas patologías tienen una etiología, una epidemiología y un tipo de patología diferentes. La EAV presenta tres tipos de etiología y morfologías bien definidas: EAV congénitas (uni

y bivalvulares, y las válvulas aórticas con cambios congénitos menores); las EAV inflamatorias y de las EAV de tipo senil. La EAV senil es la condición que a menudo se asocia a aterosclerosis carótida y coronaria en individuos mayores de 40 años. La EAV congénita: aproximadamente 1,2 % de la población nace con válvula aórtica bicúspide, siendo la anomalía congénita más frecuente. Se asocia a menudo a estenosis e insuficiencia valvular y a la enfermedad de la aorta por degeneración quística de la capa media. Esta condición congénita está presente en el 60,0 % de los pacientes que desarrollan estenosis aórtica severa antes de los 60 años y en el 40,0 % de los mayores de 70 años.

Anatomía patológica de la estenosis aórtica valvular: Las características de los tipos de EAV con bien definidos y descritos anatomopatológicamente. Se hace una exposición sobre las características de las EAV desde el punto de vista anatomopatológico. Tratamiento: El tratamiento depende del tipo de estenosis, de su progresión y estado actual y de los protocolos internacionales para cada tipo de gradiente de estenosis. En algunos casos se ha tratado farmacológicamente para disminuir la progresión de la estenosis del orificio valvular mediante estatinas. Actualmente, la cirugía cardiovascular mediante el reemplazo valvular es de elección. El implante transcáteter de una prótesis aórtica tiene sus indicaciones en pacientes con EAC grave sintomática inoperables o con alto riesgo quirúrgico tras ser seleccionados por un *heart team*.

Intervinieron los doctores: José Antonio O'Daly Carbonell, Harry Acquatella, Rafael Apitz Castro, Rafael Rangel Aldao, Gastón Silva, Mauricio Goihman Yahr, José Ramón Poleo, Jaime Díaz Bolaños, José Andrés Octavio y Claudio Aoiñ Soulie.

2. Centro de Atención nutricional infantil- Antímamo. 25 años, por el Dr. Vicente Pérez Dávila.

El Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, fundado en julio de 1995, representa una importante expresión del compromiso social de Empresas Polar hacia los niños, las familias y las comunidades más necesitadas de nuestro país. Tiene como Misión,

fortalecer el capital humano y social a través de la prevención y atención integral de la condición nutricional infantil y familiar, la producción de conocimientos y la capacitación en salud nutricional y áreas relacionadas para lograr cambios positivos sostenibles en la comunidad en general.

CANIA actúa en las áreas de atención clínica, comunitaria, académica y de público en general, a través de un modelo integral, interdisciplinario y gratuito, expresado en tres programas: programa de Atención a la Malnutrición, programa de Desarrollo Comunitario y programa de Gestión del Conocimiento.

Durante los primeros 25 años, CANIA ha atendido en el Programa de Atención a la malnutrición cerca de 80 000 niños, niñas y adolescentes (NNA) y 7 644 embarazadas, en 802 044 consultas individuales y 10 644 actividades grupales. La mayoría de los NNA (62 %) atendidos en el programa, fueron menores de 7 años de edad y procedentes del Distrito Metropolitano de Caracas (84 %), 39 % de las embarazadas eran adolescentes provenientes de la parroquia Antímamo en su mayoría (64 %).

La tendencia del diagnóstico nutricional en este lapso ha mostrado un incremento progresivo de la malnutrición por déficit, especialmente en los últimos 4 años con mayor afectación de los niños menores de 2 años.

El Programa de Desarrollo comunitario, ha realizado vigilancia de la situación nutricional (VSN) a 116 862 NNA de la parroquia Antímamo. En la Semana de la Alimentación Cania (SAC), 24 953 niños y adultos han sido beneficiados y en la Semana de Promoción de la Salud, se ha impactado a 34 510 personas de la comunidad. Se han realizado 22 cursos de “formación de Promotores Comunitarios de salud”, para un total de 507 personas formadas, con 14 000 familias beneficiadas de los proyectos.

En el marco del Programa Gestión del conocimiento, cerca de 1 800 alumnos han sido pasantes en CANIA o estudiantes de cátedras y diplomados, y la transferencia de conocimientos e información a estudiantes, profesionales, especialistas, pacientes y público y general, y en actividades de extensión y asesoría a terceros, ha impactado a más de 91 000 personas.

En el área de investigación, se han publicado en revistas indexadas 61 trabajos, y presentado 112 trabajos de investigación y pósters. Más de 30 publicaciones, dirigidas a profesionales de la salud nutricional y familias, se han editado, siendo el libro “Nutrición en Pediatría”, referencia nacional.

A través del Sitio web y de las redes sociales se informa sobre las áreas de acción de CANIA, sus actividades, noticias y otros temas de interés relacionados con la salud nutricional, con un impacto anual de más de 350 000 personas.

El Centro ha recibido más de 20 reconocimientos nacionales e internacionales.

Intervinieron los doctores: Mercedes López de Blanco, Lilia Cruz Rodríguez, Enriqueta Sileo, Rafael Rangel Aldao, Saúl Kizer y Aixa Müller.

Sesión Ordinaria del 30 de enero de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

1. Elección de una Invitada de Cortesía: Dra. Elvia Badell Madrid de Hernández.

2. Programa # YO por Medicina. U.C.V.” por el Dr. Héctor Arrechdera, Miembro del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Suma tu luz para vencer la sombra

Facultad de Medicina

Universidad Central de Venezuela

Dr. Héctor Arrechdera (Miembro del Consejo de la Facultad)

Dr. Aquiles Salas (Director de la Escuela de Medicina Luis Razetti)

La Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), la primera casa de estudios del país, tiene como misión proporcionar a los estudiantes de pre y posgrado las mejores

condiciones de aprendizaje que les permitan desarrollar competencias profesionales dentro de los más altos valores bioéticos y morales. Igualmente estimular en su comunidad académica la investigación, principalmente web aquellas áreas prioritarias en salud preventiva y curativa de la población venezolana.

En la actualidad, esta misión se ve interferida por la dramática situación del deterioro de las universidades nacionales, determinadas por el exiguo presupuesto asignado por el Estado que no se corresponde con las necesidades de estas instituciones.

Ante esta realidad surge una iniciativa de un grupo de profesores y miembros de la comunidad, quienes preocupados por el creciente deterioro de nuestra alma mater, ven una solución viable en un programa innovador de captación de fondos, que, empleando buenas prácticas de gerencia, se dirija a nuestros egresados, dispersos por todo el mundo, para solicitarles aportes económicos que permitan paliar algunos de los problemas más relevantes que impiden mantener una educación de calidad. De esta manera, pueden ser parte de la solución y reintegrar a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela una pequeña parte de lo mucho que ella generosamente les proporcionó.

Este programa también está dirigido a otros benefactores, empresas privadas y amigos de la Facultad de Medicina, interesados en apoyar la educación médica de excelencia en Venezuela.

“#YOPOR MEDICINAUCV Suma tu luz para vencer la sombra” es el programa, avalado por las autoridades de la Facultad de Medicina, para la captación de recursos que serán invertidos en el bienestar de estudiantes y profesores, en la recuperación de la planta física y espacios comunes de las escuelas e institutos, así como la innovación educativa, para continuar formando profesionales de la salud de calidad.

Intervinieron los doctores: Antonio Clemente Heimerdinger, Andrés Soyano López, Rafael Rangel Aldao, Andrés Octavio, Aixa Müller, Gastón Silva, Tomás Sanabria, Claudia Blandenier de Suárez y Lilia Cruz.

3. Biología Molecular de los Priones por el Dr. José A. O'Daly Carbonell

La palabra Prion se deriva de la frase “Partícula proteínica infecciosa” patógenos de las encefalopatías espongiformes infecciosas (EEI) también conocidas como enfermedades por Priones. Pertenecen a los desórdenes neurodegenerativos como enfermedad de Alzheimer (AD), enfermedad de Huntington (EH), enfermedad de Parkinson (EP) y otras enfermedades por Priones en animales y humanos.

La primera enfermedad por Prion descrita es el “Scrapie” encontrada en haciendas europeas en el siglo XVIII. El nombre inglés se deriva de scrapie debido a que los carneros se encontraron rascándose la piel por el prurito hasta lesionar la piel y hacerla sangrar. En este grupo se encuentra el Kuru (tembladera) en la población de Papua en Nueva Guinea transmitida por proteínas Prion dobladas en forma anormal produciéndose síntomas como temblor, pérdida de la coordinación y control de movimientos musculares, ataxia cerebelosa progresiva, es una EEI del SNC que al final conduce a la muerte.

La enfermedad de Creutzfeldt–Jakob (ECJ), comienza con problemas en la memoria, pobre coordinación muscular, cambios de comportamiento y disturbios visuales. Posteriormente aparecen demencia, movimientos involuntarios, ceguera, debilidad y coma. Es causado por un Prion infeccioso mal plegado que puede inducir a las proteínas prion bien plegadas a transformarse en mal plegadas que aumentarían exponencialmente produciendo gran cantidad de proteína insoluble destruyendo la función neuronal y causando la muerte celular. La mutación en el gen de la proteína Prion induce que las regiones de α -hélice se transformen en hojas β . La mayoría de los casos son espontáneos, el 7.5% heredados de un progenitor con una mutación autosómica dominante.

El síndrome Gerstmann–Sträussler–Scheinker es heredado, es otra encefalopatía espongiforme transmisible (ETT), causada por la proteína Prion PRNP altamente resistente a proteasas donde un cambio en codón 102 de prolina a leucina induce la enfermedad. El insomnio familiar fatal (IFF) comienza gradualmente y con el tiempo empeora, es otra enfermedad por Prion causada por una mutación en la proteína Prion normal

PrPC. La Prionopatía variable proteasa sensible es causada por la proteína Prion anormal PRPSC menos resistentes a proteasas con solo algunas variantes más resistentes. El fenómeno molecular crítico en las enfermedades por Priones es la transición conformacional de PrPC normal rica en hélices- α (42%) pobre en hojas- β (3%) a una estructura patógena PRPSC rica en hojas- β , de mayor estabilidad, responsables de formar agregados de fibras amiloides extracelulares y en compartimientos vesiculares intracelulares. El diagnóstico de las enfermedades por Priones es postmortem al encontrar histopatológicamente astrocitosis, muerte neuronal, espongirosis y depósitos de PrPSC patógeno. El diagnóstico definitivo es por Inmunohistoquímica o Western blot con anticuerpos contra PrP. No hay tratamientos para las enfermedades por Priones.

Intervinieron los doctores: Horacio Vanegas, Rafael Rangel Aldao, Andrés Soyano López, Peter Gunczler, Rafael Muci-Mendoza, María Eugenia Mondolfi y Leopoldo Briceño-Iragorri.

Sesión Ordinaria del 06 de febrero de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorri

1. Presentación “Resultados de la Encuesta por la Gaceta Médica de Caracas” por los Drs. Doris Perdomo de Ponce, Directora-Editora y Mariano Fernández, Invitado de Cortesía. Asesor Estadístico

Con el fin de conocer la opinión de los principales lectores de la revista Gaceta Médica de Caracas, a la cual pertenecemos como Académicos y con la excelente ayuda de nuestro Asesor Estadístico el Dr. Mariano Fernández, se consideró preparar una breve encuesta en torno a recopilar datos en relación con la calidad e interpretación de las líneas de publicación que se elaboran en la revista. El objetivo es llegar a ofrecer un mejor contenido de utilidad, obteniendo una mayor información y soporte a través de los académicos, sumados a la colaboración de los dos Comités Editoriales que asesoran la revista.

La encuesta es una técnica de recolección

de datos que se enmarca en los diseños no experimentales de investigación empírica propios de la estrategia cuantitativa, ya que permite estructurar y cuantificar los datos encontrados y generalizar los resultados a la población estudiada. La encuesta consistía en el envío de un enlace por correo electrónico de un cuestionario virtual, con una selección de preguntas sencillas y fáciles de responder en un corto tiempo, de elección múltiple y preguntas abiertas. Un aspecto de especial relevancia lo constituye la prueba piloto o pretest, por parte de los integrantes de los Comités y una vez introducidas las oportunas correcciones, se procedió a realizar la encuesta definitiva.

Entre los hallazgos más importantes, es que además de las sesiones identificadas hay elementos a mejorar e iniciar como: noticias por especialidad, preparación de videos científicos, seleccionar una de las conferencias semanales e incluir temas innovadores de la ciencia. Lo que nos permite concluir, que es el momento justo para solicitar sus colaboraciones y ofrecimientos, los cuales van a enriquecer la calidad de la revista, en la ruta trazada hacia la excelencia y será un punto de interés en las búsquedas de los profesionales de la salud.

Intervinieron los doctores: Mauricio Gohman Yahr, Harry Acquatella, Andrés Soyano López, José Antonio O'Daly Carbonell, José Ramón Poleo, Rafael Rangel Aldao, Rafael Romero Reverón, Jesús Manuel Rodríguez Ramírez, Manuel Velasco, Antonio Clemente Heimerdinger, Aixa Müller, Claudio Aouin Soulie y Lilia Cruz Rodríguez.

2. FORO: Comisión de Medicina Social y Salud Pública y Educación Médica CORONAVIRUS. PUESTA AL DÍA.

Moderadores: Drs. Antonio Clemente Heimerdinger y Saúl Peña.

Expositores: Drs. Alejandro Rísquez y Jaime Torres.

Nuevamente el mundo ha sido sorprendido por una enfermedad emergente, causada esta vez por un nuevo coronavirus (CoV), los primeros casos se presentaron en ciudadanos de la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, con antecedentes de

tener contacto con diferentes tipos de animales en un mercado de la ciudad, donde se expendían animales vivos (pollos, mariscos, serpientes y otros animales), los pacientes comenzaron a presentar infección respiratoria (neumonía) y otras complicaciones, por lo cual fue bautizada como una “neumonía por un misterioso virus” debido a las características clínicas y radiológicas, las cuales apuntaban a un origen viral, transmitido probablemente por el contacto de animales o sus productos en dicho mercado. El virus identificado el 7 de enero y ha sido denominado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 2019-NcOv (nuevo CORONAVIRUS 2019), su secuencia genética ha sido compartida por las autoridades chinas con los países para que puedan identificar el virus mediante la prueba de la Reacción de Cadena Polimerasa en tiempo real (PCR-TR) específica para el virus. Los organismos internacionales como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos han publicado guías interinas al respecto, varios países han enviado comunicados especiales a los profesionales de la salud y a la población sobre este nuevo virus. Adicionalmente, hacen un llamado a los países a estar vigilantes sobre la evolución de esta nueva enfermedad e identificar tempranamente los casos sospechosos, especialmente en personas con antecedentes de viaje a Wuhan y otras ciudades de China. Se han notificado casos importados en varios países, incluyendo Japón, Corea del Norte, Tailandia y Estados Unidos. La OMS está ejerciendo vigilancia sobre la evolución del número de casos, dependiendo de cómo progresen en el tiempo y su propagación a otros países, realizará recomendaciones al respecto. Los países y sus autoridades sanitarias deben seguirlas recomendaciones de los organismos internacionales y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre esta nueva enfermedad. Así mismo deben informar a la población para evitar angustia y temores los cuales surgen inevitablemente ante la presencia de un nuevo agente infeccioso. Esperamos que la enfermedad pueda ser controlada, no obstante, instamos a las instituciones sanitarias y a los profesionales de la salud a estar preparados.

Intervinieron los doctores: Huníades Urbina-Medina, José Ramón Poleo, Rafael Rangel Aldao, Andrés Soyano, José Antonio O´Daly Carbonell

y Aixa Müller.

Sesión Extraordinaria del 13 de febrero de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

1. Elección de un Individuo de Número. Sillón X.

Candidato: Dr. José Ramón Poleo.

2. Dividendo Voluntario para la Comunidad por los Señores Carlos Dini y Juan Ignacio Aristeguieta.

DIVIDENDO VOLUNTARIO PARA LA COMUNIDAD

Intervinieron los doctores: José Francisco y Rafael Rangel Aldao.

3. Presentación del Trabajo: Las Academias. Sinopsis histórica. Significación y Permanencia por el Académico Dr. Mauricio Goihman Yahr.

El nombre de “Academia” es de origen griego y se origina de Platón.

Las Academias como hoy las conocemos son de estirpe francesa. Richelieu crea la Academia Francesa y luego Colbert crea la Academia de Ciencias. Todas ellas tienen miembros electos por sus pares debido a los méritos que posean. Ocupan “sillones” y el nombramiento es en general vitalicio. Originalmente, y aún en gran parte, tiene “Secretarios Perpetuos”. Esto garantiza no solo su estabilidad y la importancia no sólo de lo que se lleva a cabo, sino de la forma en la cual se lleva a cabo. Razetti tomó el modelo francés y lo trajo prácticamente sin modificaciones para crear la Academia Nacional de Medicina (ANM). En el modelo francés, si bien las Academias Nacionales son gubernamentales, permanecen fuera de la actividad partidista y de la cotidianidad política. Ello no indica de modo alguno que estén fuera de las grandes pugnas filosóficas integradas en la política; ni de los principios éticos fundamentales.

Así, el colaboracionismo con los nazis estuvo presente en algunos miembros, pero estas personas

fueron luego objeto de ostracismo por parte de la mayoría. Sin embargo NO fueron destituidas al finalizar la Segunda Guerra Mundial.

Las Academias están regidas por estatutos caracterizados por la estabilidad relativa de los mismos.

Hay otro modelo, las Academias Judías. Se forman a partir de sabios expertos tanto en la Ley escrita (La Torah) como en la Ley oral, tradicional. De hecho muchos académicos construyeron y construyen interpretaciones y adaptaciones de la Ley oral.

Los principios de la organización académica anteceden en mucho al comienzo de la era cristiana. Las Academias en sí, sin embargo, se originan con la creación de la primera de ellas en Yavne, justo después de la caída del Segundo Templo y el Estado de Israel en el año 70 después de la era com'pun, Las dos Academias fundamentales, estuvieron luego en el actual Irak en Sura y Pumbedita y duraron hasta alrededor del siglo XI de la Era común. El Talmud es el resultado de esa actividad académica.

La Ley hebrea, como está escrita en el Pentateuco es, por definición, de origen divino e inalterable. Es también escueta y no aplicable literalmente, a muchas circunstancias muy posteriores. Como se concilian la necesidad de cambio y la santidad e inalterabilidad de la ley? La Ley del Pentateuco NO es una ley que se alarga o acorta como lo hace el traje femenino (al contrario de lo que expresó José Tadeo Monagas sobre las constituciones en Venezuela).

La Ley Divina NO puede cambiarse, pero si interpretarse y esa interpretación nace del CONSENSO DE LOS EXPERTOS: Es evidente que ese consenso puede cambiarse de acuerdo al tiempo y la evolución. Sin embargo, NO puede hacerse ni aceptarse sin retener el espíritu de la Ley. Tampoco puede alterarse lo que es claro y persiste vigente a través de los siglos.

Se ilustrarán estos puntos resumidos arriba y se señalará su aplicación a estructuras y situaciones como la de nuestro país y la Academia Nacional de Medicina.

Intervinieron los doctores: Rafael Rangel Aldao, Claudio Aotün Soulie, Antonio Clemente Heimerdinger y José Antonio O'Daly Carbonell.

Sesión Ordinaria del 20 de febrero de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

1. Cobertura Universal de Salud ¿Meta alcanzable en Venezuela? por el Académico Dr. Huníades Urbina Medina.

Cobertura universal de salud significa que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna a servicios integrales de salud, adecuado, oportunos, de calidad determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, cuando los necesiten y sin sufrir dificultades financieras que los empobrezcan para obtenerlos, no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. la cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios, sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Alcanzar la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

La equidad significa que cada uno recibe lo que le corresponde o lo que merece, la igualdad, en cambio, implica recibir el mismo trato sin

considerar las diferencias. Igualdad es tener los mismos derechos ante la ley; el derecho humano a la igualdad siempre va aparejado a la no discriminación.

Líneas estratégicas:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades definir el conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles, integral, de ampliación progresiva, coherente con las necesidades de salud, las capacidades del sistema, y el contexto nacional. el conjunto de prestaciones es un elemento esencial de la garantía del derecho a la salud y, por lo tanto, debe alcanzar a todas las personas por igual, independientemente de su capacidad de pago, sin diferencias de calidad y sin riesgo financiero. toma en consideración las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y presta atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad. esto requiere una adecuación de los marcos legales y regulatorios, de manera coherente con los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud.
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza en el camino hacia la cobertura universal de salud
- Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, aumentar el financiamiento público de la salud, de una manera eficiente y sustentable. un gasto público destinado a la salud de 6 % del PIB es una condición necesaria —aunque no suficiente— para reducir las inequidades en el marco de la cobertura universal de salud.
- Fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Se establece una comparación con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y se analiza la factibilidad de esta meta alcanzable para el país.

Intervinieron los doctores: Antonio Clemente Heimerdinger, Maritza Durán, Elvia Badell Madrid, Rafael Rangel Aldao y Leopoldo Briceño-Iragorry.

2. Impacto de los Medios en el desarrollo infantil por la Dra. Tamara Salmen, Pediatra – Consulta y Desarrollo. Centro Médico Docente La Trinidad.

El uso de tecnología en niños en edades cada vez más tempranas ha sido un punto de interés en diversos estudios científicos a través de los años. La Academia Americana de Pediatría desde hace más de una década ha lanzado una serie de recomendaciones sobre el uso de la misma en niños pequeños, alertando sobre posibles consecuencias negativas sobre el desarrollo infantil.

A inicios del 2019 aparecen resultados preliminares de estudios en curso, donde se asocian cambios estructurales en cerebros de adolescentes con alta exposición a pantallas a través de juegos y redes sociales.

Ese mismo año la OMS publica las pautas sobre actividad física, conducta sedentaria y sueño en niños menores de cinco años de edad, insistiendo en más ejercicio y menos tiempo de pantalla a esas edades.

Como profesionales de la salud nos corresponde orientar a los padres sobre el buen uso de la tecnología en niños a diferentes edades y alertarlos sobre la exposición indiscriminada y con tiempo ilimitado en niños menores, previniendo así posibles consecuencias negativas que pudieran presentarse en su desarrollo.

Intervinieron los doctores: Elvia Badell Madrid, Rafael Rangel Aldao, Antonio Clemente Heimerdinger, Rafael Romero Reverón, Rafael Apitz Castro, Lilia Cruz Rodríguez, José Luis Cevallos González y Leopoldo Briceño-Iragorry.

Sesión Ordinaria del 27 de febrero de 2020

Preside: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

FORO: Comisión de Puericultura y Pediatría

1. Introducción por la Dra. Enriqueta Sileo.

Una pregunta de “ rigor” expresada por los padres, en las consultas de rutina es la relacionada con el proceso de crecimiento y desarrollo del

niño y del propio adolescente. No es suficiente decirles va bien, sino que debe estar sustentado en una evaluación integral con una historia familiar y personal, además de herramientas propias que permitan dar una respuesta certera y convincente. En consecuencia es importante efectuar un diagnóstico preciso del crecimiento, la maduración y el estado nutricional con un enfoque integral en atención primaria y secundaria para efectuar un adecuado tratamiento.

Sin embargo, esta tarea no es fácil, ya que se evidencian fallas en las competencias del profesional de la salud para una adecuada evaluación, problema por la existencia de diferencias de criterios en cuanto al uso de valores de referencia y de valores límites para el diagnóstico del crecimiento, la maduración y el estado nutricional. Además, se percibe el desconocimiento del manejo de herramientas e interpretación y propuestas basadas en el análisis de las gráficas de las variables e indicadores propios para llegar a un diagnóstico acertado y proponer un plan terapéutico o preventivo. Se plantea como parte de la solución el aporte y la difusión de una herramienta para la evaluación, orientación diagnóstica y tratamiento en la atención a nivel primario y secundario de salud, representada por la Guía de Manejo Clínico (GMC).

Para su mejor comprensión se expondrán las bondades y desventajas de las diferentes referencias lo cual impone la necesidad de unificar algunos criterios la metodología y el flujograma en la evaluación del crecimiento, la maduración y el estado nutricional.

2. Importancia de unificar criterios en la evaluación del crecimiento por la Dra. Mercedes López de Blanco.

El crecimiento, la maduración y el estado nutricional son indicadores positivos de la salud y, por consiguiente, del desarrollo y progreso de una población. En el Foro del Grupo de Transición Alimentaria y Nutricional (TAN), “Transición Alimentaria y Nutricional. Entre la Desnutrición y la Obesidad”, en el marco de la LV Convención anual de ASOVAC en el año 2005, se evidenció que los principales grupos de investigación del país utilizaban diferentes valores y valores

límite para diagnosticar Enfermedades Crónicas Relacionadas con la Nutrición (ECRN) en niños y adolescentes. Esto implicaba que los resultados no eran comparables. El Grupo de TAN, decidió desarrollar un proyecto: “Consenso sobre criterios diagnósticos para la prevención y tratamiento de las enfermedades de la transición alimentaria en niños, niñas y adolescentes”, mediante la aplicación de una encuesta electrónica donde se detectó esa gran variabilidad en la utilización de las referencias y de los valores límite. Durante más de 10 años y con el apoyo de la Fundación Bengoa, la SVPP y CANIA, se dictaron 25 cursos – talleres a pediatras y otros profesionales de la salud, en diferentes regiones del país: Distrito Capital, Cojedes, Carabobo, Delta Amacuro, Falcón, Guárico, Lara, Nueva Esparta, Vargas y Zulia, la gran mayoría con respaldo de las Filiales de la SVPP. En la actualidad, se está desarrollando un curso de educación a distancia. En Venezuela se utilizan referencias nacionales derivadas del Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano y del Estudio Transversal de Caracas, así como las Curvas para Uso Clínico. También se utilizan las referencias internacionales del Estudio Multicéntrico de OMS 2006 y las de OMS 2007; así como también las del NCHS 1977 y las del CDC. El uso de referencias internacionales tiene la bondad de la comparabilidad entre las distintas poblaciones y son utilizables hasta la época prepuberal; a partir de este momento, diferencias genéticas propias de cada población dificultan su utilización, en particular en poblaciones con un ritmo de maduración temprana como es el caso de Venezuela, el cual es evidente en la dinámica del brote puberal en talla y peso, inicio de la pubertad, edad de la menarquía y en el comportamiento de la maduración ósea. La mejor capacidad predictiva del índice de masa corporal (IMC), derivado de referencias nacionales, ha sido ampliamente comprobada en diferentes trabajos. Se describen brevemente los aspectos fundamentales de crecimiento humano, tal como, el ritmo de maduración o tempo, la canalización y la predictibilidad.

3. Metodología para la evaluación del crecimiento, maduración y estado nutricional del niño y adolescente por la Dra. Mariana Mariño.

En la evaluación del crecimiento, la maduración

y el estado nutricional se debe contar con métodos estandarizados adaptados a cada nivel de atención que permitan la identificación de niños normales en riesgo o condiciones de déficit o exceso nutricional. Los métodos estandarizados de evaluación deben establecer claramente las variables mínimas indispensables que en cada área deben ser valoradas, su correcta interpretación e integración para asegurar diagnósticos correctos que conduzcan a intervenciones educativas y terapéuticas apropiadas.

En ambos niveles de atención la evaluación clínica (entrevista y examen físico) aporta la información de mayor peso, las mediciones de circunferencia cefálica, media de brazo izquierdo (CBI) y cintura así como, el peso y la talla con sus respectivos indicadores y el índice de masa corporal deben ser analizados en atención primaria, y ampliarse en la atención secundaria con la evaluación de la maduración sexual, maduración ósea, potencial en talla de los padres, predicción de talla adulta, velocidades de peso y talla y resultados bioquímicos con la intención de identificar especialmente las variables normales del crecimiento diferenciándolas de las patológicas que son las menos frecuentes. Es fundamental considerar el patrón de maduración de la población venezolana a la hora de seleccionar la población de referencia a utilizar especialmente en la edad puberal y prepuberal.

En la evaluación de los niños menores de 5 años la población de referencia recomendada es el Estudio Multicéntrico OMS 2006 y en la población niños y adolescentes mayores de 5 años y menores de 18 el Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos (conocido como Proyecto Venezuela) y los Estándares 5-19 años OMS 2007 son las poblaciones de referencia a utilizar. En la identificación de riesgo de obesidad y obesidad, la circunferencia de cintura de acuerdo a la referencia de Fernández y col. es la recomendada.

4. Uso práctico de la Guía de Manejo Clínico por el Dr. Germán Rojas.

La Guía de Manejo Clínico (GMC) se presenta como una herramienta de fácil manejo que integra la interpretación y conducta basada en el análisis de las gráficas de las variables e indicadores antropométricos y bioquímicos (que pueden ser descargados de la página web de la SVPP), con los datos clínicos y dietéticos que permiten la construcción de la orientación diagnóstica.

Los flujogramas se presentan en dos ámbitos: atención primaria y atención secundaria sanitaria, su uso apropiado permitirá al profesional de la salud, seleccionar los valores de referencia nacionales e internacionales, manejar las gráficas para hacer el diagnóstico de crecimiento con respecto al potencial genético de sus padres en talla y en relación con la población de referencia, conocer los valores límite para establecer criterios de clasificación: normal, déficit/retardo o exceso/adelanto, aplicable al seguimiento clínico o estudios poblacionales; identificar los indicadores de maduración sexual y de maduración ósea, conocer los valores de referencia nacional e internacional para la clasificación de indicadores bioquímicos (hemoglobina, ferritina, colesterol y triglicéridos) y presión arterial, identificar los aspectos dietéticos mínimos que deben ser investigados con el objeto de contribuir al diagnóstico nutricional, establecer la orientación diagnóstica y la conducta adecuada de referencia o intervención de acuerdo a cada caso.

Intervinieron los doctores: Huniades Urbina-Medina, Saúl Kizer, José Antonio O'Daly Carbonell, Lilia Cruz Rodríguez, Rafael Rangel Aldao, José Luis Cevallos González, Tomás Sanabria, Felipe Martín Piñate y José Francisco.