

Resumen de las Actas de la Academia Nacional de Medicina

Sesión extraordinaria del 17 de enero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Con motivo de cumplirse 40 años de la Cátedra de cirugía cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas (HUC), se le rindió un homenaje con palabras del Académico Harry Acquatella y el Dr. Víctor Grossman, entrega de la Medalla de la Academia Nacional de Medicina a los doctores Víctor Grossman, Miguel Ángel Ortega y Rubén Jaén Centeno (ausente), e imposiciones de Botones de la Academia, a los doctores Pedro Lizarraga, Ronald Balza e Hilda Velarde Chaparro, concedido también a los doctores Alexis Bello, Gastón Silva y Juan Pablo Izquierdo (ausentes).

En sus palabras, el Académico Harry Acquatella se refirió a la creación de la Cátedra, el 18 de diciembre de 1967, a solicitud del doctor Rubén Jaén, refrendada por el Consejo Universitario de la Universidad Central de Venezuela, el 9 de enero de 1968. Fue una de las primeras (sino la primera) de esta especialidad, perteneciente a una Facultad de Medicina. De acuerdo al ponente, la creación de este importante servicio estuvo precedida por la labor tesonera de su fundador, el doctor Jaén, cuyo interés en la cirugía vascular se demostró en 1957, cuando practicó el primer reemplazo mundial de carótida, con una prótesis de nylon en un joven de 19 años, quien tenía un aneurisma arteriovenoso, del lado derecho, secundario a una herida. Un año después, fue inaugurado el HUC y el Jefe de la Cátedra de Cirugía 3, el Dr. Hermógenes Rivero, estimuló al doctor Jaén para continuar el desarrollo de la cirugía cardiovascular. Según el ponente, el doctor Jaén realizó visitas a la Universidad de Baylor, en Houston y estableció contacto permanente con los

doctores Michael Debakey y Denton Cooley, pioneros mundiales de la cirugía cardiovascular. A su regreso, en 1958, el doctor Jaén pudo tratar un aneurisma roto de la aorta abdominal.

Posteriormente el doctor Cooley visitó nuestro país y realizó varias intervenciones.

En sus palabras, el doctor Acquatella, recordó que inicialmente la cirugía cardiovascular era practicada por los cirujanos del tórax. El desarrollo de la especialidad se hizo bajo el nombre de "cirugía cardiotorácica".

De las 8 camas iniciales se duplicó su número, durante la gestión del Dr. Antonio Parra León en el HUC. Desde 1998 se inició la cirugía de los puentes coronarios sin bomba. Entre las intervenciones más importantes realizadas están: reparación de la válvula mitral, desarrollo de la reparación de la tricúspide basada en trabajos experimentales promovidos por la misma cátedra, 80 intervenciones de la difícil operación de Bental. Es centro de referencia de la cirugía de la disección de la aorta. En la actualidad un tercio de los pacientes son de cirugía coronaria y el resto de otras patologías. Cada residente ejecuta unas 120 intervenciones al año.

En su exposición el doctor Víctor Grossman recordó que la cirugía cardíaca "a corazón abierto" comenzó en 1953 con la utilización del aparato de Gibbon para cerrar con éxito la comunicación interauricular. Para la época ya había mucho interés por los cirujanos del tórax por el tratamiento de las anomalías congénitas del corazón y de los grandes vasos, gracias a la anastomosis de subclavia pulmonar realizada por Blalock y la resección exitosa de la coartación de la aorta llevada a cabo por Robert Gross.

Estos avances estimularon los cirujanos venezolanos a iniciarse en la cirugía vascular

experimental y humana y a pensar en la creación de una cátedra. Según Grossman, al comienzo la idea tuvo mucha oposición, pues los cirujanos generales debían dominar todos los campos y por otra parte, los cirujanos del tórax se resistían a dejar en otras manos un órgano que “estaba dentro del tórax”. Fueron necesarias muchas gestiones ante el Consejo Universitario, las que contaron con el apoyo decidido del doctor Parra León. Tal vez por las mismas razones no existía una cátedra similar en el mundo y fue después de 1968 que empezaron a crearse en otras partes, hasta imponerse la especialidad.

A partir de la fundación el trabajo acumulado era enorme: miles de cardiopatías congénitas y adquiridas. En 1971 surgió la cirugía coronaria. Según el ponente, el número de operados a “corazón abierto” llegó a más de 3 000 en 1976 y hoy alcanza a 5 700. Por otra parte fueron intervenidos miles de enfermos con lesiones aórticas y de las arterias periféricas. El 29 de marzo de 1976, la Academia Nacional de Medicina felicitó por escrito, previo informe de una comisión, a los cirujanos de la cátedra.

Sesión ordinaria del 24 de enero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Por mayoría fue aprobada la propuesta del Académico Otto Lima Gómez, de designar provisionalmente al Académico Rafael Muci-Mendoza, en el cargo vacante dejado por el Académico Pedro Manrique Lander, en la Comisión de Credenciales.

Presentación de la Perla de investigación científica “A propósito de los 80 años del descubrimiento de la angiografía cerebral por Egaz Moniz”, por el Académico Abraham Krivoy. De acuerdo al expositor, en 1936 Antonio Gaetano de Abreu Freire Egaz Moniz, publicó el procedimiento quirúrgico de la leucotomía prefrontal, como tratamiento radical de las enfermedades mentales. En 1949, el Comité del Premio Nobel le concedió el reconocimiento en fisiología y medicina, que compartió con el neurólogo suizo, Walter Rudolf Hess, por sus aportes al conocimiento de la organización funcional del diencefalo. Como es reconocido, la mayor contribución en este campo es de Moniz, en especial por el descubrimiento y desarrollo de la angiografía cerebral en 1927, por lo que aún persisten las interrogantes de esta probable injusta decisión.

Conferencia “Introducción al arte pictórico ruso.

La Galería Tretiakov”, por el Académico Juan José Puigbó.

De acuerdo al ponente, el objetivo principal es dar mayor divulgación al arte pictórico ruso, poco conocido en nuestro país. El trabajo se centra en la Galería Tretiakov, muy importante en la Unión Soviética y en el mundo por ofrecer una visión panorámica sobre el arte ruso.

El expositor realizó consideraciones generales sobre los orígenes del arte pictórico ruso, en especial, en el campo de los magníficos íconos, colección que es la más bella y completa de todo el país por la cantidad de los grandes artistas reconocidos que la integran. Realizó una síntesis de la evolución de la pintura rusa, destacando la importancia de las denominadas “reformas petrinas” y de la fundación de la “Academia de las artes”, en el desarrollo cultural y artístico de Rusia. Efectuó una detallada enumeración de los magníficos monumentos que se encuentran dentro del Kremlin y de las maravillosas obras de arte que reexhiben en este recinto.

En la primera parte se expuso el arte ruso antiguo y la obra de las diferentes escuelas, así como de los artistas sobresalientes de la época. En la segunda parte desarrolló la descripción del arte ruso de los siglos VIII, XIX y XX, siguiendo la clasificación en los siguientes géneros: religioso, retratista e histórico.

Según el autor, en los comienzos del siglo XX el arte ruso alcanza un notable grado de desarrollo y sobresale por la diversidad y complejidad de las búsquedas estéticas. Surge el vanguardismo ruso. Con la instalación de la nueva república socialista, emerge el arte soviético que impone una nueva orientación al arte ruso y se enmarca dentro de un sistema político rígido.

Intervinieron los doctores Myriam Arcano Torres, Felipe Martín Piñate y Oscar Rodríguez Grimán.

Sesión ordinaria del 31 de enero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Exposición de la conferencia “Mi experiencia sobre el Himalaya”, por el Dr. Carlos Calderas Daal, presentado por el Académico Leopoldo Briceño-Iragorry.

Según el expositor, el 23 de mayo de 2001, los venezolanos Marcos Tobía y José Antonio Delgado (†), miembros de la agrupación Proyecto Cumbre, lograron colocar por primera vez la bandera de

Venezuela en el punto más alto del planeta, la cumbre del monte Everest a 8 848 msnm, marcando un hito en la historia deportiva del país.

En 1991, luego de haber realizado numerosas ascensiones en los Andes, el montañismo venezolano da un salto adelante y logra organizar tres expediciones al continente asiático: al Pamir en la antigua Unión Soviética, al pico Pumori en el Himalaya y al *Broad Peak* en el Karakorum. El expositor por ser médico, dice haber tenido la suerte de participar desde los inicios en la organización de la expedición al Pumori y ser el jefe de la expedición al Pamir.

Después de la primera incursión en el Himalaya, la motivación fue en aumento y se decidió intentar en el año 1993 la cumbre del Ama Dablam, escalada mágica donde el grupo se consolidó, por lo que se atrevieron plantearse el ascenso de uno de los grandes colosos del Himalaya, una de las catorce montañas que superan los “ocho mil” metros de altura. En 1996, ya constituidos como Proyecto Cumbre, intentaron ascender la cumbre del Daulaguri, sin éxito.

Posteriormente, con un plan a largo plazo y con el soporte de un equipo de patrocinantes que apoyó la idea, se plantearon proyectos de expediciones que les permitiera desarrollar las condiciones y experiencia para ascender a la cumbre más alta del planeta, la del Everest. Luego de muchos preparativos, en la primavera de 2001, se adentraron en el Tíbet para ascender al Everest por su arista norte. Luego de 2 meses de expedición, 2 miembros de la expedición lograron ascender y descender de la cumbre, exitosamente.

El logro no obedeció a un esfuerzo puntual o individual. Fue la consecuencia del esfuerzo continuo de un grupo de venezolanos, que a lo largo de más de 20 años se atrevió a soñar en grande, a romper esquemas, a luchar por sus objetivos, a vencer los obstáculos y anteponer los intereses del colectivo a los del individuo.

El expositor reconoció que sus oficios de médico y montañista han sido en ocasiones difíciles de conciliar, pero en muchos han sido complementarios. Desde la escuela de medicina, cada paro universitario representaba una oportunidad para ir a la montaña. Cuando era médico en el hospital de Río Chico fue invitado a participar como médico y escalador en la expedición al Pumori, donde comenzó a entrenarse en el mundo de la medicina de montaña.

En los 17 años que lleva como “médico de la expedición”, ha tenido que enfrentar situaciones

médicas de emergencia en lugares remotos y de difícil acceso, no sólo enfermedades traumáticas, sino afecciones propias de la altura y de ambientes hostiles, como edema cerebral de altura, edema pulmonar de grandes alturas y congelamientos. Sin embargo, la mayor de las dificultades deriva de la responsabilidad médica de retirar a un compañero de la expedición. Otro aspecto de profunda reflexión ha sido la necesidad de anteponer la salud de un enfermo a la ambición personal de llegar a la cumbre.

Intervinieron los doctores Claudio Aöun S., Juan José Puigbó, Abraham Krivoy, Francisco Miranda Ruiz y Myriam Marcano Torres

En el derecho de palabra, el Dr. Saúl Krivoy planteó la grave problemática de la fuga de talentos venezolanos y la escasez de médicos en los hospitales para residencias y posgrados.

Sesión extraordinaria del 7 de febrero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Presentación del informe semestral de tesorería, julio-diciembre de 2007, por parte del Académico Oscar Rodríguez Grimán, el cual fue aprobado por unanimidad.

Lectura de la versión final de la “Declaración universal de bioética y derechos humanos de la UNESCO”, por el Dr. Gabriel d’Empaire, presentado por el Académico Leopoldo Briceño-Iragorry.

En el año 2003, la Asamblea General de la UNESCO, en su sesión 32, consideró solicitar a su director general, la redacción de una declaración sobre normas universales de bioética, estableciendo en la oportunidad lo siguiente: “Considerando oportuno y deseable establecer estándares universales en el campo de la bioética en relación con el respeto a la dignidad humana, derechos humanos y libertades, en el espíritu del pluralismo cultural inherente en bioética, invita al director general a continuar el trabajo preparatorio para una declaración en normas universales en bioética, sosteniendo consultas con los Estados Miembros, otras organizaciones internacionales interesadas y con cuerpos nacionales relevantes, y someter un borrador de declaración a la trigésima tercera sesión”.

La redacción de esta declaración quedó a cargo del Comité internacional de bioética (CIB), creado en 1993 e integrado por 36 expertos, el cual para

el momento ya había producido dos importantes documentos: la declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos, aprobada por la Asamblea general de la UNESCO en 1997 y por las diferentes instituciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1998 y la declaración internacional sobre datos genéticos, aprobada por la UNESCO en 2001.

El proyecto denominado “Hacia una declaración en bioética”, se inició con un cuestionario enviado a todos los países miembros, seguido de una primera reunión de consultas, realizada en abril de 2004. En esta reunión diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, presentaron sus opiniones y sugerencias. A partir de este momento el CIB inició su trabajo, el cual culminó en enero de 2005. Durante ese período se realizaron diferentes consultas con el Comité intergubernamental de bioética (CIGB), con representantes de la ONU y con diferentes estados.

Una vez culminado el proyecto definitivo, por parte del CIB, el mismo fue sometido nuevamente al CIGB y dos reuniones de expertos de los estados miembros de la UNESCO. De estas reuniones surgió un documento final que fue sometido a la Asamblea general y aprobado por aclamación en octubre de 2005.

Si bien existen varias declaraciones de principios en el campo de la bioética, entre las cuales podemos citar, entre las más relevantes, la declaración de Helsinki y la de Oviedo, solamente la que nos ocupa y las mencionadas anteriormente (genoma humano, datos genéticos y responsabilidades de las generaciones actuales para las generaciones futuras), han sido aprobadas por la Conferencia general de la UNESCO, órgano supremo de un organismo de la ONU. Estas cuatro declaraciones constituyen un marco de referencia de extraordinaria relevancia en el campo de la bioética y las de mayor jerarquía en términos de aprobación institucional.

El ponente se refirió luego al alcance del Artículo 1, que abarca un amplio espectro de los problemas relacionados con la bioética:

La declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, tomando en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

La declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones y prácticas de individuos, grupos,

comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

Algunos de los temas tratados son: el respeto a la dignidad humana y a los derechos humanos en relación con el uso de la biotecnología. La búsqueda del máximo beneficio que se le pueda proporcionar al enfermo con el uso de las nuevas técnicas, reduciendo a la vez los riesgos. La atención médica de calidad. La igualdad y equidad en el acceso a la salud. La responsabilidad social, la solidaridad y la cooperación. La disponibilidad equitativa de nuevas tecnologías dentro de un esquema sustentable.

Otros temas son: el respeto a la libertad individual del ser humano. El respeto a los derechos fundamentales en la investigación de los seres humanos. La necesidad de evitar las consecuencias negativas de uso de la biotecnología en la sociedad actual y en las generaciones futuras.

La declaración universal de bioética y derechos humanos surge como expresión de una nueva realidad que requiere el establecimiento de referentes morales de actuación, a partir de los cuales, deben derivarse legislaciones que respetando las diferencias culturales e ideológicas, se enmarquen dentro de estos referentes, y de esta forma, sirvan de instrumentos para facilitar el camino hacia la búsqueda de la justicia, la equidad y el bien común.

En su estructura, la declaración, ratifica una serie de derechos y principios ya establecidos, pero en este caso, orientados a un nuevo contexto surgido de la aplicación de la biotecnología. De esta forma, amplía el contenido material de derechos previamente reconocidos en la declaración universal de derechos humanos, como el derecho a la integridad física, a la salud, a la libertad, a la vida, etc., refiriéndolos a temas específicos como el derecho de los enfermos a la información y a las decisiones en relación con su salud, el derecho a participar o no en la investigación clínica, el derecho a la atención médica de calidad, etc.

De esta forma se abre el espectro de principios y derechos que hoy constituyen los referentes que deben guiar la actuación de la humanidad ante la realidad del siglo XXI.

A la vez, anexa nuevos principios como la solidaridad, lo cooperación, la responsabilidad individual y social, la calidad de atención, etc., como parte de una dinámica que exige cambios que se adapten a la nueva realidad. Nueva realidad que plantea enormes beneficios a la humanidad y a

la vez enormes riesgos que deben ser analizados y considerados.

Esta declaración está dirigida a los Estados, con el fin de que produzcan legislaciones, políticas y otros instrumentos necesarios en el campo de la bioética, pero además está dirigida a instituciones, organizaciones y personas, a fin de ayudarlos a la interpretación y resolución de problemas específicos en el campo de la bioética.

Concluyó el ponente señalando que el objetivo de esta presentación fue hacer un análisis de la declaración, desde el punto de vista de su aplicación en el campo de la medicina, en un intento de contrastar la normativa propuesta con problemas concretos de la medicina actual, pues sólo del análisis de la realidad se puede derivar la deliberación necesaria para la búsqueda de mecanismos que permitan aproximar esta realidad al deber ser.

Intervinieron los doctores Oscar Rodríguez Grimán, José A Ravelo Celis, Felipe Martín Piñate, Alfredo Díaz Bruzual, Huniades Urbina, Claudio Aöun S., Otto Rodríguez Armas, José M. Avilán Rovira, Ítalo Marsiglia y Antonio Clemente H.

A continuación la Comisión de Educación Médica y Currículo, constituida por José A. Puchi Ferrer y Antonio Clemente, presentó su informe y la Red de Sociedades científicas y médicas venezolanas, representada por los doctores Enrique López Loyo y Trina Navas, presidente y secretaria general, presentaron el comunicado sobre la salud venezolana actual, de fecha 29/01/2008.

Sesión ordinaria del 14 de febrero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

En el derecho de palabra, la Académica Myriam Marcano Torres, Presidenta del Comité científico del XVI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “Dr. Guillermo Mujica Sevilla”, presentó un informe sobre los problemas que confronta para la realización del evento, interviniendo los doctores Alfredo Díaz Bruzual, Oscar Rodríguez Grimán y Juan Yabur.

Presentación de la Perla humanística “El museo Dorsay de París”, por el Académico Rafael Cordero Moreno, ilustrada con interesantes diapositivas con las obras de varios pintores franceses expuestas en este museo, tales como Manet, Pizarro, Gaugin, Rendir y Monet.

Presentación del trabajo “El arte del Barroco.

Barroco peruano VI, primera parte. Culturas indígenas prehispánicas”, por el Académico José Enrique López.

El autor presentó un detallado análisis de las características de las culturas indígenas más importantes, que florecieron en el Perú antes de la llegada de los españoles, durante los denominados períodos formativo o arcaico, estados regionales tempranos, horizonte medio, estados regionales tardíos hasta el Tahuantinsuyo, en el imperio inca.

En los primeros tiempos se sucedieron una serie de tradiciones culturales que originaron confederaciones, reinos e imperios durante casi 40 siglos. Se refirió en especial a las culturas Paracas y Pucará, la primera famosa por sus mantos bordados multicolores y la segunda por la implementación de cultivos en las frías planicies de los altos andinos. A estas siguieron las culturas Nazca, Mochica, Vicus y Sicán, alcanzando la primera un gran desarrollo urbanístico e hidráulico, de las que permanecen las misteriosas “líneas de Nazca”, posiblemente un gigantesco calendario astrológico. En el horizonte medio se desarrollaron Huari y Tiahuanaco, con terrazas para cultivar en las montañas, grandes redes de caminos, arquitectura en piedra y el establecimiento de un sistema político confederado sustentado en redes comerciales.

En los estados regionales tardíos sobresale la cultura Chimú, heredera de los Moche, donde se construyó una gran ciudad de barro que llegaría a ser la más grande del sub continente: Chan Chan.

El centro del imperio fue la ciudad de Cuzco (“ombligo del mundo”), en el Valle Sagrado del Urubamba. El imperio se sostuvo en la reciprocidad con las comunidades incorporadas. Redistribuyó con eficiencia la producción de los diferentes ecosistemas que conforman la geografía andina, no apta para el monocultivo extensivo. Para ello potenció la red de caminos, entre ellos el “gran camino inca”, obra mayor de la ingeniería caminera en América, que llegaba hasta el sur de Colombia y el centro de Chile y Argentina.

Se conservan en esos territorios excepcionales testimonios arquitectónicos en piedra, en centros administrativos y monumentos a los dioses. El más famoso y espectacular es sin duda la ciudadela de Machu Picchu, con ubicación retirada del Cuzco, lo que habría permitido servir de refugio a las élites cuzqueñas a la llegada de los conquistadores españoles.

Intervinieron los doctores Oscar Rodríguez

Grimán, Juan José Puigbó y Felipe Martín Piñate.

Sesión ordinaria del 21 de febrero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Perla humanística: “Historia de un alimento popular” por el Académico Francisco Miranda Ruiz, donde relata el origen y el desarrollo de las industrias de W.K. Kellogg, a base de maíz en forma de hojuelas (*corn flakes*).

Presentación del trabajo “El icono de la medicina. Una o dos serpientes sagradas”, por el Académico Harry Acquatella.

El expositor motivó su presentación refiriendo que en muchas instituciones médicas el símbolo utilizado es una serpiente única arrollada a lo largo de un bastón de cedro, pero en otras observamos dos serpientes arrolladas a lo largo de un bastón mágico o caduceo. ¿Cuál de las dos representaciones es el verdadero símbolo médico?

El primero, tallo de Asclepio o Esculapio, es el utilizado por la mayor parte de las asociaciones médicas alrededor del mundo, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, que algunos consideran el “correcto”. El autor realizó un pormenorizado recuento de la historia de Asclepio, hijo del dios Apolo y la ninfa Coronis. Médico de grandes cualidades practicó en Grecia, alrededor del 1200 a.C. A través del mito y la leyenda fue adorado como “dios de la curación”.

El segundo símbolo es el caduceo de Hermes (Mercurio), utilizado por varias organizaciones comerciales o militares. En el recuento histórico realizado por el autor, Mercurio es uno de los dioses del Olimpo, hijo de Zeus con la ninfa Maia. Es el dios de los viajes, comerciantes, ladrones, de las medidas y los pesos, de la oratoria, de la literatura, del atletismo y de las artes ocultas como la alquimia.

Desde el siglo XVI editoriales de libros médicos utilizaron el símbolo del bastón de Mercurio con las dos serpientes para ilustrar los opuestos: el bien y el mal, la enfermedad y la salud, etc. El caduceo de Hermes fue adoptado en 1902 por el Cuerpo médico de la armada de Estados Unidos como símbolo que agrupaba a los médicos militares.

Como conclusión, mientras el signo de Asclepio tiene una herencia que trasciende más de 2000 años, el caduceo de Hermes como símbolo médico

popular es más reciente. Ambos simbolizan aspectos diferentes del arte médico. Asclepio es tradicional, el de Mercurio representa el mundo de los opuestos.

Intervinieron los doctores Ítalo Marsiglia, Juan José Puigbó, Otto Rodríguez Armas, Felipe Martín Piñate y Miguel Zerpa Zafrané.

Sesión ordinaria del 28 de febrero de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Reunión conjunta con la Sociedad venezolana de geriatría y gerontología representada por los doctores Jesús E. Mazzei Berti y Rodrigo Quintero Molina.

El doctor Mazzei dedicó su exposición a las consecuencias psiquiátricas posquirúrgicas en el longevo. En el adulto mayor, al contrario del joven, la mayoría de sus capacidades funcionales tanto físicas como mentales van disminuyendo, por lo que después de un acto quirúrgico pueden agravarse, ocasionando problemas en sus consecuencias y atención.

Según el ponente, el paciente geriátrico cuando ingresa a una cirugía, muchas veces rechaza estos procedimientos por diversos temores asociados a su vulnerabilidad física y mental, resultando su entorno socio-familiar un factor clave en la toma de decisiones y en el período de recuperación. Ante estas diferentes y complejas maneras de reacción del geronte, es necesario que el equipo tratante conozca a profundidad las repercusiones emocionales asociadas (depresión, ansiedad, delirio).

Entre las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el anciano están la implementación de *by pass* por infartos coronarios, angioplastia coronaria transluminal, principalmente. Otras cirugías de relevancia serían las tumorales, traumatológicas y digestivas, entre otras. Un factor clave es la anestesia, sobre todo las del grupo halotano, que pueden causar hipoxia y confusión.

El adulto mayor es sensible, en general, a muchas patologías y por tanto, en un acto quirúrgico es de vital importancia.

El doctor Quintero versó su ponencia a la vivencia con el avance de la edad. Para el autor vivencias son experiencias, que se adquieren desde el nacimiento hasta la muerte. Son cambios biológicos, morfológicos, sociales y humanísticos. La evolución del ser humano no se detiene.

Según el expositor el aumento poblacional de ese

grupo etario y los adelantos científicos y sociales, hacen que el criterio ante la tercera edad se vaya modificando. Con el avance de la edad los cambios físicos y sociales generan angustias (inactividad y soledad). Como el ser humano conserva sus facultades vitales muchos años, más mientras mantenga su actividad de trabajo, sexo, afecto, sea útil a quienes lo rodean y tenga la capacidad de continuar realizándose en la vida.

La soledad acelera el proceso de envejecimiento. Se llega a viejo con la creencia de ser rodeados de cariño, afecto, amor y respeto y al no suceder esto, como es la regla general, sobrevienen las grandes depresiones y frustraciones. La desintegración actual de los núcleos familiares, donde se abandonan a sus “viejos padres” los obliga a buscar refugio en la soledad. Con el envejecimiento por ley se los jubila y pensiona con sumas irrisorias, que los limita económicamente. Por las experiencias vividas el anciano se vuelve moralista frente a los cambios comparando como tiempos pasados fueron mejores. En la mujer, que tradicionalmente ha sido el centro de convivencia de los núcleos familiares, esos cambios van a repercutir menos porque sigue realizándose en sus tareas habituales.

De acuerdo al autor, al llegar a viejos nos volvemos avaros, posesivos de nuestras pertenencias, ambiciosos de dinero. Las experiencias en relación a la sexualidad están latentes y no podemos pensarlo abstraídos de esas “vivencias placenteras”. Otra vivencia que consume el tiempo del anciano, pero meditando en silencio, es lo relativo a la muerte, en la cual piensa insistentemente. La niega, la analiza, trata de escudriñarla, por su mente pasa el reencuentro de sus seres queridos y amigos fallecidos, hace conjeturas que su ausencia física ocasionaría. Pero en lo más escondido de su ser no la desea ni la acepta, tan solo se resigna.

Concluyó expresando que “la vejez son vivencias y experiencias, que tan solo se adquieren aprendiendo a ser viejos”

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Claudio Añun S., Oscar Rodríguez Grimán, Juan José Puigbó, Otro Rodríguez Armas, José A. Ravelo Celis, Antonio Clemente H., Doris Perdomo de Ponce, Berardo López Moreno e Ítalo Marsiglia.

Sesión extraordinaria del 6 de marzo de 2008

Preside: Dr. José Enrique Lòpez

Homenaje con motivo del centenario de su nacimiento a los Académicos Leopoldo Briceño Iragorry, José Antonio O’Daly Sierraille, Pedro B. Castro, Ernesto Vizcarrondo y Raúl Soulés Baldó.

Los oradores de orden, fueron respectivamente, los Académicos Carlos A. Hernández H., José A. Ravelo Celis, Abraham Krivoy, Ladimiro Espinoza León y Leopoldo Briceño-Iragorry, hijo.

Sesión ordinaria del 13 de marzo de 2008

Preside: Dr. José Enrique Lòpez

Reunión conjunta con la Sociedad venezolana de infectología, representada por los doctores María Eugenia Landaeta, Rafael Napoleón Guevara, Lisbeth Aurenty y Rosa María Khalil Bittar.

El doctor Guevara disertó sobre “Sida: veinticinco años después”, recordando la publicación en el *Morbidity and mortality weekly report*, de 1981, de una rara infección pulmonar en jóvenes homosexuales de Los Ángeles, California, provocada por el *Pneumocystis carini* (hoy llamado *P. jirovenci*), quienes presentaban una inversión en la relación de sus linfocitos TCD4/CD8. Lo que entonces parecían unos casos clínicos aislados se ha convertido en una de las peores pandemias que ha azotado a la humanidad, provocando millones de muertes alrededor del mundo, sin respetar sexo, etnia, religión o clases sociales.

Según el informe anual de la situación epidémica del Sida, de diciembre de 2007 por ONU-SIDA, se estima que para finales de ese año en el mundo se encontraban viviendo con la infección entre 30,6 y 36,1 millones de personas, que en ese año se habían infectado entre 1,8 y 4,1 millones de personas y que habían muerto entre 1,9 y 2,4 millones de personas. Resaltó el ponente, que por primera vez desde que estos informes se están publicando, se observó una reducción del 16,5% del número total de casos, en relación con 2006, debido a una metodología más eficiente para las estimaciones, además de la percepción de una reducción de casos nuevos en algunos países del África Sub-Sahariana, que es la región del mundo más afectada por esta pandemia. Según el ponente, sin embargo, la gravedad de la pandemia no ha variado mucho y persiste como un gravísimo problema de salud pública global.

Explicó que el virus de la inmunodeficiencia humana es un retrovirus, que posee una enzima transcriptasa “inversa” que le permite transcribir su

RNA a DNA y que las células blanco son los linfocitos T CD4. Se han descrito diferentes receptores y co-receptores a nivel del linfocito y los diferentes pasos de su replicación dentro de la célula lo que ha permitido desarrollar drogas eficientes para bloquear su penetración e impedir el ciclo de replicación. La historia natural de la enfermedad se conoce cada vez mejor: se ha desechado el período de latencia y hoy día se acepta que el virus se replica de forma continua provocando una destrucción progresiva de los linfocitos TCD4. En cuanto al origen se ha logrado precisar que se trata de una zoonosis, que de algunas especies de monos pasó al ser humano.

Describió los progresos del tratamiento. Desde mediados de los 90 se ha transformado en una enfermedad crónica médicamente manejable con la combinación de tres anti-retrovirales de alta efectividad, demostrada por la drástica reducción de la mortalidad cuando se tiene acceso al tratamiento correcto. Así, mientras para mediados de los 90 era la primera causa de muerte entre hombres de 20 a 40 años, ha pasado a ser la décima y de un 30 % de probabilidades de transmisión de la embarazada infectada al recién nacido, ha descendido al 2 %.

Al respecto informó que en el país el tratamiento es universal y gratuito y según la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud, lo reciben el 90 % de quienes lo requieren.

En cuanto a la prevención, informó que todavía no se dispone de una vacuna. Además de la prevención de la transmisión de la madre al recién nacido ya citada, se ha demostrado que la circuncisión disminuye la tasa de transmisión y parecen promisorios los resultados de ensayos de tratamientos farmacológicos profilácticos previos a la exposición.

Como conclusión expresó que a pesar de los avances en el conocimiento de la enfermedad y la existencia de la terapia efectiva, hay un mayor número personas que se enferman y sobreviven más tiempo, lo cual aumenta las probabilidades de adquirir la infección en quienes no tienen la suficiente información.

La doctora Aurenty habló sobre “Héroes en control de infecciones: desde Hipócrates hasta la actualidad”, relatando la contribución de Pasteur, Koch, Lister, Florence Nightingale y otros, en la reducción de las enfermedades transmisibles a los seres humanos, mediante una serie de procedimientos, sin olvidar la educación de los familiares, pacientes y el personal de salud

La doctora Khalil expuso el tema “Actualización en resistencia bacteriana”, comenzando por expresar que la variabilidad genética es imprescindible para que se produzca la evolución microbiológica de las bacterias. Los fármacos antimicrobianos ejercen presión selectiva sobre las poblaciones bacterianas, las cuales favorecen a los microorganismos capaces de resistirla.

Según la ponente, la resistencia puede ocurrir en tres niveles:

1. Pueden producirse mutaciones puntuales: cambio microevolutivo que es la causa principal de las conocidas B-lactamasas.
2. Puede producirse un cambio macroevolutivo, el cual resulta en reorganización a escala global de grandes segmentos de ADN, denominados transposones o secuencias de inserción.
3. Adquisición de ADN externo mediado por plásmidos, bacteriófagos, secuencias simples de ADN o elementos genéticos susceptibles de transposición.

Los mecanismos de resistencia antibiótica pueden ser por inhibición enzimática, la cual puede producirse por: B-lactamasas, enzimas modificadoras y de resistencia a los aminoglicósidos, cloranfenicol-acetiltransferasa y enzimas inactivadoras de macrólidos, lincosamina y estreptogramina.

Otros mecanismos son: disminución de la permeabilidad de las membranas bacterianas, estimulación del bombeo de antibióticos, alteración de los objetivos ribosómicos o alteraciones de los precursores diana de la pared celular, alteración de los objetivos enzimáticos o por protección del sitio diana.

Intervinieron los doctores Claudio Aöun S., Felipe Martín Piñate, Oscar Rodríguez Grimán, Víctor Ruesta, Rafael Muci-Mendoza, Juan José Puigbó, Ítalo Marsiglia y Berarde López Moreno.

**El 20 de marzo no hubo sesión por ser
Jueves Santo**

**Sesión extraordinaria del 27 de marzo de
2008**

Preside: Dr. José Enrique López

Juramentación del Dr. Rafael Rosales Acero,

como Miembro Correspondiente Nacional, Puesto N° 14 e incorporación con el trabajo “Un centro de especialidad pediátrica en el Occidente del país”.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Abraham Krivoy, Huniades Urbina, Francisco Miranda Ruiz, Rafael Arteaga, José Francisco y Claudio Aöun S.

Sesión extraordinaria del 3 de abril de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Presentación del trabajo de incorporación para ocupar el Sillón XXXVIII de Individuo de Número del Dr. Abraham Krivoy O., titulado “Escalera histórica de la neurocirugía pediátrica venezolana” y lectura del juicio crítico por el Académico Julio Borges Iturriza.

El ponente dividió la presentación de los hitos históricos de la evolución de la neurocirugía pediátrica en Venezuela, en tres etapas:

Etapas I: comprendida desde el interés de nuestros aborígenes por deformar cráneos de niños, actividad de la cual hay testimonios estudiados por nuestros antropólogos, hasta la creación del posgrado universitario de la neurocirugía pediátrica.

Etapas II: creación y desarrollo del posgrado universitario de neurocirugía pediátrica con sede en el Hospital de Niños “J M de los Ríos”, de Caracas y su reconocimiento por el Consejo Nacional de Universidades el 1° de enero de 1980 hasta nuestros días.

Etapas III: creación de la Sociedad venezolana de neurocirugía pediátrica el 9 de febrero de 2004.

Juicio crítico

Según el Académico Julio Borges, “Al intentar hacer el juicio crítico del trabajo de incorporación del Dr. Abraham Krivoy y tratar de valorar su labor en conjunto, resalta a primera vista el esfuerzo por él mantenido, a lo largo de muchos años, venciendo obstáculos de toda índole, lo que hizo posible lograr su objetivo central, cual era desarrollar y consolidar en nuestro medio la especialidad de la neurocirugía en pediatría. Decir que ha vivido la neurocirugía como objetivo de vida resumiría su incansable labor”.

Según el doctor Borges “La neurología en sus primeras etapas permaneció unida a la psiquiatría. En 1940, el Rector Antonio José Castillo, hizo posible la creación de la cátedra de neurología y psiquiatría, con sede en el Hospital Psiquiátrico, siendo su

primer jefe el Dr. Ricardo Álvarez. Recién finalizada su especialización en Francia, el doctor Pedro B. Castro ingresó a dicha cátedra y desde entonces con verdadera pasión, dedica todo su afán al progreso de la neurología y logra en 1958 la creación de la cátedra de clínica neurológica.”

“En lo que respecta a la neurocirugía — acota el Dr. Borges — una fecha digna de destacar es el año 1945 cuando se funda en el Hospital Vargas de Caracas, el servicio de neurocirugía, a cargo del Dr. León Mir. En 1950 pasa a regentarlo el doctor Arminio Martínez Niochet y luego los doctores Rafael Castillo y Alberto Martínez Coll. Los servicios de neurología y neurocirugía se mantuvieron siempre unidos en la antigua cátedra de clínica neurológica hasta que en 1958, se creó la cátedra de neurocirugía, ocupando la jefatura el Académico Rafael Castillo”.

Continúa el doctor Borges: “Es de justicia reconocer a los doctores Arminio Martínez Niochet, Rafael Castillo y Alberto Martínez Coll, como los pioneros de la neurocirugía en Venezuela. Con ellos se inició el doctor Krivoy desde su época de estudiante y con ellos logró su ascenso dentro de la especialidad, ocupando más tarde la jefatura del servicio en el Hospital Universitario de Caracas.”

Más adelante agrega: “Desde el inicio de su carrera, el Dr. Krivoy mostró especial interés por los aspectos pediátricos de la neurocirugía. Como él mismo señala, la neurocirugía pediátrica no es simplemente aplicar las técnicas conocidas en el tratamiento quirúrgico en la población infantil. La parte verdaderamente difícil y la más importante es lograr la conformación de un equipo multidisciplinario que sea capaz de comprender adecuadamente la fisiología y la fisiopatología del niño para enfrentar adecuadamente los problemas que plantea el niño enfermo con estas patologías.”

(...) Paralelamente a este crecimiento formal de la especialidad, el Dr. Krivoy dedica especial empeño en perfeccionar técnicas neuroquirúrgicas y trata en lo posible cumplir con la labor asistencial de su servicio. Entre sus principales contribuciones en el desarrollo de la especialidad, caben destacar la primera intervención de craneostenosis en el Hospital de Niños, mostrando su especial interés en el tratamiento de la hidrocefalia y de las malformaciones congénitas craneales. También realizó la primera derivación sinusal en un niño, la primera callosotomía pediátrica en un caso de estatus epiléptico refractario a tratamiento médico y la colocación del primer marcapaso vagal pediátrico en zona cervical por dolor neuropático. No podemos

RESUMEN DE LAS ACTAS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

dejar de señalar que esta extensa actividad del doctor Krivoy, a lo largo de muchos años, que hemos tratado de resumir parcialmente quedaría incompleta si no resaltamos el esfuerzo titánico que debió realizar para lograr sus objetivos”.

No quiso terminar el doctor Borges su juicio sin mencionar el grave problema actual de la atención neuroquirúrgica debido a los trabajos de remodelación del Hospital “J M de los Ríos” que obligaron a suspender las intervenciones, originando una crisis asistencial en la neurología pediátrica con repercusión nacional. “Treinta años después de la fundación del servicio, es doloroso reconocer que las dificultades para proveer una adecuada asistencia neuroquirúrgica persiste tanto en adultos como en niños”.

Finaliza expresando: “Lamentablemente, soluciones verdaderamente efectivas no se han concretado y desgraciadamente a pesar de todo su esfuerzo y dedicación, hay que reconocer que por razones ajenas a su voluntad la labor del Dr. Krivoy está incompleta. Según me ha manifestado estaría gustosamente dispuesto a aportar su experiencia y reconocido entusiasmo para asesorar cualquier iniciativa destinada a modificar, lo menos en parte, la grave situación que confrontamos hoy día.”

La sesión del 10 de abril no se efectuó por celebrarse en Valencia el XVI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “Dr. Guillermo Mujica Sevilla”

Sesión solemne del 17 de abril de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Discursos de recepción del Dr. Abraham Krivoy O., como Individuo de Número para ocupar el Sillón XXXVIII y de bienvenida por el Académico Carlos Hernández H.

Sesión extraordinaria del 24 de abril de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Elección de la nueva Junta Directiva para el bienio 2008-2010.

Con 21 electores presentes se llevó a cabo la elección de la nueva Junta Directiva, obteniendo la mayoría de los votos requeridos para cada cargo, los siguientes Académicos:

Presidente: Dr. Antonio Clemente Heimerdinger

Vicepresidente: Dr. José A. Ravelo Celis

Secretario: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

Tesorero: Dr. Claudio Añun S.

Bibliotecario: Dr. Guillermo Colmenares Arreaza

Director de la Gaceta Médica

de Caracas: Dr. J. M. Avilán Rovira

Después de leídos los informes del Presidente y del Secretario, el Dr. Jesús Eduardo Meza Benitez, Secretario del XVI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “Dr. Guillermo Mujica Sevilla”, presentó el informe de las actividades realizadas durante los días 8 al 12 de abril de 2008 en la ciudad de Valencia.

El Dr. Oscar Rodríguez Grimán expresó a nombre de los Académicos su agradecimiento por la calidez humana por la recepción en la ciudad de Valencia por parte del Comité Organizador, Autoridades de la Universidad de Carabobo, Colegio de Médicos del Estado Carabobo, Autoridades Regionales, Clínicas Privadas, médicos y estudiantes valencianos.

No hubo sesión el 1º de mayo por ser día feriado

Sesión extraordinaria del 8 de mayo de 2008

Preside: Dr. José Enrique López

Reunión conjunta con la Sociedad venezolana de alergia, asma e inmunología, representada por los doctores Fernán Caballero, Mario Sánchez y Alcira Torres.

El tema del Dr. Caballero fue la “Actualización en el manejo del asma”. Comenzó con el control del ambiente, es decir los alérgenos y el humo del tabaco. Entre los primeros consideró las partículas microscópicas de polen, mohos, ácaros del polvo, caspa de animales y aunque más raro, algunos alimentos.

Al hablar de los medicamentos enfatizó que es diferente para cada persona dependiendo de la severidad, frecuencia y agentes desencadenantes. De una manera general, las personas con asma leve

intermitente, sólo deben tomarlos antes de exponerse o cuando perciban los síntomas del ataque, en tanto que aquellas con síntomas persistentes deben utilizar los medicamentos regularmente. De acuerdo a la severidad, podría hasta necesitar dos o más medicamentos diarios.

Apesar de la diversidad de nombres farmacéuticos, los medicamentos se puede dividir en dos grandes grupos: controladores (anti-inflamatorios) y broncodilatadores (aliviadores). Los primeros reducen la reacción inflamatoria de las vías respiratorias (en píldoras, jarabes, inyectados o aerosoles, dependiendo de la severidad de las crisis). Los corticoesteroides inhalados son altamente eficaces, con mínimos efectos secundarios, a las dosis establecidas.

Dentro de los anti-inflamatorios, los modificadores de los leucotrienos, por vía oral, se han aprobado para su uso en niños y adultos y para todos los tipos de rinitis. A pesar de ser broncodilatadores no se recomiendan para el tratamiento de las crisis, sino para su prevención. Los efectos indeseables son mínimos y pueden utilizarse solos o en combinación con corticoesteroides, beta-adrenérgicos, etc.

Otros son los agentes anti-alérgicos (cromolín sódico, nedocromil) que se utilizan para prevenir los ataques diariamente. Sin efecto, una vez comenzado el ataque. Más eficaces en el asma leve o moderada. Los anti-histamínicos de nueva generación, usados en problemas nasales, tienen un efecto “colaborador” discreto en asma o rinitis.

Los “aliviadores” son bronco dilatadores adrenérgicos (beta-agonistas) pues relajan los músculos de las vías respiratorias y las abren. Se presentan en tabletas, jarabes o aerosoles, pero los inhalados con inhalador, nebulizador o dispensador de polvo, se prefieren por su acción más rápida y menos efectos secundarios. Deben utilizarse en las crisis o síntomas poco frecuentes como complemento de agentes anti-inflamatorios.

Según el ponente se dispone de beta-adrenérgicos de acción prolongada (no anti-inflamatorios) que se utilizan para mantenimiento en pacientes moderados o severos.

Advirtió que es peligroso depender sólo de los broncodilatadores, que producen una mejoría pasajera, pero no tienen efecto sobre la causa que es la inflamación. No son una solución a largo plazo.

Otro tipo de broncodilatadores son las teofilinas, de efecto menos fuerte que los adrenérgicos, pero que tiende a ser más prolongado, por lo que pueden ser

útiles en el asma nocturna. Las náuseas, vómitos y trastornos del ritmo cardíaco son comunes. Se utilizan todavía en cápsulas o tabletas, pero ya se dispone en forma líquida.

Entre los broncodilatadores más antiguos para el asma, se dispone todavía de los anticolinérgicos, derivados de la atropina. Pueden ser útiles en algunos grupos de pacientes. Sin embargo, se prefieren otros medicamentos con menos efectos secundarios y que actúan más rápido.

El ponente se refirió también a los agentes combinados, tales como los broncodilatadores (beta-adrenérgico) con un anti-inflamatorio inhalado (corticoesteroides), tratamiento altamente eficaz para el asma persistente (moderada o severa). Otra combinación sería: corticoesteroides inhalados (budesonida o fluticasona) con broncodilatadores de acción prolongada (salmeterol o formoterol), preferiblemente usada como terapia de mantenimiento.

Para los alérgicos que no pueden controlar los síntomas del asma, con cambios ambientales y medicamentos, la inmunoterapia (inyecciones o gotas sublinguales) ha demostrado ser beneficiosa, en especial las producidas por ácaros del polvo, polen, gatos o venenos de himenópteros. Esta forma de terapia tiene muchos años, pero solo recientemente se han estandarizados los alérgenos para obtener mejores resultados.

Finalmente alertó sobre los medicamentos de venta libre, que consumen muchos pacientes sin indicación médica, que a la larga son inadecuados y pueden empeorar el asma. Sólo los tratamientos prescritos y controlados por el médico son los que resultan eficaces.

El Dr. Mario Sánchez disertó sobre la “Anafilaxia oral desencadenada por alimentos contaminados con ácaros”.

Relató el expositor que en 1982 observaron un grupo de pacientes que desarrollaron síntomas alérgicos agudos después de la ingestión de alimentos preparados con harina de trigo. El cuadro clínico se caracterizó por una combinación variable de disnea, sibilancias, rinorrea, tos, estridor, disfonía, estornudos, cianosis, angioedema facial, urticaria, prurito, rash difuso, disfagia, cólicos abdominales, náuseas y vómitos.

Los pacientes afectados eran atópicos, exhibían pruebas cutáneas inmediatas positivas a extractos de ácaros y negativas a extractos de trigo, así como toleraban otros alimentos preparados con trigo. El

análisis microscópico de las harinas reveló la presencia de ácaros, tanto domésticos, como de depósitos, en grandes cantidades. Debido a que alrededor de dos tercios de los pacientes presentaba historia de hipersensibilidad cutánea (urticaria/angioedema) a aspirina y otros anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs), el autor propuso una nueva “triada de la aspirina”, caracterizada por atopia, hipersensibilidad a ácaros y AINEs y reacciones graves a la ingestión de alérgenos de ácaros.

De acuerdo al ponente, la anafilaxia oral por ácaros (también reportada como “síndrome de las panquecas”) ha sido reportada en diversos lugares, incluyendo Caracas, Islas Canarias, Japón, Estados Unidos, Israel, República Dominicana y Brasil. Debido a que las reacciones se presentan después de consumir alimentos cocidos, se realizaron pruebas cutáneas con harinas contaminadas calentadas a 100°C por una hora, en voluntarios sensibles a ácaros, las cuales siguieron siendo positivas. Esto sugiere que en las reacciones participan alérgenos termo resistentes.

En conclusión, la anafilaxia sistémica potencialmente fatal puede ser inducida por la ingestión de alimentos contaminados con ácaros.

La doctora Alcira Torres presentó datos sobre “Novedades terapéuticas en auto-inmunidad anti-TNF α ”.

Según la autora, en respuesta a la necesidad de medicamentos más eficaces, menos tóxicos y con blancos terapéuticos más específicos para el manejo de pacientes con enfermedades autoinmunes, tales como artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, psoriarias, artritis psoriática y la enfermedad de Crohn, han surgido nuevos agentes terapéuticos, basados en el papel que desempeñan los mediadores inflamatorios como moléculas clave en los procesos de enfermedad.

El factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) es una citosina pro inflamatoria potente producida por monolitos, macrófagos, linfocitos T, fibroblastos y otras células, la cual ejerce sus efectos locales y sistémicos gracias a la unión a sus receptores p55 y p75 presentes en la superficie de muchas células. Además existen formas solubles de estos receptores capaces de modular también la acción inflamatoria del TNF α .

Mediante numerosos estudios se han demostrado altas concentraciones de TNF α en el líquido sinovial de artritis reumatoides, en biopsias de tejido articular sacro ilíaco en espondilitis anquilosantes y en placas de psoriasis o de la enfermedad de Crohn.

Uno de los recientes avances en reumatología e inmunología ha sido la aparición de agentes anti-bloqueantes del TNF α , tales como el infliximab, un anticuerpo monoclonal quimérico (humano/ratón); el etanercept, una proteína de fusión recombinante que consiste en dos receptores solubles p75 unido con la fracción FC de la IgG1 humana; y el adalimumab, un anticuerpo monoclonal humano.

El primero y el tercero actúan sobre el TNF α uniéndose a receptores solubles como de membrana. El etanercept bloquea al TNF α antes de que pueda unirse a los receptores de superficie. Todos actúan inactivando directamente al TNF α e indirectamente regulando la respuesta inflamatoria, al modular la expresión de moléculas de adhesión y las concentraciones séricas de la matriz de metaloproteinasas 3 y citosina.

Informó que su uso ha sido aprobado por la FDA en las enfermedades antes mencionadas donde son igualmente eficaces.

Muestran algunas diferencias en cuanto a las vías de administración, infliximab por vía intravenosa, los otros dos subcutáneos. También se diferencian en el intervalo de administración: infliximab cada 6-8 semanas; etanercept 2 veces por semana y el adalimumab cada 15 días. Son costosos y tienen efectos adversos, tales como la reactivación de la tuberculosis, reacción en el sitio de la administración, infecciones respiratorias oportunistas, hipo e hipertensión, síndrome lupus-like y otras. Antes de iniciarse el tratamiento debe descartarse la tuberculosis o administrar tratamiento profiláctico con isoniacida.

Están contraindicados en pacientes sensibles, con sepsis, con insuficiencia cardiaca congestiva, con la administración concomitante de vacunas a virus vivos, discrasias sanguíneas, embarazo, enfermedades desmielinizantes, entre otras.

Intervinieron los doctores Antonio Clemente H., Juan José Puigbó, José A Ravelo Celis, Alfredo Díaz Bruzual, Felipe Martín Piñate, José Enrique López, Claudio Aöun S, Francisco Miranda Ruiz y Cutberto Guarapo.