

# Centenario del Hospital Vargas

## XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas

### IX Jornadas Científicas del Hospital Vargas

Comisión de Votos, Conclusiones y Acuerdos

Coordinador: Dr. Carlos Moros Ghersi  
Expositores: Dr. Fernando Rubén Coronil  
Dr. Carlos A. Hernández H.  
Dr. José Félix Oletta  
Dr. Renato Olavarría  
Dr. Rafael Vargas Arenas

#### INFORME

Este Informe comprende:

- A. Conclusiones y recomendaciones de las doce (12) Mesas Redondas realizadas en el XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas y IX Jornadas Científicas del Hospital Vargas, celebradas en la ocasión de la conmemoración de su centenario.
- B. Conclusiones y recomendaciones sobre las Sesiones de Trabajos Libres.
- C. Conclusiones, acuerdos, otros y reconocimientos de carácter general presentados en la Sesión de Clausura de ambos eventos.

#### A. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MESAS REDONDAS

##### MESA REDONDA

Hepatitis Viral 1991.

Coordinador: Dr. José Ramón Poleo

Expositores: Dr. Manuel Guzmán Blanco

Dr. Carlos Boccardo

Dr. Simón Beker

Dr. Jorge Murillo

#### Planteamientos, conclusiones y recomendaciones.

Métodos para la detección de la hepatitis viral.  
Valor actual.

#### Hepatitis A:

Anticuerpo IgM contra el virus (Anti HAV- IgM) indica infección reciente.

Anticuerpo IgG (AntiHAV-IgG) indica infección pasada.

#### Hepatitis B

Antígeno de superficie (HBsAg): indica infección, aguda, crónica o portador asintomático.

Anticuerpo contra el antígeno de superficie (Anti HBsAg): indica infección en el pasado, inmunidad al virus, anticuerpos pasivos de HBIG o respuesta a la vacuna HB.

Antígeno "e" (HBeAg) indica infectividad sérica y se relaciona con alto grado de replicación viral.

Anticuerpo contra el antígeno "e" (antiHBeAg): indica títulos bajos del virus, desarrollo de inmunidad al virus (seroconversión).

Anticuerpo contra el antígeno "core": (anti HBcAg): indica primoinfección, sin tiempo definido. La fracción antiHBcAg IgM indica infección reciente.

#### Hepatitis C:

Anticuerpo contra el virus C (antiHCV): indica infección activa o reciente (usualmente negativo en fase aguda 3-4 primeros meses).

#### Hepatitis D:

Antígeno delta (HDAg): detectable en fase aguda

de infección.

Anticuerpo contra el virus D (Anti HDV): indica infección reciente o pasada por virus D.

La adecuada aplicación de estos métodos diagnósticos permite identificar el tipo de virus de la hepatitis, determinar si la infección es reciente o pasada, el grado de infectividad de la hepatitis B, y el desarrollo de inmunidad. El reciente descubrimiento del anticuerpo contra el virus C ha permitido catalogar las antes denominadas hepatitis no A no B en hepatitis C en un alto número de hepatitis post-transfusionales.

#### **Hepatitis viral fulminante.**

Un porcentaje muy pequeño de casos, menor del 1% de las hepatitis, puede desarrollar un cuadro clínico muy severo, caracterizado por encefalopatía hepática y alteraciones graves de la coagulación sanguínea, con severa ictericia progresiva, con alta mortalidad. El tratamiento de esta grave afección es fundamentalmente de soporte, ya que no hay medicación antiviral específica, y ensayos con interferón no han reportado resultados beneficiosos. La prevención de hipoglicemia, de infecciones, y el control de la presión intracraneana son factores importantes para lograr una mayor supervivencia. Como elemento decisivo para superar esta alta mortalidad surge el trasplante hepático. En los centros donde se practica, constituye la hepatitis viral fulminante una de las indicaciones más importantes para hacerlo. El uso de la ciclosporina y más recientemente del FK-506 ha cambiado las perspectivas de esta operación al disminuir el índice de rechazos, por lo que se reportan sobrevidas hasta del 70% para el primer año. La hepatitis a virus A reviste un mejor índice de sobrevida (40-50%) que la B, siendo la no A no B la más grave de todas.

#### Hepatitis C

La aparición de métodos para detectar un virus específico causante de un alto porcentaje de hepatitis no A no B postransfusional (anticuerpo contra el virus C, reacción en cadena de la polimerasa) ha permitido identificar como virus C a éste. La documentación de epidemias de una hepatitis no A no B en Asia, Medio Oriente, Norte de Africa y más recientemente en México y en Brasil, caracterizada por transmisión hídrica, posterior a inundaciones, por ejemplo, con un curso bastante benigno similar al de la hepatitis A en la mayoría de los casos, pero asociada a una mortalidad del 20% en embarazadas, ha permitido catalogar como hepatitis E a este grupo de pacientes. Se plantea la posibilidad, no inves-

tigada ni documentada adecuadamente todavía en nuestro medio, de que, al igual que el resto de América Latina, pueda constatarse como una de las principales causas de hepatitis viral.

#### Hepatitis Delta.

Causada por un virus defectuoso o incompleto que requiere del antígeno de superficie del virus B para completar su envoltura, y que depende de una infección por virus B preexistente o concomitante para su propagación, esta forma de hepatitis, causa de casos fulminantes a veces o de exacerbación de la enfermedad en portadores del virus B, se ha denominado hepatitis Delta. La existencia de un alto índice de infección entre comunidades indígenas de la Sierra de Perijá (Yucpas) y del Amazonas (Yanomamis) plantea especial importancia para nuestro país, y amerita una política de vacunación masiva contra el virus B en estas comunidades, donde gran parte de la infección es perinatal.

#### MESA REDONDA

##### Fracturas por Armas de Fuego.

Coordinadores: Dr. Rafael González Urdaneta

Dr. Joaquín de Abreu

Dr. Carlos Martínez

Expositores: Dr. Rafael González Urdaneta

Dr. Tito Oscar Fraute Díaz

Com. Carlos Fabbri (PTJ)

En toda mesa redonda se ha tenido por norma que el coordinador de la misma invite médicos especialistas afines con el tema a tratar a fin de someterlos a interrogantes para dilucidar los problemas que puedan presentarse referentes al tema en cuestión. En esta oportunidad hemos querido salirnos de este esquema pre-establecido para así hacer la mesa redonda con participación del público asistente que directamente planteará las interrogantes. Concebido este esquema, surgió la idea de invitar al comisario Carlos A. Fabbri F., para que nos orientara sobre el tema "Balística terminal".

Siempre, en los Servicios de Emergencia de los Hospitales, apenas llega un herido de bala o proyectil, las preguntas que se hacen son:

1. ¿Con qué tipo de arma le dispararon?
2. ¿Qué tipo de bala fue utilizada?
3. ¿A qué distancia le dispararon?

Si estas preguntas han sido respondidas, "se

examina superficialmente al herido (por donde entró la bala y si hubo orificio de salida) y es llevado a la Sala de Radiología (si no hay orificio de salida) para ver dónde está la bala o proyectil". Muchas veces el paciente permanece largo tiempo a la puerta de la sala de Rx esperando turno "porque está vivo y la herida fue en un brazo o una pierna", craso error ya que por este descuido puede fallecer si ha interesado un vaso importante.

En esta mesa redonda hemos querido señalar y dejar por asentado las siguientes conclusiones:

1. Que los proyectiles o balas no penetran en forma lineal en el organismo.
2. Que hay factores (velocidad, peso, distancia, etc.) que cambian su dirección.
3. Que no matan, excepto que interesen un órgano vital (muriendo por hemorragia interna o externa).
4. Que hay factores en las personas (estimulación, estrés, drogadicción, etc.) que hacen que puedan sobrevivir, segundos o minutos, a un disparo mortal.
5. Que los proyectiles o balas pueden no matar, pero sí causar grandes destrozos internos, debido a su forma y componentes.
6. Que la cavidad temporal (sitio de entrada) y la cavidad permanente (lesión producida) pueden variar dependiendo del proyectil o la bala y del espesor de la víctima.
7. Que el aumento de los heridos por arma de fuego se debe al auge de las drogas, delincuencia, aumento de tenencia de armas por la población, situaciones especiales (largos feriados, fiestas tradicionales, conflictos población-cuerpos de seguridad, etc.)
8. Que es mayor el número en el sexo masculino y en la edad de mayor producción del ser humano (20-40 años).
9. Que la región más afectada son los miembros inferiores.
10. Que el mayor número de fracturas son el tipo conminuta.
11. Que la lesión asociada a la fractura más frecuente es la músculo-tendinosa.
12. Que el tratamiento del paciente debe estar orientado en los siguientes parámetros:
  - a. Combatir el shock (en caso de existir)

- b. Detener la hemorragia (compresión).
- c. Debridar y eliminar cuerpos extraños.
- d. Estabilizar la fractura (provisional).
- e. En caso de lesión arterio-venosa, intervenir, suturando la prolongación de la herida quirúrgica únicamente.
- f. Prevención del tétanos.
- g. Tratamiento general hospitalizado bajo observación facultativa.

En la revisión hecha desde 1980 a 1989 encontramos un total de 1000 casos del sexo masculino y 75 del sexo femenino, con una sola defunción (herida de bala en cráneo), ninguna amputación y lo más resaltante: únicamente tres casos de infección, un caso de complicación (herida en tobillo que ameritó luego artrodesis del mismo) y que los injertos vasculares fueron satisfactorios.

#### MESA REDONDA

##### Cirugía de vías biliares

Coordinador: Dr. Eduardo Carbonell

Expositores: Dr. Eduardo Carbonell

Dr. José Ramón Poleo

Dr. Leonardo Henríquez

Dr. Daniel Galavís

Dr. Pedro Blanco Souchon

La patología biliar, en especial la litiasis sigue siendo un problema importante a nivel de los servicios quirúrgicos. La frecuencia de esta patología hace necesario el trabajo conjunto de gastroenterólogos y cirujanos. Los estudios endoscópicos han mejorado el diagnóstico y así la posibilidad de una conducta más racional. Algunas complicaciones o consecuencias de la cirugía biliar pueden ser resueltas por la vía endoscópica.

La colangiografía operatoria sigue siendo necesaria aunque no tan imprescindible como antes gracias a los estudios endoscópicos.

La colecistectomía laparoscópica es una técnica nueva con ventajas sobre el tratamiento quirúrgico clásico, pero debe ser emprendido sólo por grupos bien entrenados y dotados en cirugía biliar.

Las complicaciones operatorias deben ser evitadas con un buen procedimiento quirúrgico o

corregidas cuando sea necesario.

MESA REDONDA

Enfermedades infecciosas

Coordinador: Dr. Manuel Guzmán Blanco

Expositores: Dra. Irene Pérez

Dr. Jaime Torres

Dr. Enrique Blanco

Enfermedades diarreicas (Dra. Irene Pérez Schaeff)

Los rotavirus son responsables de cerca del 30% de los episodios de gastroenteritis que ocurren en Venezuela. Son factor importante en los cuadros que cursan con deshidratación severa y muerte.

Intentos por lograr una vacuna efectiva se han desarrollado en un trabajo cooperativo entre el personal de la Unidad de Enfermedades Diarreicas del Instituto de Biomedicina y el Instituto de Salud de los Estados Unidos. Varias publicaciones han demostrado seguridad y efectividad.

Los mejores resultados (seroconversión superior a 75%) se han logrado utilizando una vacuna que combina los cuatro serotipos prevalentes en Venezuela de rotavirus (1-2-3-4) cuatrivalente con una cepa atenuada de rotavirus aislada por primera vez en un recién nacido de la Maternidad "Concepción Palacios".

Los estudios de campo realizados en Venezuela permiten anticipar la próxima utilización general de la vacuna contra rotavirus, la cual disminuiría en forma considerable la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. La edad de mejor administración es entre 2 y 4 meses de edad y actualmente se evalúa la posibilidad de administración simultánea con la vacuna oral de polio.

Sarampión y rubeola (Dr. Enrique Blanco)

Estas dos enfermedades cumplen los requisitos para ser consideradas enfermedades erradicables por la utilización de vacunas; sin embargo, el objetivo no ha sido logrado.

Aunque en el caso de la rubeola el objetivo central de la prevención es hacer desaparecer la embriopatía rubeólica, la erradicación completa de la circulación del virus no ha sido posible. La prevención universal (tanto en varones como hembras) ha dado mejor resultado que la inmunización selectiva de mujeres prepúberes. La recomendación actual es sugerir la vacunación de todos los niños al cumplir los 15 meses, y dar un refuerzo a los 12 años.

En el caso del sarampión, la elevada cifra de mortalidad en Venezuela (figura entre las diez primeras causas de mortalidad general), y la severidad del cuadro en los niños pequeños ha justificado la aplicación de la vacuna a los nueve meses. La disponibilidad de la cepa Edmonston Sagreb permitirá la aplicación más precoz de la vacuna, sin perder efectividad y con buena protección, inclusive si se aplica después del cuarto mes de vida.

En el sarampión y dada la elevada proporción de jó-venes susceptibles, probablemente se adoptará un esquema de doble vacunación (después del cuarto mes y una dosis de refuerzo a los doce años).

Paludismo (Dr. Jaime Torres)

La malaria ha recrudecido en Venezuela desde 1984. En 1987 se reportaron algo más de 17 000 casos. En 1988 y 1989 la cifra superó los 46 000 casos, la mayoría en el Estado Bolívar.

Nuevas estrategias de prevención son necesarias y la inmunización ha sido evaluada en Venezuela.

La vacuna antiesporozoito fue evaluada en un estudio de campo y aunque se lograron respuestas inmunogénicas, se demostró que la presencia de anticuerpos en el recipiente contra el transportador -toxoides tetánico- disminuía considerablemente la posibilidad de inmunización contra la malaria.

La vacuna sintética, desarrollada en Colombia por el Dr. Patarroyo, se encuentra en período de estudio en Venezuela, habiéndose administrado para la fecha cerca de 8 000 dosis. No hay para el momento respuesta definitiva sobre su eficacia. Tiene la ventaja de que por su tamaño mayor, no necesita transportador y no hay interferencia en la respuesta.

Se expresaron reservas sobre el papel definitivo de las vacunas en prevención del paludismo, toda vez que pueden convertirse en factores adyuvantes de algunos de los mecanismos patogénicos de la infección malárica.

MESA REDONDA

Controversias en incontinencia urinaria de esfuerzo femenino.

Coordinador: Dr David Osorio

Expositores: Dr. David Osorio

Dr. Francisco Montbrún

Dr. Pedro Blanco Souchon

Dr. Hugo Dávila

Dr. Antonio J. Romero  
Dr. Oscar Chacón

Plantamientos, conclusiones y recomendaciones.

Se actualizó el concepto de incontinencia femenina al esfuerzo, resaltando la integridad neuromuscular vésico-uretral con músculo detrusor estable. El Profesor Montbrún ilustró aspectos anatómicos importantes relacionados a la continencia por grupos musculares del diafragma pélvico urogenital, principalmente las porciones pubo-rectal y pubo-coccígeas de los elevadores del ano.

Del examen físico, se enfatizó en ordenar esfuerzos a las pacientes en posición de decúbito dorsal, semi-sentada y de pie para ratificar o no la pérdida urinaria involuntaria. Se unificó el criterio sobre los valores clínicos de las pruebas de Bonney-Marshall y la del hisopo, respectivamente, en lo referente al valor pronóstico de los resultados quirúrgicos de la mencionada primero y de la hipermovilidad uretral en la segunda.

Se estableció por la mayoría que los factores negativos condicionadores de incontinencia de esfuerzo son: descenso del cuello vesical, hipermovilidad uretral, alteraciones del ángulo vésico uretral posterior (tipos Green I y II), alteración del ángulo uretral con la vertical, la suma de la presión intra abdominal a la intravesical sobre la presión uretral de cierre.

Hubo insistencia en el diagnóstico diferencial con otros tipos de incontinencia femenina: por urgencia miccional, incontinencia por rebosamiento (obstrucción uretral), detrusor inestable, vejigas neurogénicas, etc.

Se discutió el valor del tratamiento médico conservador (ejercicios de músculos perineales, tipo Kegel) en pacientes con incontinencia leve y de nivel mental cultural elevado.

Los expositores establecieron los objetivos de los procedimientos quirúrgicos: elevar cuello vesical y uretra proximal al área retropúbica, para restablecer el ángulo vésico uretral posterior con elongación y fijación de uretra) con el consiguiente aumento de la presión uretral de cierre; corrección de la estática de los órganos pelvianos: vejiga, útero, recto, en casos de prolapsos correspondientes.

Fueron analizados los procedimientos quirúrgicos: uretro-cérvico-cistopexia a la sínfisis púbica u operación de Marshall Marchetti, la operación de Burch con fijación al ligamento de Cooper; la

colporrafia anterior con plegadura modificada tipo Kelly-Kennedy y las suspensiones vagino-suprapúbicas sobre la aponeurosis de los rectos, tipo Pereira, Stamey o Raz.

Las opiniones estuvieron divididas, imparcialmente se dijo que las operaciones tipo Marshall Marchetti, Burch y las variantes vagino-suprapúbicas mediante empleo de agujas, elevan la unión vésico uretral en 4 a 5 cm, en cambio la colporrafia anterior sólo la eleva de 1 a 2 cm.

Finalmente los participantes acordaron que la incontinencia de esfuerzo, debe manejarse en equipo por urólogos y ginecólogos.

MESA REDONDA

Carcinoma gástrico

Coordinador: Dr. Dimas Hernández

Expositor: Dr. Ramón Piñero

Dr. Luis E. Mejías

Dra. Consuelo Ordaz

Dra. Eugenia Gallegos

Dr. Eduardo Undreiner

El cáncer gástrico representa una causa frecuente de muerte. A pesar de que han aumentado los estudios endoscópicos, la detección de cáncer gástrico precoz en nuestro país es muy baja, siendo las presentaciones más frecuentes las formas avanzadas. La gastrectomía radical es el tratamiento fundamental con intento curativo. El uso de radioterapia puede ser pre, intra o post operatorio; sin embargo, no ha modificado sustancialmente la sobrevida global.

La quimioterapia es otra arma terapéutica usada en forma neoadyuvante o adyuvante, pero sólo ha logrado incrementar, en un pequeño porcentaje, la sobrevida global.

Finalmente, se puede concluir que lo más importante es la prevención y el diagnóstico precoz.

MESA REDONDA

Emergencias en el Hospital Vargas .

Definición de normas y procedimientos para su manejo y tratamiento

Coordinador: Dr. Pedro Andrade

Expositores: Dr. Max Augusto Arroyo Parejo

Dr. José Ramón Silva Figueroa

Se presentaron las estadísticas sobre las causas médicas de ingreso a Observación de la Unidad de Emergencia durante los meses de abril-agosto-diciembre de 1990. Como grupos de enfermedades las cuatro primeras causas fueron: enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas y neumopatías agudas; y como patologías en particular, las cinco primeras causas fueron accidente cerebro vascular (ACV) oclusivo, insuficiencia cardíaca congestiva, ACV hemorrágico, neumonía y status asmaticus.

Los expositores disertaron sobre el manejo del asma y el EBPC descompensado y sobre el tratamiento de la crisis hipertensiva y la cardiopatía isquémica aguda.

Se concluye en el uso de fármacos simpático-miméticos inhalados y esteroides parenterales en el tratamiento de las crisis asmáticas, sumado a anticolinérgicos, xantinas y antibióticos en caso de EBPOC descompensado. En relación a la crisis hipertensiva y la cardiopatía isquémica aguda se hace hincapié en el manejo de estas patologías contando con el apoyo de Unidades de Cuidado Intensivo.

Se propone la elaboración escrita de normas y procedimientos de uso general.

#### MESA REDONDA

Nuevos avances en hipertensión arterial sistémica (H.A.S.)

Coordinador: Dr. Rafael Vargas Arenas

Expositores: Dr. Rafael Vargas Arenas

Dr. José L. Cangiano

Dr. Manuel Velasco

#### Realización

La Mesa Redonda se efectuó según lo pautado, estrictamente durante 120 minutos, correspondiendo 110 de ellos a exposición y los restantes 10 a preguntas y respuestas. Por lo limitado del tiempo y la solicitud de extender su exposición ambos invitados, me vi en la necesidad de suspender la que yo había programado, limitándome por ende a conducir la mesa y a participar más activamente con preguntas-comentarios en la sesión de preguntas y respuestas.

#### Resumen de las exposiciones.

El Dr. J.L. Cangiano dividió su exposición en dos partes. En la primera parte expuso largamente durante 60 minutos los mecanismos fisiopatológicos íntimos que relacionan la resistencia a la insulina con la hipertensión arterial. Destacó la frecuente asociación de obesidad con hiperinsulinemia, H.A.S., intolerancia a los hidratos de carbono con o sin diabetes mellitus no insulino dependiente. En la segunda parte con duración de 15 minutos hizo una breve revisión de los mecanismos responsables de la hiperfiltración glomerular y de la acción protectora contra los efectos deletéreos de ésta logrados con el captoprilo.

El Dr. M. Velasco durante 35 minutos expuso los nuevos avances en medicación antihipertensiva, haciendo especial énfasis en los bloqueantes de calcio y los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.

Resulta importante destacar de su intervención la advertencia que hizo a la audiencia sobre la inundación que vamos a tener a corto plazo de medicamentos antihipertensivos en el mercado, sobre todo los del primer grupo arriba anotados.

El Dr. Cangiano había hecho entrega con anterioridad de un resumen de sus intervenciones, que se anexa al presente informe.

#### Conclusiones.

De lo considerado en la Mesa Redonda podemos concluir:

1. Que la HAS sigue siendo un problema importante de salud pública por su prevalencia.
2. Que se ha adelantado mucho en aclarar la etiopatogenia de la hipertensión arterial esencial, pero que la etiopatogenia de ésta sigue siendo multifactorial, jugando un papel importante independientemente de otros mecanismos, los factores nutricionales y el estrés.
3. El problema fundamental en la actualidad lo constituye el amargo contraste entre la infinidad de recursos diagnósticos y terapéuticos que se disponen en la actualidad para su adecuado manejo, y el poco acceso que a ellos tienen grandes grupos de la población, sobre todo en los países subdesarrollados por su condición de pobreza crítica y abandono asistencial.
4. En nuestros países en crisis, los escasos recursos deben ser dirigidos al tratamiento de nuestros pacientes y no a la realización de costosos procedimientos diagnósticos.

Sugerencias.

Se debe considerar para futuros eventos, que las mesas redondas sean la última actividad científica de la mañana para dar más tiempo a la sesión de preguntas y respuestas y eliminar la incómoda presión que significa otra actividad inmediata, sobre todo de tipo conferencia magistral con un invitado extranjero.

MESA REDONDA

El problema de la violencia

Coordinador: Dr. Fernando Rubén Coronil

Dr. Elio Gómez Grillo

Dr. Antonio Convit

Dr. Néstor Navarrete

Colaboradores: Dr. Miguel Zerpa Z

Dr. Edmundo Pifano

Dr. Leopoldo Sánchez

Dr. Vladimir Galavís

Dr. Antonio León

Dr. Pedro Barazarte

Dr. Miguel Angel Ramos

Dr. Chelen Riera

Resumen de lo expuesto.

El problema de la violencia es tan antiguo como el de la humanidad y se cita el caso de Caín y Abel. A medida que el hombre se va organizando en grupos hasta las sociedades modernas, la violencia ha crecido proporcionalmente al crecimiento de las poblaciones.

Hay hechos que tienen singular significación:

- a. Su mayor frecuencia es entre las edades de 15 a 30 años.
- b. Los factores socio-económicos más destacables entre víctimas de los hechos de violencia son: pobreza, marginilidad, bajo nivel de educación.
- c. El crecimiento desproporcionado de adolescentes en relación con la población total urbana (85%) hace más trascendentes esta realidad.
- d. La fuga de la población campesina hacia las ciudades, constituye en parte la población marginal, donde se suceden la mayoría de los hechos de violencia.
- e. La carencia en buena proporción de familias constituídas donde se desarrolle la vida del

adolescente es un hecho notado entre las víctimas.

- f. La droga y el alcohol jugaron papel importante.
- g. Parece ser cierto que droga y alcohol, juegan papel importante cuando se está en grado de intoxicación para estos agentes.
- h. Los factores genéticos como determinantes del hecho delictivo no están demostrados fehacientemente.
- i. Entre los enfermos en hospitales psiquiátricos los hechos de violencia se suceden principalmente entre esquizofrénicos y epilépticos y el número de agresores hombres es igual al de mujeres. Este hecho es inverso en la población ciudadana.
- j. Se hace hincapié en la necesidad inaplazable de que los gobiernos del país le dediquen especial interés y trabajo, técnicamente dirigido, al problema de la violencia que involucra tres factores fundamentales: 1º Educación y cuidado de la salud física y mental del adolescente; 2º Riguroso control de la migración al país de masas humanas que vienen a aumentar los "cinturones de miseria"; 3º Enseñanza familiar y planificación de la descendencia dentro de las posibilidades económicas de cada grupo.
- k. Se hace una revisión histórica de la evolución de la violencia en nuestro país desde la llegada de Colón hasta hoy. En ella, compendia su autor datos aterradores expuestos en la más bella prosa. Termina diciendo: "He trazado una visión panorámica realmente siniestra de la historia nacional y de la realidad de la violencia delictiva de hoy en Venezuela. Es la historia mala, la historia canalla de nuestra ciudad capital y del país todo. Es la vigencia tenebrosa de ella ahora, de esa verdad de agresión y muerte. Caracas, particularmente, está en el ojo del huracán del drama delictivo que vivimos hoy los venezolanos. Ella constituye la expresión más desgarradora de nuestros males sociales. Ahora, cuando estamos celebrando los primeros cien años del centro médico público de mayor valor histórico de la ciudad, como lo es este entrañable Hospital Vargas de todos, tengamos para su sede, también la Caracas de todos, algún desagravio. Ofrezcámoslo en la

palabra de Enrique Bernardo Núñez, uno de los cronistas inolvidables que la ciudad tuvo. “Mañana -escribió don Enrique- mañana, tal vez algún escritor se cuente entre sus descendientes. Sentado cerca de su ventana contemplará la noche serena, las estrellas errantes. La brisa esparcirá en torno suyo el secreto de las cosas, de las generaciones desaparecidas. Y movido por la ternura del cielo, por el amor a la ciudad que ha visto desde niño, acaso escriba un bello libro”.

#### MESA REDONDA

Cardiopatía isquémica

Coordinador: Dr. Otto Hernández Pieretti

Expositores: Dr. Otto Hernández Pieretti

Dr. Jesús Torres Solarte

Dr. Francisco Tortolero

Dr. Adalberto Urbina

Dr. Roberto Leachman

#### Conclusiones y recomendaciones.

1. Se acepta la eficacia de los métodos de trombolisis en la fase aguda del infarto de miocardio.
2. El método anteriormente señalado debidamente organizado puede aplicarse con mayor extensión en nuestro medio.
3. Se aceptan las ventajas de la revascularización mediante cirugía coronaria o angioplastia coronaria en la fase aguda del infarto del miocardio. Se recomienda la revascularización precoz.
4. Estimular la puesta en funcionamiento de los servicios de cirugía cardiovascular como medio asistencial de gran importancia.
5. Incrementar la investigación sobre isquemia silente y sobre los factores predictivos de estenosis post-angioplastia.

#### MESA REDONDA

Ginecología

Coordinador: Dr. Jorge Bahachille

Expositores: Dr. Patricio Sánchez Carvajal

Dr. Guillermo Santana

Dr. Humberto Acosta

Dr. Luis A. Burgos

Dr. Ylayalli Troconis

Las posibilidades diagnósticas, terapéuticas, quirúrgicas y docentes en ginecología aumentan al disponer de los avances tecnológicos en los cuales se ha creado una verdadera industria. El dotar al servicio de los mismos va a permitir ofrecer a nuestros pacientes la posibilidad rápida de lograr el diagnóstico definitivo, iniciando la terapéutica e incorporándolos a su medio familiar, social y de trabajo.

Para el diagnóstico de la causa de infertilidad masculina y femenina debe realizarse un estudio básico que incluya: espermograma, biopsia de endometrio, progesterona sérica, histerosalpingograma, ecosonografía pelviana, test post coital y eventual laparoscopia.

Se ha logrado avances en la patología mamaria desde el punto de vista :

- a. Diagnóstico con la incorporación del ultrasonido de alta resolución y resonancia magnética.
- b. Pronóstico con los estudios de citometría de flujo.
- c. En el tratamiento con la cirugía preservadora en tumores localmente avanzados y tratamiento adyuvante en pacientes con nódulos negativos.

Creemos que en el futuro se mantendrá la anti-concepción hormonal, basados en implantes subdérmicos, anillos vaginales, microesferas y uso de análogos LH-Rh, así como inyectables mensuales, trimestrales. La incorporación de hormonas a los dispositivos intrauterinos, aninacrina y prostaglandinas han mejorado la seguridad como método de planificación.

Se debe insistir en las consultas de pesquisa del cáncer de cuello uterino, pues estamos observado un repunte en las estadísticas de morbimortalidad de la mujer por esta causa.

El hábito del cigarro está incriminado como cofactor en la posibilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino y pacientes portadoras de infección por virus del papiloma humano.

#### MESA REDONDA

Atención primaria de salud

Coordinador: Dr. Carlos A. Moros Ghersi

Expositores: Dr. Roberto Rondón Morales

Dr. Pedro Vicentelli

Dr. Leonardo Anselmi

Los gobiernos han aceptado que la salud es parte del bienestar de los ciudadanos, es integrante del desarrollo de las naciones, es una forma de redistribuir la riqueza y de amortiguar las desigualdades sociales. Algunos empiezan a plantear que se sale de un asunto político y social para convertirse en una empresa moral, el empeño de brindar prestaciones de salud a un treinta por ciento de la población latinoamericana que no tiene acceso a ningún tipo de servicio.

Por estas consideraciones, los gobiernos suscribieron la llamada Declaración de Alma Ata en 1978, que contiene una decisión política, la de ofrecer salud para todos, y una meta, lograrlo al final de este siglo.

Como la mayoría de los países no disponían de una estructura ni de un funcionamiento de salud que les permitiera cumplir tales cometidos, fue necesario añadir a la declaración política y a la meta social una estrategia que transformara los servicios de salud para tal fin. A esa estrategia se conoce con el nombre de Atención Primaria de Salud.

Siguiendo el sentido de la declaración de Alma Ata, es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades, la asistencia de la salud indispensable en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con plena participación

La Atención Primaria sería así, la adecuación de los servicios nacionales de salud a la realidad de cada país, que debe resolver sus problemas prevalentes que serán distintos de país a país y serán también distintos de un momento a otro, con el avance socioeconómico y de salud de cada nación.

En la Mesa Redonda se analiza la acción de esta estrategia sobre la cobertura, la equidad, la calidad, la integralidad, los costes, la organización la investigación, la participación comunitaria. En efecto, se señala, que la regionalización y la jerarquización por sí solas no cumplirán suficientemente la cobertura del sistema o servicio de salud, por lo que es indispensable incorporar activamente a la comunidad, para el análisis y formulación de soluciones a los problemas de salud y enfermedad, así como la evaluación de los resultados.

Igualmente, se estudian las experiencias internacionales sobre la aplicación de la Atención Primaria y el papel de las Escuelas de Ciencias de Salud. Se cita la presencia de una onda de cambios curri-

culares basada en las necesidades de la comunidad y su educación a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, que está produciendo en general una modificación formal de las escuelas de medicina.

En la secuencia de la Mesa Redonda, se evalúa la prioridad de la red de servicios médicos, ambulatorios. El centro ambulatorio urbano en las capitales de las entidades federales y en las demás ciudades de nivel intermedio y el papel del hospital en el contexto de la estrategia.

Finalmente, se hace una exposición sobre las realidades y perspectivas de la Atención Primaria en Venezuela. Las conclusiones y recomendaciones aprobadas serán publicadas en la versión definitiva y corregida de esta memoria, posterior a la realización del evento.

## **B. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LAS SESIONES DE TRABAJOS LIBRES**

Coordinador: Dr. Rafael E. Vargas Arenas

Comisión: Dr. Pedro B. Castro  
Dr. Humberto Campins  
Dr. Rafael Muci Mendoza  
Dr. Luis F. Chacín Alvarez

Se inscribieron un total de 172 trabajos libres que fueron distribuidos en 16 sesiones, 4 diarias, simultáneas, durante 4 de los 5 días hábiles de la semana del evento. A cada sesión se le nombró un Presidente y Secretario, y se le asignaron de 10 a 11 trabajos libres.

La información general, el reglamento de las sesiones y los resúmenes de los 172 trabajos, fueron publicados en un folleto impreso de 135 páginas editado por "Editorial Sucre".

De estos 172 trabajos entregados, 158 (91,86%) fueron presentados en las distintas sesiones. De ellos, 147 (93%) correspondieron a médicos del Hospital Vargas, 2 de la Maternidad Concepción Palacios, 2 del Hospital Universitario de Caracas, 2 del Hospital José Gregorio Hernández, 2 del Instituto Diagnóstico, 1 del Centro Médico, 1 de la Victoria y 2 de Ciudad Bolívar. Los 147 trabajos de médicos del Hospital Vargas correspondieron: 81 a integrantes del Departamento Médico, 36 del Departamento Quirúrgico y 30 del Departamento de Ciencias Auxiliares. La Calidad de los trabajos fue muy variable, mereciendo la pena destacar los trabajos

de la Unidad de Hemodinamia, Servicio de Gastroenterología, y un buen número de los presentados por los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

Es necesario destacar el excelente trabajo realizado por los Presidentes y Secretarios de mesa, los proyeccionistas y las oficiales de sala de la compañía organizadora.

El promedio de asistentes por sesión fue de 25, constituidos en su mayoría por los ponentes, estudiantes, residentes y médicos jóvenes. Fue notoria la ausencia de adjuntos y jefes de servicio.

Para futuros eventos de esta naturaleza, se sugiere que:

1. Los trabajos no sean aceptados libremente sino seleccionados por la Comisión designada.
2. Que el plazo de entrega no sea tan cercano al evento, para que la publicación de los resúmenes tenga el Índice Alfabético de Materias y Autores.
3. Que las Sesiones sean ubicadas en horas tempranas de la mañana con miras a incrementar la asistencia.

**C. CONCLUSIONES, ACUERDOS, VOTOS Y RECOMENDACIONES DE CARACTER GENERAL PRESENTADOS EN EL ACTO DE CLAUSURA DEL XII CONGRESO VENEZOLANO DE CIENCIAS MEDICAS Y IX JORNADAS CIENTIFICAS DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS.**

1. Los Delegados integrantes del XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas y de las IX Jornadas Científicas del Hospital Vargas de Caracas, aprueban declarar el año 1991 como el Año Centenario del Hospital Vargas de Caracas.

2. En tal sentido, aprueban igualmente solicitar al personal del Hospital y a la comunidad científica, cultural y social del país, la celebración de actividades en forma continua, que hagan de este año centenario un permanente homenaje al Hospital Vargas, el cual por su trayectoria constituye una de las instituciones de mayor relieve y transcendencia en el presente siglo en Venezuela.

3. Solicitar del Ciudadano Presidente de la República la consolidación de su ofrecimiento expuesto en la sesión inaugural del Congreso en el Palacio de las Academias, sobre la culminación para 1992, de la remodelación integral del Hospital Vargas.

4. Solicitar del Gobierno Nacional la aprobación del proyecto elaborado, por una comisión especial del

cuerpo médico en el cual se contempla la autogestión del Hospital Vargas y que se tome en consideración la normativa de los estatutos elaborados por dicha comisión.

5. Dirigirse a la Academia Nacional de Medicina, a la Federación Médica Venezolana, al Colegio Médico del Distrito Federal, al Colegio Médico del Estado Miranda y a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela con la finalidad de que apoyen esta solicitud del Hospital Vargas. En este sentido, los delegados al Congreso y a las Jornadas hacen suyas las palabras del Dr. Fernando Rubén Coronil cuando expresó: "El Hospital Vargas cumple 100 años de servicios. Debe ofrecérsele la posibilidad de su proyección técnica, científica y administrativa hacia el siglo venidero. Sería el más justo homenaje a los caídos, a los que en lucha por su progreso y desarrollo le rindieron lo mejor de sus esfuerzos".

6. Solicitar de la Gobernación del Distrito Federal la adecuada asignación presupuestaria que impida la aparición de crisis hospitalarias como la ocurrida recientemente, las cuales impiden el progreso de una institución que ha sido de excepcional relevancia en la asistencia, la docencia y la investigación médica en Venezuela.

7. En este mismo aspecto, dirigirse a los organismos competentes con la finalidad de que se dote al hospital de los adelantos tecnológicos, acorde a su historia y a su posición actual de centro asistencial docente de notoria significación en la vida contemporánea de Venezuela.

8. Exigir a los organismos de salud la debida estructuración y organización del Distrito Sanitario en el cual está ubicado el Hospital Vargas, de manera que se haga una realidad la coordinación de los centros ambulatorios y el hospital y pueda éste rendir adecuadamente las funciones que tiene asignadas.

9. Dirigirse a los organismos competentes para que se culminen las labores de construcción del nuevo edificio de la Escuela de Medicina Vargas para completar así el Complejo Asistencial Docente Vargas.

10. Solicitar a la Academia Nacional de Medicina que se designe a Ciudad Bolívar, como la sede oficial del XIII Congreso de Ciencias Médicas, en honor a la Universidad de Oriente y que apoye la proposición del Dr. Francisco Aurrecochea de crear un premio con el nombre del Dr. Victorino Márquez Reverón.

## INFORME COMISIONES

11. Expresar su reconocimiento a las siguientes personas y entidades que hicieron posible la realización del XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas y de las IX Jornadas Científicas del Hospital Vargas de Caracas:

Al Ex-Presidente Jaime Lusinchi, cuyo aporte permitió en grado muy significativo la celebración de ambos eventos.

A la Gobernación del Distrito Federal.

A los Doctores Angel Bajares y Eduardo Alfaro por su valiosa cooperación.

Al Dr. Francisco Plaza Izquierdo por su libro: "Bibliografía del Hospital Vargas", 3er. Tomo.

A la Dirección de Cultura de la Universidad Central de Venezuela que nos permitió disfrutar de la presencia del Orfeón Universitario, patrimonio artístico de la nación, del Coro de Conciertos y de la

Estudiantina Universitaria que realizaron las actividades conmemorativas.

A la División Audiovisual de la Dirección de Biblioteca de la UCV por la realización del Video "Centenario del Hospital Vargas".

Al Consejo Nacional de la Cultura, CONAC, por su colaboración en la celebración de los eventos culturales.

A la Alianza Francesa.

A Procría (Grupo Polar).

A la Fundación Vollmer.

A los Laboratorios y Casas Comerciales que cooperaron activamente en los eventos.

A EVINCA, C.A., Compañía encargada de la Organización del XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas y las IX Jornadas Científicas del Hospital Vargas de Caracas.

ASOCIACION MEDICA DEL  
HOSPITAL ALEMAN

PUYRREDON 1640  
BUENOS AIRES

Gaceta Médica de Caracas  
Apartado de Correo 804,  
Caracas 1010 - A  
Venezuela

De Nuestra Mayor Consideración:

En nombre de la Asociación Médica del Hospital Alemán, deseo expresarles nuestro más sincero agradecimiento por el envío regular de nuestros muy estimados "GACETA MEDICA DE CARACAS".

Esta publicación es muy apreciada por los profesionales y otros facultativos que concurren a nuestra Biblioteca. Por todo ello nos permitimos rogarles, que también en el próximo año sigamos recibiendo esta valiosa donación.

Agradeciendo por anticipado aprovechamos la oportunidad para saludarlos con nuestros mejores votos de Felices Fiestas y Próspero Año 1993.

Juan B. Bender  
Bibliotecario

CARTAS A LA DIRECCION

Buenos Aires 21 de Diciembre de 1992