

Vida de la Academia, Resúmenes de los trabajos presentados y Notas Bibliográficas

Life of the Academy, Summary of the papers presented and the Bibliographic Notes

Enrique Santiago López-Loyo

Individuo de Número, Sillón XXXI

Nota explicativa

La situación de aplicación del distanciamiento social o Cuarentena decretada por las autoridades del estado venezolano por la disrupción de la Pandemia producida por el agente viral perteneciente a la familia de los Coronavirus, conocido de forma genérica como la infección por la COVID-19 y técnicamente como SARS-CoV-2, hizo imposible que en este período que se inicia desde el día 12 de marzo de 2020, nuestra Academia Nacional de Medicina pudiera retomar sus actividades en su sede corporativa, por lo que transcurrido un tiempo prudencial se acordó retomar las Sesiones utilizando una aplicación electrónica que permitiera la realización de reuniones interactivas, por lo que desde el día 30 de abril de 2020, y utilizando las ventajas de la plataforma Zoom se reiniciaron las actividades por esta vía.

ORCID: 0000-0002-3455-5894

VIDA DE LA ACADEMIA

Juramentación del Dr. Carlos Cabrera Lozada como Miembro Correspondiente Nacional Puesto Número 16 y Presentación del trabajo de Incorporación, Intitulado “Morbilidad materna extrema en el umbral de la muerte”.

El jueves 21 de octubre de 2021 se realiza en Sesión Extraordinaria la Juramentación del Dr. Carlos Cabrera Lozada (Figura 1) como Miembro Nacional Correspondiente Puesto Número 16, seguida de la Presentación del trabajo de su Incorporación “Morbilidad materna extrema en el umbral de la muerte”. “Para iniciar, el Presidente solicitó la verificación del quórum al Señor Secretario Académico. Acto seguido procedió a la Juramentación del recipiendario.

Finalizada la Juramentación se dio inicio de la Presentación de su trabajo de Incorporación. En su disertación el Dr. Carlos Cabrera Lozada procedió a analizar la morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos de adultos de la Maternidad “Concepción Palacios” en el período de enero 2015 a diciembre de 2019. Este estudio fue descriptivo, transversal y observacional, de 248 historias médicas de gestantes que ingresaron a la terapia de adultos. En los resultados encuentra que la razón de morbilidad materna extrema fue

de 6,09 por cada 1 000 recién nacidos vivos. El 12,0 % fueron por aborto, el 62,5 % atendidas por cesáreas, el sistema más afectado fue el renal con 80,6 %, los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la primera causa directa con 45,6 %, luego la sepsis con 9,3 % y por último las hemorragias con 0,8 %. La mayoría de las pacientes (52,4 %) estuvieron más de 15 días de hospitalización, el 90,5 % egreso en condiciones satisfactorias. Para concluir manifiesta que se evaluaron los indicadores relacionados obteniendo una letalidad de 19,21, la relación morbilidad materna extrema y mortalidad materna de 4,2, índice de mortalidad perinatal por morbilidad materna extrema 1 159,67 y un porcentaje de casos con más de 3 criterios de ingreso a terapia intensiva de 20,95. Como recomendaciones describe que se debe profundizar el estudio de la morbimortalidad perinatal en la Maternidad “Concepción Palacios”.

Una vez culminada la presentación se inició el período de preguntas de los Académicos e invitados las cuales fueron respondidas satisfactoriamente.

Cumplido el orden del día el Presidente anuncia el cierre de la sesión extraordinaria.



Figura 1. Dr. Carlos Cabrera Lozada.

Juramentación del Dr. Jorge García Tamayo como Miembro Correspondiente Nacional, puesto Número 3, por el Estado Zulia

En la Sesión Extraordinaria de jueves 4 de noviembre de 2021 se procedió a la Juramentación del Dr. Jorge García Tamayo (Figura 2) como Miembro Correspondiente Nacional, puesto Número 3, por el Estado Zulia.

El jueves 21 de octubre de 2021 se realiza en Sesión Extraordinaria la Juramentación del Dr. Carlos Cabrera Lozada (Figura 1) como Miembro Nacional Correspondiente Puesto Número 16, seguida de la Presentación del trabajo de su Incorporación “Morbilidad materna extrema en el umbral de la muerte”. “Para iniciar, el Presidente solicitó la verificación del quórum al Señor Secretario Académico. Acto seguido procedió a la Juramentación del recipiendario.

Finalizada la Juramentación

El Dr. Enrique López-Loyo, Presidente de la Academia Nacional de Medicina una vez certificado del quórum realizó la correspondiente juramentación al recipiendario y una vez finalizado este acto, el Dr. García Tamayo inició la Presentación de su Trabajo de Incorporación intitulado “Necrosis Cerebral Intrauterina: reseña de un modelo experimental”.

En su trabajo establece que se presenta el desarrollo de un modelo experimental en ratas Sprague Dawley (SP) inoculadas intraperitonealmente (IP) con el virus de la Encefalitis Equina Venezolana (EEV) cepa Guajira, para demostrar su acción sobre el Sistema Nervioso Central y los elementos vasculares de la placenta durante la vida intrauterina. Se pretende plantear un modelo animal sobre la patogenia de la necrosis cerebral in útero, descrita el año 1967 en mortinatos y recién nacidos, de madres que venían de padecer encefalitis en la Guajira colombovenezolana en 1963. Se estudió inicialmente con el microscopio electrónico el virus EEV en cerebro de ratones lactantes. Se analizó la histología y la ultraestructura del cerebro de ratas SP sobrevivientes semanas y meses post inoculación IP del virus. Se evaluó la histología de fetos y de sus placentas durante las 3 semanas de gestación en las ratas SP; demostrando inicialmente, necrosis de embriones, y posteriormente de los fetos con

alteraciones y trombosis de los vasos placentarios en el trofoblasto endovascular, e inmunotinción positiva al virus de la EEV. Se demostró el efecto letal del virus por su acción directa sobre las estructuras vasculares de la placenta y se discuten los resultados del modelo ejecutado comparándolos con la patogenia propuesta en otras infecciones virales similares.

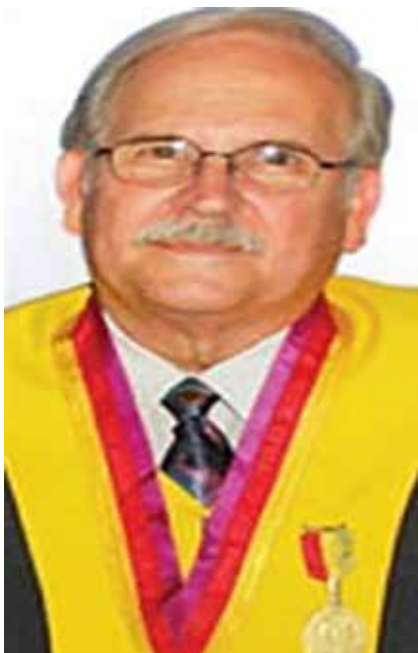


Figura 2. Dr. Jorge García Tamayo.

economistas. Dedicado durante toda su vida profesional a la especialidad ginecológica, llegando a ser Profesor Titular de ginecología en la Escuela Luis Razetti de la UCV. Probablemente su mejor logro profesional fue la Fundación de la Asociación de Planificación Familiar (PLAFAM). Autor de libros, publicaciones internacionales y miembro de 11 sociedades científicas nacionales e Internacionales.

Ingresa como Miembro Correspondiente Nacional ocupando el Puesto 38, incorporado el 15 de enero de 1998. Fue electo Individuo de Número Sillón XII el día 27 Marzo de 2008 y se incorpora el 3 julio 2008 con el trabajo “Vacuna contra el VPH: su importancia en la prevención del cáncer de cuello uterino.” Fue miembro de numerosas comisiones, presidiendo la de Obstetricia y Ginecología. Fue electo para presidir nuestra Corporación para el Período 2016-2018. Se destacó por su preocupación en modernizar la plataforma WEB de la Academia, ser coordinador de las Becas con Universidades del Reino Unido de Oxford y Cambridge y por modernizar los estatutos de la Fundación Academia Nacional de Medicina “Francisco Antonio Rísquez”, la cual presidió hasta el momento de su deceso.

Homenaje Póstumo al Dr. Alfredo Díaz Bruzual, Expresidente de la Academia Nacional de Medicina, Individuo de Número Sillón a cargo del Dr. Marco Sorgi Venturoni

En Sesión Extraordinaria del jueves 21 de octubre se rindió homenaje Póstumo al Dr. Alfredo Díaz Bruzual (Figura 3), Expresidente de la Academia Nacional de Medicina, Individuo de Número Sillón XII. Médico cirujano egresado de la Universidad Central de Venezuela (UCV) en 1952. Doctor en Ciencias Médicas egresado en 1961 con la Tesis “La ginecografía en el diagnóstico ginecológico”. Padre de 3 hijas y un Hijo, todos profesionales, ingenieros y



Figura 3. Dr. Alfredo Díaz Bruzual (1927 - 2021).

Homenaje Póstumo al Dr. Manuel Velasco, Editor Jefe de la Gaceta Médica de Caracas y Miembro Correspondiente Nacional Puesto Número 30 a cargo del Dr. Saúl Peña Arciniegas

En la misma Sesión del jueves 21 de octubre se rindió también homenaje Póstumo al Dr. Manuel Velasco (Figura 4), Editor Jefe de la Gaceta Médica de Caracas y Miembro Correspondiente Nacional Puesto Número 30. El Dr. Saúl Peña Arciniegas fue el encargado de presentar la semblanza del Dr. Manuel Velasco.

“Hice lo que mi madre, Sofía Pernía de Velasco, me indicó siempre: Hijo no le voy a dejar grandes bienes materiales, así que luche si usted quiere ser algo en la vida. He luchado y sigo luchando. Le obedecí”. Lo hizo exactamente dos meses después de recordar esta frase de su madre, durante un diálogo por sus 53 años de graduación como médico cirujano, egresado de la Universidad Central de Venezuela. “El ejercicio médico me ha hecho un hombre feliz”, resumió, satisfecho, el médico, el docente universitario, Miembro Correspondiente Nacional puesto 30 de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, editor en jefe de la Gaceta Médica de Caracas y coordinador médico general de este medio. “Las semblanzas hay que hacerlas en vida”, me repetía permanentemente. Su inesperada partida, este 9 de octubre, ha significado una sucesión de expresiones de auténtico dolor por la pérdida de un líder y un pilar de la medicina venezolana.

El presidente de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina, Enrique López Loyo, anunció en la sesión del 11 de junio de 2020, el nombramiento del doctor Manuel Velasco, Miembro Correspondiente Nacional, como editor en jefe de la Gaceta Médica de Caracas, con plena libertad y autonomía para iniciar una nueva etapa de crecimiento e impacto científico, de la ya centenaria Gaceta Médica de Caracas (1893). El doctor Manuel Velasco fue Doctor en Medicina (MD, por sus siglas en inglés), profesor titular de Farmacología, director de la Unidad Clínica de Farmacología de la Escuela de Medicina Vargas, de la Universidad Central de Venezuela (UCV), ex vicedecano de la Facultad de Medicina de la UCV, Premio Nacional de Medicina, Premio Francisco De Venanzi, Miembro Nacional Correspondiente, puesto 30 de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Editor asociado y revisor ad hoc

de diferentes revistas internacionales. Editor en jefe, revista internacional New Advances on endocrine metabolic and immune Diseases. Revista internacional de Bentham Science Publishers.

El Dr. Velasco, farmacólogo clínico y uno de los más prolíficos doctores de la Academia Nacional de Medicina, con amplia trayectoria como autor, investigador y editor de revistas internacionales, asumió uno de los más importantes retos de su amplia y exitosa carrera académica. Su inesperada partida generó una cascada de afectos, palabras y recuerdos que recibimos como fiel tributo a su memoria.

Hoy agradecemos además a la Academia Nacional de Medicina la decisión de rendir este homenaje a quien ha sido parte fundamental de esta corporación. Amigo y colega fraterno, no queda más que agradecer a Dios el honor de haberlo conocido.

Pero, ante todo, el Dr. Manuel era un pilar en el afecto de sus familiares, de sus amigos, colegas y pacientes. Estamos muy tristes. Ninguna palabra puede resumir este dolor que nos atraviesa y este luto con el cual acompañamos a su esposa Magaly, a sus hijos, Manuel Alejandro, Jorge Luis y Ernesto; a sus nietas Alejandra, Fabiana y Valeria, a su nuera María Gabriela y a sus hermanos.



Figura 4. Dr. Manuel Velasco (1943-2021).

Simposio de la Comisión de Cirugía y Anatomía Patológica: Retos de la Cirugía del siglo XXI, coordinado por la Dra. Eddy Verónica Mora, Miembro Correspondiente Nacional, Puesto Número 1

El jueves primero de noviembre la Comisión de Cirugía y Anatomía Patológica presentó un simposio intitulado “Retos quirúrgicos de la cirugía del Siglo XXI con la participación de tres importantes representantes de la especialidad quirúrgica

Conferencia 1: Cirugía En Cáncer De Mama Estadio IV

Ponente: Dr. José Rafael Prince Duno.

Resumen

El estadio IV del cáncer mama constituye un 4 %-5 % de los casos en países desarrollados y en países subdesarrollados puede llegar hasta un 44 %. El estadio IV es considerado una enfermedad mortal, con una mediana de supervivencia de 2-3 años y, estamos completamente claros que el objetivo general del tratamiento en esta etapa, es lograr calidad de vida y que la modalidad terapéutica más eficaz es el manejo sistémico. Tradicionalmente hemos manejado el concepto, de que la finalidad de la cirugía en estadio IV es netamente paliativa, ante complicaciones locales ocasionadas por el tumor como: infecciones, sangrado, necrosis y ulceración. Sin embargo, la mastología ha evolucionado, tanto desde un punto de vista diagnóstico, como terapéutico, trayendo como consecuencia que aun en estadio IV, estemos detectando lesiones primarias más pequeñas, con focos diminutos de metástasis y nuestras pacientes en esta etapa estén recibiendo un mejor manejo paliativo, trayendo como consecuencia una mejora sustancial en la supervivencia. Esta realidad ha permitido que, en las últimas tres décadas, el manejo del tumor primario en estadio IV, haya alcanzado un interés significativo. En esta conferencia, abordaremos los argumentos que nos permiten afirmar, que definitivamente existe un grupo de pacientes que aun debutando en estadio IV tendrán una sobrevida mayor y ese

factor debe ser considerado para decisiones de tipo quirúrgicas.

Conferencia 2: Cirugía preservadora de esfínter en el manejo de los tumores de recto bajo.

Ponente: Dr. Eliecer Payares Martínez

Resumen

El carcinoma colo-rectal es una de las principales amenazas de la vida en el mundo. Se espera que su incidencia aumente a nivel mundial para el 2030 a más de 2,2 millones de casos nuevos y 1,1 millones de muertes. Venezuela no escapa de esta problemática, para el año 2020 ocupó el 4 to lugar en incidencia entre ambos sexos con 4 602 casos.

Históricamente se han ido perfeccionando las técnicas en el tratamiento quirúrgico del carcinoma colo-rectal, iniciando las primeras experiencias descritas por Jaques Lisfranc en 1826 con abordajes vía perineal. Estas primeras técnicas además presentar una morbilidad y tasa de complicación alta, solían ser mutilantes con baja tasa de preservación del esfínter anal en los tumores del recto bajo. Con el paso del tiempo y los advenimientos de nuevas técnicas quirúrgicas nace la cirugía preservadora de esfínter cuyas primeras experiencias se remontan a 1910 cuando Donald Balfour realiza la primera resección anterior baja de recto más anastomosis colo anal.

Existen en la actualidad factores que influyeron en el desarrollo de la cirugía preservadora del esfínter como el uso de máquinas de autosutura, el desarrollo de las terapias neoadyuvantes, la sustitución del criterio del margen distal rectal. La evolución de la cirugía preservadora del esfínter se ha traducido en diversas técnicas que combinan abordajes abdominales, perineales, uso de máquinas de auto sutura y cirugía mínimamente invasiva para lograr el objetivo principal de conservar la función anatómica del esfínter, ofreciendo la misma seguridad oncológica de los tratamientos quirúrgicos tradicionales.

En la presentación de tema estaremos explicando brevemente la historia, desarrollo, beneficios, indicaciones, contraindicaciones

de las nuevas técnicas disponibles en la cirugía preservadora de recto como lo son: la escisión transanal mesorrectal, resección ultra baja interesfinterica, disección de plano anterior perineal, cirugía mínimamente invasiva transanal, microcirugía transanal endoscópica, operación endoscópica transanal.

Conferencia 3: Guía práctica para los requerimientos del área quirúrgica en tiempos de Covid-19. Requisitos del quirófano en Pandemia.

Ponente: Dr. Luis Alejandro Blanco Domínguez.

Resumen

La aparición de la pandemia por el virus SARS-CoV2, que produce la enfermedad denominada Covid-19, ha influido de manera determinante en los requerimientos para el desarrollo de la actividad quirúrgica. Para tener un criterio objetivo y lograr los mejores resultados, debemos entender que nuestra vida ha cambiado, y que mientras dure la pandemia, tendremos que modificar acertadamente los requisitos correspondientes a la preparación del paciente quirúrgico, a las medidas de protección del personal sanitario, a las condiciones del ambiente quirúrgico, al acto quirúrgico y anestésico, y al manejo de los desechos biológicos.

El presente artículo surge como una guía a tomar en cuenta, debido a la poca información disponible a nivel nacional, con respecto a los lineamientos que deben seguirse para lograr superar esta crisis de la mejor manera, evitando que el ingresar a quirófano se convierta en una fuente de contagio, por supuesto respetando las directrices de prevención de infecciones establecidas como válidas, desde antes de la pandemia.

Palabras claves: ambiente quirúrgico, higiene de manos, desinfección, hipoclorito de sodio, criterios de Spaulding, equipos de protección, aerosoles, desechos quirúrgicos, comité Covid, medidas de prevención.

Simposio: Cien años de Investigaciones en Venezuela sobre la Enfermedad de Chagas y Trypanosoma cruzi, Coordinador: Dr. Rafael Rangel Aldao, presentado por el Dr. Huníades Urbina-Medina (Figura 5), Secretario Académico

Simposio Presentado en la Sesión Extraordinaria del jueves 11 de noviembre de 2021.

Conferencia 1: Productividad científica 1919-2019.

Ponente: Dr. Rafael Rangel Aldao.

Resumen

¿Cuál es el producto de un siglo de investigaciones en Venezuela sobre la enfermedad de Chagas, pues la dolencia es ahora reemergente; y en cuanto al *Trypanosoma cruzi*, muchos colegas se preguntaron en 2019: ¿será que todo fue en vano como modelo científico de la región latinoamericana? Los estudios básicos sobre *T. cruzi* no es que hayan revelado observaciones o mecanismos singulares de gran relevancia universal como el de otros organismos unicelulares, patogénicos o no; y esto parece ser así en el nivel más profundo de estudio molecular como lo es el genoma de *T. cruzi*, descifrado en 2005. En consecuencia, cabe preguntarse, también, ¿de qué modo impactaron esas investigaciones en la formación de médicos, veterinarios, bioanalistas, biólogos y sociólogos, así como en el fortalecimiento de instituciones nacionales de investigación científica, clínica, y en la atención sanitaria nacional pública y privada? Es nuestra hipótesis de trabajo que los avances científicos venezolanos a pesar de la no erradicación de la enfermedad con políticas públicas eficaces, como fue el caso de la malaria a mediados del siglo pasado, sí contribuyeron a establecer un modelo singular y efectivo de la medicina y la parasitología en Venezuela. En estos dos simposios, por tanto, será posible plasmar la visión de distinguidos protagonistas de una historia centenaria; y descubrir cómo tales estudios experimentales facilitaron el ingreso del estamento científico y médico venezolano a los más exigentes círculos de la excelencia mundial, tanto académica como asistencial, al igual que la investigación científica, nacional e internacional.



Figura 5. Dr. Huníades Urbina-Medina.

Conferencia 2: Clínica y Epidemiología.

Ponente: Dr. Harry Acquatella.

Resumen

El diagnóstico de la enfermedad de Chagas se hace por Epidemiología, Serología positiva, y ECG con examen físico. La endemia es propia de Latino-América continental, en expansión por viajeros a EE.UU y Europa. La infección disminuyó desde 1945 a 2000, por el uso de insecticidas, mejor vivienda rural y el programa de control nacional. Las encuestas serológicas antes del programa de control, a la edad de 30 años, mostraron tasas altas, 60 %, que bajaron a menos del 10 %. Chagas agudo se observa raramente. Chagas crónico incluye: fase A, 65 % a 80 % permanecen asintomáticos (indeterminados). El resto con síntomas tienen alteraciones estructurales/funcionales progresivas B1–B2–C y D. El ECG es muy útil, sencillo y económico para diagnóstico de daño cardíaco. Los hallazgos estructurales incluyen cardiomegalia, fibrosis, aneurisma ápex ventricular, reconocibles por eco y otras modalidades diagnósticas.

La Fase A con ECG anormal se reclasifica como B1. La Fase crónica B2–C–D, el ECG, es por definición anormal y hay daño estructural. La insuficiencia cardíaca tratable clasifica Fase

C, irreversible final con óptimo tratamiento Fase D. El tratamiento de arritmias y congestión es convencional en la miocardiopatía. El análisis de 775 sujetos da tasas de supervivencia a los 5 años: Fase A es 95 %, Fase B1-B2 disminuye a 85 %, y en Fases C–D la supervivencia es de 40 %. La predicción de la mortalidad según Rassi con puntuación de 6 variables: disfunción ventricular 5, cardiomegalia 5, trastornos contráctiles 3, taquicardia ventricular no sostenida 3, QRS bajo voltaje 2, y sexo masculino 2. La suma de los factores de riesgo da una mortalidad a los 5 años menor de 6 % en el nivel bajo; 7 % a 11 % en intermedio y 12 % a 20 % en los altos. El tratamiento parasiticida es con Benznidazole en Chagas agudo, en el crónico puede prolongar evolución, pero afecta poco la mortalidad.

Conferencia 3: Patología de la Enfermedad de Chagas

Ponente: Dra. Claudia Blandenier de Suárez.

Resumen

En Venezuela, la enfermedad de Chagas es reemergente, sin interrupción de la transmisión, agravada por la modalidad de los casos de transmisión oral desde 2009. Actualmente debido a la crisis socioeconómica, existe una disminución de las investigaciones básicas sobre la enfermedad, incluyendo la casi total ausencia de autopsias. Desde la década del 60, el estudio anatomopatológico clásico de la miocarditis Chagásica en autopsias y en animales de experimentación en todas sus etapas evolutivas, fue fundamental para consolidar la naturaleza íntima tisular de los cambios observados en su desarrollo y relacionar los cambios orgánicos con

los diagnósticos clínicos, radiológicos e imagenológicos. Actualmente, la patología de la miocarditis Chagásica a nivel celular y subcelular está enfocada hacia el conocimiento de la interrelación que existe entre el parásito y las estructuras celulares a nivel molecular. La utilización de técnicas como la hibridación *In situ*, la PCR y la inmunohistoquímica, son herramientas que permiten ahondar en la patogénesis de la enfermedad. Se hace un análisis de las investigaciones realizadas en nuestro país, sobre la patogénesis y los

aspectos macroscópicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y ultraestructurales de la miocarditis aguda y crónica Chagásica, tanto en humanos como en animales de experimentación.

Conferencia 4: Chagas oral.

Ponente: Belkisyolè Alarcón de Noya.

Resumen

Desde hace más de 100 años se conoce la enfermedad de Chagas (ECh), y lejos de su erradicación o control, todo parece indicar que su globalización es un hecho por la presencia fuera del área endémica, de reservorios, triatomíneos e insectos plaga (chinchas de cama) susceptibles de infección por *Trypanosoma cruzi*. A esto debemos sumar la transmisión transplacentaria, transfusional, por trasplantes, y probablemente sexual que permiten la transmisión comunitaria. La vía oral *in situ* o a distancia, favorecida por la domiciliación de *Panstrongylus geniculatus*, es hoy la fuente mayoritaria de casos agudos de la ECh. En diciembre 2007 en plena festividad navideña, una niña de 7 años con fiebre prolongada, edema facial y postración fue el caso agudo índice del mayor brote conocido de transmisión oral de ECh, en el cual 103 personas de una escuela de clase

media caraqueña resultaron infectadas, 88 % casos moderados o severos con un fallecimiento. Desde entonces y cuatro brotes más, describimos en la región central, 3 en Caracas y uno en el Litoral (88 personas infectadas, también escolar, 5,7 % mortalidad). A la fecha, 16 brotes han sido informados incluyendo los del área andina y uno en Falcón. Una vez sospechado el brote como emergencia sanitaria, fue posible manejarlo para prevenir mayor daño y hacer el seguimiento a corto, mediano y largo plazo. Para ello utilizamos la serología ELISA IgM/IgG de la población expuesta, búsqueda de parásitos y PCR de los positivos, el tratamiento anti-parasitario precoz y masivo previniendo mortalidad, el trabajo responsable en equipo, la coherencia del grupo en declaraciones a autoridades y medios, así como la medición de la efectividad de anti-parasitarios. Los hallazgos de la biología y genética de parásitos, y los mecanismos inmunopatológicos de pacientes,

dividen la población afectada en respondedores y no respondedores. La experiencia de estos 14 años nos preparó para ofrecer respuestas rápidas a este problema sanitario, y continuar formando profesionales de alto nivel como relevos imprescindibles hoy, sin esperar el día después. Ese día es hoy, con el tiempo, recursos y la gente disponible.

Conferencia 5: Nuevos medicamentos en Chagas

Ponente: Julio A. Urbina.

Resumen

Los esfuerzos para el desarrollo del tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas se remontan a los 60 y 70 del siglo pasado, con los compuestos nitroheterocíclicos, nifurtimox (Lampit, Bayer) y benznidazol (Roche), desarrollados a partir de modelos murinos de la dolencia. Sin embargo, el tratamiento etiológico tomó décadas para ser aceptado por la comunidad científica/médica, ante la aparente ausencia de *Trypanosoma cruzi* en los tejidos afectados de pacientes y animales experimentales, evaluados por métodos convencionales. En consecuencia, se consideró que las lesiones inflamatorias características de la dolencia eran reacciones autoinmunes producto de cierta antigenicidad común entre componentes del parásito y tejidos claves del hospedero. En las últimas dos décadas, sin embargo, se demostró mediante inmunofluorescencia y la detección del parásito por PCR, que existe una estricta correlación entre la presencia de *T. cruzi* y las lesiones inflamatorias de los órganos afectados, por lo que el consenso actual es que todos los pacientes seropositivos deben recibir tratamiento etiológico. Tanto el nifurtimox como el benznidazol son efectivos en la fase aguda de la enfermedad, y en el tratamiento de casos pediátricos, pero su eficacia es inferior y variable en la fase crónica de la dolencia, que es la más frecuente de esta dolencia. Estas drogas, sin embargo, tienen efectos adversos en la mayoría de los pacientes, con la consecuente suspensión definitiva del tratamiento en 10 %-20 % de los mismos. El primer estudio aleatorizado y controlado por placebo, sobre la eficacia del benznidazol en pacientes crónicos con compromiso cardiaco

(BENEFIT, 2015) demostró que la droga reduce significativa, pero transitoriamente, la carga parasitaria de los pacientes, pero no detiene el deterioro cardíaco al cabo de 5 años de seguimiento. En consecuencia, para prevenir la evolución a la fase crónica sintomática, se considera que el tratamiento debe concentrarse en pacientes crónicos indeterminados (sin compromiso cardíaco o intestinal). Las nuevas alternativas también incluyen los inhibidores de la síntesis de ergosterol posaconazol e itraconazol, ampliamente utilizados en el tratamiento de micosis humanas, con una muy potente y selectiva acción anti proliferativa contra *T. cruzi* in vitro, así como en modelos experimentales de la dolencia. Sin embargo, los estudios clínicos recientes con posaconazol y una pro-droga del ravuconazol (E1224), no obtuvieron los mismos resultados en pacientes crónicos. La más plausible explicación es que la dosis de posaconazol usada en aquellos estudios clínicos, conlleva a una exposición sistémica de la droga muy inferior a la correspondiente en animales experimentales, en tanto que la duración del tratamiento en el estudio con E1224 fue inferior a la requerida por los análisis de la farmacodinamia de la droga en humanos. Ahora se planifican nuevos estudios con esas drogas, solas o en combinación con benznidazol o nifurtimox.

Conferencia 6: La Biología Molecular de Trypanosoma cruzi en Venezuela, un viaje personal.

Ponente: José Luis Ramírez.

Resumen

En mi charla contaré los eventos y situaciones que motivaron mi participación en el estudio molecular de *Trypanosoma cruzi* y la enfermedad de Chagas. Al mismo tiempo, destacaré los resultados de nuestra actividad, y la participación de colaboradores esenciales con los cuales logramos implementar la biología molecular en actividades de campo. Producto de nuestras actividades se formaron jóvenes investigadores en líneas de frontera como la genómica y la bioinformática, muchos de los cuales trabajan en reconocidos centros internacionales de

investigación, o están incorporados a las actividades de investigación de campo en el país. Luego describiré nuestra participación en los estudios del genoma de *T. cruzi*, el estado actual de la genómica del parásito, y las conclusiones que se derivan de tales estudios.

Diagnóstico

Conferencia 7: Diagnóstico y seroepidemiología de la infección por *T. cruzi* en el oriente venezolano

Ponente: Mariolga Berrizbeitia.

Resumen

Muchos antígenos han sido utilizados para mejorar el diagnóstico de la infección por *Trypanosoma cruzi*. Los antígenos fijados del parásito, de producción relativamente fácil, de epimastigotes en medio axénico y los de excreción/secreción de tripomastigotes (TESA) y epimastigotes (ESEA) de *T. cruzi*, un poco más sofisticados de producir, han demostrado excelente sensibilidad, especificidad y estabilidad. Con esos antígenos se desarrollaron y estandarizaron de forma autóctona en la región Nor-Oriental de Venezuela, pruebas serológicas como ELISA, Western blot, inmunofluorescencia indirecta, multiple antigen binding assay (MABA). Esas pruebas han ofrecido valores diagnósticos robustos, que permitieron realizar estudios seroepidemiológicos para determinar la infección por *T. cruzi* en adultos, niños, neonatos, perros, y animales silvestres en el Nor-Oriente venezolano. Las cifras determinadas proporcionaron un abanico de preguntas, ya que esta parasitosis se creía controlada y hasta ausente en esa región de Venezuela, la infección demostrada en niños menores de 10 años rompió con este paradigma, mostrando así infección activa reciente. Igualmente, los datos obtenidos en los estudios realizados en neonatos y mujeres embarazadas, proporcionaron una actualización de cifras, en un área de estudio poco abordada en nuestro país. Los resultados obtenidos establecen nuevos retos y nos plantean preguntas acerca del presente y futuro de la situación de la enfermedad de Chagas en la región oriental de Venezuela.

Conferencia 8: Inmunopatología del Chagas.**Ponente: José Antonio O'Daly Carbonell.****Resumen**

En este trabajo aislamos factores de crecimiento que inducen la división de *T. cruzi* a 26° y 30° C mediante receptores de la superficie del parásito. Para ello cultivamos epimastigotes en fase exponencial, y trypomastigotes en fase estacionaria, con el medio de cultivo O'Daly+SFT. Con anticuerpos anti-proteínas fetales de ternera, que inducen la división del parásito, se localizaron dichas proteínas en el interior del parásito mediante el marcaje con fluorescencia, con I131o con oro coloidal. Igual resultado se obtuvo con proteínas miocárdicas marcadas. Las proteínas marcadas del SFT entran a *T. cruzi* por la membrana mediante endocitosis, pinocitosis, citostoma, bolsa flagelar para concentrarse en los lisosomas. Un péptido compuesto por ácido glutámico, dos alaninas, y una lisina substituye al SFT para el crecimiento de trypanosomas a todas las temperaturas. Los antígenos son protegidos de las enzimas proteolíticas con ZPCK, TPCK, PMSF, TLCK, al incubar extractos de *T. cruzi* a 37°C por 24 h. La carga eléctrica de las proteínas del medio de cultivo es modificada dentro de *T. cruzi* y luego son excretadas al medio de cultivo transformándolas en antígenos en el huésped infectado, originando anticuerpos y/o inmunidad celular como anti-proteínas del corazón, o en el sistema nervioso del tracto digestivo induciendo miocarditis, megaesófago o megacolon. Existe un factor lítico para glóbulos rojos y células de mamíferos en fracciones de membranas de *T. cruzi* resistentes a 100°C, digestión con tripsina, pronasa, e inhibido por BSA, probablemente un lípido. Linfocitos de bazo de ratones C3H/He y C57Bl/6 infectados con *T. cruzi* estimulados con mitógenos de células T y B presentan inmunosupresión 10-30 días, igual con ensayo hemolítico en placas de Jerne. En ratones infectados por *T. cruzi* aumentan durante 10-30 días los linfocitos IgM e IgG en el bazo y ganglios linfáticos, por la activación policlonal contribuyendo a la inmunosupresión. Mediante inmunoblottings de diagnostica la enfermedad de Chagas.

Foro de la Comisión de Puericultura y Pediatría de la ANM**Pediatría de Urgencias: enfoque inicial del paciente crítico,****Coordinado por el Dr. German Rojas Loyola, Invitado de Cortesía.**

En la Sesión Ordinaria del jueves 18 de noviembre se presentó el Foro de la Comisión de Puericultura y Pediatría de la Academia Nacional de Medicina. Intitulado "Pediatría de Urgencias: enfoque inicial del paciente crítico".

Conferencia 1: Enfoque inicial del paciente crítico.**Ponente: Dra. Emilia García, Pediatra-Intensivista.****Resumen**

La medicina de urgencia (MDU) y los cuidados intensivos (CI) constituyen los eslabones centrales de la cadena de tratamiento de los pacientes críticos. La atención que reciben estos pacientes desde el pre-hospitalario hasta que son atendidos en la unidad de paciente crítico influye de manera importante en la evolución y el desenlace de aquellos pacientes de mayor gravedad. La continuidad en la atención brindada requiere de colaboración estrecha entre ambas disciplinas (MDU y CI) para facilitar el manejo de éstos y optimizar los resultados en la condición de salud de los pacientes. La medicina de urgencia y la medicina intensiva comparten una aproximación fisiopatológica y sistémica al enfrentamiento de pacientes, traspasando el clásico esquema de compartimientos, que históricamente ha dividido a las especialidades médicas.

La medicina de cuidados críticos se especializa en el cuidado de los pacientes en estado más grave. Estos pacientes deben ser tratados por personal especializado en una unidad de cuidados intensivos o área de Urgencias. En algunos hospitales existen unidades separadas para distinto tipo de patologías (p. ej., pacientes cardíacos, trauma, quirúrgicos, neurológicos, pediátricos o neonatos). El paciente en estado agudo crítico

es aquel presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de la autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la relación enfermeros: pacientes es elevada para poder brindar el servicio intensivo necesario, que incluye el tratamiento y la monitorización de parámetros fisiológicos. El tratamiento de los pacientes en la UCI incluye una adecuada nutrición y tratamiento y prevención de las infecciones, manejo de úlceras por estrés y la gastritis, y prevención y manejo de la embolia pulmonar. Como el 15 % al 25 % de los pacientes admitidos en unidad de cuidados intensivos mueren en ese sitio, el médico debe tratar de minimizar el sufrimiento y ayudar al paciente moribundo a tener una muerte digna.

Conferencia 2: Sepsis en Pediatría: nuevos conceptos.

Ponente: Dr. Huníades Urbina-Medina, Pediatra Intensivista.

Resumen

La sepsis es una causa frecuente de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) en todo el mundo. En las UCIs pediátricas se estima que hasta el 8 % de los ingresos pueden ser debidos a esta causa y que tiene una mortalidad de hasta el 25 %. En los últimos años se ha descrito un aumento de la incidencia de sepsis y una disminución de su mortalidad. En 2005, la conferencia de Consenso Barcelona formada por expertos pediátricos dio a conocer las definiciones pediátricas, que adaptaban la filosofía de las de adultos. Hasta la fecha estos criterios han sido los más ampliamente utilizados para definir y clasificar pacientes sepsis en niños.

El cambio conceptual de lo que conocemos como “sepsis” es el siguiente: si hasta la fecha, la sepsis era la respuesta inflamatoria del huésped a la infección, ahora se define sepsis como la disfunción orgánica que aparece por la respuesta inflamatoria a una infección. Este cambio enfatiza el concepto de “disfunción orgánica” que debe

estar asociado al diagnóstico de sepsis, y que ha marcado las diferencias en las herramientas diagnósticas. Uno de los cambios sustanciales es que el concepto “sepsis grave” como definición desaparece. Lo que según criterios de 1991-2001 era “sepsis” ahora es “infección”, y lo que hasta ahora era “sepsis grave” pasa a ser “sepsis”. No se modifica el significado del concepto shock séptico que se mantiene, aunque con algún cambio en su definición.

Las definiciones Sepsis-3 pretenden simplificar el diagnóstico y detectar de forma más rápida al paciente con fallo de órgano, y por lo tanto, con más riesgo de morir, lo que permitirá el tratamiento más rápido posible, que sigue siendo la filosofía de tratamiento óptimo.

La disfunción orgánica se puede medir como un cambio agudo en ≥ 2 puntos en el SOFA score debido a una infección. Estos pacientes tendrían un riesgo de muerte de aproximadamente 10 % y deben beneficiarse de un diagnóstico y tratamiento precoz. Se puede asumir un SOFA inicial de 0 en aquellos pacientes en que no se haya determinado disfunción orgánica previa.

Conferencia 3: Traumatismo craneoencefálico en pediatría.

Ponente: Dra. Julimar Parada Yelamo, Pediatra-Intensivista.

Resumen

El traumatismo craneoencefálico es un motivo de consulta común en la edad pediátrica, se aprecia un comportamiento bimodal en relación a la edad, viéndose picos en los primeros dos años de vida y en la adolescencia, cuando inician la exploración de actividades recreativas, de hecho, según cifras de la OMS los traumatismos son la principal causa de muerte entre niños mayores.

Las características peculiares del infante, como lo son la mayor proporción de cráneo en relación con su cuerpo, hueso más blando y maleables, columna cervical con músculos menos fuertes y la falta de mielinización del sistema nervioso, lo hacen más susceptibles a lesiones craneales que pueden provocar daños primarios o secundarios, repercutiendo en la

función y regulación neurológica más allá de la injuria directa.

La evaluación clínica es fundamental para clasificar a los pacientes en grados de severidad y así establecer la terapéutica, estudios paraclínicos pertinentes y derivación final del paciente. Resalta el aspecto general del niño, signos vitales, así como evaluación del reflejo pupilar, simetría de pupilas, fondo de ojo y manifestaciones hemorrágicas por orificios ubicados en cráneo como oídos y nariz, además de la presencia y ubicación de hematomas y reblandecimientos; simultáneamente apreciación del estado de conciencia, manteniéndose la escala de Glasgow como herramienta de evaluación e incluso predictor pronóstico.

Entre los estudios imagenológicos se destaca la tomografía axial computarizada de cráneo, quedando la radiología de cráneo para indicaciones particulares, entre las cuales, no se debe olvidar la sospecha de maltrato infantil, ameritando incluso la realización de estudios radiológicos de huesos largos.

El tratamiento será específico según la clasificación de la severidad del cuadro clínico, puede abarcar desde observación domiciliaria o intrahospitalaria hasta ingreso a cuidados críticos con necesidad de intervención quirúrgica en los casos que lo ameriten.

Conferencia 4: Perfil socio-económico del pediatra venezolano.

Ponente: Dr. Carlos Hernández Rivero.

Resumen

Inmersos como estamos en un país con una crisis humanitaria compleja sin precedentes, necesitamos conocer la situación socio económica de los Pediatras venezolanos. Información para ser compartida y que cada uno pueda ubicarse dentro del contexto nacional. La presente encuesta busca recolectar la información de cada pediatra: condición socio económica, actividades académicas, sitio de trabajo, honorarios, ingresos, uso de nuevas tecnologías, evolución de la consulta en pandemia, expectativas con respecto

al país. A fin de poder construir un perfil del pediatra venezolano. Para saber quiénes somos, donde estamos que hacemos, cuales son nuestros ingresos, como enfrentamos la pandemia, que tecnologías de información y comunicación usamos, cuáles son nuestras expectativas frente a la crisis del país.

Se diseñó una encuesta elaborada en Google Form con 42 preguntas. Previa solicitud a la Junta Central SVPP se distribuyó a través del correo de la SVPP, grupos de WhatsApp de pediatras y residentes. Se generó una base de información de una manera orgánica y ordenada para objetivar la realidad y presentarla de una manera concluyente ante quienes tienen la posibilidad y la obligación de modificarla.

El recurso humano, factor crítico en Medicina, constituye un fenómeno complejo y global. En nuestro país, marcado por la inequidad y las sucesivas crisis, necesitábamos evaluar la diversidad de realidades que el testimonio del pediatra de distintas regiones nos fue ofreciendo.

Tener información precisa y fundamentada que dé cuenta de las condiciones actuales en que ejercen su actividad los médicos pediatras de diferentes puntos del país, y poder encarar medidas para mejorarlas.

Esta mirada reflexiva, sobre lo que nos enorgullece y sobre lo que nos duele, nos permite encontrarnos para empezar a buscar respuestas oportunas y eficaces.

Foro de la Comisión de Obstetricia y Ginecología “Responsabilidad penal del médico”. Coordinado por el Dr. Pedro Faneite Antique, Individuo de Número, Sillón XX

En Sesión Ordinaria realizada el día jueves 25 de noviembre de 2021 se cumplió el Foro de la Comisión de Obstetricia y Ginecología “Responsabilidad penal del médico”.

Conferencia 1: Responsabilidad penal del médico.

Ponente: Dr. Carlos Cabrera Lozada, Miembro Correspondiente Nacional, Puesto 16.

Resumen

En el siglo pasado y lo que va de ese, se han incrementado las demandas contra los médicos. Se trata de definir los términos más importantes que se relacionan con la responsabilidad penal del médico, se analizan dos casos que dictaron la doctrina, se explican las cuatro acciones u omisiones por las que se puede imputar a un profesional en el ejercicio de su profesión, se define la Dispraxia Médica y se hacen acotaciones con ejemplos de las posibles confusiones de la iatrogenia.

Conferencia 2 : ¿Un acto meramente jurídico?

Ponente: Dr. Crispín Nicolás Núñez Alvarado.

Resumen

El acto médico, debe ser un acto responsable, pero a veces ocurren eventos que pueden implicar que haya actos que puedan ser catalogados como irresponsable, lamentablemente van en incremento. Muchas pudieran ser las causas, una de ellas es la formación de nuestros profesionales de la medicina. Sin dudas los estudios de pregrado influyen en estas demandas

Conferencia 3: Relación médico paciente.

Ponente: Dr. Alberto Arteaga Sánchez (Figura 6).

Resumen

Se revisa la relación médica paciente desde cuatro evidencias, cuatro principios, cuatro modelos y se ofrecen veinte recomendaciones para evitar ser demandado por dispraxis médica.



Figura 6. Dr. Alberto Arteaga Sánchez.

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

Sesión ordinaria del jueves 22 de septiembre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1: De las revistas depredadoras a las revistas secuestradas.

Ponente: Dr. Herbert Stegemann

Resumen

La primera consiste en una introducción general al tema desde el punto de vista universal. Se recuerdan dos elementos básicos para entender la situación: los conceptos de revistas de “Acceso abierto” y el “Fraude en publicaciones científicas”. El enfoque se dirige

a nuevas variables del fraude en publicaciones científicas. Sus definiciones y características son muy particulares. Identificación y recursos de los cuales se valen. La manera como afecta a cada uno de los actores principales: autores, editores, revisores, editoriales, sociedades científicas y en general todo el sistema de valoración de la calidad de la actividad científica. Se orienta en torno a las precauciones. Se destaca que se trata de una actividad que mueve presupuestos multimillonarios cuya principal clientela radica en la avidez por publicar sin tomar en cuenta la calidad. Finalmente como distorsiones comparables son utilizadas por casas editoriales, servicios de traducción y organizadores de reuniones científicas. Incluimos fuentes y referencias bibliográficas. La segunda parte será desarrollada por la Profesora Consuelo Ramos – ver Resumen aparte- y se referirá específicamente a cómo esta actividad fraudulenta comenzó a afectar directamente al sistema científico venezolano.

Conferencia 2: Revistas y editoriales venezolanas depredadas, secuestradas, “una enfermedad silenciosa” Ciencia en riesgo.

Ponente: Dra. Consuelo Ramos De Francisco.

Resumen

A partir de la revisión de conceptos, procesos e impactos que han cambiado a la ciencia y sus publicaciones (organización, acceso y difusión del conocimiento), conocido como “Acceso abierto” (AA/OA “open access”) y ciencia abierta “open science”, así como la ética y grandes monopolios editoriales. Se evidencia la preocupación por la creación de una “ciencia paralela” a través de los desarrollos y operatividad, no éticas, de las “Revistas y casas editoriales depredadoras”, secuestradoras, (o secuestradas) “falsas” o “piratas” “predatory journals”, las cuales atentan contra el sistema de investigación y sus publicaciones. Se describen e identifican algunos casos de revistas nacionales víctimas de alguno de estos tipos de acciones citadas, así como robos o apropiación de los “dominios web” en Venezuela. La existencia de este tipo de publicaciones

fraudulentas constituye un problema serio en cualquier campo de la ciencia y en cualquier país. Se corre el riesgo de que se divulgue “pseudociencia” o investigaciones falsas (ciencia en riesgo). En el ámbito nacional, sorprende constatar el desconocimiento generalizado de este fenómeno entre los investigadores del país. Situación que permite revisar el perfil general de las revistas académicas venezolanas, la ausencia de políticas, baja productividad científica y pérdida de calidad y liderazgo. El problema es una realidad creciente con serias consecuencias.

Sesión ordinaria del jueves 30 de septiembre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1: Tecnologías y Humanidad.

Ponente: Dra. Alicia Ponte-Sucre.

Resumen

Durante esta charla quisiera presentarles mis reflexiones acerca de la fina interconexión que debe existir entre la tecnología como el conjunto de conocimientos afines a una técnica y eso que llamamos humanidad, entendida no sólo como el conjunto de seres humanos que habitamos esta aldea global sino además como el sentimiento de comprensión y solidaridad que cada uno de esos habitantes debe sentir por quienes lo rodean. Y es que la tecnología y la humanidad van de la mano desde el principio de los tiempos y de la civilización debido por una parte a la curiosidad innata del ser humano, acompañada de reflexión y creatividad, y su capacidad por otro lado, a pesar de ser uno de los habitantes más frágiles desde el punto de vista físico del planeta, de innovar y diseñar sistemas y aparatos que le otorgan una inmensa fortaleza y poderío sobre los demás habitantes del mismo. Conversaremos sobre premisas sobre las que se fundamenta la investigación científica desde el punto de vista ético para luego dar ejemplos concretos en el área de investigación en salud y culminar con algunas reflexiones filosóficas pertinentes al tema.

Conferencia 2: La controversia con Guyana

Ponente: Dr. Rafael Badell Madrid.

Resumen

A través del Tratado de Londres de 1814, Holanda cedió a Gran Bretaña los establecimientos al este del río Esequibo, que había adquirido mediante el tratado de Münster en 1648.

En 1835 el naturalista prusiano Robert Hermann Schomburgk trazó la primera línea de demarcación que abarcaba unos 4 920 Km² de territorio venezolano en favor de Gran Bretaña. La “segunda línea Schomburgk”, en 1840, aumentó la pretensión inglesa a 141 930 Km².

En 1841 Venezuela protestó y en 1850 se suscribió un acuerdo con Gran Bretaña -modus vivendi- para mantener el status quo evitando que la expansión inglesa continuara usurpando territorios pertenecientes a Venezuela.

En 1887 se trazó la tercera línea de Schomburgk que abarcaba aún mucho más territorio: 167 830 Km². El mismo año, Gran Bretaña aumentó su pretensión con otra línea basada en el mapa de Hebert de 1842. Con esa última expansión, la frontera sería una línea en la costa hasta Upata, abarcando 203 310 Km² de superficie venezolana.

El 26 de enero de 1887 el presidente Guzmán Blanco, exigió al gobierno británico el inmediato retiro desde las bocas del Orinoco hasta el río Pomerún. Gran Bretaña no aceptó, en consecuencia el presidente venezolano rompió relaciones diplomáticas con ese País el 21 de febrero de 1887.

En 1892 el Ministro de Relaciones Exteriores de Venezuela Pedro Ezequiel Rojas pidió al Ministro estadounidense William L. Scruggs que abogara por la causa venezolana. Scruggs informó al presidente Grover Cleveland y lo interesó en el asunto.

El 17 de diciembre de 1895 el Presidente Cleveland, en mensaje al Congreso, invocó la doctrina Monroe argumentando que Estados Unidos no estaba dispuesto a tolerar abusos británicos en Guayana y exhortó a la solución mediante arbitraje y señaló que, de no aceptar, la ocupación sería vista como una apropiación. Inglaterra no aceptaba ir a un arbitraje con

Venezuela a quien consideraba un Estado “semi-civilizado”.

En 1896, el Congreso de Estados Unidos nombró una comisión de seis miembros para investigar y determinar los verdaderos límites con Guayana. Debido a esto y otras presiones de Estados Unidos, Inglaterra aceptó, finalmente, firmar el Tratado de Arbitraje de Washington, el 2 de febrero de 1897.

Luego de varios meses se dictó el Laudo de París el 3 de octubre de 1899, por medio del cual se adjudicaron a Gran Bretaña 159.500 kilómetros, más del noventa por ciento del territorio controvertido. Ese laudo de París es nulo por violar las disposiciones del Tratado de Washington y los principios de derecho internacional vigentes para el momento.

Las terribles condiciones políticas y sociales que padecía Venezuela en el momento, permitieron que fuera presionada a dar cumplimiento al fallo. Cincuenta años más tarde, en julio de 1949, se conoció el memorándum póstumo de quien había sido el abogado e Venezuela en el arbitraje. Severo Mallet-Prevost, quien denunció que el laudo de París, había sido un arreglo político y que los árbitros estuvieron sometidos a intensas presiones del presidente del tribunal arbitral, el ruso Federico De Martens

Venezuela denunció la nulidad del Laudo de París en la IV Reunión de Cancilleres Americanos de 1951; después en la X Conferencia Interamericana de Caracas de 1954 y, luego, en la XVIII Asamblea de las Naciones Unidas donde el canciller Marcos Falcón Briceño declaró que el laudo era “nulo e írrito”.

El 17 de febrero de 1966 se reabrió la reclamación con la firma del Acuerdo de Ginebra. Luego, el 26 de mayo de ese mismo año, la República Cooperativa de Guyana obtuvo su independencia y Venezuela la reconoció como Estado soberano, dejando a salvo los territorios en reclamación.

Luego de cincuenta años de la firma de ese Acuerdo de Ginebra sin llegar a soluciones negociadas y amistosas, el 30 de diciembre de 2018, el Secretario General de la ONU, notificó a las partes que habría escogido la Corte Internacional de Justicia como medio de solución de la controversia.

El 29 de marzo de 2018 Guyana demandó a Venezuela y solicitó a la Corte Internacional de Justicia que confirmara la validez y efecto vinculante del laudo de 1899.

El 30 de junio de 2020 tuvo lugar en la Corte Internacional de Justicia la audiencia oral para oír los alegatos de las partes. Venezuela no compareció, en su lugar, anticipadamente, envió una comunicación rechazando la jurisdicción de la Corte Internacional de Justicia. Guyana compareció, formuló sus alegatos y tuvo oportunidad de contradecir los que había expuesto Venezuela anticipadamente.

El 18 de diciembre de 2020, la Corte Internacional de Justicia se declaró competente para conocer el asunto y, mediante orden del 8 de marzo de 2021 fijó como plazo para que Guyana presente su memoria el 8 de marzo de 2022 y para la contramemoria de Venezuela el 8 de marzo de 2023.



Figura 7. Dr. Rafael Badell Madrid.

Sesión Extraordinaria del jueves 21 de octubre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia 1: Covid Persistente.

Ponente: Dra. Maritza Durán.

Resumen

Durante la epidemia de Influenza de 1892-1895, llamó la atención que posterior a la fase aguda los pacientes presentaban síntomas neurológicos y astenia. Los sobrevivientes a las epidemias de SARS y MERS también experimentaron disnea, fatiga, problemas de salud mental y disminución de la calidad de vida como parte de un síndrome viral post agudo. Un considerable número de sobrevivientes de la COVID-19 continúa experimentando síntomas que persisten después de la recuperación de la fase aguda de la enfermedad. Esta entidad ha recibido diversos nombres: COVID Largo, crónico, de larga distancia, síndrome de COVID pos agudo, secuelas pos agudas de COVID-19. En esta presentación se definirá como COVID agudo los signos y síntomas que se presentan tras el contagio y dura hasta 4 semanas. Secuelas de la COVID-19: síntomas derivados tras el daño estructural de las complicaciones sufridas. COVID persistente: complejo sintomático, multiorgánico que afecta a pacientes que han padecido la COVID-19 y que permanecen sintomáticos tras la fase considerada aguda de la enfermedad, pasadas las 4 semanas e incluso 12 semanas de la misma. Es importante distinguirlo del Síndrome pos cuidados intensivos. La COVID persistente es independiente de la gravedad con la que cursó la fase aguda y no es fruto de las secuelas. Puede suceder a cualquier edad, entre los potenciales mecanismos inmunopatológicos figuran la presencia de reservorios virales, agotamiento inmune, autoinmunidad viral inducida, inmunometabolismo anormal, alteración del microbioma y desbalance del sistema renina angiotensina. Entre los síntomas más frecuentes figuran la astenia, el malestar general, la cefalea, mialgias, artralgias, disnea, dolor torácico, falta de concentración, anosmia. Esta enfermedad genera discapacidad para integrarse a la actividad

laboral, a las obligaciones familiares, al ocio. Es importante hacer una valoración multisistémica de estos pacientes con pruebas analíticas en función de los síntomas, el abordaje terapéutico habitualmente es multidisciplinario.

Sesión Extraordinaria del jueves 28 de octubre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia: Comer bien, seguro y sostenible, un desafío en estos tiempos

Ponente: Antropóloga Ocarina Castillo D'Imperio (Figura 8).

Resumen

En la exposición se parte de la definición de la alimentación como un hecho multidimensional, por lo cual constituye un espacio interdisciplinario y que atraviesa los más variados conocimientos y saberes. Enfatizaremos en la alimentación como texto, a través del cual podemos aprehender Historia, Identidad y pertinencia, Códigos éticos y estéticos, Gramáticas y nomenclaturas, Formas de sociabilidad y Patrimonio.



Figura 8. Ocarina Castillo D'Imperio.

Referimos los más importantes procesos experimentados por los sistemas alimentarios a lo largo de la última centuria, y muy especialmente nos detendremos en los desafíos que se plantean a propósito de la era que ha sido calificada por los expertos como “Antropoceno”, del Cambio Climático y más específicamente de la actual pandemia, haciendo algunos señalamientos sobre el caso venezolano.

Sesión Extraordinaria del jueves 11 de noviembre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia: Relactación

Ponente: Dra. Elvia Badell Madrid

Resumen

La relactación o inducción a la lactancia es posible y practica para cualquier mujer si está adecuadamente motivada, tiene ventajas nutricionales para el niño además mejora la relación de ambos. La estimulación por succión directa, frecuente del pecho por el niño, día y noche, es clave para lograrlo; muchos niños están dispuestos a mamar de una vez, al sentir el pecho, otros hay que ayudarlos a iniciar la succión. El apoyo continuo y la orientación en lactancia a la madre por el pediatra entrenado, así como enseñar a la familia y amigos a apoyarla, contribuye en el logro de esta práctica. La edad de la madre y del bebé, la paridad, la experiencia de amamantamiento previo y el intervalo de lactancia de ambos, son factores menos importantes que el estímulo del pecho y la motivación materna. La producción de leche es fundamental, mientras se logra cantidad suficiente para alimentar al bebé, debe suplementarse con leche humana provenientes de bancos de leche o fórmula administrada al niño con taza, vaso, jeringa o dedo; puede usarse un suplementador de leche, para cumplir sus demandas nutricionales. En caso de no producción de leche, dos semanas después de haber iniciado la relactación o inducción a la lactancia, considerar uso de lactogogos, de efectividad no comprobada y de uso no rutinario.

En ningún caso estos fármacos reemplazan la succión del niño, la motivación y el apoyo materno en la producción de leche.

Sesión Extraordinaria del jueves 18 de noviembre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia: Perfil socio-económico del pediatra venezolano.

Ponente: Dr. Carlos Hernández Rivero.

Resumen

Inmersos como estamos en un país con una crisis humanitaria compleja sin precedentes, necesitamos conocer la situación socioeconómica de los Pediatras venezolanos. Información para ser compartida y que cada uno pueda ubicarse dentro del contexto nacional. La presente encuesta busca recolectar la información de cada pediatra: condición socioeconómica, actividades académicas, sitio de trabajo, honorarios, ingresos, uso de nuevas tecnologías, evolución de la consulta en pandemia, expectativas con respecto al país. A fin de poder construir un perfil del pediatra venezolano. Para saber quiénes somos, donde estamos que hacemos, cuales son nuestros ingresos, como enfrentamos la pandemia, que tecnologías de información y comunicación usamos, cuáles son nuestras expectativas frente a la crisis del país.

Se diseñó una encuesta elaborada en Google Form con 42 preguntas. Previa solicitud a la Junta Central SVPP se distribuyó a través del correo de la SVPP, grupos de WhatsApp de pediatras y residentes. Se generó una base de información de una manera orgánica y ordenada para objetivar la realidad y presentarla de una manera concluyente ante quienes tienen la posibilidad y la obligación de modificarla.

El recurso humano, factor crítico en Medicina, constituye un fenómeno complejo y global. En nuestro país, marcado por la inequidad y las sucesivas crisis, necesitábamos evaluar la diversidad de realidades que el testimonio del pediatra de distintas regiones nos fue ofreciendo. Tener información precisa y fundamentada que dé

cuenta de las condiciones actuales en que ejercen su actividad los médicos pediatras de diferentes puntos del país, y poder encarar medidas para mejorarlas.

Esta mirada reflexiva, sobre lo que nos enorgullece y sobre lo que nos duele, nos permite encontrarnos para empezar a buscar respuestas oportunas y eficaces.

Sesión Extraordinaria del jueves 25 de noviembre de 2021

Preside: Dr. Enrique Santiago López-Loyo

Conferencia: Alogenosis por Biopolímeros.

Ponente: Dr. Joselit Torres.

Resumen

La alojenosis por Biopolímeros se ha constituido en un grave problema de salud público por cuanto más de 40 mil casos han sido denunciados ante los organismos de contraloría sanitaria sin tomar en cuenta el amplio subregistro existente.

Estas sustancias de relleno traen como consecuencia no solo infecciones locales y alteraciones de la arquitectura de la piel, sino que, tras varios años, producen la liberación de citoquinas inflamatorias que hacen daño no solo local sino a distancia. Una gran cantidad de pacientes hace síntomas de autoinmunidad con elevación de anticuerpos y deben ser tratados con inmunomoduladores que aseguren mejorar la calidad de vida de los mismos. Se han establecido, en concesos realizados por distintos especialistas como inmunólogos, cirujanos plásticos, reumatólogos, dermatólogos e infectólogos varios esquemas de tratamiento para el abordaje médico de las consecuencias de la alojenosis destacándose el uso de esteroides en ciclos variables de acuerdo a la respuesta del paciente y del alcance de los síntomas en combinación con otros modificadores de la respuesta inmune como el metrotexate, hidroxicloroquina o azatioprina según sea el caso y los síntomas predominantes en el paciente. En los casos de abscesos si bien hay que tomar en cuenta la flora habitual de la piel las mycobacterias son frecuentemente

aisladas por lo que los cultivos y manejo en esta esfera son fundamentales. Las medidas generales que incluyen la evitación de traumatismos y calor local son también garantes de que no haya consecuencias graves dentro de las que destaca la migración del material de relleno hacia zonas aledañas.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS (FIGURA 9)



Figura 9. Libro de incorporaciones 2021.

Editor: Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry

Depósito Legal DC2021001801

ISBN 978-980-415-030-2

**Editorial ATEPROCA C.A., Caracas.
www.ateproca.com**

**Versión electrónica para la página web
(www.anm.org.ve), noviembre 2021**

Resumen de Contenido

Se presenta el Volumen XXIII del libro de Incorporaciones (virtual) donde se reseñan los trabajos y discursos de los Drs. Rafael Apitz Castro, Horacio Vanegas Fischbach, y José Ramón Poleo, últimos tres Individuos de Número incorporados a nuestra Academia de Medicina de Venezuela.

El Dr. Rafael Apitz C. nos presenta su trabajo de Incorporación para optar al Sillón de numerario XXXVIII, el 27 de septiembre de 2018, cuyo título “La invisibilidad de un problema de salud pública con repercusiones indeseables a largo plazo, Los Defectos del Desarrollo Embrionario” cuyo análisis crítico fue realizado por el Dr. Huniades Urbina Medina. Luego una semana después dio su discurso de Incorporación cuya Bienvenida le fue realizada por el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry Individuo de Número Sillón VIII.

Luego se presenta el trabajo de Incorporación del Dr. Horacio Vanegas F., “Descubriendo los circuitos cerebro-espinales que modulan el dolor”, cuyo Juicio Critico fue realizado por el Dr Rafael Apitz C. Individuo de Número Sillón XXXVIII. A continuación presentamos su discurso de Incorporación y el discurso de Bienvenida por el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry Individuo de Número Sillón VIII.

El 17 de junio de 2021 el Dr. José Ramón Poleo nos presenta su trabajo de Incorporación al Sillón X de nuestra Institución, denominado “Gastritis asociada a la infección por Helicobacter pylori, prevalencia, aspectos clínicos, enfermedades relacionadas, experiencia en una consulta de gastroenterología”, cuyo Juicio Critico fue realizado por el Dr. Leopoldo Briceño-Iragorry IN Sillón VIII. Luego presenta su discurso de Incorporación en cuyo acto el Dr. Rafael Apitz Castro Individuo de Número Sillón XXXVIII le da la Bienvenida.