

# 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

## VIDA DE LA ACADEMIA

### PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INCORPORACIÓN DEL DR. CARLOS CABRERA LOZADA COMO INDIVIDUO DE NÚMERO, SILLÓN VII

En Sesión Extraordinaria celebrada el jueves 5 de diciembre 2024, en las modalidades presencial en la Sala de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina del Palacio de las Academias y virtual por las plataformas Zoom y YouTube, se realizó la Presentación del Trabajo de Incorporación del Dr. Carlos Cabrera Lozada (Figura 1), intitulado “Medicina materno fetal: aportes” para ocupar el Sillón VII como Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina.

El Secretario Académico y el Presidente dieron la bienvenida y se dio lectura del Orden del Día, se constató la verificación del quórum y a continuación el Presidente Dr. Hunfades Urbina-Medina se permitió conceder el derecho de palabra al recipiendario para la presentación de su Trabajo de Incorporación.

ORCID: 0000-0002-3455-5894

El Dr. Carlos Cabrera Lozada inició su trabajo manifestando que la elevada morbimortalidad así como la alta incidencia de afecciones perinatales registradas en el curso del proceso gestacional, nos ha obligado hacer un análisis crítico-reflexivo sobre el tema, guiado desde el punto de vista epistemológico por el paradigma crítico-dialéctico, con el propósito de cambiar la realidad de estudio por una realidad comunicativa que dé solución al problema planteado, utilizando un lenguaje cualitativo en instancias de reflexión-acción-reflexión a objeto de lograr resultados con posibilidades de cambio y para enriquecer el conocimiento sobre la Medicina Materno Fetal.

Define que la concepción actual de la Medicina Materno Fetal (MMF) nace de la necesidad de abordar la vigilancia anteparto e incluso desde el período preconcepcional, identificación precoz del feto con riesgo de daños o muerte, así como diagnosticar las patologías maternas en el curso de la gestación y sus consecuencias perinatales, por lo cual se ha concebido desde el punto de vista epistemológico, el abordaje de este problema, mediante un pensamiento crítico reflexivo, con el propósito de transformar la realidad del estudio.

El trabajo fue realizado en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP) y desde el punto de vista heurístico, las fuentes de información fueron: Bajo supuestos epistemológicos,

ontológicos y axiológicos, se desarrolló la metodología utilizada en la presente investigación en la que con autorización de la Jefatura de Servicio de MMF y la Dirección del Programa de Especialización en MMF de la MCP, se realizó una investigación documental de tipo crítica en el área de MMF. Como punto fundamental de la metodología describió que la población estudiada estuvo constituida por todos los documentos relacionados con la evolución histórica y aportes del programa de especialización en MMF, así como publicaciones en revistas biomédicas y/o libros. También pudo realizar una búsqueda en los motores de búsqueda de las plataformas en línea y/o bases de datos, tales como PubMed, SciELO, LILACS, Google Scholar, Saber UCV, ResearchGate, ORCID, de los documentos y publicaciones en revistas biomédicas y/o libros relacionados con la evolución histórica y aportes del programa de especialización en MMF.

Esta investigación está dirigida a autoridades gremiales de la medicina, docentes universitarios, médicos especialistas, médicos generales, estudiantes de medicina y a personas interesadas en el tema. El estudio lo considera importante porque va a enriquecer la bibliografía nacional sobre la temática, además de robustecer el acervo científico de la MMF y la Academia Nacional de Medicina.

A continuación, hace una revisión del tema enmarcando teóricamente el objeto de estudio que se ha planteado, a partir de los antecedentes nacionales e internacionales sobre el desarrollo de la MMF, la cual es un área relativamente nueva a nivel global. En los últimos 30 años, ha pasado de la promoción y la integración de las pruebas de vigilancia fetal, a la práctica clínica, con la aplicación de pruebas de detección ultrasonográfica cada vez más especializadas, así como por la ejecución de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, que permitieron considerar al feto como un paciente susceptible de ser diagnosticado y tratado.

La MMF es una especialidad que es indispensable desarrollar y afianzar en Venezuela, dada su concepción enfocada en el mejoramiento de los indicadores de salud perinatal. La nación padece una profunda crisis del sector salud venida en emergencia humanitaria compleja.

Se estima la mortalidad materna (MM) en 95 por cada 100 000 nacidos vivos (NV), la tasa de mortalidad infantil se estima en 25 por cada 1 000 NV y la tasa de mortalidad neonatal en 14,6 por cada 1 000 NV. De la revisión de estadísticas en los Servicios de Registros Médicos y de Epidemiología de la MCP, la tasa de mortalidad neonatal en el período 2019-2023 fue de 35,57 por cada 1 000 NV, producto de 987 muertes neonatales con 27 741 NV. Los estados hipertensivos del embarazo (EHE), también conocidos como síndromes hipertensivos del embarazo o trastornos hipertensivos del embarazo, representan en la actualidad la primera causa de MM en Venezuela y en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP).

Surgen entonces las siguientes interrogantes: ¿Cómo se inicia la Especialidad de MMF en Venezuela? ¿Cuáles son sus aportes?. En concordancia y coherencia para dar respuestas a las interrogantes investigativas se plantea si desde el punto de vista epistemológico, ha sido una constante del Comité Académico del programa de especialización en MMF, mantener los vínculos entre el desarrollo de MMF como disciplina en la MCP, mediante la creación y mantenimiento del archivo del programa, que ha operado la secretaría y la dirección del programa de especialización, con los registros por año y cohorte de los egresados del curso de ampliación en MMF, la residencia asistencial programada en MMF (RAP), el programa de especialización en MMF y el curso de perfeccionamiento profesional en medicina perinatal, por lo que la investigación crítica reflexiva en MMF, así como los eventos históricos alcanzados y las publicaciones biomédicas realizadas por egresados, cursantes y docentes asistenciales del curso de ampliación, la RAP, el programa de especialización y el curso de perfeccionamiento profesional.

Seguidamente describe que el programa de especialización en MMF, con sede en la MCP, detallando la estructura curricular y materias que se dictan en dos años, tres cuatrimestres cada uno. Luego describe el perfil de especialista egresado del programa de especialización el cual estará en capacidad de ejercer competencias en el área asistencial, investigativos, docente administrativo y ético-legal y gremial.

A continuación, presenta las gestiones institucionales documentadas que se realizaron para lograr la instauración de esta especialidad. Según su estudio, el programa de especialización y el curso de perfeccionamiento profesional se sustentan de la simbiosis hospital-universidad. Los hitos registrados durante la evolución histórica del programa de especialización en MMF no son solo un recuento aislado de sucesos, permiten la comprensión hermenéutica con enfoque holístico de un proceso integrado de afianzamiento de la actividad docente-asistencial, que dan fruto en la práctica profesional y académica del egresado con un perfil de formación continua, que no se limitan únicamente al campo específico de la especialidad, sino que dan aportes a otras áreas del conocimiento y que en tiempos de la pandemia COVID-19, han colaborado de forma destacada a la literatura científica nacional e internacional.

Finaliza puntualizando que el programa de especialización en MMF, como el que se ofrece en la UCV, ha sido pilar esencial en la formación de profesionales altamente capacitados. Este programa ha contribuido significativamente a la sociedad en múltiples dimensiones, a saber: avances en diagnóstico y tratamiento, reducción de morbilidad y mortalidad, progresión en investigación y desarrollo y formación de líderes y educadores.



Figura 1. Dr. Carlos Cabrera Lozada.

A continuación, el Dr. Felipe Martín Piñate (Figura 2), Individuo de Número Sillón XXV procedió a realizar el Juicio Crítico al Trabajo de Incorporación “Medicina Materno Fetal: Aportes” del Dr. Carlos Cabrera Lozada.

Inicia manifestando que el Dr. Carlos Cabrera Lozada, se incorpora a la Academia Nacional de Medicina con un trabajo, producto de su experiencia profesional, docente y de investigación como gineco-obstetra cuando observa en el curso de su carrera una elevada morbi-mortalidad así como una alta incidencia de afecciones perinatales registradas en el curso del proceso gestacional, y entonces piensa en la necesidad de buscar un cambio de la situación planteada como problema motivo de estudio, con el propósito de poner orden a la situación observada, inicia un movimiento de equipo asistencial, docente, motivacional, guiado desde el punto de vista epistemológico por el Paradigma Crítico-Dialéctico, cuyo fin último es transformación-cambio, utilizando lenguaje cualitativo y cuyos resultados se corresponden con una acción-social y a la vez comunicativa. Esta investigación se ubica en la dimensión sistémica de las ciencias, Modelo Biopsico-Social-Reflexivo (Holismo).

El sujeto investigador en su ir y venir, desde su inicio presenta como propósito cambiar, transformar la realidad de estudio en una realidad comunicativa, producto de instancias de reflexión-acción-reflexión, tal como la planteó la Teoría Crítica de Frankfurt.

Debo recordar que el enfoque Crítico-Dialéctico es consecuencia de una reflexión social sobre una realidad irregular para transformarla y romper con los mitos del conocimiento fundamentalista y las condiciones sociales que restringen valores, intereses y acciones, busca cambiar el mundo reinante para transformar prácticas. Es un estudio de validez consensual, utiliza herramientas teórico-prácticas, para permitir los cambios, interactuar con ellos, tal cual como lo ha hecho el Dr. Carlos Cabrera, en su papel de investigador.

Por esta razón, este método es llamado también Paradigma de la Praxis: Investigación- acción participativa, en la cual se construye una nueva realidad de modo científico. El grupo creador de este Paradigma está formado por: Jürgen

Habermas, Teodoro Adorno, Max Horkheimer, Marcuse y Paulo Freire (1965), en Frankfurt.

En el inicio de su trabajo, el autor lo delimita en la Maternidad “Concepción Palacios”, también en la introducción se lo dedica a docentes universitarios, médicos especialistas, estudiantes de medicina y yo diría que, si sus recomendaciones son oídas por las autoridades universitarias, deben ser llevadas a las Facultades de Medicina, Sociedades científicas y al público en general. En la contextualización temática el trabajo muestra la manera de cuestionar estructuras sociales e institucionales con las que hay que convivir, siguiendo la Teoría de Habermas (2004), cuando dice: “Se necesita reflexión y contraste de opiniones con el propósito de construir un contexto en el que haya nuevos elementos y criterios que doten de significados diferentes a nuestro trabajo y que cada investigador se erija como auténtico reto a la creatividad”.

Finaliza su Juicio Crítico con una exhortación al cuerpo Académico como afirma “Estimados académicos, el Dr. Carlos Cabrera ha optado al Sillón VII de la ANM, presentando títulos legítimos, cumpliendo con la estricta exigencia de la Ley Orgánica, estatutos y reglamentos de nuestra corporación, con dedicación absoluta y devoción, como lo ha mostrado con su excelente investigación, la cual se hace meritoria de una monografía titulada: Aportes de la Medicina Materno Fetal, síntesis de la calidad científica, humana, intelectual y moral del Dr. Carlos Cabrera para la ANM. Por tanto, anticipo felicitaciones al autor y a la organización. No continúo hablando de este trabajo, que me ha producido gran regocijo personal, porque salta a mi mente la figura intelectual del escritor ruso Fedor Dostoievski, quien señala: “Cuando los sentimientos sobran, las palabras faltan”. “Señor presidente, bajo mi completa responsabilidad, solicito ante su competente jerarquía, se le otorgue el Título de Individuo de Número al Doctor, Profesor y PhD. Carlos Cabrera Lozada, para ocupar el Sillón VII”.

Finalizada esta intervención el Secretario Académico declara el cumplimiento de la agenda del día y el Presidente declara terminada la Sesión Extraordinaria.



Figura 2. Dr. Felipe Martín Piñate.

#### **SESIÓN SOLEMNE DE JURAMENTACIÓN DEL DR. CARLOS CABRERA LOZADA COMO INDIVIDUO DE NÚMERO PARA OCUPAR EL SILLÓN VII DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

En Sesión Solemne celebrada el jueves 12 de diciembre de 2024 en el Paraninfo del Palacio de las Academias en las modalidades presencial y virtual, por las plataformas Zoom y YouTube, se realizó el acto Juramentación del Dr. Carlos Cabrera Lozada (Figura 3) como Individuo de Número para ocupar el Sillón VII de la Academia Nacional de Medicina.

Para iniciar el acto el Secretario Académico procede a dar lectura de la orden del día, luego de la cual se hace la verificación del quórum y el Presidente da la bienvenida a los Presentes en la Sesión, incluyendo a las autoridades Universitarias de la Facultades de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. El señor Presidente hace acompañar al Recipiendario al Púlpito de Santo Tomás para dar lectura a su discurso de incorporación.

Inicia con la salutación a la directiva, autoridades universitarias, Cuerpo Académico, familiares e invitados académicos y especiales

presentes en el acto. Seguidamente agradece a los Académicos postulantes e inicia el recorrido por la visa y obra de quienes le antecedieron en el Sillón VII, a saber, del Dr. Francisco Hermógenes Rivero Feo, (1875-1962), Dr. Victorino Márquez Reverón (1917-2002) y el Dr. Guillermo Colmenares Arreaza (1938-2023).

Luego de realizar un emotivo reconocimiento a sus padres, procede a dar un sentido agradecimiento a los integrantes de la Comisión de Credenciales por haber considerado sus credenciales para optar a la elección de este Sillón. Describe su proceso de formación en diferentes centros, la influencia de notables maestros en su especialidad y las responsabilidades al frente de establecimientos de salud. “Por esas oportunidades de la vida y sintiendo que Dios me interpretó así, llegué a ser Director General del Servicio Autónomo Maternidad “Concepción Palacios” formábamos parte de las tres Marías: Hospital Vargas de Caracas, el Hospital J.M. de los Ríos (Hospital de Niños) y la Maternidad “Concepción Palacios”. Por cierto, el único Director General, porque los anteriores y siguientes han sido directores en línea dependientes de la Dirección General de Salud, me tocaron como director las dos “horas 0”. Hoy se dice fácil, en el contexto del momento fue bastante difícil, días y noches en absoluto sacrificio, acompañado de verdad por unos cuantos médicos que en el anonimato ayudaron al igual que a las siempre dedicadas enfermeras que colaboraron inmensamente para atender a esas pacientes. Fui honrado con un cargo muy difícil, de alta gerencia, 1 200 empleados dependientes de la hoy extinta Gobernación del Distrito Federal”.

Destaca su tesis doctoral “Muerte materna: Aspectos sociales, médicos y políticas públicas”.

Manifiesta que los establecimientos de salud sufren de una inimaginable falta de recursos, hasta para registrar algunos datos de la historia, como el reporte de una ecografía, la paciente debe cancelar la hoja de papel donde se expresarán los resultados de la evaluación, con la continua presencia del personal sanitario y de los profesores de medicina. Estos, dado sus bajos sueldos “pagan” por ir a atender a los pacientes e impartir clases a aquellos nóveles estudiantes de medicina y residentes de posgrado, por la mística que sin duda le sobra al médico venezolano, pero al llegar al momento

de la sagrada relación médico paciente, faltan los suministros.

En cuanto a su dedicación especializada, define que la especialidad de Medicina Materno Fetal (MMF) empezó como un curso de ampliación, con la firma del Dr. José Ramón García y luego que se hicieron los trámites se buscó obtener las autorizaciones de la Federación Médica Venezolana, el ministerio del Poder Popular para la Salud y la Universidad Central de Venezuela en su Gerencia Central de Postgrados.

Finalmente expresa que llega a la ANM postulado por la Dra. Ofelia Uzcátegui, el Dr. Saul Kízer, así como por el Dr. Pedro Faneite, para ser Miembro Correspondiente Nacional por Caracas en el Puesto número 16, el cual había sido ocupado por el Dr. Nicolas Bianco Colmenares, para entonces Vicerrector Académico de la Universidad Central de Venezuela, ascendido como Individuo de Número. En esta oportunidad de nuevo fue postulado por la Dra. Ofelia Uzcátegui y el Dr. Saúl Kízer, para ascender con mucha honra al Sillón VII de nuestra ANM.

Terminado su discurso, es conducido a ocupar simbólicamente el Sillón VII en el pasillo central del Paraninfo del Palacio de Las Academias.



Figura 3. Dr. Carlos Cabrera Lozada.

A continuación, el Dr. José Manuel De Abreu Do Monte Individuo de Número, Sillón V, procedió a realizar el Discurso de Bienvenida al recipiendario.

Inicia su discurso describiendo que el Dr. Carlos Cabrera Lozada, quien, por trayectoria asistencial y académica en el campo de la obstetricia – ginecología y la medicina materno fetal, con motivo de su incorporación como Individuo de Número a esta ilustre Institución, viene a ocupar el Sillón VII. Cada vez que ascendemos a un Sillón por nuestra labor asistencial y/o académica, otro ha partido con tantos méritos como el mejor de todos, y en esta ocasión a nuestro querido maestro Guillermo Colmenares Arreaza.

En una reseña histórica describe que se asume que el parto en épocas remotas ocurría en forma solitaria, sin ayuda (época pre-obstétrica). Esto ya fue descrito en Grecia cuando Homero en un verso del himno a Apolo relata el cuadro típico del parto solitario, cito: “Apolo, hijo de Júpiter y de Latona, va a nacer. Ilitía, árbitro de los dolores vuela a Delos donde está Latona. Esta, sintiéndose próxima a parir, se sobrecoge, y abrazándose a una palmera, apoya las rodillas en el tierno césped. La tierra entonces le sonrío y nace Apolo”. Y ¿quién es Ilitía? era la diosa del parto en la mitología griega, con el poder de ayudar o dificultar el parto. Es famosa por su papel en el nacimiento de Hércules y Apolo. Ilitía era hija de Zeus y Hera y a menudo se asociaba del lado de su madre para dificultar los nacimientos de los hijos ilegítimos de Zeus. En la época de la pre-obstetricia, es de imaginar la soledad en que ocurrían los hechos, con mayores riesgos que los que podrían darse hoy sin asistencia alguna, en retiro, expuestas a la agresividad del entorno, clima, geografía y en particular a la de animales y fieras. Todo lo anterior tal vez obligaba a la mujer a controlar el dolor, más bien a vivir el proceso sin gritar para no quedar expuestas ellas, ni sus hijos a ser descubiertos, así como lo hacen las hembras de otras especies.

La obstetricia se ha incorporado en el centro de la medicina, las ciencias y la tecnología. Ahí debió estar siempre, como pilar de la vida y la reproducción, para otorgar a la mujer el reconocimiento a su inversión constante de

vida por la vida; su maternidad. En estas breves palabras nos encontramos al hoy Individuo de Número Dr. Carlos Cabrera especialista en Ginecología y Obstetricia y especialista Medicina Materno Fetal.

Desde este pulpito de Santo Tomás el que invoca una solemnidad inigualable, a todo médico que logra por sus metas y no ambiciones, por los valores que nos deben guiar hacia el bien común y no personalista, tengo hoy el privilegio de dirigirme a ustedes, para darles a conocer parte de la vida y logros de nuestro nuevo y apreciado Individuo de Número. Nace nuestro académico en Caracas el 23 de mayo de 1955 cuyos padres Carlos Cabrera Hernández y Luisa Amelia Lozada, procedentes, su madre de Santa Cruz de Aragua, su padre caraqueño y descendiente del Márquez de Villafior por los años 1700, cuatro hermanos producto de esta unión, sus estudios de primaria en el Instituto Escuela Popular “Don Bosco” 1963-1967 y secundaria en los institutos “San Martín de Porres” y Colegio “San Rafael de la Florida”. 1970- 1971.

Decide estudiar la Profesión de Medicina y queda ubicado en Carabobo, en la Facultad de Ciencias de la Salud, Núcleo Aragua “La Morita”, siendo la primera promoción egresada de dicho núcleo en el año 1983. Se decide por la Obstetricia y Ginecología en la Maternidad “Concepción Palacios”, luego de haber atendido su primer parto como interno (1985-1988). Doctor en Ciencias de la Salud, Universidad Central de Venezuela (2017-2019). Maestría en bioética UCV. Maestría en Educación, mención Tecnología Educativa, UCV. Especialista en Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, UCAB. Especialista en Docencia en Educación Superior, UCV.

Doctor Carlos Cabrera Lozada la Academia Nacional de Medicina, máxima Institución Científica de la medicina nacional abre sus puertas para que usted ocupe el Sillón VII, y que su vocación de servicio continúe a favor de la Academia y de la nación. Para concluir tengo el honor de dirigirme y a la vez solicitar a la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina que se le dé en el nombre de nuestra institución y en el mío propio la más cordial bienvenida al Dr.

Carlos Ramón Cabrera Lozada con la seguridad que se convertirá en un baluarte del progreso de nuestra centenaria Academia.

Al terminar el Discurso de Bienvenida se declara finalizada la Sesión Solemne y se invita a un brindis de honor en el Patio Cajigal.

## **FORO INTERACADÉMICO DE LAS ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA E INGENIERÍA Y HÁBITAD: “HACIA LA EXCELENCIA HOSPITALARIA”**

Jueves 30 de enero de 2025

**Coordinación: Académica Dra. Enriqueta Sileo**

**Conferencia 1: La Arquitectura como medio para la humanización, calidad y seguridad en los ambientes hospitalarios.**

**Ponente: Arq. Sonia Cedrés de Bello (Figura 4)**

### **Resumen**

El ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones, especialmente en aquellos casos donde los pacientes y sus familiares estén atravesando momentos difíciles. En esta presentación se señalan algunos criterios de diseño, que contribuyen a humanizar el ambiente físico, promover la salvaguarda y elevar la dignidad de cada persona como usuario de un establecimiento de salud. Las investigaciones han demostrado que la cercanía de las personas con elementos de la naturaleza tales como: jardines, elementos con agua, vistas y luz natural ayudan a bajar la ansiedad y el estrés en largas esperas, jornadas de trabajo y durante los procesos de sanación. Un ambiente hospitalario también presenta riesgos de contaminación, de estrés y fatiga, diseñar un ambiente sanador óptimo implica algunos retos de diseño muy especiales relacionados con las instalaciones mecánicas, instalaciones eléctricas y gases medicinales que dan soporte al equipamiento médico y a la tecnología apropiada, con los factores que determinan el confort ambiental como son: los ruidos, la iluminación, la calidad del aire (pureza,

temperatura y humedad relativa) y el control de las infecciones asociadas al uso de las tecnologías y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se mencionan criterios de accesibilidad universal, diseñando para todos los usuarios incluyendo a personas con movilidad y comunicación reducida, los grupos etarios (niños, adultos y ancianos), aspectos físicos, culturales y sociales, entre otros. Se concluye que la calidad de la edificación debe responder a los requerimientos de los usuarios; para crear un ambiente curativo los arquitectos deben transformar el proceso de diseño en el proceso terapéutico de curar la mente, el cuerpo y el espíritu. La magnitud del impacto de la arquitectura sobre el proceso de curación y bienestar de las personas se ha demostrado cada día por las investigaciones, llegándose a hablar del efecto placebo de la arquitectura.



Figura 4. Arq. Sonia Cedrés de Bello.

**Conferencia 2: Seguridad y Calidad en Ambientes de Alta Tecnología.**

**Ponente: MSc. Omar Arias Curatolo (Figura 5).**

### **Resumen**

La integración de alta tecnología en los servicios de salud ha transformado la atención médica, pero requiere un enfoque riguroso en seguridad y calidad. Esta ponencia aborda estos

aspectos en radiodiagnóstico, hemodinamia, medicina nuclear, radioterapia y quirófanos, incorporando perspectivas desde la protección radiológica, la ingeniería y la arquitectura médico-sanitaria. Desde una perspectiva integral, la calidad debe abarcar el rendimiento técnico de los equipos, la efectividad clínica, la satisfacción del paciente y la optimización de procesos. Esto incluye protocolos de calibración, mantenimiento, gestión de calidad, capacitación continua y la implementación de sistemas inteligentes para el monitoreo de indicadores clave. La seguridad, especialmente en el manejo de radiaciones ionizantes, es crucial en estos entornos. Se explorará cómo la protección radiológica garantiza la seguridad de pacientes, operadores y público, a través de estrategias que minimicen dosis innecesarias, cumplan con normativas y promuevan una cultura de seguridad basada en la educación. Desde la ingeniería, la optimización de flujos de trabajo, el diseño ergonómico de equipos y la integración de tecnologías avanzadas son esenciales para asegurar precisión, eficiencia y la reducción de riesgos. Por otro lado, la arquitectura médico-sanitaria debe responder a requisitos específicos para cada área: diseños que integren blindajes estructurales, circulación controlada, sistemas de



Figura 5. MSc. Omar Arias Curatolo.

ventilación especializados y espacios funcionales que permitan el trabajo seguro en ambientes complejos. En hemodinamia y quirófanos, se discutirá el diseño de áreas que balanceen precisión tecnológica con condiciones seguras para el personal y pacientes. En medicina nuclear y radioterapia, se abordará la planificación de áreas controladas y la selección de tecnologías como IMRT y PET/CT para optimizar resultados. Esta ponencia destacará cómo la sinergia entre calidad, seguridad, ingeniería y arquitectura puede transformar ambientes de alta tecnología en sistemas robustos y centrados en el paciente, garantizando excelencia y protección.

### **Conferencia 3: Calidad institucional y carga global de enfermedad en Venezuela.**

**Ponente: Dr. Gustavo Villasmil (Figura 6).**

#### **Resumen**

Resultados preliminares de un estudio correlacional. Las endémicas insuficiencias médico-asistenciales venezolanas de los últimos 25 años suelen ser atribuidas a recurrentes “crisis” de carácter administrativo-gerencial y/o presupuestario, siendo que en realidad son la expresión de una progresiva desinstitucionalización del estado venezolano cuyas consecuencias abarcan y superan los límites del ámbito estrictamente sanitario (Díaz-Polanco, 2007). En tal sentido, fenómenos generales como el de la corrupción administrativa, la inobservancia de leyes y reglamentos, la imposibilidad de contratar de manera libre y segura, la escasa competitividad de nuestra economía, el conculcamiento de la libertad de prensa y la ausencia de audibilidad pública se correlacionan inversa y significativamente con la carga global de enfermedad de Venezuela. Ello configura una “ecología” institucional esencialmente adversa en la que la precariedad de nuestras infraestructuras sanitarias y sus tecnologías, la pérdida de capital humano y la frecuente incurrancia en prácticas corruptas se hacen parte de un status de ineludible referencia ante fenómenos documentados como el retroceso de 3,7 años de la esperanza de vida al nacer desde 2015 (Encuesta Nacional de Hospitales, 2020, ENCOVI, 2020). De allí entonces que sin la previa

restauración de la institucionalidad venezolana luce poco probable que esfuerzos técnico-gerenciales aislados puedan generar impactos sanitarios y demográficos significativos.



Figura 6. Dr. Gustavo Villasmil.

#### **Conferencia 4: Programa Hospitales seguros en desastres.**

**Ponente: Dr. Huníades Urbina-Medina (Figura 7)**

##### **Resumen**

El hospital seguro se define como un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural. El término abarca a todos los establecimientos de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad. Es seguro porque cuenta con la máxima protección posible, las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones continúan operando, lo que permite garantizar su funcionamiento continuo y absorber la demanda adicional de atención médica. Más de la mitad de los 16 000 hospitales en América Latina y el Caribe están ubicados en zonas de alto riesgo frente a desastres. **Objetivos del programa de hospitales seguros.** 1. Desarrollar políticas y regulaciones nacionales sobre hospitales seguros frente a desastres. 2.

Proteger la vida de los ocupantes, la inversión y la función de los establecimientos nuevos y de los identificados como prioritarios en la red de servicios de salud. 3. Sistematizar y dar seguimiento a la implementación de las políticas y regulaciones nacionales e internacionales sobre hospitales seguros. Otros objetivos a ser incluidos en el programa de hospitales seguros: 1. Contemplar el fortalecimiento de los preparativos para emergencias y desastres mediante la elaboración y actualización de los planes nacionales, locales y hospitalarios para desastres. 2. Capacitar al personal de salud y de otros sectores afines para fortalecer la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud. 3. Asegurar recursos esenciales para la respuesta hospitalaria en desastres. El Índice de Seguridad Hospitalaria es una herramienta desarrollada por la OPS y un grupo de expertos de América Latina y el Caribe. Está siendo utilizado por las autoridades de salud para determinar la probabilidad de que un hospital o establecimiento de salud continúe funcionando en situaciones de emergencia, ayuda a los establecimientos de Salud a evaluar su seguridad y evitar convertirse en víctimas adicionales de los desastres. La



Figura 7. Dr. Huníades Urbina-Medina.

vulnerabilidad en establecimientos de salud puede ser reducida mediante la realización de un diagnóstico funcional de las redes de servicios de salud, la identificación de establecimientos prioritarios, la inclusión de los aspectos de reducción de vulnerabilidades en los procesos de acreditación, certificación y licenciamiento en los establecimientos de salud y asegurando la disponibilidad de recursos esenciales para la respuesta hospitalaria en desastres.

### **PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INCORPORACIÓN DEL DR. FRANCO CALDERARO DI RUGGIERO COMO INDIVIDUO DE NÚMERO, SILLÓN IX**

En Sesión Extraordinaria celebrada el jueves 6 de febrero de 2025, en las modalidades presencial en la Sala de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina del Palacio de las Academias y virtual por las plataformas Zoom y YouTube, se realizó la Presentación del Trabajo de Incorporación del Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero (Figura 8), intitulado “Evaluación citológica e histológica de lesiones intraepiteliales y carcinoma invasor de cuello uterino”, para ocupar el Sillón IX de Individuo de Número. Luego de la bienvenida a cargo del Secretario Académico y el Presidente se constató la verificación del quórum. Seguidamente el Presidente Dr. Huníades Urbina-Medina le concedió el derecho de palabra al recipiendario para la presentación de su trabajo.

Al desarrollar la ponencia el Dr. Calderaro describió que procedió a realizar la evaluación citológica e histológica en lesiones intraepiteliales cervicales (LIE) y carcinoma invasor del cuello uterino, mediante el uso de tinciones, microscopía convencional y de fluorescencia. Se trató de un estudio de diseño cuasi experimental, descriptivo, correlacional, longitudinal y prospectivo, en pacientes con un universo de 115 pacientes, con criterios de inclusión que tomó 50 paciente como muestra, provenientes del Servicio de Ginecología Oncológica (SGO) del Hospital Especializado Nacional (HEN), Servicio Oncológico Hospitalario, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (SOH-IVSS), en Caracas, Venezuela. Se determinaron, sensibilidad (S), especificidad (E), efectividad (Ef) y el error (Edx), así como otros índices de eficacia de los métodos diagnósticos (IEMD).

Se hizo uso de la microscopía convencional para la observación histológica con la coloración de Feulgen, y el análisis citológico complementado con la aplicación de la tinción de Hoechst, para observación de alteraciones nucleares con el uso de microscopía de fluorescencia. Las imágenes histológicas fueron sometidas al análisis cualitativo con el Programa ImageJ con filtro monocromático. Las variables como características epidemiológicas de las LIEC, fueron tabuladas y procesadas, presentándose en forma de gráficos porcentuales y tablas, y las coloraciones y tinciones mediante figuras. La edad promedio fue de 35 años, la raza mestiza (92 %), la menarquia promedio fue a los 13 años, la sexarquia a los 16 años, parejas sexuales de 2-4 (54 %), las gestas de 3 partos: 1as cesáreas un 70 % no tuvo, abortos un 62 % no tuvo, los DIU el 76 % no lo uso, ACO el 68 % no lo uso, hábitos tabáquico: 76 % no fumó, la procedencia fue de Caracas 50 %, el motivo de la consulta fue VPH 24 %, asintomáticas 80 %, síntoma más frecuente: sangrado 40 %, NIC + VPH 68 %, NIC3 asociado a VHP un 64 %. Citología: negativa 34 %, Colposcopia: NIC3 (42 %), Histología NIC3 (40 %), Histología post asa diatérmica: NIC3 (38 %). La Correlación Cito-Colpo-Histológica en este estudio fue de: 26 %, 58 % y 52 %, respectivamente y los (IEMD): Citología (S): 59 %, (E): 83 %, (Ef): 62 %, (Edx): 38 %. Colposcopia (S): 95 %, (E): 17 %, (Ef): 86 %, (Edx): 14 %. Histología: (S): 92 %, (E): 23 %, (Ef): 74 %, (Edx): 26 %. El estudio histológico comprobó alteración en la orientación y maduración celular, que abarca los diferentes estratos del espesor del epitelio a medida que avanza el grado de lesión. En el estudio citológico con la coloración de Feulgen y la tinción de Hoechst, se apreciaron alteraciones celulares y nucleares en el ADN y ARN, cuyos cambios aumentan de acuerdo con el grado de estas LIEC. Los resultados mostraron un alto porcentaje de falsos negativos en detrimento de la sensibilidad de la citología, en contraste con la colposcopia, en el diagnóstico de las LIEC. Quedó demostrada la asociación VPH/NIC, así como la presencia de un proceso de muerte celular por apoptosis, vinculado con los eventos celulares de las LIEC. Se concluye que la correlación citología, colposcopia y biopsia dirigida, constituyen las bases para una adecuada pesquisa y diagnóstico precoz de las LIEC, que

permiten evitar su progresión a carcinoma invasor. El estudio histológico con hematoxilina-eosina con microscopía convencional a 10x y 100x, asociado al programa de análisis ImageJ, para observar las alteraciones morfológicas, celulares y nucleares; así como, el estudio citológico con coloración de Feulgen, y mediante microscopía de fluorescencia a través del marcaje de organelos sub-celulares con sondas fluorescentes utilizando tinción de Hoechst, demostraron mayor precisión en la observación de las alteraciones celulares, sobre todo nucleares a nivel de ADN, de estas pacientes.

Terminada la ponencia fue invitado el Académico Dr. Enrique Santiago López Loyo (Figura 9), Individuo de Número Sillón XXXI, para que proceda a realizar el juicio crítico a este Trabajo de Incorporación.



Figura 8. Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero.

Inicia con la definición de las características del trabajo, el cual consta de 318 páginas y 598 referencias. Describe que la citología forma parte de una estrategia de tamizaje o pesquisa que está limitada en el país para detener el avance del cáncer de cuello uterino porque los servicios de atención pública se han deteriorado de forma progresiva acompañando la crisis humanitaria

compleja. Se considera que, por cada caso de carcinoma invasor de cuello uterino, coexisten 6 casos de lesiones intraepiteliales escamosas. En nuestro país como principio, con cada consulta se debe tomar una citología Cervicovaginal dado lo irregular del cumplimiento clínico de las citas de revisión de las pacientes. En el trabajo encontramos las definiciones de Lesiones Intraepiteliales Escamosas (LIE) y Carcinoma invasor aclaradas en extenso. El sistema de dos niveles de LIE de bajo grado (LIEBG) y LIE de alto grado (LIEAG) coincide con el potencial carcinogénico del VPH. Este sistema de dos niveles se inicia con el Proyecto de normalización terminológica de lesiones escamosas asociadas al VPH del tracto inferior ano-genital del Colegio Americano de Patólogos y la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (CAP/ASCCP). Consiste en términos esenciales en la integración clasificación citológica del Bethesda. Como objetivo de esta nueva clasificación en 2014, se logró simplificar la terminología en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los Tumores de Órganos Genitales Femeninos, para mejorar la comunicación entre los patólogos y sus colegas clínicos.

En cuanto a las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG) del cuello uterino, se unifican los términos coilocitosis, atipia coilocítica, condiloma, NIC1 y displasia escamosa leve. La coilocitosis conlleva aclaramiento citoplasmático con aumento del tamaño nuclear, cromatina oscura y membrana nuclear irregular. Los halos perinucleares acompañan el engrosamiento de la membrana celular. Se identifica pérdida de la organización nuclear o pérdida de polaridad con cambios displásicos en el tercio inferior del epitelio. Para las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG) del cuello uterino se unifican los términos NIC2, NIC3, Displasia escamosa moderada o severa y Carcinoma escamoso *in situ*. Se acompañan de atipia moderada (NICII) o severa (NIC III) que ocupa los dos o tres tercios del epitelio.

Las disciplinas de estudio del trabajo incluyen la cirugía oncológica, la ginecología oncológica y la oncopatología. La oncología es la especialidad que se encarga del estudio, clasificación y tratamiento médico y quirúrgico de las neoplasias

tanto benignas como malignas, a su vez que asegura un estado satisfactorio de supervivencia a los pacientes basados en remisiones seguras de la patología o en una curación efectiva de acuerdo con la fase de abordaje especializado como fin último.

El objetivo general es presentar un Estudio Citológico e Histológico de Lesiones Intraepiteliales Escamosas y Carcinoma infiltrante utilizando tinciones, microscopía convencional y de fluorescencia, en 50 pacientes entre los 18 y 60 años. Dentro de los objetivos específicos se incluyen aspectos clínicos y procedimientos diagnósticos diferenciales. La hipótesis define que si una adecuada evaluación citológica e histológica, en las pacientes del Servicio de Ginecología Oncológica con diagnóstico de LIE y carcinoma invasor se pueden realizar con estos procedimientos propuestos.

Se plantea un diseño descriptivo, correlacional, prospectivo, longitudinal y con secciones experimentales. Se procede a la selección de pacientes, aplicando criterios clínicos de inclusión y exclusión, tomando en cuenta aspectos bioéticos con consentimiento informado. De 115 pacientes consideradas se seleccionaron 50 como muestra para el trabajo. Los procedimientos técnicos incluyen la citología como procedimiento aplicable a las 50 pacientes, estudio histológico convencional con coloración de ADN de Feulgen la cual se basa en la hidrolización del ADN para su determinación cuantitativa y la microscopía de Fluorescencia con Tinción de Hoechst, la cual se trata del marcaje de organelos sub-celulares, haciendo uso de sondas fluorescentes para la tinción de Hoechst. Esta tinción se une al surco menor del ADN.

Si se analizan los resultados encontramos que se reproducen los aspectos generales relacionados con la patología y los factores pronósticos, de acuerdo con todas las series de estudios previos, tales como la edad, hábitos como el cigarrillo, número de partos, uso de anticonceptivos y otras patologías o comorbilidades. Se identificó una relación con VPH en el 68 % de los casos y describió los cambios citopáticos inducidos por el virus. Se reitera la importancia de estudios morfológicos en la identificación de los cambios del tejido, caracterizando el patrón de las lesiones pre-malignas y malignas en los

casos de estudio. La Coloración de Feulgen aplicada a las láminas citológicas y vistas por microscopía convencional, así como la Tinción Hoechst aplicadas a estas mismas láminas, pero vistas por Microscopía de Fluorescencia, se utilizaron para detectar la apoptosis celular, al teñir los núcleos de las células, localizando al ADN. Se demostró con mayor precisión en la observación de las alteraciones celulares, sobre todo nucleares a nivel de ADN, lo que le confiere una característica diferencial en relación con los otros estudios realizados en el país y en la mayoría de las series de estudios consideradas.

Concluimos que el estudio es inédito al considerar aspectos de identificación morfológica del material genético y el modelo de muerte celular programada. Con técnicas histológicas convencionales y fluorescencia se determina la progresión oncogénica del daño citopático inducido por el VPH. Consideramos conveniente ampliar a futuro esta investigación con la determinación de las cepas del virus del VPH responsables de las lesiones y neoplasias descritas. Se determina como factor limitante de la evaluación de estudios de pesquisa y diagnóstico histológico, el factor humano como aspecto cualitativo crucial. Se debe recomendar la verificación del personal de citotecnólogos y establecer si están siendo supervisados por patólogos entrenados. No se explican el número significativo de la tasa de falsos negativos en citologías (41 %) y la tasa de falsos positivos en el estudio de las biopsias (77 %). No se hicieron las coloraciones de citologías convencionales en coloraciones especiales de PAP o Papanicolaou, la cual orienta el estado metabólico-hormonal de la paciente y amplifica los cambios nucleares, realizándose este estudio con coloración convencional para biopsias de Hematoxilina-Eosina. Estos resultados ejemplarizan el efecto del impacto de la atención en la fase final de la pandemia en 2021, al solo identificar una población de estudio de 115 pacientes con estudio de despistaje de cáncer de cuellos uterino, en un Hospital Oncológico de referencia nacional del Seguro Social en Venezuela. Se determina que la incidencia del Cáncer de Cuello Uterino se debe seguir catalogando, sin lugar a duda, como un problema de salud pública. Ante la ausencia de la Vacunación por VPH en el Programa Ampliado de Inmunizaciones del

país, siendo una de las pocas naciones en el mundo en la que no se ha implementado, es urgente la necesidad de instaurar este programa en Venezuela. Es importante la aplicación de estos métodos de evaluación cuantitativa de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas del cuello uterino y carcinoma invasor, sin embargo, la Citología Cérvico-vaginal es insustituible en la aplicación de estudios masivos de salud pública en el primer nivel de la pesquisa.

De acuerdo con todo lo expuesto, solicito, respetuosamente, a nuestra Junta Directiva y al Cuerpo Académico reunido en esta asamblea, considerar este trabajo como paso fundamental para que el Dr. Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero se incorpore como Individuo de Número para ocupar el Sillón IX de esta Corporación.



Figura 9. Dr. Enrique Santiago López Loyo.

**SESIÓN SOLEMNE DE JURAMENTACIÓN DEL DR. FRANCO CALDERARO DI RUGGIERO COMO INDIVIDUO DE NÚMERO PARA OCUPAR EL SILLÓN IX DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

En Sesión Solemne celebrada el jueves 13 de febrero de 2025 en el Paraninfo del Palacio

de las Academias se realizó la Juramentación del Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero (Figura 10) como Individuo de Número para ocupar el Sillón IX de la Academia Nacional de Medicina en las modalidades presencial y virtual, por las plataformas Zoom y YouTube.

Se verifica el quórum y el Presidente da la bienvenida a los Presentes en la Sesión, incluyendo a las autoridades Universitarias de la Facultades de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y La Universidad del Zulia. Se invita al Recipiendario al Púlpito de Santo Tomás para pronunciar su discurso de incorporación.

Inicia su discurso saludando a los invitados especiales, Padres y demás familiares, autoridades y al Cuerpo Académico. Seguidamente manifiesta una serie de agradecimientos a quienes lo postularon al cargo y a otros médicos y personalidades que contribuyeron a su formación académica y profesional.

Manifestó su sinceridad al expresar que nunca consideró en su vida la posibilidad de este trascendental momento en el Paraninfo del Palacio de las Academias. Este lugar que siempre le inspiró un profundo sentimiento de solemnidad y respeto.

En su disertación describió que la concepción de la cirugía oncológica como parte de la medicina, comenzó hace muchos siglos. Se sabe que desde la época del arte jeroglífico egipcio existen descripciones de tumores y cambios por cáncer en la piel. La papirología que se conserva hoy en día demuestra que los antiguos egipcios ya utilizaban antimonio para tratar el cáncer de piel y algunas otras dolencias. En India, China y Japón, también existen datos muy antiguos sobre diferentes tipos de cáncer y sus tratamientos.

En la antigua Grecia, se hablaba del cáncer como una enfermedad constitucional con historia natural propia. Allí fue que se utilizó por primera vez el término 'carcinosis', que significa cangrejo, hecho que tiene relación con la forma que algunos cánceres poseen. En Grecia, se realizaron grandes aportes a la medicina; sin embargo, las ideas sobre la etiología local y principalmente la noción de que los tumores son seres vivos generó estudios sobre las formas reales de combatirlo. Posteriormente, la medicina en general y la teoría del tratamiento del cáncer en particular pasaron por un largo período de estancamiento y un sometimiento a

la magia y la religión. A lo largo de los siglos permanecieron las nociones básicas de su carácter local y a menudo incurable, y de seguir un curso lento. Posteriormente se fueron clarificando las características de diferentes formas de cáncer y de otros tumores.

La oncología moderna se desarrolló a partir de la aplicación clínica de los descubrimientos en los campos de la biología, física y química, y esto condujo a la investigación en enfermedades neoplásicas y sus tratamientos, los cuales datan del siglo XVII; pero ya en el siglo XIX, se realizaron importantes descubrimientos. El desarrollo de la cirugía oncológica también ha ido de la mano del descubrimiento de la anatomía patológica, del entendimiento de la biología y capacidad invasiva tumoral, del diagnóstico temprano y de las complicaciones quirúrgicas. El objetivo final para el cirujano oncólogo, es entregar a su paciente un diagnóstico histológico preciso y, a partir de este, hacer el máximo esfuerzo con respecto al objetivo a tratar, que es: remover por completo el tejido canceroso y restaurar las funciones lo más cerca posible a su estado previo, mientras se evitan todas las complicaciones. En los últimos años ha habido un gran interés en el desarrollo de terapias blancas médicas y quirúrgicas, a fin de lograr mejores resultados.

En cuanto a la definición de la cirugía oncológica le considera como el conjunto de conocimientos, actitudes y procedimientos técnicos utilizados por el cirujano para prevenir, diagnosticar y tratar la neoplasia, así como, de las complicaciones de dichos actos terapéuticos, utilizando para ello la evidencia científica disponible y minimizando en lo posible los efectos negativos al paciente. Como objetivos, se destacan las acciones de comenzar, potencializar y complementar las técnicas oncológicas empleadas por otros especialistas en la atención del paciente con cáncer. Asimismo, los cirujanos avanzan en el conocimiento teórico y práctico, y en el desarrollo y empleo de diferentes tecnologías para mejorar la eficacia oncológica en menos tiempo, reduciendo la tasa de secuelas y de complicaciones. Por todo ello, además de la relación médico-paciente, los profesionales de la cirugía oncológica deben estar preparados para ofrecer la mejor terapéutica, empleando para ello todos los conocimientos de que dispongan,

evaluando la evidencia existente y llevando a cabo el mejor manejo posible de la enfermedad en cada paciente. Además, debe evaluar las distintas opciones metodológicas oncológicas para reportar los mayores beneficios a lo largo del seguimiento de sus pacientes. Recordando que la aparición de complicaciones y la morbilidad postoperatoria constituyen factores pronósticos independientes de diferentes tipos de cáncer.

El cáncer es un problema de salud, económico y social, que requiere para su tratamiento un manejo multidisciplinario donde participan cirujanos, quimioterapéutas, radioterapeutas, patólogos, internistas, nutricionistas, entre otros. En este contexto, el papel del cirujano especialista en tumores es fundamental, ya que los tratamientos de los cánceres operables son curativos en un gran número de casos y en los que no, al menos mejoran la expectativa de vida en aquellos inoperables, y el control local y regional de los avanzados. Dependiendo de la localización del tumor, se han definido áreas para su tratamiento. Considerando la historia de la Cirugía Oncológica en Venezuela manifiesta que esta ha evolucionado a lo largo de los años, reflejando tanto los avances médicos globales como las particularidades del sistema de salud del país. Desde mediados del siglo XX, se comenzaron a establecer especialidades en oncología, y con el tiempo, se han desarrollado técnicas quirúrgicas más sofisticadas para el tratamiento de diferentes tipos de cáncer. También se crearon centros especializados en oncología, donde se combinan la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, entre otros, para ofrecer un enfoque integral en el tratamiento de estos pacientes. A pesar de los desafíos que enfrenta el sistema de salud en Venezuela, así como la migración de especialistas a otros países, muchos profesionales de la salud aún continúan trabajando arduamente para brindar la mejor atención a los pacientes oncológicos.

Seguidamente realizó un repaso de los principios y la historia de la formación en cirugía oncológica en Venezuela.

En cuanto a los retos actuales, considera que, a pesar de los avances, la cirugía oncológica en Venezuela sigue enfrentando desafíos significativos; sin embargo, hay un compromiso continuo por parte de los especialistas para

seguir avanzando en el tratamiento del paciente oncológico. Resume que la cirugía oncológica en Venezuela ha evolucionado desde sus inicios rudimentarios hasta convertirse en una especialidad más estructurada y avanzada, aunque aún enfrenta retos importantes que requieren atención y recursos. Seguidamente enumera las contribuciones de la cirugía oncológica en Venezuela, que incluyen la formación de especialistas, contribuir al desarrollo en el tratamiento, propiciar la investigación y las publicaciones, darle apoyo a los avances tecnológicos, búsqueda de colaboraciones internacionales y de alianzas con instituciones internacionales que facilitan el intercambio de conocimientos y la capacitación de profesionales venezolanos en el extranjero. Con todos estos aspectos se desarrollaron programas de concientización y prevención.

En la actualidad, la cirugía oncológica sigue siendo relevante, especialmente en un contexto donde el cáncer es una de las principales causas de muerte en el país, como lo son los de mama y cuello uterino en las mujeres, próstata y pulmón en los hombres. Sin embargo, muchos cirujanos oncólogos continúan trabajando arduamente para ofrecer tratamientos adecuados y accesibles.

Continúa enumerando sus aportes personales a la cirugía oncológica con más de 36 años de experiencia trabajando y formando “Oncólogos”, en el Hospital Oncológico Padre Machado.

Realiza luego una síntesis biográfica de quienes les han precedido en el Sillón IX en la Academia Nacional de Medicina, a saber, de Francisco de Paula Ruiz Mirabal, Gustavo Machado Hernández, Henrique Benaim Pinto, Augusto León Cechin y Otto Rodríguez Armas.

Termina su discurso con la expresión “...solo el hecho de observar desde aquí la belleza de este majestuoso e histórico recinto, en el Paraninfo del Palacio de las Academias y ver a todos los que me acompañan, se siente haber alcanzado la gloria, por lo que, desde aquí, agradezco profundamente con todo mi corazón a DIOS, por permitirme disfrutar y compartir con ustedes de este divino e inolvidable momento”.

Finalizado su discurso de incorporación es conducido a ocupar un Sillón simbólico en el Paraninfo del Palacio.

A continuación, el Presidente concede la palabra al Académico Dr. José Manuel De Abreu Do Monte (Figura 11) para que pronuncie el Discurso de Bienvenida al recipiendario, siendo acompañado al Púlpito de Santo Tomás.



Figura 10. Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero.

Inicia su discurso manifestando que por disposición de la Junta Directiva de nuestra Academia, recibió con satisfacción, el encargo, a la vez honroso y placentero como es el de cumplir con darle la bienvenida reglamentaria y de rigor al académico, al Doctor Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero, con una trayectoria asistencial y académica en el campo de la cirugía general, oncología y la ginecología oncológica, con motivo de su incorporación como Individuo de Número a esta ilustre Institución.

“El cáncer ha afectado a la humanidad desde tiempos prehistóricos hasta nuestros días, aunque su prevalencia ha visto incrementada en las últimas décadas debido al aumento de la esperanza de vida y la presencia de factores carcinogénicos. Alrededor de 30 millones de personas fallecen

por año en todo el mundo y en Venezuela con el último informe oficial 2016 fallecieron 27 000, siendo la segunda causa de mortalidad general y el 14 % de todos solo por debajo de la cardiopatía isquémica”.

La evidencia más antigua de esta enfermedad se encontró en fósiles de dinosaurios de más de 70 millones de años de antigüedad. En humanos, el primer caso documentado de cáncer proviene de un hombre egipcio que vivió hace aproximadamente 3 000 años. De hecho, la primera evidencia escrita sobre esta patología aparece en manuscritos del Antiguo Egipto que describen los tratamientos farmacológicos, quirúrgicos e incluso mágicos que se practicaban por aquel entonces. Los papiros fueron escritos entre los años 1500 y 1600 AC, los egipcios culpaban a los dioses de esta enfermedad, la cual consideraban que no tenía cura.

Fue Hipócrates 460-360 AC, el padre de la medicina, el primero en darles un nombre a estos tumores. Él utiliza la palabra karkinos para describir bultos ulcerosos que no sanan, y karkinoma para los tumores malignos. Se cree que este nombre deriva de la dureza de un bulto tumoral combinada con la inflamación de los vasos sanguíneos que lo rodean, que recuerdan las patas de un cangrejo. En el siglo XVIII destaca poderosamente Sir Percival Pott (1713-1788). A él se debe seguramente más que a nadie en el desarrollo de la prevención en Oncología. En efecto, Pott fue el primero en exponer el concepto de prevención, es decir, la posibilidad de evitar que los agentes causales del cáncer contactaran con el individuo. Él lo demostró con el cáncer de escroto (piel que recubre los testículos), de los deshollinadores. Ejemplos actuales lo tenemos, por ejemplo, en el tabaco. De entrada, el cáncer fue temido como un castigo de dioses o demonios. Algo habría hecho el paciente para sufrirlo. Así, los enfermos con cáncer eran apartados y tenidos en cierta manera como los leprosos. Así es nada menos que hasta el año 1791 cuando Howard, pariente y discípulo de Pott, crea en la ciudad inglesa de Middlesex, el primer servicio de oncología en un hospital, “una sala aireada en la que los pacientes puedan permanecer hasta que el arte médico solucionare sus problemas, o hasta su muerte”.

### **El microscopio y las células del cáncer**

Virchow (1821-1902) liberó para siempre la Oncología de las teorías hipocráticas y galénicas sobre la bilis negra. Utilizando uno de los primeros microscopios observó que el tumor estaba compuesto de células y emitió su famosa frase: “*Omnis cellula e cellula*” (es decir, toda célula proviene de otra célula). Con Pott y Virchow se inicia la Oncología moderna. El cáncer se puede prevenir, el cáncer se puede eliminar destruyendo todas las células que lo componen. Además, en 1846 el doctor Morton descubre la anestesia y el doctor Semmelweiss, en 1847, la antisepsia, lo cual permitió a los cirujanos, ya liberados de las ideas restrictivas del pasado, acometer mayores empresas terapéuticas. Si bien la cirugía, la radiación y la quimioterapia siguen siendo las principales armas contra el cáncer, avances recientes en nuestros conocimientos de los impulsores moleculares del cáncer están transformando nuestro enfoque. Ahora sabemos que existen tipos de cáncer altamente diferenciados que abarcan cientos de tipos diferentes y que los efectos sobre cada paciente son diferentes y a menudo cambian en el curso de la enfermedad. En respuesta a esto, los investigadores están desarrollando un conjunto creciente de tratamientos capaces de atacar con mayor precisión un tumor específico en un paciente. Tan solo en los últimos cinco años, se han desarrollado más de 70 nuevos tratamientos oncológicos, 11 para combatir los cánceres más agresivos. Desde la edición genética hasta la inmunoterapia, el futuro del tratamiento del cáncer se enfoca en encontrar una solución especializada para cada problema individual. Los días de purgas y pociones han quedado muy lejos.

Manifiesta que, en Venezuela, citando al Dr. Oscar Rodríguez Grimán, el primer intento oficial de lucha anticancerosa fue el establecimiento en octubre 1929 del Laboratorio de Fisioterapia y Radioterapia, ubicado inicialmente en el propio edificio de la oficina de la Sanidad, perteneciente al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), en la avenida. San Martín de Caracas. Para aquella época se consideraba que la fisioterapia y roentgenoterapia en particular constituían el mejor tratamiento para esa enfermedad.

Por otra parte, expone que el Dr. Enrique Tejera, quien había sido encargado del despacho en el primer gabinete de Eleazar López Contreras, el 5 de julio 1936 funda el Instituto Anticancerosos Luis Razetti por solicitud de su esposa. Se estableció en una quinta de dos plantas frente a la estatua de San Martín y unos tablones de caña, posterior sede del campo deportivo del Loyola, en esta quinta que era La Garzoniere de los hermanos Gómez, fueron instalados los equipos del laboratorio de fisioterapia y se modificó la edificación para albergar 60 pacientes hospitalizados. Años después se cambió el nombre por Instituto Oncológico Luis Razetti. Se funda la Sociedad Anticancerosa del Distrito Federal en 1948, siguiendo a la fundada en el Estado Carabobo. El Dr. Calvo Laird fundó el Servicio de Oncología y reorganizó el servicio de Radioterapia en el Hospital Vargas en 1947. Posteriormente la Sociedad Anticancerosa funda la Clínica de Pesquisa y el Hospital Padre Machado, concebido inicialmente como un asilo para enfermos terminales, posteriormente en un centro de diagnóstico y tratamiento, en 1958.

Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero, nació en El Recreo, Caracas, un 11 de febrero. Fueron sus padres: Vito Calderaro Magaldi, nacido en San Constantino di Rivello (Sapri), Provincia di Potenza, Italia, en su profesión de los mejores, sastre de alta gama, hombre de principios muy sólidos, y una honorabilidad sin igual, y su madre, Elise Jeanne Di Ruggiero de Calderaro, nacida en Francia, por la situación de Europa debido a la segunda guerra mundial, pero ambos llegaron a Venezuela como emigrantes italianos, y aquí se conocieron. Dos hermanos: Mario y Caterina. Su esposa: Elvía Rosa, quien lo ha acompañado (47 años) a lo largo de su carrera desde sus inicios como estudiante de medicina. Dando su apoyo y consuelo durante todos estos años, de su unión nacen tres hijos Franco José Abogado, Elena María igualmente abogado, y Lorenzo José estudiante medicina. Su deporte favorito el fútbol, aficionado empedernido al Juventus de Italia, en primera división, siempre segundo del Real Madrid. Hobby: Ajedrez, siendo campeón juvenil en Distrito Federal a los 15 años. Bachiller en Ciencias en el Liceo Andrés Bello, Caracas. Título de Médico Cirujano, egresado de la Escuela de Medicina Dr. Luis Razetti, de la Facultad de Medicina, de la Universidad Central

de Venezuela en 1984. Realizó los Postgrados en las especialidades de: Cirugía General (Hospital Dr. Francisco A. Rísquez) en 1988, Ginecología, igual en 1988 y Cirugía Oncológica en 1991, esta última en el llamado anteriormente, Hospital Oncológico “Padre Machado”, hoy día, Servicio Oncológico Hospitalario, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), donde ejerce la Cirugía Oncológica y Ginecología Oncológica desde hace 36 años. Doctor en Ciencias de la Salud egresado de la UCV.

Reseña que ha cumplido funciones como Director Académico y Profesor de los Posgrados de Cirugía y Ginecología Oncológica por la UCV, en el Hospital Oncológico desde 1998. Ha tenido una multitud de cargos administrativos y asistenciales durante su trayectoria como médico. Creador y Fundador de la Especialidad Médica-Quirúrgica Ginecología Oncológica, (2010). Su mayor triunfo como oncólogo. Es autor de 123 trabajos de investigación, publicados en revistas médicas indizadas, de 38 capítulos publicados en libros de las especialidades de Cirugía, Oncología y Ginecología, entre 1999 y 2023. Autor-Editor de 18 libros de medicina en las especialidades de Cirugía Oncológica y Ginecología Oncológica. Tutor de 59 Trabajos Especiales de Grado (TEG). Recibió el Certificado de Reconocimiento Profesional en Ginecología Oncológica de la European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) en 2023, donde solo 114 Ginecólogos Oncólogos fueron reconocidos a nivel mundial. Miembro de múltiples sociedades médicas y faltan páginas para nombrar las múltiples reconocimientos y distinciones recibidas más de 30.

“Doctor Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero la Academia Nacional de Medicina, máxima Institución Científica de la medicina nacional abre sus puertas para que usted ocupe el Sillón IX, y que su vocación de servicio continúe a favor de la Academia y de la nación. Para concluir tengo el honor de dirigirme y a la vez solicitar a la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina que se le dé en el nombre de nuestra institución y en el mío propio la más cordial bienvenida al Dr. Franco José Mario Calderaro Di Ruggiero con la seguridad que se convertirá en un baluarte del progreso de nuestra centenaria Academia”.

Finalizado el discurso de bienvenida, el Secretario participa que se ha cumplido la agenda del día y el Presidente cierra la Sesión Solemne invitando a un brindis de honor en el Patio Cajigal del Palacio de Las Academias y antes se procede a realizar el registro fotográfico del Acto con la Presencia del Cuerpo de Individuos de Número (Figura 12) que se encontraban en la Sesión Solemne.



Figura 11. Dr. José Manuel De Abreu Do Monte.



Figura 12. Cuerpo de Individuos de Número presentes.

## RESÚMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

### Sesión Ordinaria del Jueves 20 de Febrero de 2024

Preside: Dr. Huniades Urbina-Medina

**Conferencia 1: Hipertensión arterial y negritud. Algunas consideraciones historiográficas, epidemiológicas, genéticas, fisiopatológicas y socio-antropológicas.**

**Ponente: Dr. Gustavo Villasmil Prieto.**

#### Resumen

La frecuente observación de valores de presión arterial más altos en personas de origen africano en comparación con las de origen caucásico se remonta a la primera mitad del siglo pasado. Si bien existe una predisposición genética a retener sodio y agua en dichas poblaciones, a ello hemos de añadir su crónica exposición a estrés psicógeno y a precarias condiciones de vida conducentes a su discriminación en cuanto al acceso a bienes de consumo, a servicios y a empleos bien remunerados. El reconocimiento de la importancia de tales factores plantea la necesidad de imponer un límite racional al paradigma biológico de la enfermedad dada la complejidad del fenómeno de la hipertensión en la negritud históricamente expuesta a condiciones de vida adversas.

**Conferencia 2: Inteligencia artificial en la educación médica en Venezuela.**

**Ponente: Dr. Huniades Urbina Medina.**

#### Resumen

En la XXVIII reunión del Consejo Directivo de la ALANAM, celebrada en la ciudad de Bogotá entre el 21, 22 y 23 de noviembre de 2024, el tema central fue «Educación Médica. Inteligencia artificial aplicada a la salud», se presentó la ponencia “Inteligencia Artificial en la Educación Médica en Venezuela. Superando

la brecha tecnológica”, en la cual expresó los beneficios de incluir la Inteligencia Artificial (IA) en la Medicina. Evidentemente, para realizar todas estas tareas con IA es necesario una plataforma robusta de internet, evidenciándose que la velocidad de descarga de la banda ancha en Venezuela es de 10 Mbps, comparada con el resto de los países de la región es la más baja, con un costo promedio de suscripción mensual de 29 US \$, lo cual con los salarios mínimos devengados en el país, equivale al 22 % del sueldo básico a nivel público, sin contar con la calidad del servicio eléctrico que presenta deficiencias importantes de acuerdo al área geográfica estudiada. ¿Cómo superamos la brecha digital en las Universidades Venezolanas? En las universidades venezolanas se intenta cerrar esta brecha digital a través de insistir con la solicitud de presupuestos dignos al Estado, apoyándonos en la empresa privada a través de convenios para dotación de servicios de internet y equipos actualizados, se apuesta a la autogestión, dentro del marco jurídico para solventar los huecos fiscales motivado a los presupuestos exigüos asignados por el MPPES y sobre todo la resiliencia de todo el personal que labora en las universidades y de los egresados de las máximas casas de estudio, que dentro y fuera del país nos apoyan constantemente en la docencia, bien como profesores invitados o colaboradores vía digital.

### **Conferencia 3: Inteligencia Artificial en Reproducción Asistida.**

**Ponente: Dr. Alejandro Teppa.**

#### **Resumen**

La inteligencia artificial (IA), está cambiando radicalmente la reproducción asistida, porque permite a los especialistas en medicina reproductiva utilizar grandes volúmenes de datos para personalizar los tratamientos, optimizando los diferentes procedimientos como la fertilización in vitro. Aunque los desafíos son grandes, los beneficios potenciales de esta nueva tecnología son incuestionables. Con una investigación constante y un enfoque ético, la IA debe marcar una nueva era en la lucha contra la infertilidad, democratizando el acceso a tratamientos más efectivos y mejorando la calidad

de vida de quienes sueñan con concebir. Se analizará como la IA está siendo aplicada en cada etapa de los tratamientos de reproducción asistida y cómo estas innovaciones están transformando las tasas de éxito y mejorando los resultados. Definitivamente la IA es un aliado emergente en la reproducción asistida.

### **Conferencia 4: Microbioma ¿Un órgano nuevo?**

**Ponente: Dra. María A. de la Parte**

#### **Resumen**

El microbioma es un órgano no humano e indispensable para la vida, que siempre estuvo ahí, aunque hasta hace pocas décadas no se habían estudiado sus funciones. Comprende la microbiota que el cuerpo humano aloja dentro de sus órganos y sobre las superficies cutáneo-mucosas. La celularidad incluye bacterias, arqueas, virus y parásitos cuya proporción mayor se aloja en el colon. Viven en coexistencia simbiótica con el humano y forman una unidad metabólica con actividad neuroendocrina e incidencia en el metabolismo, la inmunidad, la inflamación, el comportamiento y el humor. Participa en la etiología de enfermedades metabólicas, neurológicas, cardiovasculares, endocrinas y autoinmunes, mediante la acción remota del eje cerebro-intestino y comunicaciones integradas y bidireccionales, a través del sistema cardiovascular, el plexo mioentérico, el nervio vago, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el sistema inmune, mediante metabolitos bioactivos, moléculas señalizadoras y neurotransmisores. Se trata de un universo microbiano único para cada individuo, que influye en muchos aspectos de nuestra salud. Su formación, al igual que otros órganos de la economía se inicia en la etapa prenatal, responde a la vía de nacimiento y alimentación temprana, evolucionando hasta la forma adulta en la etapa pre-escolar. Su composición dinámica varía entre individuos y es más parecido entre familiares y coterráneos. Su diversidad y equilibrio es la eubiosis, favorecida por la alimentación consciente, el ejercicio y el sueño reparador. Se conoce que más del 98 % de su composición viene determinada por factores relacionados con el estilo de vida.