

parasitaria. Por regla general, el parásito procedente del huésped intermediario, alcanza la sangre circulante en forma de tripanosoma y cumple su ciclo evolutivo habitual: llega a los capilares, migra a los líquidos intersticiales de los órganos adecuados y penetra en los cuerpos celulares, en cuyo interior adquiere forma leishmánica. Ocasionalmente, además de las células frecuentemente colonizadas, pueden participar las células endoteliales, tal como las de los vasos cerebrales, de donde la forma leishmánica alcanza la sangre circulante. Una vez en la sangre las leishmanias pueden ser evidenciadas, evolucionando hacia la forma de tripanosomas. Dichas formas corresponden a las llamadas de desenrollamiento del parásito, o de progresión orbicular.

En todo caso, “nuestros hallazgos de leishmanias en la sangre circulante de un recién nacido (sea que estas formas proceden de la placenta de la madre, de los endotelios de los órganos del niño, de los capilares cerebrales, etc.), son evidencia de que las leishmanias pueden evolucionar hacia el tripanosoma en el medio sanguíneo circulante. “

Octubre-Diciembre de 1986

Los doctores L. Ch. Parish, R T Lenz y CF Merryman, de la Universidad de Filadelfia “Thomas Jefferson”, Pennsylvania, EE.UU, en su artículo sobre **Juan Carlos Finlay**, suministran interesantes datos sobre los estudios del gran investigador cubano, uno de los precursores del descubrimiento de la causa de la fiebre amarilla, en el Jefferson Medical College, iniciados en octubre de 1853. Uno de sus profesores, John Kearsley Mitchell, había sido pionero en exponer una teoría del contagio, en su libro “Del origen criptogámico de las fiebres epidémicas y maláricas” en 1849. Esto debió tener un gran impacto en la formación del joven estudiante. Los autores se preguntan ¿cómo llegó Finlay a interesarse en la fiebre amarilla? Filadelfia había sufrido la enfermedad en diferentes épocas. En la epidemia de 1793 el gobierno se vio obligado a abandonar la ciudad, que en ese entonces era la capital de EE.UU. Para reforzar las excelentes dotes de observación de Finlay, relatan un curioso hecho. En una epidemia de cólera que ocurrió en La Habana en 1868, notó que la mayoría de los enfermos procedía de *un lado de la calle*. A partir de ello incriminó al agua como causa de la epidemia.

Gac Méd Caracas 2011;119(3):343-350

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

Controversias sobre infecciones de transmisión sexual en la adolescencia en Venezuela. Un problema para todos”, por el Dr. Julio César Potenciani

La exposición la inicia con veinte láminas impactantes sobre la trascendencia de las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia. Posteriormente

pasa a la definición de adolescencia y a la extensa lista de patógenos transmitidos sexualmente, señalando su importancia debido a sus complicaciones. Suministra luego datos epidemiológicos de gran repercusión por su alta prevalencia e incidencia global. Son cifras alarmantes en el mundo entero y en nuestro país.

Menciona los objetivos para los médicos que tratan

infecciones de transmisión sexual. Suministra cifras de Venezuela. Enfatiza la importancia de conocer los datos especiales de cada una de las enfermedades transmitidas por esta vía. Discute las características de la sexualidad del joven venezolano.

Se consideran aspectos importantes a tomar en cuenta en relación con los adolescentes y estas enfermedades. ¿Quién y en qué momento se debe iniciar la educación sexual en los jóvenes? Trata los temas de la adolescencia y su tiempo libre. La importancia de conocer los factores a tomar en cuenta para desarrollar una conducta preventiva en los adolescentes. Analiza el papel de la religión. Da recomendaciones para reducir el contagio mediante la modificación de conductas de alto riesgo que favorecen las infecciones transmitidas sexualmente.

Disertó sobre el comportamiento del adulto sexualmente sano y da las pautas para una educación sexual integral.

Deben difundirse las estrategias de prevención y tratamiento para estas enfermedades, contenidas en los planes de los organismos gubernamentales de salud pública.

Expuso el problema del SIDA en Venezuela. Recordó la declaración de Viena de 2010. Resumió los aspectos básicos para el control de las enfermedades de transmisión sexual.

Intervinieron los doctores José M. Avilán Rovira, Rafael Arteaga Romero, Carlos Orellana Bencomo, Juan Antonio Yabur, Aixa Müller, Oscar Rodríguez Grimán, Isis Nézer de Landaeta, Felipe Martín Piñate, Ítalo Marsiglia, Juan José Puigbó, Otto Rodríguez Armas, Lilia Cruz de Montbrun, Berardo López Moreno, Saúl Kizer, Francisco Herrera, Ángela Cruz de Quintero, Claudio Aotín Soluie y la Lic. Deisy Matos.

Sesión ordinaria del 24 de febrero de 2011

Preside: Dr. Claudio Aotín

“Médicos de ascendencia judía en Venezuela” por el Académico Abraham Krivoy

Con una cita inicial de Geoge Duhamel (1884-1966), quien expresó “El médico es el intermediario entre la vida y la muerte.....es depositario de una misión que está por arriba de egoísmos, de los defectos o de las virtudes: la misión de retener en vida a nuestros hermanos.....”, el autor presentó un resumen de los resultados de su investigación sobre

los médicos de ascendencia judía que ejercieron activamente en Venezuela.

Fue posible registrar 59 colegas tanto de los grupos ashkenazim, sefarditas y de los de Italia. El número es mayor, pero no fue posible el contacto con familiares o descendientes, pero existe la intención de ampliar los datos en una segunda impresión del trabajo. El trabajo incluye solo los colegas judíos o de ascendencia judía fallecidos.

Expresó el autor que “Venezuela, esta “tierra de gracia”, fue siempre una nación atractiva a los perseguidos extranjeros, por la aureola de Libertad que nuestros forjadores de la patria crearon. Ejemplo de esto, no judíos, por solo nombrar a dos, están Augusto Pí Suñer y Augusto Corachán García que sembraron semillas de tal magnitud que le hace preguntarse a uno: que sería de la ciencia médica venezolana, sin estas maravillosas contribuciones y de muchos otros”.

Incluye el libro un glosario especial para la mejor comprensión del tema, así como un relato de los antecedentes históricos relacionados con estas diásporas.

El autor advierte al comienzo: “Con permiso de los lectores y sin querer producir ninguna herida, se mencionan algunos pocos ejemplos de este peculiar grupo, independientemente de si eran activos religiosos o con ascendencia en dos o tres generaciones anteriores. Entre los Académicos: Drs. David Lobo, Enrique Benaím Pinto, impulsador de la medicina interna, Pedro Bonifacio Castro Cohén, padre de la neurología venezolana, Joel Valencia Parparcen, padre de la gastroenterología. En los no Académicos están Martín Mayer, maestro de Félix Pifano, impulsador de la patología tropical en el país. Rudolf Jaffe, impulsor de la anatomía patológica. Los esposos Holz, creadores de la farmacovigilancia en el Instituto Nacional de Higiene. La doctora Blumenfel, la madre espiritual de los leprosos. Con iguales méritos encontramos los otros colegas que encontramos en la investigación”.

Pasa luego a enumerar las actividades más importantes desarrolladas en sus actividades médicas en el país de cada uno de los 59 colegas judíos fallecidos.

Se acompaña el trabajo con comentarios sobre la colaboración que recibió el Libertador Simón Bolívar, compañeros y las hermanas por parte de los judíos de Curazao.

Finaliza con referencias a la diáspora y expulsión de judíos de España en 1492, luego la importancia

del primer mandamiento de las Tablas de la Ley y el concepto de Libertad que la religión judía obsequia a la humanidad, “que por ella bien vale la pena morir”.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Otto Rodríguez Armas, José M. Avilán Rovira, Harry Acquatella, Ítalo Marsiglia, Aixa Müller de Sayago, Carlos A Hernández H, Berardo López Moreno, Jesús Enrique González, Doris Perdomo de Ponce, José Francisco y Eva Zeckler.

Sesión ordinaria del 03 de marzo de 2011

Preside: Claudio Aoún Soulie

Conferencia “Casi dos décadas de esfuerzo venezolano para crear salud en las selvas de Guayana. Un secreto bien guardado”, por el Dr. José Cárdenas

En diciembre de 1995 se crea mediante un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Corporación Venezolana de Guayana, la “Sociedad para el Control de las enfermedades endémicas y la atención sanitaria de las comunidades indígenas del Estado Bolívar” (CENASAI).

Esta Sociedad tenía dos misiones muy específicas: la primera de ellas, apoyar a Malariología en su lucha contra el paludismo, la segunda, de acuerdo a su razón social, prestar atención sanitaria a las comunidades indígenas de Guayana.

En cuanto a la lucha contra la malaria, nuestra participación la dirigimos en dos vertientes: 1º-Asumimos en su totalidad el manejo de la demarcación de La Paragua, productora para la fecha de un 30 % de la casuística regional y 2º-El control del paludismo en las zonas de asentamiento de 612 comunidades indígenas.

Al cabo de tres años de ejecución del proyecto Paragua, la casuística de esa demarcación solo significaba el 5 % de la regional y se devolvió a petición de ellos a Malariología, quedando bajo nuestra responsabilidad solo las zonas de difícil acceso.

La atención sanitaria a las comunidades indígenas la realizamos mediante la ejecución de dos programas: la atención sanitaria a los indígenas (ATSAI) y la creación de un programa local de salud, propio del área indígena y gestionado por el personal de las comunidades (SILOSAL).

El programa ATSAI atiende a 310 comunidades situadas en zonas de muy difícil acceso y se ejecuta con equipos multidisciplinarios, que en visitas

programadas cada tres meses y por períodos que fluctúan entre 30 y 40 días, recorren agrupaciones de comunidades, los llamados itinerarios de salud, realizando todas las acciones que el ministerio contempla dentro de la atención primaria, a la vez que se provee de atención odontológica integral. Los equipos al mando de un médico cuentan con un odontólogo, un enfermero, un auxiliar de odontología, un microscopista, un visitador y dos rociadores.

Estos equipos también realizan labores antimaláricas, incluyendo el control de vectores.

Cada equipo está dotado de los instrumentos e insumos que le permitan la realización de sus labores, incluyendo una cadena de frío eficiente.

La presencia frecuente de los equipos ATSAI, como lo sabíamos, no era una solución suficiente y por ello creamos el programa SILOSAL, cuyas funciones mencionamos arriba. Para ello se capacitó al personal existente, se formó nuevo personal y se le contrató; con ello pudimos establecer de entrada 25 puestos de atención y diagnóstico. La ausencia casi absoluta de instalaciones adecuadas para la práctica de la salud, nos obliga a considerar la construcción de las mismas y surgió la idea de las “unidades básicas de salud” y conjuntamente con las comunidades construimos y dotamos totalmente hasta el año 2009 quince de ellas.

Convencidos de que la educación es el principal promotor de la salud, logramos de la misma forma y con los mismos procedimientos la construcción y dotación de doce escuelas que incluyen cocina y comedor.

A continuación el Dr. Tomás Sanabria se refirió al tema de telemedicina.

Intervinieron los doctores Rafael Muci-Mendoza, Juan José Puigbó, Luis Guillermo Pilonieta, Jesús Felipe Parra, Aixa Müller de Soyano, Carlos Orellana Bencomo, Miguel Zerpa Zafrané, Isis Nézer de Landaeta, Ladimiro Espinoza León, Lilia Cruz de Montbrun, Víctor Ruesta, Berardo López Moreno, José Francisco, Saúl Kizer y Claudio Aoún Soulie.

Sesión extraordinaria del 10 de marzo de 2011

Preside: Claudio Aoún Soulie

Perla de Observación Clínica “Cuando los riñones apagan la luz. Neuropatía urémica desencadenada por laxantes”, por los Drs. Emely Karam y Rafael Muci-Mendoza

La neuropatía isquémica urémica es considerada una neuropatía isquémica no arterítica que puede presentarse en insuficiencia renal crónica terminal. Sin embargo, la insuficiencia aguda también puede ocasionarla, sin que exista antecedente de enfermedad renal. Por otra parte, las soluciones de fosfato sódico empleadas como laxantes para la preparación de pacientes que se van a someter a procedimientos de estudios o quirúrgicos gástricos, han demostrado ser un potencial factor desencadenante de insuficiencia renal aguda, ha sido denominada en este contexto como “nefropatía por fosfato o nefrocalcinosis”.

La nefrocalcinosis se presenta cuando se administran laxantes de fosfato sódico a dosis elevadas, en intervalos de tiempo corto y en pacientes con factores de riesgo a desarrollar insuficiencia renal. Esto llevó a que la FDA en el año 2001 hiciera una primera revisión sobre la seguridad de estos laxantes, estableciendo alertas y recomendaciones para su uso.

Reportamos un caso de neuropatía óptica urémica secundaria a insuficiencia renal aguda, desencadenada por administración de fosfato sódico oral (FSO):

El paciente, masculino de 62 años de edad, despertó con pérdida visual bilateral, posterior a cirugía de cierre de colostomía. Como antecedentes de importancia se señala: hipertensión arterial, arritmia cardíaca, tratadas con losartán, amiodarona y ácido acetilsalicílico. Cuatro días previos al procedimiento, recibió 3 dosis de FSO, repitiéndose en el preoperatorio 2 dosis orales y un enema. A las 24 horas después de la cirugía, comienza recuperación visual en ojo izquierdo, dejando como secuela escotoma central, evidente al campo visual con fondo de ojo normal. El ojo derecho no recuperó visión, mostraba pupila amaurotica y disco pálido con pérdida de fibras nerviosas. Los exámenes de laboratorio de funcionalismo renal previo a la preparación de colon fueron normales, elevándose con la administración de FSO y persistiendo en el posoperatorio inmediato.

La insuficiencia renal secundaria por el uso de laxantes como FSO, ocasiona nefrocalcinosis: este responsable de neuropatía óptica urémica-isquémica. Factores de riesgo como HTA, edad avanzada, medicamentos como enzima convertidora de angiotensina, altas dosis de FSO, pueden precipitar esta entidad, como ocurrió en el caso expuesto, donde probablemente la sobredosis de FSO, en intervalos cortos de administración, fue el factor precipitante relevante.

Tratamiento de urgencia con corticoesteroides, hemodiálisis o ambos, son requeridos; aunque el

pronóstico es incierto. Por ello deben tomarse medidas preventivas antes de la administración de laxantes, especialmente en los actuales momentos, debido a la gran cantidad de colonoscopias que se practican.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, Ítalo Marsiglia, Ibrahim González Urbaneja, José A. Ravelo Celis, Saúl Krivoy, Felipe Martín Piñate y Alfredo Díaz Bruzual.

“La ciudad medieval” por el Académico Ibrahim González Urbaneja

En el cuarto milenio antes de Cristo, hacia fines de la edad del hierro, coetáneamente en la Mesopotamia, en el valle del Nilo y en el valle del Indo, aparece la escritura. Con ello finaliza la prehistoria y comienza la historia. Resulta sumamente llamativa la celeridad con que en estos tantos años ha evolucionado la cultura y la población del globo terráqueo hasta el presente.

Durante los inicios de la edad media, la única institución europea con carácter universal fue la Iglesia, pero incluso en ella se había producido una fragmentación de autoridad. Todo el poder en el seno de la jerarquía eclesiástica estaba en las manos de los obispos de cada región.

La violencia y dislocamiento que sufrió Europa motivaron que las tierras se quedaran sin cultivar, la población disminuyera y los monasterios se convirtieran en los únicos baluartes de la civilización.

La estructura política y económica predominante en Europa entre los siglos IX y XV fue el Feudalismo. Este sistema feudal se desarrolló como respuesta a la desarticulación de la autoridad central y al caos social que surgió tras el fin del mandato romano. Las Cruzadas tienen lugar en los siglos XI, XII y XIII y dejan en ruinas a la nobleza y al clero. La persistente crisis económica compromete de manera definitiva la pervivencia de la ciudad antigua, que había sobrevivido a las invasiones bárbaras.

Con la crisis final del imperio y el triunfo del cristianismo, esencialmente en los predios carolingios, las *cités* empiezan a identificarse con las sedes episcopales, capitales de diócesis que se organizan en torno a una catedral.

El burgo fue en su origen un suburbio extramuros, es decir, fuera de la muralla del castillo, que al correr del tiempo pasó a ser una fortaleza dispuesta para defender territorios en litigio. Solo los comerciantes, habitantes del “burgo nuevo”, reciben el nombre de burgueses.

Un impulso decisivo para la constitución plena

de las ciudades medievales vendrá dado por el renacimiento comercial, que empieza a esbozarse en el siglo XI y se consolida en XII. En este proceso se considera decisiva la intervención de Génova.

Esta sociedad era rígidamente estática, el individuo permanecía para siempre en la misma clase que había nacido.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Saúl Krivoy, Antonio Clemente Heimerdinger, Oscar Rodríguez Grimán y Otto Rodríguez Armas.

Sesión extraordinaria del 17 de marzo de 2011

Preside: Dr. Claudio Aoñin Soulie

“El posgrado de cirugía en Venezuela. Evolución en el tiempo” por el Dr. Miguel Zerpa Zafrané

Ha sido tradicionalmente muy importante el aporte de las universidades y sociedades quirúrgicas, en el adecuado entrenamiento de los aspirantes a cirujanos para lograr una eficiente formación científica y técnica, capaz de producir un profesional que contribuya a solucionar las patologías que deben ser resueltas quirúrgicamente.

La enseñanza de la cirugía tiene características diferentes a las otras disciplinas médicas. El entrenamiento del futuro cirujano involucra aspectos que tienen íntima relación con la parte técnico-artesanal que es la base del arte quirúrgico. Este entrenamiento tiene una gran relación con el laboratorio quirúrgico, que tiene dos aspectos:

La técnica quirúrgica para desarrollar y afinar habilidad manual

La investigación quirúrgica que permite ejercitar la imaginación en la búsqueda de nuevas soluciones para problemas quirúrgicos no resueltos.

Esta búsqueda debe ser tanto en la parte fisiológica y fisiopatológica, como en la de utilizar nuevos materiales aún no ensayados. Este tiempo que el futuro cirujano invierte en el citado entrenamiento, a veces resta oportunidad para otras actividades académicas.

Tengo la convicción que en el entrenamiento quirúrgico tiene una gran importancia la parte tutorial, ya que esta enseñanza debe realizarse en pequeños grupos, donde el tutor tiene papel preponderante para ayudar a los alumnos en el desarrollo de sus destrezas manuales, a la vez que corregir los errores por ellos cometidos, tratando de evitarlos en la medida de lo

posible.

Las residencias quirúrgicas hospitalarias y los cursos de posgrado, fueron los primeros pasos dirigidos al perfeccionamiento de la carrera de la cirugía en nuestro país.

Antes de iniciarse estos cursos de posgrado, al graduarse de médico este nuevo profesional, estaba legalmente autorizado a ejercer la medicina e incluso la cirugía, pues su diploma así lo acreditaba. ¿Pero como afrontar los retos de la cirugía y como realizar delicados procedimientos quirúrgicos sin tener la preparación adecuada? Había una vía no oficial y era la permanencia del joven profesional en el servicio quirúrgico del hospital en calidad de “pasante”, “observador” o “asistente”, dependiendo de la oportunidad que tuviera, según su dedicación y responsabilidad para que se le permitiera continuar asistiendo al servicio quirúrgico, la mayoría de las veces con carácter *ad honórem*. La posibilidad de continuar ayudando a sus profesores y maestros en diversos tipos de intervenciones quirúrgicas, iba conformando un lento aprendizaje en esta disciplina.

De ayudante pasaba a efectuar intervenciones sencillas, ayudando a alguien de mayor experiencia que pudiera guiarlo, y así lentamente con el correr de los años, podía considerarse al nuevo profesional listo para actuar por su propia iniciativa.

Por las razones antes expuestas se decidió la creación de los cursos de posgrado, donde existiera una programación que sería ejecutada en un tiempo previamente convenido, que se estimó en tres años y en donde cada año se instruiría al aspirante, tanto en la teoría como en la práctica, a realizarse en ese período de tiempo y que debía ser aprobada, para continuar con la programación el año siguiente.

El juicio crítico estuvo a cargo del Académico Antonio Clemente Heimerdinger, quien concluyó: el trabajo del profesor Miguel Zerpa Zafrané, es la síntesis de una vida dedicada al área quirúrgica, tanto en su práctica en los hospitales públicos y privados, como en la enseñanza de pregrado y posgrado, aunada a la investigación, en especial de la cirugía experimental.

Sesión solemne del 24 de marzo de 2011

Preside: Dr. Claudio Aoñin

En esta sesión se incorporó como Individuo de Número, el Dr. Miguel Zerpa Zafrané, en el Sillón XIII.

Sesión ordinaria del 31 de marzo de 2011

Preside: Dr. Claudio Aotín Soulie

Perla de Observación Clínica “Avances en la utilización de imágenes: microscopio digital y pico proyector” por el Dr. Pedro Faneite Antique

Existe una tendencia evolutiva hacia la digitalización de todo registro, documentación física o señal analógica, como textos, imágenes o sonidos, que después de almacenarse en este formato, puede ser mostrada o presentada mediante dispositivos o proyectores digitales.

Progresivamente la digitalización ha ido sustituyendo a las bibliotecas clásicas y los textos físicos por las bibliotecas virtuales y los textos electrónicos, que cada vez más se utilizan en medicina con fines docentes, de investigación o para apoyar diagnósticos.

La observación de microimágenes y su digitalización inmediata es un proceso fantástico, que raya en lo mágico. Se dispone de instrumentos capaces de capturar imágenes de tamaño microscópico, estáticas o en movimiento, con posibilidades de ser magnificada y transferida a formato digital directamente a una computadora, a costos razonables, que pueden ser muy útiles en algunas especialidades médicas, como la dermatología, oftalmología, ginecología, patología bucal, entre otras.

Por otra parte, existen los proyectores digitales, que constituyen un pilar sólido en la demostración de material educativo, labores docentes o clínicas, con múltiples ventajas, pues además de ser pequeños y más fáciles de transportar, son más poderosos y de un precio inferior. Es así como los microproyectores van siendo sustituidos por los picoproyectores o proyectores de bolsillo.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate, Rafael Muci-Mendoza, Otto Rodríguez Armas, Juan José Puigbó, Alfredo Díaz Bruzual, Enrique López Loyo, Lilia Cruz de Montbrun, José Francisco, Miguel González Guerra y Saúl Kizer.

“Atención del niño en desastres” por el Dr. Huníades Urbina

Un evento adverso es cualquier situación que produzca alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el ambiente de una comunidad, causadas por un suceso natural o provocadas por la actividad humana. Estos eventos pueden clasificarse

de acuerdo con su intensidad en: “emergencias”, cuando la comunidad puede responder con sus propios medios o cuando la capacidad de la comunidad alcanza a proporcionar una respuesta suficiente; o en “desastre”, cuando un suceso natural o antrópico es de tal severidad y magnitud que resulta en muertes, lesiones y daños a la propiedad y no puede ser manejado mediante los procedimientos y recursos naturales del gobierno. Estos términos a menudo son usados en forma indistinta, lo cual es un error, ya que dependiendo del término empleado, será posible la obtención de ayuda exógena o no.

Los desastres, a su vez se clasifican en naturales y antrópicos, o producidos por el hombre. Estos a su vez pueden ser tecnológicos y emergencias humanitarias complejas, que incluyen los conflictos internos, guerras civiles, desplazamientos, suspensión de garantías, conflictos políticos y refugiados. En estas condiciones también es necesario aclarar algunos términos. Los “desplazados” son las personas a abandonar sus hogares, pero permaneciendo dentro de su país. Los “refugiados” son aquellos grupos humanos forzados a abandonar su país y los “menores sin acompañantes”, son niños que han sido separados de sus padres o de los adultos responsables de ellos, por algunas de las siguientes razones: éxodo inicial al abandonar el hogar, perdidos en la multitud, abandonados, familiares muertos o separados intencionalmente.

En cualquiera de estas situaciones los grupos más vulnerables son los niños, las mujeres embarazadas y los ancianos.

Las medidas de alivio en la fase inicial de un desastre son la evaluación diagnóstica de la población, definir la población afectada de acuerdo con las edades y patologías, asegurarse de la dotación de ropa y calzado, traslado a albergues adecuados, suministro de comida, proveer salubridad y agua limpia. En cuanto a los menores sin acompañantes, sufren de pérdida de acceso a recursos y seguridad emocional, son afectados por el miedo y el trauma. Los grupos límites padecen desnutrición aguda y trauma psicológico, estrés postraumático, el cual se manifiesta de diferentes formas, dependiendo de la edad del niño y su impacto en la psiquis, que puede ser hasta de una década para superarlo. Es por esto que los pediatras deben involucrarse activamente en situaciones adversas y atender a los niños, niñas y adolescentes.

Los planes de acción inmediatos para los menores sin acompañantes deben ser, implementar un

sistema de identificación que incluya una fotografía actualizada, prevenir activamente la separación, reunificar inmediatamente el grupo familiar, tratar de ubicar un hogar de crianza y padres sustitutos y la evaluación médica/nutricional.

La morbilidad en emergencias humanitarias complejas son: diarreas, deshidratación, enfermedades respiratorias, sarampión, quemaduras, insolación, trauma y las emergencias obstétricas/neonatales. Las prioridades de los niños están establecidas de la siguiente manera: alimentación, ropa, albergue y protección, vacunas y las actividades rutinarias.

Se debe educar a las comunidades en relación con las donaciones y no fomentar el envío de vestimenta usada, alimentos caseros, medicamentos de todo tipo, sangre y derivados sanguíneos, personal o equipos médicos y paramédicos, hospitales de campaña o unidades médicas.

Los desafíos gubernamentales son: promover las inversiones sociales, crear un desarrollo urbano sustentable, la modernización del estado, la competitividad, el manejo del ambiente y la formación de personal en áreas específicas. Se debe preparar a la población en el manejo de cuidados médicos de urgencia, primeros auxilios, evacuaciones de emergencia, manejo de convulsiones, manejo del asma o de alergias a alimentos.

¿Qué diferencia el impacto de un evento adverso de una comunidad o país a otro?

Los sistemas de alerta, la preparación en la fase previa al evento, el reconocimiento de las limitaciones y del suceso, la información unificada y veraz a la población, el grado de instrucción que la comunidad y las organizaciones locales.

No debemos olvidar que las catástrofes naturales continuarán azotando al mundo, tanto si la humanidad esté preparada o no y que los profesionales de la salud deben tener planes de respuesta a desastres y entrenamiento en coordinación con sistemas de salud pública y agencias gubernamentales.

Intervino el doctor Felipe Martín Piñate.

Sesión extraordinaria del 07 de abril de 2011

Preside: Dr. Claudio Aoün Soulie

“Evolución de la reproducción humana asistida”, por el Dr. Francisco Antonio Rísquez

La evolución de las técnicas de reproducción

humana asistida, desde el nacimiento del primer bebé obtenido por medio de la fecundación *in Vitro*, ocurrida gracias a los trabajos de los profesores Robert Edwards (Premio Nobel de medicina 2010) y Patrick Steptoe, ha sido impresionante y ha influido en la sociedad desde todo punto de vista.

La variante es la aplicación de la inyección intraplasmática de un espermatozoide, que ha superado por amplio margen las tasas de embarazos logrados con las técnicas precursoras, por lo que se ha convertido en una técnica de microfertilización asistida muy usada.

Uno de los saltos más importantes que ha tenido el avance científico en los últimos tiempos en las técnicas *in Vitro*, es el diagnóstico genético preimplantatorio, que consiste en obtener una célula del embrión, que generalmente es la blastómera o célula madre, y realizar estudios genéticos de la misma.

Los inicios y evolución de la fertilización *in Vitro* y sus derivados en la reproducción asistida en el humano, han sido importantes, lo cual ya ha impactado de forma positiva la sociedad y ciertamente lo seguirá haciendo en el futuro.

Intervinieron los doctores Aixa Müller de Sayago, Isis Nézer de Landaeta, Juan Antonio Yabur, Felipe Martín Piñate, Alfredo Díaz Bruzual, José M. Avilán Rovira, Guillermo Colmenares Arreaza, Peter Gunczler, Saúl Kizer, Francisco Plaza Rivas, Claudio Aoün Soulie y Otto Rodríguez Armas.

Sesión ordinaria del 14 de abril de 2011

Preside: Dr. Claudio Aoün

Perla de Observación Clínica “Carcinoma de mama triple negativo. Características clínicas moleculares por el Dr. Miguel Saade Aure

El cáncer de mama es una enfermedad problema en Venezuela por su incidencia, prevalencia y alta mortalidad. Representa la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer venezolana, solo superado por el cáncer de cuello uterino. Los carcinomas de mama triple negativos se definen por la falta de expresión de receptores de estrógeno, progesterona y Her 2-Neu. Representa aproximadamente el 15 % de todos los cánceres mamarios. Es más frecuente en mujeres premenopáusicas jóvenes, en Latinoamérica y en mujeres de raza negra.

La mayoría de estos tumores son de tipo ductal, tienen alto grado nuclear e histológico, mayor tasa de

recaída y metástasis y peor pronóstico. La mayoría de los tumores triple negativos pertenecen al tipo molecular de los cánceres de mama tipo basal.

El perfil inmunohistoquímico del cáncer de mama triple negativo ha sido investigado extensamente y es altamente heterogéneo. Estos tumores no son tratables con hormonoterapia ni trastuzumab y solamente se puede usar quimioterapia en el manejo sistémico.

Algunos esquemas de quimioterapia son más efectivos que otros en este tipo de cáncer y hay diversas terapias “emergentes” en investigación clínica.

Intervinieron los doctores Enrique López Loyo, José A Ravelo Celis, Otto Rodríguez Armas y Jesús Felipe Parra.

Perla de Observación Clínica “Paquimeningitis craneal hipertrófica y estenosis traqueal idiopáticas” por los Drs. Rafael Muci-Mendoza y Jeanine Obage

La paquimeningitis hipertrófica es una entidad muy poco frecuente, caracterizada por un proceso inflamatorio crónico fibrosante que conduce al engrosamiento focal o difuso de la duramadre a nivel craneal, orbitario o espinal, que produce compresión de estructuras neurológicas de cercanía. Desde el punto de vista histopatológico está tipificado por un proceso inflamatorio crónico con infiltración de linfocitos, células plasmáticas y algunas células gigantes con áreas de necrosis. Es infrecuente la formación de granulomas, pero cuando existen se hace mandatorio descartar una infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Puede unifocal o multifocal presentándose con igual frecuencia en hombres y mujeres. Las manifestaciones clínicas habituales dependen de la localización del área hipertrófica. Así en la localización craneal, que suelen afectar a la base del cráneo o la fosa posterior, la afectación de pares craneales o ataxia son características; en la localización espinal se presenta una radiculopatía o mielopatía.

En aproximadamente un 75 % de los casos se halla aumento de la velocidad de sedimentación globular, pleocitosis mononuclear e hiperproteinoorraquia.

El diagnóstico se fundamenta en hallazgos definitivos en la tomografía o resonancia magnética cerebrales, donde se detecta la duramadre hipertrófica. No obstante, el diagnóstico diferencial radiológico se han de incluir otras condiciones como el meningioma en placa, la carcinomatosis meníngea o los linfomas. En épocas recientes, la mayoría de los casos de paquimeningitis hipertrófica se consideran idiopáticos. Sin embargo, se hace necesario descartar procesos infecciosos como tuberculosis, sífilis, infecciones micóticas o por parásitos, procesos autoinmunes como la sarcoidosis, artritis reumatoide, granulomatosis de Wegener y enfermedades del colágeno.

La biopsia es de ayuda en la definición del origen. Los corticoesteroides son muy efectivos en todos los casos conduciendo a la remisión total o parcial de los síntomas y signos neurológicos.

Presentamos un caso clínico y su correlato imaginológico en una joven paciente, quien presentaba cefalea crónica y paresia del sexto nervio derecho. Adicionalmente una estenosis traqueal idiopática por lo cual se asume que ambas manifestaciones podrían formar parte de un mismo proceso.

Intervinieron los doctores Felipe Martín Piñate y José A, Ravelo Celis.

Perla de Observación Clínica “Mucopolisacaridosis” por el Dr. Francisco Miranda Ruiz

Se expone la etiopatogenia de las mucopolisacaridosis y sus principales tipos clínicos.

Se presenta el caso de un niño de seis años de edad con el tipo I de la enfermedad.

Intervinieron los doctores Peter Gunczler, Aixa Müller de Sayago, Abraham Krivoy, Felipe Martín Piñate y Claudio Aoñin Soulie.

No hubo sesión el 21 de abril de 2011 por ser Jueves Santo