

Venezuela Chapter GOVERNOR'S NEWSLETTER

ACP
AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS
INTERNAL MEDICINE | *Doctors for Adults*

Summer 2004

Israel Montes de Oca, MD, FACP
Governor, Venezuela Chapter

Contenido:	Pág.
1.- Editorial: "Medicina Interna y Comunidad Médica". Dr. Israel Montesdeoca.	1
2.- Artículo de Promoción: "La Informática como recurso para el aprendizaje". Dr. Pedro Perdomo	2
3.- Semblanzas del Internista: "Dr. Ramón Soto" Dr. Régulo García Machado	3
4.- Noticias del Colegio:	4
5. Perlas Clínicas en Medicina Interna: "Avances en la Patogenia y nuevas Terapéuticas en Artritis Reumatoidea" Dr. Francisco Tapánes. (1ª Parte)	4
6.- Noticias del Capítulo:	5
7.- Resúmenes de Trabajos Premiados:	6
8.- Como contactarnos.	7



1.- EDITORIAL: "MEDICINA INTERNA Y COMUNIDAD MÉDICA." DR. ISRAEL MONTESDEOCA.

La historia de la especialidad de Medicina Interna, desde su conceptualización y doctrina en el Siglo XIX hasta su evolución en el presente, estuvo signada al comienzo por un desconocimiento de sus principios y fines. Se consideraba a la Medicina Interna, a pesar de su diferenciación, como una rama Médica que se confundía con la Medicina General y así fue visualizada por los Colegas no Internistas durante mucho tiempo, no obstante con el progreso y la difusión de la doctrina esencial de la especialidad como es la integración de los hechos y fenómenos clínicos del adulto, el concepto de la Medicina Interna fue cada vez mejor interpretados y conocidos.

En Venezuela, desde comienzos del Siglo XX y a mitad del mismo, cuando académicamente se hizo conocer la Clínica Médica, como una actividad que fue el núcleo del nacimiento de la especialidad de la Medicina Interna y se constituyó en el recurso de su desarrollo y función.

Desde 1956, año de la Fundación de la S.V.M.I., quedó sedimentada la doctrina en el país, de lo que significaba la especialidad, que no era más que aplicar y poner en práctica el concepto de la Medicina Holística y cuyo ejecutor el Médico Internista tenía la responsabilidad de hacerla conocer con su actitud y conocimiento.

La especialidad empezó a consolidarse desde el mismo momento de la iniciación de los Cursos de Postgrado en 1958. El conocimiento que tenía el resto de la comunidad Médica sobre la especialidad, era bastante limitada, pero con el progreso de los Cursos de Postgrado y la calidad excelente de sus egresados, cambió el concepto que tenía el resto de la comunidad Médica. La demostración de un mejor reconocimiento a nuestra especialidad por parte de la comunidad Médica, se basa hoy en día en 2 aspectos: uno práctico; como es la consulta cada vez mayor hacia los Médicos Internistas y por otra parte la asistencia de Médicos No Internistas a los Eventos Científicos organizados por la Sociedades Científicas, como son, la S.V.M.I. y el Colegio Americano de Médicos.

2.- ARTÍCULO DE PROMOCIÓN: “LA INFORMÁTICA COMO RECURSO PARA EL APRENDIZAJE” DR. PEDRO PERDOMO

Dato: es el valor básico de las piezas. Información: dato que ha sido procesado y se vuelve útil. Conocimiento: colección de información que proporciona comprensión. Informática: la ciencia que se encarga de la recolección, manipulación, almacenamiento, clasificación y recuperación registrada. Tiene como sinónimos, entre otros, los de ciencia de la información, procesos de información, IP. Informática Médica: el campo de la ciencia que se ocupa de la información biomédica, datos y conocimientos, su almacenamiento, recuperación y uso óptimo para la resolución de problemas y la toma de decisiones. Incluye todas las áreas de las ciencias básicas y aplicadas de la biomedicina y está estrechamente unida a las tecnologías modernas de la información, especialmente la computación y comunicación ("medical computer science") Informática en Educación Médica: el campo de la ciencia de la información que se ocupa de la disseminación y enseñanza de los conocimientos médicos mediante el uso de las tecnologías modernas de computación y comunicación. Existe un interés creciente en el uso de la computación en la educación médica, pero se ha prestado poca atención a la selección y uso racional de las aplicaciones y a la infraestructura necesaria. Algunas escuelas de medicina han reconocido la necesidad de revisar la metodología de la enseñanza y han modificado sus currícula con el fin de adaptarse a esta realidad. La computación permite procesar y manejar la información de manera más rápida, más eficiente, más interactiva y, en algunos casos, permite actividades que no podrían desarrollarse en otra forma. En el pasado las razones para incrementar el uso de la computación por parte de los estudiantes incluían el crecimiento exponencial de la información médica, la creciente disponibilidad y sofisticación de la tecnología y el potencial para el aprendizaje independiente. Aunque estas razones sean legítimas, no parecen ser suficientes para justificar por sí solas el cambio curricular, quizás porque la tecnología está constantemente evolucionando, siempre habrá una sobrecarga de información y poco tiempo para enseñar. Más importante aún, porque uno de los problemas parece haber sido considerar a la computación como una meta en sí misma dentro del currículum. Contrario a esta posición, creemos que el creciente uso de la computación no debe estar limitado a la utilización de la herramienta, sino incluir el conocimiento, destrezas y aptitudes para la búsqueda, manipulación y aplicación de la información biomédica. Los estudiantes deben ser capaces de crear bases de datos que puedan ser utilizadas para identificar y resolver los problemas de sus pacientes, adiestrarse en los programas de epidemiología y estadísticas para analizar los datos y familiarizarse con las herramientas de apoyo como los sistemas de toma de decisiones, sistemas expertos, bases de datos de drogas y recursos de información en Internet. Es necesario convertir al estudiante de un usuario pasivo de la información en un buscador activo de la misma. Se requieren tres elementos fundamentales para lograr la incorporación de las tecnologías de la información a la enseñanza de la medicina.

- En primer lugar disponer de una infraestructura tecnológica, al menos básica, consistente en las herramientas tales como computadoras, escáner, equipos de fotografía y filmación digital, equipos para grabar discos compactos y programas que permitan la manipulación de datos e imágenes. Debe existir, al menos, una intranet, y áreas acondicionadas para que los estudiantes puedan utilizar los equipos.

A modo de ejemplo, algunas escuelas de medicina, como la Universidad de Drexel en Philadelphia, han incorporado totalmente la tecnología. Es requisito de ingreso que todos los estudiantes tengan un computador portátil con tarjeta de red inalámbrica, lo que les permite estar conectados a la red del campus universitario desde cualquier lugar del mismo.

- Se requiere de un Departamento de Informática, con autonomía propia o dependiente del Departamento de Medicina, e integrado tanto por personal médico docente y del campo de la Informática como por especialistas en recursos audiovisuales (ilustradores, editores, etc.)
- Diseño Curricular. Debe estar en primer término dirigido a la capacitación del personal docente ("teach the teacher"), en especial a los de las generaciones no tan nuevas, que muestran natural resistencia a los cambios y uso de nuevas tecnologías.

Este programa inicial para docentes debería incluir los siguientes objetivos:

- Mantener la competencia profesional e información actualizadas
- Identificación de fuentes y recursos
- Destrezas en la búsqueda de libros, artículos, guías, etc.
- Aprendizaje mediante las técnicas de educación a distancia
- Disposición a ser evaluado
- Participación en programas de capacitación
- Interpretación y síntesis de la información
- Desarrollo de indicadores del rendimiento
- Medir el rendimiento

- Monitoreo del rendimiento
- Análisis y reporte de los indicadores
- Evaluar resultados y costo-eficacia

Deber entenderse la Informática Médica como una poderosa auxiliar para la enseñanza y práctica de la medicina, y de ninguna manera como un sustituto. La memoria humana es una muy útil pero limitada herramienta. Utilicemos la tecnología para lo que ella hace mejor: Buscar, almacenar, clasificar y recuperar información. Calcular, resumir, presentar. Dejemos a los humanos las tareas que saben hacer bien: Reconocer patrones. Elaborar juicios. Relacionarse con los pacientes

Atender los aspectos éticos. Para concluir, recordemos que el computador, la Web, el video... y todo lo que seguramente vendrá, son incuestionables poderosos recursos. Mal utilizados hacen perder tiempo y dinero, crean ineficiencia, y deshumanizan nuestro ejercicio. Bien utilizados, no deben ser temidos, amados ni detestados. ¡¡... simplemente deben usarse!!

3. -SEMBLANZAS DEL INTERNISTA: “DR. RAMÓN SOTO” DR. RÉGULO GARCÍA MACHADO

Es para mí una especial asignación, él haber sido propuesto para hacer una breve biografía académica de quien ha sido durante muchos años un probado amigo, un desinteresado consejero, un generoso compartidor de sus conocimientos, un promotor de la buena práctica de la medicina en sus aspectos éticos científicos y técnicos, opinión que es común entre quienes conocen de cerca a este caballero, especialmente esquivo a la lisonja, complacido mayormente por ser útil que importante.

Cualquier exceso de mi parte en mis apreciaciones, podría estar teñido por el sesgo de una crónica y no interrumpida amistad, les ruego que sean benévolos conmigo y tomen mi palabra que me he esforzado por una máxima objetividad.

Llevado por las circunstancias políticas reinantes que condujeron al cierre de la Universidad Central de Venezuela, el Dr. Soto Sánchez se ve obligado a buscar destinos universitarios alternativa, escoge España como integrante de esa diáspora estudiantil y es así como en 1955 se recibe como Médico en la Universidad Complutense de Madrid. De regreso en Venezuela obtiene la revalida en 1956.

Enseguida pasa a formar parte del equipo de trabajo del Dr. Enrique Benaim Pinto en el Servicio de Medicina “A” del Hospital Universitario de Caracas, donde permanece hasta 1959.

En la efervescencia del desarrollo físico de la capital recién inaugurada la nueva torre de la Maternidad Concepción Palacios, un par de obstetras vanguardistas, conscientes de la integralidad de la Medicina que debe prestarse a las gestantes, los doctores Rafael Domínguez Sisco y Osar Agüero piden al Dr. Benaim Pinto el aporte del seno de su servicio de un Internista de planta, que organice y estructure la mejor atención posible a la medicina del embarazo, en cuyo campo cardiológico de una manera preliminar la venia haciendo el Dr. Carlos Gil Yépez.

Es así como en 1959 el Dr. Soto funda la Unidad de Medicina Interna de dicha maternidad en compañía de los colegas Enrique Bendahan, Marcos Boissere y Jesús María España.

Echadas las bases de este inédito proyecto el inquieto afán de ampliar su cultura como Internista generalista, lo lleva a la ciudad de Londres, Inglaterra, donde permanece del año 59 al 62 bajo el amparo médico cultural de la Real Federación de Postgrado Médico-Royal Postgraduate Medical Federation en la Universidad de Londres y su Escuela Médica Real de Postgrado. Allí profundiza la medicina interna general y la especializada, en particular la cardiológica, la neurológica y la nefrológica.

En 1962 funda el Servicio de Medicina Interna de la Maternidad Concepción Palacios, con Enrique Bendahan y Marcos Boissiere, como Adjuntos y cuatro Residentes, los Drs. Isidoro Bronstein, Darío Curiel, Francisco Tapanes y Reinaldo Tortoledo. De su seno nace la primera Unidad de Cuidados Intensivos de Venezuela con sus debidos inventarios de comienzo.

El Dr. Soto fue fundador de la Sociedad Venezolana de Medicina Crítica y su segundo Presidente, fue Presidente de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna y es Miembro correspondiente de las Sociedades de Cirugía y de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

En reconocimiento de carácter Internacional, se desempeñó como Gobernador del Capítulo Venezolano del Colegio Americano de Médicos durante los años 1997 a 2001, es Miembro del Comité Internacional del American College of Physicians y a la fecha el primero y único al momento que ostenta la máxima categoría de Miembro del ACP, cual es la de Master, luego de un detenido análisis de su Curriculum que hicieran las máximas autoridades del Colegio en conjunción con autorizadas opiniones recogidas por ellos del ámbito local.

Al Dr. Soto le pediríamos que no pare, que siga siendo hombre de proyecciones, les deseamos que aún le quede mucho camino que recorrer y le aseguramos que veremos con beneplácito que continúe cultivando éxitos. Su solicita esposa Matilde, sus hijas y todos sus amigos y admiradores de su trayectoria nos complace solicitarlo.

“PER ARDUA AD ASTRA”, el viejo aforismo latino, que señala la meta estelar como premio al esfuerzo, ha sido sin duda el lema que ha trazado la honrosa ruta que nuestro homenajeadado ha escogido como instrumento de sus bien habidos logros.

4. -NOTICIAS DEL COLEGIO:

1) Antes y durante la Sesión Anual del Colegio celebrada en la ciudad de New Orleans, durante los días del 22 al 24 del 2004, se efectuaron como es costumbre reuniones administrativas de los Gobernadores, incluyendo la Reunión desayuno con los Capítulos Latinoamericanos, donde se expusieron y se hicieron conocer la diferentes actividades que desarrolla cada Capítulo Latino; pero es de interés que se hizo conocer de nuevo el Programa que corresponde al International Fellowship Exchange (Minibecas). También Programa que ha sido desarrollado por el Capítulo de Venezuela gracias al soporte del Laboratorio Merck-Sharp & Dohme.

Para mayor información de los detalles de estos Programas favor comunicarse con los siguientes correos electrónicos: wrivera@acponline.org para la oferta que hace el Colegio y israelmontes@cantv.net para la oferta de nuestro Capítulo. La fecha tope de solicitudes del Programa del Capítulo es hasta el 31 de Julio del año 2004.

2) El Colegio continua en su campaña, de cómo revitalizar la Especialidad de Medicina Interna y para ello ha establecido estrategias que ayudaran en el presente y en el futuro a intensificar las fortalezas de la misma, así como revisar los programas educativos en la parte formativa de los Residentes en Medicina Interna.,

3) Múltiples trabajos y consideraciones se presentaron en la Sesión Anual como preocupación por el futuro de la especialidad, así como se insistieron sobre los siguiente puntos. El valor intrínseco de la Medicina Interna, la visión que los propios Internistas tienen sobre la especialidad, las formas de trabajo con los otros especialistas, el valor que tiene la comunidad sobre la Medicina Interna, las nuevas formas de entrenamiento que deben implementarse para las Residencias; todas estas consideraciones deben ser las partes esenciales para disminuir las debilidades y hacer de la Medicina Interna la especialidad de siempre, es decir una especialidad de servicio para el cuidado óptimo de salud del adulto.

5. PERLAS CLÍNICAS EN MEDICINA INTERNA:

“AVANCES EN LA PATOGENIA Y NUEVAS TERAPÉUTICAS EN ARTRITIS REUMATOIDEA”. DR. FRANCISCO TAPANES (I PARTE).

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune y de etiología desconocida que lleva a la destrucción progresiva de las articulaciones afectadas. El órgano de choque, sinovia reumatoideo está caracterizado por hiperplasia marcada de las células limitantes sinoviales e infiltración predominante de linfocitos T, macrófagos, células B y fibroblastos. La AR afecta entre 1 a 2.5% de la población. En Estados Unidos de Norteamérica 2.1 millones de personas están afectadas, las cuales originan 19.650.000 consultas médica anuales con un costo de \$1500 millones,, 540.000 hospitalizaciones con un costo entre \$4300 a \$5700 paciente / año. En aproximadamente 2 años del comienzo de la enfermedad, 50% a 70% de los pacientes tienen evidencias radiográficas de destrucción articular. A los 10 años más del 50% sufrirá severos daños y discapacidad.

Patogenia: I-Antígenos y Células presentadoras de Antígenos: Normalmente el sistema inmunológico es capaz de identificar agentes extraños al organismo mediante células presentadoras de antígenos (macrófagos, fibroblastos y células dendríticas entre otras) y diferenciando lo propio de lo extraño, estas células presentadoras de antígenos (APC) estimulan a las células T para liquidar directamente a la partícula extraña y/ o activar a las células B para producir los anticuerpos específicos necesarios para eliminar el agente identificado como foráneo. Cuando este sistema se ve alterado por antígenos bacterianos, virales, etc; identificados de manera anormal, bien porque exista 1) algún grado de mimetismo molecular debido a similitud de epitopes entre sus componentes proteicos y los de tejidos propios o a que 2) mediante predeterminación genética el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) a través de su alelo HLA (2) se produzcan condiciones apropiadas para que determinados antígenos desencadenen el desajuste inmunológico o que, finalmente, 3) cuando las proteínas antigénicas, actuando como superantígenos sean capaces de activar directamente al subconjunto de células T, uniéndose a sus receptores usando ciertos genes de regiones variables de su repertorio. **II Células T:** A) El análisis de receptores de célula T (TCR) y sus señalamientos de membrana o regiones determinantes complementarias (CDRs) pueden explicar muchas de estas respuestas de especificidad variable. Las moléculas CD, moléculas de superficies celulares, expresados en varios tipos de células del sistema inmune, hacen que dichas células se agrupen y diferencien. El papel de la β TCR en el reconocimiento de los antígenos péptidicos asociados al MHC, son mediados por CDRs dando líneas clonadas de células T con clones para péptidos definidos. Las restricciones difieren en las secuencias de las regiones variables, tanto de cadenas α y β . De este modo se producen dos clones polares de células T, con sus patrones e citoquinas TH1: donde predominan INF γ - IL-2 y el patrón TH2: IL-4,5,6,9 y 10. La respuesta TH1, de tipo hipersensibilidad retardada, protectora y la TH2 capaces de producir un gran número de citoquinas, Las citoquinas producidas por macrófagos: IL-6, IL-1 y el IL-8 fueron las más abundantes. B) Hipótesis: en una enfermedad crónica como la AR, la expresión de citoquinas es prolongada. Marc Feldmann, Ravinder Maini y col. demostraron mediante cultivos de células sinoviales de pacientes con AR, que las citoquinas son mediadoras mayores, tanto de inmunidad como de inflamación. La célula T activadas especialmente las ayudadoras CD4+, actuando como TH1, estimulan el reclutamiento de leucocitos y su capacidad de adhesión estimulando el proceso inflamatorio. De este modo demostraron en diferentes ensayos de producción de citoquinas subsecuentes a la clonación de cDNAs e hibridación in situ que el sinovio reumatoide era un sitio de expresión extensa de citoquinas. Muchas de ellas pro-inflamatorias y algunas con propiedades anti-inflamatorias. Cual es más importante en la patogenia de la AR? Resultaba la pregunta sin ser respondida.

Después de numerosos estudios, la mayoría centralizados en el Instituto de Reumatología de Londres por Mani R y colaboradores, se demostró que no solo el sinovio era un sitio de expresión extenso de citoquinas, sino que dentro de esta amplia variedad, muchas de ellas tenían propiedades pro-inflamatorias, algunas propiedades angi-inflamatorias y muchas una mezcla de ambas. Las citoquinas IL-6, IL-1, TNF α , e IL-8 eran las más abundantes con propiedades pro inflamatorias resultando el TNF α la predominante, siendo fuertemente regulador de las restantes, especialmente de la IL-1. Esto permitió afirmar que en la cascadas de citoquinas el TNF α resultaba ser predominante, constituyéndose en mecanismo pivote de dicho desequilibrio a favor de actividades pro-inflamatoria. C) **La inflamación:** causa activación y proliferación de células limitantes sinoviales, la expresión de citoquinas proinflamatorias, células inflamatorias adicionales mediadas por quimoquinas, así como, activación de células B con producción de autoanticuerpos. Se produce un círculo vicioso de citoquinas alteradas y vías de señales de transducción e inhibición de apoptosis celulares contribuyendo a la destrucción del cartílago y del hueso por sinoviocitos y osioclásticos.

Las implicaciones terapéuticas más avanzadas, incluyen estrategias dirigidas a citoquinas como objetivos, a moléculas de señales de transducción, a moléculas co-estimuladoras, a células B, a quimoquinas y a moléculas de adhesión. La inmunomodulación genética a nivel de APC y el HLA, es de alta complejidad y sólo utilizable localmente a nivel articular. A nivel de célula T, se han producido numerosos estudios, especialmente a nivel de CD4+, sin buenos resultados clínicos hasta el momento.

6 -NOTICIAS DEL CAPÍTULO:

1.- Con gran éxito se desarrolló la XI Reunión Anual del Capítulo de Venezuela, entre el 19 al 22 de Mayo, con la asistencia de más de 800 Médicos de distintas especialidades y la participación de conferencistas nacionales e internacionales. El Dr. Cyril "Kim" Hetsko fue el representante del Colegio y el Dr. Kanu Chatterjee el invitado internacional. Todos contribuyeron a darle brillantez a este Magno Evento Científico.

2.- En la programación Anual del Capítulo, siempre se incluirá la realización de un Evento Científico con alguna otra Sociedad Científica, en esta oportunidad el Comité Científico del Capítulo, decidió hacer la próxima Reunión con la Sociedad Venezolana de Endocrinología, ya nos hemos reunido con su Junta Directiva para la elaboración del Programa, que luce bastante atractivo. Esta actividad se desarrollará en Marzo del año.2005.

3.- Continuando con el Programa dirigido a los Residentes de los Hospitales Docentes, en el presente año se han realizado 3 Eventos, los Nos. 14, 15 y 16, en los siguientes hospitales: "Domingo Luciani" (6-2-2004), "Pérez Carreño" (16-04-2004), en el Hospital Militar "Carlos Arvelo", que se efectuará el próximo 9 de Julio, con el siguiente Programa: Primera Parte: Noticias del Colegio. Síndrome Antifosfolípido. Ecosonografía como Herramienta diagnóstica en Medicina Interna. Segunda Parte: Residentes en Acción. Discusión de 2 problemas clínicos.

4.- En Marzo del 2004, también se efectuó la 5ª Reunión dirigida a Estudiantes de Medicina de la U.C.V., la cual contó con una asistencia importante. La próxima se hará en el 25 de Septiembre en el Hospital Universitario de Caracas.

5.- Con gran éxito se celebraron las Jornadas Colombo-Venezolanas, organizadas por nuestro Capítulo conjuntamente con la S.V.M.I. (Capítulo Tachirenses) durante los días 5 y 6 de Marzo en la ciudad de San Cristóbal, con la participación de Colegas Internistas Colombianos y Venezolanos y con la asistencia de más de 200 médicos de la región. Deseamos felicitar a la Junta Directiva del Capítulo Tachirenses por su extraordinaria colaboración y que hizo posible el éxito de este Evento.

6.- La próxima XII Reunión Anual del Capítulo, se hará conjuntamente con la organización del próximo Congreso de la S.V.M.I., a celebrarse en Margarita en Mayo del 2005, con un Programa bastante atractivo que incluyen temas de Medicina Inter-hospitalaria, Emergencias, Temas Hematológicos y Psiquiátricos que interesan en la Educación Médica Continua del Internista y con invitados internacionales pertenecientes a la ACP; oportunamente haremos llegar el contenido del Programa. En dicho Evento (Mayo 2005) se inicia la gestión del Dr. Carlos Moros Ghersi, quien es actualmente el Gobernador Electo y tomará posesión de su cargo como nuevo Gobernador del Capítulo de Venezuela en Abril del 2005 en la ciudad de San Francisco.

7.-RESÚMENES DE TRABAJOS PREMIADOS:

Mejoría de la Acromegalia después del tratamiento con Octreotide Lar). Dra. Ruth de Mangupli, Aponte Lisette, Contreras Ivett, Camperos Paúl, Cruz de los Ríos Victoria, Hurtado Inés y Cevallos José Luis. (Resumen del 1º Premio al mejor trabajo publicado en Revistas Internacionales para Miembros del ACP).

Resumen: El Octreotide es un análogo de somatostatina, que inhibe la liberación de hormona de crecimiento con mayor potencia que al somatostatina natural, y ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la Acromegalia. El objetivo del presente estudio fue establecer los efectos del octreotide LAR en pacientes con Acromegalia activa. Se evaluaron los siguientes parámetros: respuesta clínica, seguridad del medicamento, concentraciones séricas de GH e IGF-1 y tamaño del Adenoma Hipofisario. Se incluyeron 11 pacientes (6 hombres y 5 mujeres), promedio de edad: 41,4 años, con diagnóstico de Acromegalia activa. El octreotide fue administrado en forma subcutánea, en una dosis de 0,1 mg. tres veces al día por cuatro semanas para probar la tolerancia a la droga. Luego los pacientes recibieron octreotide LAR 20 mg. intramuscular cada 28 días por un período de 6 meses con opción de continuar el tratamiento. Los niveles basales de GH fueron 27.6 ng/ml. Luego de 6 meses de tratamiento se redujeron a 5.06 ± 5.38 ng/ml en 9 pacientes ($p < 0.001$). Los niveles basales de IGF-1 séricos fueron 889.55 ± 167.29 ng/ml con una reducción de valores a 483.00 ± 239.71 ng/ml en 9 de los 11 pacientes después de seis meses de tratamiento ($p < 0.005$). La droga fue tolerada con pocos efectos adversos. Se observó diarrea, flatulencia y esteatorrea en 18,2% de los pacientes mientras recibían el octreotide subcutáneo. Dos pacientes presentaron litiasis biliar sintomática que fue solucionada con cirugía laparoscópica. Los síntomas clínicos mejoraron y en algunos casos desaparecieron totalmente como la cefalea y la sudoración. Se observó disminución del tamaño del tumor en 66,7% de los casos. Conclusiones: la inyección mensual de 20 mg. intramuscular de octreotide LAR fue efectiva para reducir los valores séricos de GH e IGF-1 en pacientes con Acromegalia activa, y esto se acompañó de mejoría clínica y disminución del tamaño del tumor.

Fases de la Historia Natural de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en individuos con obesidad abdominal en función del HOMA IR, HOMA β CELL y Glicemia. Dres. Giraldo José Rafael, Edoardo Fanzutto, Álvarez Naysan, Díaz Marialejandra, Benítez José Eduardo, Colmenarez Manuel y Morales Adaucio. (Resumen 1º Premio trabajo presentado como Póster en la XI Reunión Anual ACP (Capítulo de Venezuela).

La obesidad es un importante factor de riesgo para el desarrollo de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Considerando la elevada prevalencia de obesidad y la fisiopatología de la DM2, fue planteado este estudio con el objetivo de determinar en cual fase de la historia natural de la DM2 se encontraban sujetos con obesidad abdominal, según HOMA-OR, HOMA-

β cell y glicemia. Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 50 personas entre 20-59 años, seleccionadas por muestreo no probabilístico intencional. Se dividieron en grupos A y B, formados por 25 individuos sanos con peso normal y 25 obesos, determinándose glicemia basal, HOMA-IR y HOMA- β cell en ambos. Como valores normales de HOMA-IR y HOMA- β cell se establecieron los comprendidos entre los percentiles 10 y 90 del grupo A (HOMA-IR 1,17-3,39, HOMA- β cell 70.32-336.36). Con base en estos valores se clasificó a los obesos como insulinoresistentes o no y con funcionalidad β cell elevada, normal o disminuida. Correlacionando la glicemia basal, HOMA-IR y HOMA- β cell, los individuos obesos se ubicaron en una de la 4 fases de la historia natural de la DM2. De los individuos obesos, 96% presentó glicemia normal y 4% alterada; 44% resultaron insulinoresistentes, de ellos 36,36% tenían funcionalismo β -pancreático elevado y 63,64% normal. Todos los obesos insulinoresistentes con funcionalismo β -pancreático elevado tuvieron glicemia normal 85,71% de los obesos insulinoresistentes con funcionalismo β -pancreático normal, presentaron glicemia normal y 14,29% glicemia alterada. 40% de los individuos obesos se ubicaron en fase I, 40% en fase II, 4% en fase III y 6% resultó no clasificable. Se concluyó que en individuos obesos existe una alta prevalencia de insulinoresistencia siendo el incremento del funcionalismo β -pancreático un mecanismo compensatorio para mantener la normoglicemia. El HOMA-IR Y HOMA- β cell son útiles para identificar individuos en fases iniciales de la DM2 susceptibles de tratamiento para retrasar la progresión hacia dicha enfermedad.

COMO CONTACTARNOS

Direcciones: Gobernador. Israel Montes de Oca

Dirección: Habitación. Avenida Las Acacias. Edificio Albarregas 71. La Florida. Caracas, Venezuela.

Oficina: Centro Médico de San Bernardino. Anexo B 2º piso. C. San Bernardino. Caracas, Venezuela.

Dirección Postal en Caracas: Apartado Postal N° 1126- Caracas 1010ª. Venezuela.

En Miami:

1.USPS:

P.O. Box. Mail in U.S.A. CCS 5253. P.O. Box 025323 Miami, Fl 33102-5323

2.Currier.

Physical Address for (Package or Bulk.ect) in U.S.A. CCS5253 4440 NW 73

Av. Miami, Fl. 33166.

Teléfonos:

Habitación: 58-212-7812992

Oficina: 58-212-5515442

Universidad: 58-212-6628202

Celular: 414-3031005

E-mails: isrealmontes@cantv.net

Nota: Las opiniones emitidas en sus artículos por los colaboradores de este número, no son necesariamente las de la Directiva del Capítulo.

La versión en Inglés de este Boletín aparecida en el Web.Site del Colegio es cortesía del Laboratorio Merck - Sharp & Dohme.

Cualquier contribución o "Carta al Editor" será recibida por el Gobernador del Capítulo.

<http://www.acponline.org/chapters/latin/vz/>