

Venezuela Chapter GOVERNOR'S NEWSLETTER

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

Winter 2003

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

Contenido:	Pág.
1. Editorial :Imagen y Proyección del Capítulo de Venezuela Dr. Israel Montes de Oca. (MD.FACP)	1
2. Artículo de Doctrina: “Medicina Interna del Siglo XXI (Parte I)”. Dr. Ramón Soto (MACP)	2
3. Semblanzas del Internista: “Semblanza del Dr. Enrique Benaím Pinto (Parte I)”. Dr. Pedro Armas Nurse	4
4. Noticias del Colegio:	6
5. Perlas Clínicas en Medicina Interna: Manifestaciones clínicas que hacen sospechar cáncer. (Parte I) Dra. Trina Navas (Miembro ACP)	6
6. Noticias del Capítulo:	8
7. Como contactarnos.	10



EDITORIAL: “Imagen y Proyección del Capítulo de Venezuela” Dr. Israel Montes de Oca. (MD.FACP)

El desarrollo exitoso de una organización científica esta en relación directa con la contribución que todos sus miembros aportan para que exista una solidez en las actividades programadas por los Directivos de dicha agrupación. El Capítulo Venezolano del ACP, siente gran orgullo y complacencia de poder expresar, a través de su Gobernador, que se han cumplido con las metas básicas y la misión esencial que justifica su permanencia dentro de la comunidad médica venezolana y es el progreso de la Educación Médica Continua no solo dirigida a los Médicos especialistas Miembros del Capítulo, sino también proyectada a desarrollar acciones educativas en los Postgrados de Medicina Interna en la continuación de un Programa sistemático y rotativo en todos los Hospitales, así mismo los programas específicamente dirigidos a los Residentes por una parte y con los Estudiantes por otra, le han proporcionado un gran estímulo a nuestra organización, porque ha permitido conocer el gran recurso que representa desde el punto de vista académico todo el grupo de jóvenes en formación y con la oportunidad de que ellos conozcan en profundidad la especialidad de Medicina Interna, así como las subespecialidades derivadas de las mismas.

El Capítulo, a través de sus proyectos educativos a promocionarse en los próximos 2 años tiene planes de continuar sus contactos con las Sociedades Científicas del País, así como con las Sociedades Médicas de las Instituciones privadas y públicas, en este sentido las actividades durante el 2003 con la Sociedad Venezolana de Oncología, Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, Cruz Roja Venezolana, así lo demuestran. Hay ideas y planes de llevar nuestro programa de estudiantes a varias Universidades del Interior con apoyo logístico de la Industria Farmacéutica. La comunidad requiere de información sobre aquellas enfermedades que con frecuencia afectan su salud y el Capítulo tendrá ocasión de dar información a través de Foros públicos con participación directa de la población.

La actividad más importante desde el punto de vista de Voluntariado se iniciará el próximo año, con la puesta en práctica el Proyecto de Voluntariado para Cuidados Primarios soportado y supervisado por algunos miembros del Capítulo, que por razones obvias desean recibir el apoyo de un buen porcentaje de nuestros Miembros sea cualquiera su categoría.

Finalmente, deseo expresar mi reconocimiento la colaboración de todos estos planes por la Membresía del Capítulo, cuyo prestigio y consolidación están basados en el espíritu propio de su misión y objetivos que no son otros que demostrar la excelencia y sentido humanitario de la profesión médica

ARTÍCULO DE DOCTRINA: “Medicina Interna del Siglo XXI (Parte I)” Dr. Ramón Soto (MACP)

Para encontrar los orígenes de la MI tenemos que remontarnos a la Alemania de 1880, donde el término “Innere Medizin” fue aplicado a los médicos que practicaban una medicina basada en los recientes avances experimentales fisiológicos, bioquímicos y patofisiológicos, en contraposición a la medicina mágico-tradicional que había prevalecido hasta entonces entre los clínicos de la época. Nació así el nombre de Medicina Interna y el de Internistas a quienes la ejercían. En los años transcurridos desde entonces, y en especial en la segunda mitad del siglo XX, el desarrollo de la medicina en general y de la MI en particular ha sido indetenible y rápido, dando lugar entre otras cosas a una parcelación de los conocimientos y de la manera como se aplican al ejercicio de nuevas formas de práctica médica. Así se han originado las modernas especialidades y subespecialidades médicas. Pero si bien es cierto que la mayoría de éstas puede ser fácilmente identificable por la parte o sistema del cuerpo a que se aplica (p.e. dermatología), la técnica que emplea (cirugía), el tipo y ámbito de la población a que se refiere (pediatría, obstetricia, ginecología, médico de familia); no sucede lo mismo con la Medicina Interna, cuyo nombre ha permanecido confuso y sin denotar claramente cual es su campo de acción hasta nuestros días, dando lugar a apreciaciones erróneas dentro de la comunidad en general y aún dentro de la población médica. Así por ejemplo, al internista se le puede confundir con el médico que hace su internado al final de sus estudios de pregrado, o con el médico general (“general practitioner”) o el médico de familia (“family physician”). Es muy frecuente observar que los pacientes acuden directamente a los subespecialistas, bien por iniciativa propia o incluso referidos por otros médicos, debido al desconocimiento que tanto unos como otros tienen de la función integralista y de atención primaria que caracteriza al internista.

Esta situación propició el interés del American College of Physicians (ACP) por definir un adecuado perfil de la medicina interna y de los internistas, que defina lo más claramente posible su identidad y alcances dentro y fuera del ámbito médico. Luego de muchas consideraciones iniciadas en 1985, se eligió aplicar la designación de **medicina de adultos** para la medicina interna y de **médicos de adultos** para los internistas. Así concebido el internista, generalista o subespecialista, se ocupa sólo de los problemas médicos que aquejan a los adultos, y por extensión a los adolescentes, que ocupan una posición de interfase entre la pediatría y la medicina de adulto. No hace cirugía ni obstetricia, pero participa activamente la resolución de los problemas médicos que complican a los pacientes de esas especialidades.

A fin de orientar y educar a la comunidad acerca de esta nueva concepción del internista, el ACP viene conduciendo, desde hace varios años y en forma permanente, extensas y costosas campañas publicitarias nacionales a través de los mas variados medios de comunicación, que han sido secundadas por todos los capítulos fuera de los Estados Unidos.

En el caso particular de la MI los siguientes han sido las bases de su actual desarrollo:

1. Avances ingentes del conocimiento científico, que hasta los momentos actuales nos ha conducido a niveles insondables en cuanto a la investigación científica pura y aplicada a la clínica, especialmente en lo concerniente a genética y biología molecular.
2. Adquisición de un alto grado de excelencia en la práctica clínica, en cuanto se refiere a las técnicas de obtención de la historia clínica, recabar datos del examen físico, y establecer juicios semiológicos y propedéuticos.
3. Desarrollo de la tecnología aplicada al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades, y a la generalización y transmisión de los conocimientos, gracias a la innovación de técnicas ancilares de diagnóstico y tratamiento (laboratorio clínico, estudios por imágenes, radioterapia, etc), y de herramientas cibernéticas.
4. Una noción integral, holística, humanística, del hombre como individuo y unidad psico-física, en oposición a la concepción mecanicista cartesiana-newtoniana que preconizaba la separación cuerpo-alma y hacía prevalecer el primero sobre la segunda.
5. Creación y desarrollo de los principios bioéticos que hoy rigen el ejercicio médico (Declaración de Helsinki, etc), y del concepto de profesionalismo como sine qua non al ejercicio de la medicina.

El American Board of Internal Medicine (ABIM) ha definido el profesionalismo como el conjunto de atributos y conductas del hacer médico que sirven para mantener el interés del paciente por encima de los nuestros, mediante: A) obligación de cumplir los más altos principios de excelencia en la práctica de la medicina, y de generar y diseminar conocimientos en su campo. B) dedicación a las actitudes y conductas que mantienen los más puros intereses del pacientes. C) velar por las necesidades sanitarias de la sociedad. El profesionalismo profesa el altruismo, la responsabilidad, la excelencia, el deber, el servicio, el honor, la integridad, y el respeto por los demás, incluyendo nuestros colegas.

Doctrinariamente es más propio hablar de una doctrina de la medicina en general más que de doctrinas de sus ramas y subdivisiones, que en realidad no son sino conceptualizaciones de la misma. Así podríamos hablar de las diferentes especialidades con sus alcances y límites, pero sin perder de vista el común denominador que a todas las une bajo una sola doctrina. Desde este punto de vista la MI se diferencia en sus alcances y actuaciones de la cirugía, pediatría, y la gineco-obstetricia; pero al mismo tiempo admite ser parcelada subespecialidades como medicina interna general, cardiología, neumonología, infectología, gastroenterología, y por lo menos 10 más, con las cuales conserva muy estrechos vínculos éticos, conductuales y de procedimientos. De estos subespecialistas es el médico internista general el paradigma que por antonomasia identifica a la MI de hoy, y por ello la generalidad de los conceptos y comentarios que siguen se referirán especialmente a él.

En 1991 el ACP publicó en un panfleto los varios atributos que caracterizan a la medicina interna como una carrera multidimensional que ofrece a los médicos extraordinaria variedad, profundidad, y flexibilidad, combinando sus varias dimensiones para conformar una carrera que es única en su adaptabilidad a un amplio rango de talentos y habilidades, y perenne fuente de satisfacciones y logros personales. Estas características son las siguientes:

- 1) Grado de especialización: a) Generalista, trata al paciente en todas las dimensiones de la enfermedad; tiene un conocimiento lo más enciclopédico posible de la medicina clínica, dado el extenso campo del conocimiento médico actual; es experto en razonamiento clínico y toma de decisiones; es con frecuencia el primer contacto con el paciente y brinda, por consiguiente, cuidados primarios. b) Subespecialista, restringe su trabajo a un campo de la medicina interna. c) Intermedio, se desempeña en ambas formas, pero casi siempre con predominio de un área sobre la otra.
- 2) Lugar donde se desarrolla la práctica: a) Hospitalización, que puede ser a nivel de cuidados intensivos, intermedios u ordinarios. Recientemente ha aparecido en Norteamérica un nuevo especialista que es el médico "hospitalista", cuyo trabajo se concreta sólo a la atención de los enfermos mientras se encuentran hospitalizados, devolviéndolos a sus médicos de cabecera cuando son dados de alta. b) Ambulatorio, en consultorio hospitalario o privado, medio rural, y espacios de otros organismos proveedores de servicios médicos. c) Desempeño en ambos escenarios.
- 3) Indole del encuentro con el paciente: a) Cuidados primarios, el internista es quien hace el primer contacto con el paciente y le brinda atención integral y continua con responsabilidad plena. b) Consultante, atiende interconsultas hospitalarias o ambulatorias, con responsabilidad limitada, compartida; generalmente desarrolla experticia en áreas médicas especiales. c) Desempeño de ambos tipos de práctica.
- 4) Edad del paciente: La mayoría de los internistas trata pacientes en un amplio rango de edades, desde adolescentes hasta ancianos; con frecuencia varios miembros del grupo familiar en edades diferentes. Algunos restringen su ejercicio a pacientes en grupos determinados de edades; p.e. especialistas en adolescentes o en ancianos.
- 5) Estructura de la Carrera: a) Dedicación a disciplinas médicas centrales, troncales: medicina general o subespecialidades (cardiología, neumonología, etc.) b) Dedicación a disciplinas médicas colaterales o relacionadas, como salud pública, medicina tropical, farmacología clínica, medicina ocupacional, medicina del deporte, medicina física y de rehabilitación, informática médica, y otras
- 6) Naturaleza del trabajo clínico: a) Énfasis diagnóstico, poco frecuente; encarna la figura del clásico clínico experto en diagnosticar, poseedor del llamado "ojo clínico" b) Énfasis terapéutico; p.e. el oncólogo médico con frecuencia sólo trata pacientes ya diagnosticados. c) Énfasis en ambas áreas, el internista casi siempre diagnostica y trata personalmente a sus pacientes.
- 7) Tipo de meta profesional: a) Práctica a dedicación exclusiva; sólo ejercicio médico, investigación básica o clínica; actividad docente universitaria; o trabajo administrativo. b) Dedicaciones intermedias o combinadas. (Continuará en el próximo Número del Newsletter).

SEMBLANZAS DEL INTERNISTA: "Semblanza del Dr. Enrique Benaím Pinto (Parte I)" Dr. Pedro Armas Nurse (Por Invitación)

Siempre es oportuna la ocasión para recordar con justicia a quien fuese ilustre galeno, sólido y privilegiado baluarte de la medicina nacional, guía y símbolo de la Medicina Interna en Venezuela.

Muchos tuvimos la suerte de conocerlo y tratarlo personalmente, algunos estudiantes y jóvenes médicos no tuvieron este privilegio, es la ocasión para recordar sus más destacados aspectos biográficos, objetivo nada fácil dada la amplitud de sus proyecciones. Aquí estamos reunidos en torno a su recuerdo para rendir homenaje a su memoria.

Henrique Benaím Pinto, “El Maestro” como cariñosa y merecidamente se le designaba en su ambiente de trabajo, nació en Caracas el 4 de Agosto de 1922, fue el segundo en el grupo de 6 hermanos. Inicio sus estudios de educación primaria en el colegio El Paraíso, a la edad de 5 años. Vivió en París entre los 8 y 10 años de edad, logrando en esta etapa aprender el idioma francés. Al regresar a Venezuela continuó sus estudios en el Instituto San Pablo. El 6 de Julio de 1935 egresó como bachiller.

Continuó su formación escogiendo el camino de la Medicina por estricta voluntad vocacional. Curso sus estudios médicos en la Universidad central de Venezuela (1939-1945)

Durante sus estudios universitarios calificó como el mejor estudiante del primer año de medicina, haciéndose acreedor al premio Francisco Eugenio Bustamante.

En el año 1945, recibió el título de Doctor en Ciencias Médicas con la distinción Summa Cum Laude. Obtuvo durante sus estudios 26 diplomas entre 28 materias cursadas. Perteneció a la Promoción Aníbal Santos Dominici. Sus fraternales nexos con los destacados Profesores José María Ruiz Rodríguez y Félix Pifano lo vincularon respectivamente con las cátedras de Clínica Médica y Medicina Tropical, en las cuales comenzó a trabajar.- Inició el ejercicio profesional privado en la clínica “Pinto Pilo”, situada en la parroquia de Chacao, al este de la ciudad, luego se trasladó sucesivamente al Centro Médico de Caracas, a la Clínica Benaím Pinto y finalmente al Instituto de Medicina Integral donde permaneció hasta el final de su ejercicio.

En el año 1949 realizó estudios de Postgrado de Medicina Interna en las Universidades de Cornell y Harvard. Fue médico pasante en el Instituto Nacional de Cardiología y en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en México, así como en el Instituto Oswaldo Cruz y el Centro de Estudios para la enfermedad de Chagas en el Brasil. Culminada esta etapa de su formación de Postgrado, se dedicó con vocación irreductible, al estudio y práctica de la Medicina Interna, a ella consagró gran parte de su vida.

En el año 1950 contrajo matrimonio con la distinguida dama Alicia Maman (Lilí), como familiarmente se le llama, de cuya unión nacieron dos hijos. : Tania, destacada profesional de la Pediatría y Alfredo, eminente abogado, lamentablemente fallecido.

De regreso a Venezuela, en el año 1951, se integró como Jefe de Clínica en la Cátedra de Clínica Médica. Aún cuando el cierre de la Universidad lo aleja de la actividad docente (1951-1952) continuó trabajando como médico de sala, en la actividad asistencial. En esta época junto con los Doctores Otto Lima Gómez y Marcel Roche organizan las reuniones Anatómico - Clínicas en el Hospital Vargas de Caracas.

En el año 1953 se reincorporó definitivamente a la docencia universitaria en la Cátedra de Clínica Médica, alternando a esta actividad con un exitoso ejercicio privado de la especialidad, tanto a nivel del consultorio como a través de numerosas visitas domiciliarias. En Mayo de 1956, con la apertura del Hospital Universitario de Caracas, comenzó el traslado de Cátedras del Hospital Vargas hacia esta nueva Institución hospitalaria, entre ellas, la Cátedra de Medicina, presidida por el destacado Profesor universitario J. M. Ruiz Rodríguez, a la cual pertenecía el Dr. Benaím.

En el año 1960 fue designado Jefe del Departamento de Medicina en el Hospital Universitario de Caracas, en el cual llegó a realizar una gran labor para unificar las actividades de las cátedras y servicios hospitalarios. (1960-1962) En el año 1962 asumió la Jefatura de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica "A". En esta posición cubrió para la Institución Hospitalaria Universitaria, una brillante hoja de servicio, representó una etapa definitiva en su carrera profesional y docente, de deslumbrante actividad, grandes esfuerzos y notables logros. Presidía las Revistas de sala en un ambiente de disciplina y recogimiento acordes con la prestancia del acto médico, eran un valioso recurso como fuente de enseñanza de la Medicina clínica, del manejo integral del paciente, con sentido científico, práctico y sobre todo humano.

Ofreció sus servicios profesionales a todos los pacientes que lo requerían, sin distinción de nacionalidad, edad, sexo, ocupación, credo, posición económica, política o social. Luchó con afán para el rescate y mantenimiento de muchas vidas. Para otros significó ayuda, alivio del dolor, los acompañó con maestría, calmando sus angustias, con humanidad plena cuando nada más podía hacer, con verdadero arte y personal habilidad. Cuando no pudo dominar la inevitable muerte, enseñó a sus paciente el bien morir ofreciéndoles apoyo, comprensión y afecto. Destacó siempre la importancia de considerar el enfermo como persona, con sentido integral y holístico, entendimiento pleno, respetando y comprendiendo sus problemas personales, familiares, psico-sociales y ambientales. Preciso es recordar la excepcional habilidad que poseía para la obtención y el registro completo de los datos clínicos en sus historias, los cuales captaba y consignaba con gran exactitud, eran una auténtica y dinámica biografía de la persona enferma.

Fundamentó sus éxitos diagnósticos y terapéuticos en el equilibrio dinámico de una gran experiencia, una adecuada anamnesis, examen clínico completo, conocimiento de las ciencias básicas, sólida formación humanística y su manera personal de plantear conductas y resolver situaciones. , Dio así prestigio e importancia al ejercicio de la Medicina Interna en Venezuela.

Dominó varios idiomas: Castellano, Francés, Inglés, Alemán y raíces Grecolatinas lo cual le permitió ampliar las fuentes de información, de estudio y comunicación con personas de diferentes nacionalidades. (Continuará en el próximo número del News Letter).

NOTICIAS DEL COLEGIO:

1. Durante los días 2 al 4 de octubre se realizó en Traverse City (Michigan) la Reunión Ejecutiva y Administrativa de los Regentes y Gobernadores del ACP, donde se discutieron diversos puntos de interés, especialmente dirigido a la presentación de Resoluciones por parte del Board de Gobernadores. Además hubo en esa misma oportunidad la Reunión Desayuno con los Capítulos Latinoamericanos, ocasión que sirvió para intercambiar información sobre la marcha de los diferentes Capítulos, insistiéndose sobre aspectos del Programa de Intercambio Internacional de Becas (Fellowship), estrategias para obtener Membresía, como influenciar sobre el número y calidad de los Programas de las Residencias en Medicina Interna.

2. Desde varios años el Colegio en su preocupación por Revitalizar la Medicina Interna como especialidad ha desarrollado varios Programas para plantear la necesidad del conocimiento que deben tener los estudiantes de Medicina sobre la especialidad, su importancia y proyección en la Organización de cualquier Sistema de Salud; así como las recomendaciones para discusión sobre diversos Tópicos, especialmente dirigidos a Educación Médica e Innovaciones en el entrenamiento, nuevos diseños de la práctica médica la especialidad de Medicina Interna.

PERLAS CLÍNICAS EN MEDICINA INTERNA: “Manifestaciones Clínicas que hacen sospechar cáncer” (Parte I) Dra. Trina Navas (Miembro ACP)

Esta revisión esta dirigida de alguna manera, al fracaso de la medicina preventiva en oncología. La sintomatología, por temprana que sea, la mayoría de las veces, acompaña a una situación oncológica de peor pronóstico que aquella que es detectada en pesquisa verdadera. Por otro lado, la posibilidad de que un síntoma o signo sea específico de una condición oncológica particular, es baja, y la medicina basada en la evidencia, cuya utilidad diaria sería nuestro mejor apoyo, con pesadas razones, esta mas orientada a la respuesta terapéutica y métodos diagnósticos útiles que a síntomas o signos.

Él termino síntoma, en cuanto a su espectro e interpretación, en sus análisis propiamente dicho, trae ciertas dificultades en el área de análisis y pienso que también en la medicina contemporánea, particularmente en la del siglo XXI, sobre todo por que se hace insuficiente por sí mismo. Esto se puede resumir de la siguiente forma: 1) La concepción clásica del concepto “síntoma” y / o “signo”, 2) La distinción de un síntoma que este presente en un enfermo crónico, y que puede estar presente también en una condición oncológica, 3) La presencia de síntomas inespecíficos relacionados con cáncer, 4) La historia previa de cáncer, 5) El debut con una infección en el paciente oncológico, 6) El relanzamiento de la medicina genética, donde definitivamente deben haber cambios conceptuales, ya que si se analiza suficientemente, se podrá observar que la expresión fenotípica, sería un síntoma de cáncer, pero la expresión genotípica, podría evaluarse a través de la huella familiar, eso significa, que esa historia familiar de cáncer, genéticamente determinado, es un daño suficiente duro y con una frecuencia conocida que permite que dicha historia fuese considerada como un síntoma y dejara de ser considerado un antecedente.

Epidemiológicamente hablando, en nuestro país, y basados en la experiencia de un hospital venezolano, al evaluar los diagnósticos postoperatorios definitivos: cáncer de mama 28%, otros 15%, ovario 8%, gastrointestinal 8%, cáncer de cuello uterino 9%, endometrio 4%, colon 5%, nódulo tiroideo 8%, tumor abdominal 4%, tumor de piel 4% y cáncer de pulmón 7%, se definen la sintomatología más importante en nuestro país.

La historia natural de la enfermedad oncológica, a la luz de los conocimientos actuales, permite una interpretación nueva de situaciones previamente no conocidas. Por ejemplo la relación de la hipertensión arterial y la obesidad con el cáncer de riñón, y de la obesidad sola establece una enorme cantidad de etiologías, de sobre vida, y plantea incorporar estas enfermedades dentro de la historia natural de la enfermedad de algunos de ellos.

Deben resaltarse dos puntos, 1) que la mayoría de los cánceres en inicio son asintomáticos, 2) los síntomas quizás mas relacionados claramente con cáncer suelen ser parte de enfermedad avanzada; de ellos, los que se describen mas frecuentemente son la pérdida de peso, la anorexia, la anemia, la astenia, el dolor, la disnea y la somnolencia o cambios del estado mental. El dolor alcanza hasta un 70% de causa oncológica de pacientes con cáncer terminal. Los cambios del estado mental pueden estar relacionados con metástasis o carcinomas del SNC, también puede manifestarse como focalización neurológica, sin embargo debe diferenciarse de alteraciones metabólicas, meningitis o de fármacos a los que el paciente hubiese recurrido por automedicación o indicación médica, entre ellos se pueden citar frecuentemente: sedantes, antieméticos, analgésicos.

La disnea puede deberse a tromboembolismo pulmonar, asociado al mayor riesgo en pacientes oncológicos, al derrame pleural maligno por primario de pulmón o pleura o por metástasis, también se cita el síndrome de vena cava superior, o por infecciones pulmonares asociadas. Dudgeon y col, señalaron como causas tratables de la disnea en pacientes con cáncer de pulmón anemia 20%, broncoespasmo 52%, hipoxia 40%, sin excluir que la incapacidad muscular por debilidad de los mismos no debe ser descartada. La pérdida de peso se relaciona con tumores altamente catabólicos, las enfermedades oncológicas ocupan el 22% del total de las causas de pérdida de peso importantes. Suele ser parte de las etapas terminales de la enfermedad, sin embargo condiciones como el cáncer pancreático, hepatocarcinoma, cáncer de pulmón y enfermedades oncológicas no sólidas, su aparición puede ser mas tempranas. La anorexia por si sola, suele ser de baja capacidad de orientación en cualquier tipo de enfermedades, sus síntomas satélites, son los que brindan la orientación diagnóstica; sin embargo, en conjunto con la astenia, el dolor, la ansiedad y la depresión, pueden ser los síntomas que más incomodan al paciente restándole calidad de vida, de allí que nunca deben ser menospreciados en la evaluación del paciente oncológico. La astenia o fatiga se presenta en el 55% de los pacientes que consultan por alguna razón, y se plantea que al igual que todo el mundo la sufrirá en algún momento, es tan frecuente que debe plantearse la presencia de enfermedades metabólicas, endocrinas, infecciosas, neoplásicas, desnutrición y enfermedades psiquiátricas; la orientación definitiva, se realizará a través de la presencia de otros síntomas y los hallazgos de los exámenes paraclínicos.

Definir cuando un síntoma puede ser oncológico o no, es extremadamente difícil, es prácticamente una revisión de la semiología y la propedéutica médica, de allí la imposibilidad de revisar la totalidad de los síntomas de todos los canceres. De igual manera, la ausencia de síntomas, no descarta de enfermedad oncológica de ninguna manera, inclusive una evaluación integral, puede realizarse en un paciente con cáncer asintomático y concluirse como normal, estando en presencia de la enfermedad subclínica. Basarse en los factores de riesgo de cada paciente, orientará la necesidad de utilizar métodos diagnósticos adicionales, que disminuiría el error diagnóstico.

En un paciente sin historia particular de enfermedad, que consulta por síntomas frecuentes como pueden ser dispepsia, dolor abdominal, cólico biliar, lumbalgia, astenia, flujo vaginal o dolor pélvico, no debe sembrarse la paranoia de que cualquier síntoma puede ser parte de una situación oncológica; no obstante, el médico debe estar claro, que probabilidad tiene estas situaciones con relación a un diagnóstico oncológico, tanto en el momento de la evolución como en el futuro.

En los pacientes con una enfermedad definida aguda, también deben situarse las ideas citadas anteriormente, que podríamos denominar seguimiento oncológico precoz, ejemplo de ello es la hepatitis B, donde el paciente y el médico deben conocer el potencial futuro oncológico en un contexto de realidad, pero sembrando la idea de la necesidad de devaluación periódica el resto de su vida para realizar diagnóstico precoz de complicaciones asociadas.

Los pacientes con enfermedad crónica, son particularmente difíciles, ¿Cómo diferenciar los síntomas propios de ciertas enfermedades con la aparición de cáncer del mismo sistema afectado?. Ejemplo en estos casos son las enfermedades inflamatorias intestinales, el cáncer de pulmón y cáncer de próstata.

NOTICIAS DEL CAPÍTULO:

1. Durante los meses de Octubre y Noviembre se realizaron las Reuniones Nos- 10 y 11 del Programa especialmente dirigidos a las actividades con los Residentes. Dichas Reuniones se efectuaron en los Hospitales Vargas y Universitario, respectivamente, y con gran complacencia podemos informar que han sido de una gran calidad y aceptación por parte de la audiencia, que es constituida principalmente por Residentes de los Cursos de Postgrado. Deseamos dar nuestro reconocimiento a los Directivos de los Postgrados del Hospital Vargas, Dr. Herman Wuani y Dr. Francisco Fragachán del Hospital Universitario de Caracas, por la colaboración prestada, lo cual facilitó el éxito de estas Reuniones
2. Para el próximo 16 de Enero 2004, se desarrollará la 12ª. Reunión de Residentes en el Hospital Los Magallanes, en este Programa elaborado por las Dras. Eva Sekler y Trina Navas, tiene el siguiente contenido: “La Epidemiología Clínica como herramienta de Investigación Clínica. “Tratamiento de la Hipertensión Arterial según reporte del JNC7”. “Indicadores pronósticos de Diabetes Mellitus”. Presentación de 3 casos clínicos: “Cardiopatía Isquémica en la mujer”
3. Con extraordinario interés por parte de los Estudiantes de Medicina de la escuela de Medicina “Luis Razetti” de la Universidad Central de Venezuela, se han realizado hasta ahora tres Reuniones dirigidas específicamente para los Estudiantes y organizados por el Capítulo, y con el apoyo del Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Antonio París. La próxima y 4ª. Reunión será desarrollada en el Hospital Vargas, durante el mes de Febrero, 2004., gracias a la receptividad que nos facilita el Dr. Herman Wuani a todas las actividades del Capítulo. Este proyecto con los Estudiantes fue enviado al ACP para participar en la Nominación de Premio Evergreen del Colegio. En el próximo número del NewsLetter informaremos sobre el resultado de esta Nominación.
4. Para el próximo año se pondrá en práctica el Proyecto de Voluntariado del Capítulo, que como se recordará consiste en el desarrollo de Cuidados Primarios, realizado y supervisado por Miembros del Capítulo, en algunos Ambulatorios en conexión con Instituciones benéficas, así como de los Hospitales públicos, como el Hospital Universitario de Caracas.
5. Es de interés informar que en la continuación del Programa de Minifellowship (Minibeca) que el Capítulo ha ejecutado en los 2 últimos años conjuntamente con el Laboratorio Merck Sharp & Dohme, Institución que hace el soporte

económico, el Dr. Carlos Peña, Miembro del ACP, realizó un entrenamiento en la ciudad de Boston en el Departamento de Medicina Ambulatoria, dirigida por el Dr. John Nobles. Informaremos la próxima vez sobre la experiencia del Dr. Peña en esta importante experiencia.

6. Con gran entusiasmo hemos recibido la noticia, que después de un proceso de elección clásico del ACP, y por votación de los Miembros del Capítulo, fue elegido como Gobernador - electo, el Dr. Carlos Moros Ghersi, quien tendrá la gran oportunidad de dirigir el Capítulo Venezolano en el período 2005-2009. Deseamos llegar hasta el Dr. Moros Ghersi, nuestra sincera felicitación, porque estamos seguros que su labor será signada por su interés en hacer grandes gestiones.

7. Con gran éxito científico y de audiencia se desarrollaron los siguientes eventos del Capítulo: Conjuntamente con la Sociedad Venezolana de Oncología, el Temario "Oncología para el Internista", ocurrido entre el 24 y 25 de Octubre y así como el aval dado al Evento del Servicio de Gastroenterología de la Cruz Roja Venezolana, con motivo del Aniversario de sus egresados de Postgrado.

8. Para el mes de Marzo (4 al 6) del 2004, se prepara una Reunión Científica en la ciudad de San Cristóbal, donde conjuntamente con el Capítulo Tachirense de la S.V.M.I. y la Asociación Colombiana de Medicina Interna, se presentará un Programa titulado como "Jornadas Binacionales" (Colombo-Venezolanas) y cuyos Tópicos están en relación con los Avances en el Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna.

9. Representando al Capítulo y al ACP, fuimos invitados por la Asociación Colombiana de Medicina Interna para su Congreso, realizado en Corozal, Colombia y donde fuimos objeto de múltiples atenciones por parte de los colegas colombianos. Agradecidos por su receptividad.

10. Para el próximo Mayo 2004, durante los días 20-22 (Jueves, Viernes y Sábado), se realizará la XI Reunión Anual del Capítulo de Venezuela, con un atractivo programa titulado: "Actualización en el Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna" y con invitación de Expositores extranjeros, como son, los Dres. Kanu Chatterjee, Charles K. Francis, quien va a ser el Representante del Colegio, Dr. Antonio Iglesias Gamarra y un invitado representante de Solami. A continuación se aporta un Resumen del Programa: "Actualización de Diagnósticos y Tratamientos en Medicina Interna" 20 al 22 de Mayo, 2004. Hotel Caracas Hilton. Jueves 20 de Mayo, 2004: Inscripciones e Introducción. Módulo 1: Papel del Internista en Medicina Ambulatoria y Cuidados Primarios. Enfermedades Infecciosas Respiratorias, como consulta de Cuidados Primarios. Hipertensión Arterial como factor de riesgo de Enfermedad Cardiovascular. Osteoartritis y sus perspectivas terapéuticas. Cefalea. Necesidad de un mejor diagnóstico?. Noticias del Colegio. Interpretación actualizada del examen de orina para el diagnóstico de las Enfermedades Renales. Mareo y Vértigo: Optimización del diagnóstico Clínico. Atención Primaria para el paciente adulto mayor. Insuficiencia Cardíaca Diastólica Primaria. Conferencia Magistral: "Biología patogénesis y Terapia de Artritis Reumatoidea". Módulo 2. Nuevas Tendencias en Enfermedades Endocrinológicas y Metabólicas. Qué es nuevo en el tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2. ?. Es el Síndrome Metabólico el comienzo o evolución natural de otras Enfermedades?. Estrategias Farmacológicas recientes en el tratamiento de las Hiperlipidemias. Tratamiento actual de la Osteoporosis. Factores y efectos farmacológicos sobre la Función Tiroidea. Las Tiroiditis y sus Tratamientos. Conferencia Magistral: "Factores de riesgos emergentes para Enfermedad Coronaria". Perlas Clínicas Endocrinológicas y Respiratorias. Tumores Hipofisarios. Alergia Respiratoria. Terapia de reemplazo Hormonal. Qué hemos aprendido de Prevención Primaria y Secundaria con el tratamiento de las Hiperlipidemias. Viernes 21, Mayo 2004: Módulo 3. Neurología y Dermatología para el Internista. ¿Qué es nuevo en los trastornos vasculares cerebrales. SIDA e Infecciones del SNC. Conducta. Diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Síndromes Demenciales. Etiología y nuevas tendencias terapéuticas. Diagnóstico clínico y tratamiento de las Micosis superficiales. Conducta en las formas severas de Psoriasis y su diagnóstico diferencial. Prurito, su significado clínico y tratamiento. Manifestaciones cutáneas de autoinmunidad. Conferencia Magistral: "Conducta en el Síndrome Coronario Agudo". Conferencia. "Indicación racional de los Inhibidores de la bomba de protones y de los receptores H2" en Enfermedades Gastroesofágicas". Módulo 4: Novedades Reumatológicas. Indicación racional de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) y de los anti-TNfs. Vasculitis asociadas a Enfermedades Reumáticas. Avances en la patología y tratamiento de la Artritis Reumatoidea. Alternativas terapéuticas en LES severo. Enfoque en el diagnóstico de Enfermedades Metabólicas ósea. Síndrome de activación macrofágica. Una vieja patogenia de una nueva entidad?. Reunión Anatómico Clínica. Sábado 22, Mayo 2004: Módulo 5. "Nuevos problemas médicos en Enfermedades Cardiovasculares". Diagnóstico de Enfermedad Cardíaca solo por clínica. Insuficiencia Cardíaca Sistólica.- Remodelación y Remodelación Reversible. Implicaciones terapéuticas. Hipertensión como factor de riesgo para Enfermedad coronaria. Actualización del tratamiento farmacológico y eléctrico de la Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Síndrome Metabólico Hipertensivo en pacientes con presión arterial elevada. Pericarditis Constrictiva v.s. Cardiomiopatía Restrictiva. Internista en Acción. Controversias: Hipertensión Pulmonar Primaria y Secundaria. Conducta y tratamiento. Es una entidad mejor diagnosticada o existe aumento de su frecuencia?. Conclusiones y entrega de Premios.

11. Con gran satisfacción el Comité de Premios del Capítulo seleccionó al Dr. Rafael Vargas Arenas y a la Dra. María Inés Marulanda, quienes fueron premiados con la nominación de Laureado del Año y Voluntariado 2004, respectivamente.

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, F l. 33166.

Teléfonos:

Habitación: 058-212-7812992.

Oficina: 058-212-5515442

Universidad: 058-212-6628202

Celular: 0414-3031005

E-mails: imontes@reacciun.ve

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.