

Venezuela Chapter GOVERNOR'S NEWSLETTER

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

Winter 2004

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

Contenido:		Pág.
1. Editorial:	“Los valores de la Medicina Interna”. Dr. Israel Montesdeoca (Gobernador Capítulo de Venezuela (ACP)	1
2. Semblanzas :	“Abraham Flexner en la Medicina Interna Venezolana” Dr. Carlos Moros Ghersi (FACP). Gobernador Electo	2
3. Noticias del Colegio:		3
4. Perlas Clínicas en Medicina Interna:	“Avances en la Patogenia y nuevas Terapéuticas en Artritis Reumatoidea” (Parte II). Dr. Francisco Tapánes (FACP)	3
5 Noticias del Capítulo:		5
6.Como contactarnos		6



EDITORIAL: “LOS VALORES DE LA MEDICINA INTERNA” DR. ISRAEL MONTES DE OCA GOBERNADOR CAPÍTULO DE VENEZUELA ACP

Desde la aparición y fundación de la Medicina Interna como especialidad a mediados del siglo XIX en Alemania; las bases doctrinarias que sirvieron en esa oportunidad para la concepción de la misma, han permanecido permanentes e incólumes. Las consideraciones fenomenológicas clínicas y la estructura de una diferenciación con otras especialidades orientada a la aplicación de la historia clínica y el examen del paciente fueron considerada en una forma integral y holística y permitió establecer los principios de la atención médica dirigida a los adultos, consolidados por la orientación esencial hacia el hombre enfermo como un ente considerado con sus totales problemas de salud.

La evolución en 150 años ha sido de gran valor porque ha permitido establecer las fuerzas y debilidades de la especialidad, esta última se ha reforzado por ser una especialidad de servicio, que se distingue por las propiedades intelectuales y científicas de su ejecutor el Médico Internista, quien dignamente ha desarrollado y fortalecido la especialidad, no solo por considerarla como un ejercicio fundamental de la Medicina en todos sus aspectos; sino por el valor primordial de ser una rama de la Medicina madre de otras sub- especialidades; pero cuyo núcleo de alimento lo continúa siendo la Medicina Interna.

Los valores de la Medicina Interna están representados en los tiempos modernos indiscutiblemente por el cuidado de salud del paciente que va desde la adolescencia hasta la edad avanzada, siendo éste su más importante interés. El Internista investiga las interrelaciones profundas que hacen aparecer la enfermedad, haciendo racionalmente consideraciones clínicas, aplicando y usando en forma lógica la tecnología moderna, en beneficio siempre de la persona enferma.

El Profesor Henrique Benaim Pinto, máximo representante en el pasado de la Medicina Interna en Venezuela, siempre nos recordaba que “la totalidad de los problemas del paciente no son la suma de las parte”, sino que debería agregarse a la totalidad, el fenómeno humanístico que no forma parte de lo orgánico y esto representa una de las esencias de la Medicina Interna.

Los valores de la Medicina Interna en el pasado, presente y en el futuro y aún con el más grande desarrollo científico que pueda tener la Medicina, estarán signados por el tipo de formación del Internista, quien así le proporcionará al paciente el máximo respaldo académico, científico y humanístico de la especialidad.

La actitud y aptitud del internista ante el enfermo, su capacidad resolutive cada vez mejor entendida, la aplicación siempre de los problemas básicos que afectan al hombre enfermo en su integridad, su capacidad para entender los problemas éticos de la especialidad y por otra parte el indispensable pensamiento de que la Medicina Interna es una especialidad cuya posesión es una forma de vivir del profesional que se dedica a ella conceptualmente, hacen de ella una invaluable especialidad para la atención médica del individuo y la comunidad.

SEMBLANZAS: “ABRAHAM FLEXNER EN LA MEDICINA INTERNA VENEZOLANA” DR. CARLOS MOROS GHERSI (FACP) GOBERNADOR ELECTO

En la ocasión de los 93 años del Reporte Flexner, la Revista Medicina Interna de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna publicó un trabajo mío sobre ese gran artífice de la más importante reforma de la educación médica en los Estados Unidos y en el planeta que le dio nombre a ese informe, Abraham, Flexner. El Gobernador del Capítulo Venezolano del Capítulo Venezolano del American College of Physicians (ACP), Dr. Israel Montesdeoca me ha solicitado el presente escrito sobre tan relevante personaje derivado obviamente de ese artículo, para ser incluido en el presente Newsletters, publicación de dicho Capítulo y la cual ha sido sin duda, un esencial medio para el análisis de temas de gran relevancia.

La importancia de la obra de Flexner se puede evidenciar en las siguientes palabras que el periódico Chicago Tribune le dedicó cuando falleció a los 93 años, en 1959: “Abraham Flexner fue uno de los impulsores y líderes de su época. El mundo es un lugar diferente y mejor gracias a su influencia”. Su obra, data de 1910 y fue la conclusión de un estudio que llevó a cabo sobre la situación de ciento cuarenta (140) escuelas de medicina de Estados Unidos y siete (7) de Canadá. Sus resultados trajeron como consecuencia, reformas sustanciales en la educación médica norteamericana, pero además, excepcionales repercusiones en todas las instituciones del mundo dedicada a la enseñanza de la medicina, lo cual se extiende hasta nuestros días. Lo sorprendente de este caso es que el mencionado autor, quien abordó en forma magistral una materia de tan marcada especificidad como lo es la enseñanza de la medicina y cuyas conclusiones tuvieron la proyección antes anotada, no era médico e incluso, como lo anota Vicedo Tomey “no había estado nunca en una Escuela de Medicina”.

En efecto, Abraham Flexner quien nació en Lousville del Estado de Kentucky, Estados Unidos el 13 de Noviembre de 1866, se había graduado en la Universidad de John Hopkins en Estudios clásicos y ejerció en Lousville como maestro de escuelas preparatorias para el ingreso en la Universidad. En 1890 estableció su propio colegio: Mr Flexner's High School. Posteriormente realizó viajes de estudios destinados a acrecentar su formación. Así, en 1906 fue a Harvard donde estudio Filosofía y Psicología y luego viajó a Europa estableciéndose en Berlín, ciudad en la que escribió su primer libro titulado “The American College: A Criticism” en el cual formuló severas críticas al sistema educativo norteamericano.

En 1908, el Directorio de la Fundación Carnegie, por solicitud del Presidente y del Comité Ejecutivo había autorizado la realización de un estudio sobre las escuelas de Medicina en los Estados Unidos, así como también el aporte económico para su ejecución. El Presidente de la Fundación, H. Pritchett contrató a Flexner para hacer ese estudio. Para Ludmerer, la escogencia resultó ser afortunada y añade “Flexner, agresivo, articulado, franco y abierto al hablar resultó un enérgico portavoz para la aplicación de modernos métodos en la enseñanza médica y el mejor y leal amigo que la medicina académica había tenido”.

Antes de iniciar su labor, estudio intensamente sobre la materia, mantuvo reuniones periódicas con el Consejo de Educación Médica de la American Medical Association (AMA), que le puso todo sus archivos a la orden y realizó numerosas visitas a Baltimore, sede de la Universidad John Hopkins. Allí, obtuvo el apoyo del cuerpo académico de la recién creada Escuela de Medicina de esa Institución. Tuvo así gran ayuda de Wech, Mall y los otros miembros de ese organismo, de quienes recibió mucha información. Posteriormente escribiría: “El resto de mis estudios de educación médica solo fueron algo más que una amplificación de lo que había aprendido durante mis visitas iniciales a Baltimore”. El Reporte Flexner comprende dos partes: Historia y estado actual de la Educación Médica y Descripción de cada una de las escuelas médicas. La primera consistió en un largo ensayo, de una impresionante profundidad sobre los principios de la educación médica moderna. La segunda, una evaluación de cada una de las escuelas estudiadas.

Hobson, al referirse a sus resultados señala lo siguiente: “Flexner comprobó por ejemplo, que no existía prácticamente requisito alguno para el ingreso de los alumnos y que en 89 Escuelas se limitaban a exigir los rudimentos de la educación secundaria. Los profesores de la mayor parte de las Escuelas sólo dedicaban a la enseñanza una pequeña parte de su tiempo. Los laboratorios y las bibliotecas eran insuficientes o no existían. Solo 50 Escuelas formaban parte de una Universidad. Los estudiantes tenían rara vez la posibilidad de observar directamente a los enfermos y la mayoría de las escuelas perseguían una finalidad lucrativa”. Flexner fue amenazado con procesos legales pero se mantuvo firme y dejó que los hechos hablaran por sí mismos.

Como consecuencia del Informe, se cerraron muchas escuelas de medicina y además, como reportamos antes, su influencia trascendió las fronteras de Estados Unidos y repercutió en la educación médica de otros países. Thomas Neville Bonner, ha afirmado en un libro sobre Flexner lo siguiente: “Ha habido pocos educadores médicos famosos desde Hipócrates, pero probablemente Flexner es el más conocido del último siglo. El fue quien definió que debía ser o no ser una escuela médica”.

En efecto, expuso con detalles cuales eran las características que debían tener y abarcó en una impresionante dimensión aspectos conceptuales de la enseñanza: su fundamentación científica, la aplicación de la metodología propia de la ciencia en la enseñanza, el papel de la investigación en la educación médica, las características en cuanto a dedicación que debía tener el cuerpo profesoral, los criterios para la admisión estudiantil. En el currículo que diseñó, propició la enseñanza de las ciencias básicas en los dos primeros años de la carrera. En cuanto a la enseñanza clínica, la ubicó en los últimos años, hecho que ha trascendido de manera singular. Por supuesto ha recibido también críticas por sus conceptos en la formación del médico, pero prevalece una significativa admiración por su obra, cada día mejor comprendida.

Flexner es así, un caso único en la enseñanza de la medicina. Primero porque ciertamente es el único profesional no médico que ha provocado en el planeta una revolución en la educación médica como la que hemos señalado y segundo, lo es también porque, aunque su investigación estuvo dirigida al ámbito nacional, a las escuelas médicas de su país tuvo, por su metodología, contenido y calidad, repercusión mundial. La Asociación Médica Americana cuando falleció publicó las siguientes palabras que indican el aprecio, el respeto y la admiración por su figura: “Abraham Flexner ha dejado una imperecedera huella de positiva significación en la medicina como consecuencia de sus ideas educativas, de su liderazgo, de su juicio crítico, de su acción combativa, de su persuasión filantrópica y de sus incansables esfuerzos”.

NOTICIAS DEL COLEGIO:

1.- El Colegio anuncia e invita para la Reunión Anual (Annual Session) de la Organización a realizarse en la ciudad de San Francisco entre el 14 al 16 de Abril del 2005, y donde se desarrollarán importantes y actualizados tópicos de Medicina Interna y sus sub-especialidades. Para las personas interesada pueden registrarse o inscribirse por Internet en la página www.acponline.org 2.- Con el interés de promocionar el intercambio científico e incrementar las posibilidades de entrenamiento de los Miembros del Colegio pertenecientes a Capítulos del mismo fuera de Estados Unidos, el Colegio ha creado un Programa Especial denominado International Exchange Program, dirigido para aquellos Miembros que desean desarrollar este Programa. Para mayor información conectarse con la página del Colegio www.acponline.org 3.- Con gran éxito se realizaron 2 Reuniones muy importantes durante la Conferencia de otoño del Colegio ocurrida en Tucson (Arizona) y ellas fueron: a) La Reunión Internacional donde estuvieron representados todos los países que tienen Capítulo pertenecientes al Colegio y donde se discutieron puntos de interés en relación a las actividades de los mismos Capítulos. b) Igualmente en la misma oportunidad se celebró el clásico desayuno con los Capítulos de Latinoamérica, donde se planteó la posibilidad la conformación de un Consejo de Asociados Latinoamericanos con el objeto de discutir e intercambiar ideas de problemas comunes. 4.- La regente del Colegio Dra. Angie Lazarus, ha enviado comunicaciones electrónicas, donde ha expresado su interés de realizar actividades de Voluntariado conjuntamente con los Capítulos de Sur y Centro América, orientados a las partes Educativas, Cuidados de pacientes, Identificación de necesidades de los Capítulos. Como quiera que el Capítulo tiene un Proyecto listo para ser aplicado al Cuidado de Pacientes (Cuidados Primarios), lo haremos conocer a la Dra. Lazarus para establecer las posibilidades de llevar adelante este proyecto.

PERLAS CLÍNICAS EN MEDICINA INTERNA: “AVANCES EN LA PATOGENIA Y NUEVAS TERAPÉUTICAS EN ARTRITIS REUMATOIDE”(PARTE II) DR. FRANCISCO TAPÁNES.

III. Decisiones Terapéuticas:

A-La pirámide terapéutica clásica: Comenzar tratamiento tempranamente con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), seguidos de asociaciones con anti-maláricos y/o sales de oro, acompañando o no de corticosteroides a pequeñas dosis o en forma intra-articular, decidiendo finalmente, el uso de drogas de remisión (DMARDs), metotrexato, leflunomida, penicilamina, sales de oro, hidroxycloquina, azatioprina, ciclofosfamida con mayores probabilidades de respuesta. Por las razones expuestas en la etiopatogenia y lo temprano en la producción de lesiones irreversibles, actualmente, el concepto de iniciar lo más tempranamente posible con drogas de remisión dependiendo de la forma de presentación clínica, luce mandatorio.

Entre ella el metotrexato, a dosis suficiente, se ha mostrado como el agente de elección por su forma rápida de acción y relativamente baja toxicidad. No obstante, muchos pacientes permanecen con alivio parcial, persistiendo activos. Diferentes combinaciones de drogas de remisión han sido ensayadas con resultados variables. Metotrexato con sulfasalazina o con leflunomida han resultado exitoso. Aunque el tratamiento temprano con DMARDs ha hecho abandonar el esquema piramidal, mostrando benéficos a corto plazo, también existe la evidencia de que dichos logros no llegan a superar a los 5 años, mostrando actividad clínica similar al de las primeras etapas.

B- Agentes biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoidea: Las citoquinas, son una gran familia de proteínas que actúan principalmente como mediadores de procesos intracelulares, tales como inflamación, inmunidad, crecimiento, diferenciación y fibrosis. Son producidas esporádicamente en su microambiente, inducidas al momento de stress y acciones normales de sus células objetivos. Su papel en el proceso inflamatorio, donde son un componente clave, resulta más importante en la respuesta inflamatoria aguda. El TNHF a, resulta la citoquina liberada más rápidamente entre las llamadas citoquinas proinflamatorias, tales como la IL-1 E IL-6 y entre varias quimoquinas, que incluyen la IL-8, la MIPs (Macrophage Inflammatory protein), y la MCPs (monocyte chemoattractant proteins).

Siendo la inflamación respuesta protectora, la producción de TNF a está envuelta en el proceso temprano, especialmente en la cascada de reclutamiento de leucocitos. Ambas moléculas de adhesión, incluyendo la E-selectina, la molécula de adhesión

a células vasculares (VACAM-1 y la molécula de adhesión intercelular, (I-CAM-1) y las quimoquinas (incluyendo IL-8, MIP-1 y MCP-1 están sobre-reguladas por la TNF α y están, por tanto, implicadas en la migración de células sanguíneas a sitios de inflamación. La importancia del TNF α en el reclutamiento leucocitario ha sido comprobada en numerosos ensayos clínicos por medio de bloqueos de TNF por el anticuerpo monoclonal anti-TNF terapéutico (TNFmAb), infliximab. Prácticamente todas las células tienen receptores para TNF (TNF-Rs) y por lo tanto, responden a TNF α .

La respuesta de citoquinas es liberada dependientes de la naturaleza del estímulo y de identidad de la célula respondedora. Si los macrófagos son los más activados, un rango de citoquinas son liberadas (IL-1, IL-6, IL-8, MIP-1 y MCP-1). Si son activadas las células dendríticas, IL-12 también las libera y si las activadas son las células T, INF γ , LT α e IL-2 serán las citoquinas dominantes, producidas por la expresión de miembros de la familia TNF, tales como CD40L (CD154). El término citoquinas proinflamatorias comprende a aquellas citoquinas incluidas en la respuesta INFLAMATORIA CRÓNICA, tal como ocurre en la AR. La forma más fácil para interpretar la respuesta inflamatoria estará dirigida a TNF α y a IL-1. El sinovio reumatoide resulta el sitio más fácilmente accesible con características inflamatorias-autoinmunes. Su estudio detallado ha llevado al perfil de citoquinas en -AR, mostrando que todas son detectables y la cual podría ser terapéuticamente manejada? Por medio de cultivos celulares sinoviales revelaron que TNF α era neutralizado por un anticuerpo anti-TNF α , produciéndose una reducción sustancial de muchas de las otras citoquinas proinflamatorias, así como de los factores de angiogénesis, tales como VEGF.

Los estudios de Feldman M., producen un razonamiento adecuado para el uso de anti-TNF α , en el tratamiento de la AR, al demostrar que disminuye en forma rápida la inflamación y destrucción articular en artritis murina inducida por colágeno al estar TNF α / TNF-R sobrerregulados en articulaciones con sinovio inflamado y existencia de pannus destructivo en la unión con el cartílago. En Fase I y II se demostró que fue efectivo y bien tolerado, determinándose su dosis respuesta. La respuesta disminuía en el tiempo (4 a 8 semanas). Al mantenerse tratamiento, cada 8 semanas, se produjo beneficio sostenido hasta por 6 meses. La combinación con metotrexato demostró alto nivel de beneficio en pacientes con enfermedad activa. El infliximab ha sido el primer agente anti-TNF α usado en AR. Previamente se había utilizado el etanercept como anti-receptor TNF α con muy buen resultado clínico.

Basándose en los estudios previos, se produjo el primer ensayo clínico doble ciego, randomizado, placebo controlado con terapia del anticuerpo monoclonal anti-TNF α , con terapia concomitante con metotrexato. Maini RN y col, en el estudio ATTRACT realizó un esquema terapéutico añadido a la dosis previa de metotrexato, de infliximab a dosis de 3mg/kg y a 10mg/kg de peso cada 4 a 8 semanas en pacientes que se encontraban activos a pesar de la dosis de metotrexato. Totalizaron 428 pacientes según el esquema mencionado. Un grupo control se mantuvo sólo con placebo, otro grupo sólo metotrexato y el grupo metotrexato más infliximab.

Se señala la respuesta terapéutica alcanzándose ACR 20, el seguimiento de títulos de PCR, con infliximab al comparar con placebo. La respuesta a la eficacia en 52% de los pacientes a las 30 semanas de tratamiento con infliximab en AR activa a pesar de tratamiento con metotrexato. Se mostraron los cambios en el "registro" radiológico en manos y pies a la 54 semana en respuesta a 3mg/kg y 10mg/kg versus metotrexato, apreciándose ausencia de erosiones articulares en el grupo con infliximab.

Se concluyó que hubo respuesta clínica (ACR 20) en todas las dosis usadas de infliximab. Sustancial mejoría en la calidad de vida durante las 54 semanas de seguimiento. La progresión radiológica, en el "score" de Sharp modificado por van der Heije, fue menor de 0 en el 50% de los pacientes. La combinación de infliximab con metotrexato resultó superior, especialmente en respuesta clínica a largo plazo. Por tanto, el infliximab representa un avance invaluable en el tratamiento de la artritis reumatoidea activa.

Efectos Secundarios: Precauciones que deben establecerse durante tratamiento con anti-TNF α resultaron:

No deberán ser administrado en situaciones tales como: Linfoma, enfermedades linfoproliferativas y posiblemente en otras malignidades. En enfermedades virales crónicas: HIV, hepatitis B ó C, durante embarazo y lactancia. Como medidas de seguridad en vacunaciones primarias y en vacunaciones atenuantes. Pacientes con Tuberculosis clínica o radiológica, en contacto reciente con pacientes con tuberculosis activa. Por otro lado, se deben tomar las medidas de seguridad pertinente en el uso secuencial de otros bloqueantes de TNF.

En datos obtenidos de J.Smolen y col, Viena, Austria hasta enero 2001: Infliximab en tuberculosis: entre más de 115.000 pacientes tratados, hubo 33 pacientes con tuberculosis y la mayoría recibía concomitantemente drogas inmunosupresoras del tipo corticosteroides y metotrexato. En la serie la tuberculosis fue considerada reactivación. En esos casos el anti-TNF debe ser detenido. En este grupo de pacientes la terapia antituberculosa resultó efectiva. Experiencia en embarazos: el mismo grupo de Smolen reportó 27 embarazos ocurridos en su serie. Entre ellos, 7 niños nacieron sanos, se produjeron 3 abortos espontáneos, 2 abortos inducidos, estando 14 embarazos aún en curso. Un bebé nació con tetralogía de Fallot. Como recomendaciones: adecuado control de posible embarazo antes de administrar un anti-TNF y deben pasar por lo menos 6 meses después de la última infusión para autorizarlo. No-lactancia hasta 6 meses de la última infusión. En situaciones de cirugía: Si es posible, la última infusión 4 semanas antes de la intervención quirúrgica. Las operaciones abdominales incrementan el riesgo de infecciones. La reinfusión después de la intervención, al menos dos semanas y sólo cuando la herida este completamente cicatrizada.

Conclusiones: Las nuevas terapias con agentes biológicos que representan actividades inmunosupresoras más específicas, crean una nueva expectativa más racional en el manejo de este grupo de enfermedades y una esperanza real durante su perfeccionamiento para estos enfermos destinados a una pobre calidad de vida.

NOTICIAS DEL CAPÍTULO:

1. El Capítulo en su preocupación de hacer conocer sus actividades ha hecho comunicaciones de sus Programas tanto de Reuniones Científicas como de los Residentes y Estudiantes; este conocimiento se hace a través tanto de este Informativo como por el Programa Governor's Office.
2. Se han realizado hasta esta fecha 19 Reuniones dirigidas a los Residentes (Asociados) todas han sido de gran éxito. La próxima (20av) se realizará el 3 de Diciembre del 2004 con el siguiente Programa: Coordinador: Dr. Rolando Salvetti (Miembro ACP)
Primera parte: 8.30 a.m. Introducción. Dr. Francisco Fragachan. Jefe Departamento de Medicina. HUC/UCV. 8.45 a.m. Noticias del Colegio: Dr. Israel Montesdeoca. Gobernador ACP. 9.00 a.m. conferencia: (Del Hospital Vargas) Retinopatía en Hipertensión Arterial: Dr. Rafael Muci-Mendoza (FACP) 9.30 a.m. conferencia.: Nefropatía en Diabetes tipo 2. Dr. Raúl Carlini (FACP). 9.30 a.m. refrigerio. Segunda Parte 10.15 a.m. Presentación de los trabajos especiales Investigación (TEI) por los Residentes de Medicina Interna. 1) Utilidad de una prueba diagnóstica sencilla para la detección precoz de Polineuropatía Diabética. Autores: Alfredo Díaz y Fernando Marcano. 2) Etiología de la diarrea crónica en pacientes con infección por VIH y relación con conteo CD4. Autores: Erick Dávila y Leyda Aldana. 3) Neutropenia febril: evaluación factores de riesgo en pacientes hemato-oncológicos. Autores: Erika Montero y Carlos Tarazona. 4) Comparación de dosis bajas v.s. altas de genotropin en pacientes con SIDA en el Hospital Universitario de Caracas. Autores: Liliana Fung y Francisco Soria.
3. Igualmente se han realizado 6 Programas dirigidos a los Estudiantes y cuya intervenciones ha sido masiva y con el apoyo de los Miembros del ACP y también con una participación interactiva de los mismos estudiantes. La última se realizó el 23 de octubre 2004, en el Hospital Universitario de Caracas, con una asistencia de más de 55 estudiantes.
4. El Capítulo ha dado su aval para diferentes actividades científicas de los Capítulos de la SVMI y de otras Instituciones, especialmente dirigida a Jornadas como han sido las Intercapitulares de Medicina Interna de Tucacas; las 1ª. Jornadas de Medicina Interna de la Universidad Francisco de Miranda de la ciudad de Coro, así como también su aval al Centro Médico Docente la Trinidad en su Reunión sobre Diabetes Mellitus presentada los días 15 y 16 de Octubre conjuntamente con la Clínica Joslin de Estados Unidos.
5. Continuando con los proyectos de Reuniones científicas con otras Sociedades Científicas. El Capítulo de Venezuela anuncia su Reunión conjunta con la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo que se realizará los próximos días 3m, 4 y 5 de Marzo del 2005, con un Programa de verdadera atracción científica tanto para los Internistas como para los Endocrinólogos y Médicos Generales, se enviará el Programa a los Miembros del Capítulo por vía electrónica.
6. Ya existe un Programa Científico definitivo que desarrollará el Capítulo de Venezuela con motivo de su Reunión Anual, correspondiente a su período 2005 y que se efectuará en Porlamar (Isla de Margarita) durante el 24 de Mayo conjuntamente con la realización del Congreso de Medicina Interna organizado por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. En estos 2 Eventos vendrán como invitados Internacionales y enviados por el Colegio Americano de Médicos (ACP) los Dres. Dennis G. Maki (MACP) y David C. Dale, destacados representantes del Colegio y que indudablemente darán brillo a estas Reuniones Científicas y cuyos programas serán enviados oportunamente a nuestros Miembros. El Doctor Dale será el Representante del Colegio en esta Reunión.
7. El Capítulo de Venezuela ha enviado formatos de participación en el Premio Evergreen del Colegio (Versión 2004), y que contiene los Programas de Residentes y para Estudiantes desarrollados durante los años 2001-2004. Informaremos los resultados sobre las Nominaciones y Premios de esta participación.
8. Es grato participar que los Dres. Pedro Perdomo y Mario Durand, ambos Miembros del ACP, han sido promovidos a Fellows de nuestra Organización, gracias a los méritos de estos 2 colegas, a quienes le enviamos nuestra felicitación en nombre de toda la Membresía del Capítulo.
9. La Dra. Grace Giesen, Miembro del ACP, viajó a la Universidad de Boston a desarrollar un Programa de Geriátrica, después de ganar el Minifellowship del año 2004 y programa soportado por el Capítulo y el Laboratorio Merck Sharp & Dohme, nuestro agradecimiento a éste último por continuar con este apoyo económico al Programa que lleva 3 años consecutivos, con gran éxito tanto académico y de reconocimiento por parte del ACP.
10. Se continúa con la conformación de nuestra Página Web para el Capítulo de Venezuela, el Dr. Pedro Perdomo ha sido el Coordinador del Comité de Informática y Educación y ha tenido gran dedicación y especial interés de realizar el proyecto de esta Página, que servirá de gran utilidad e información electrónica para todos nuestros Miembros.

COMO CONTACTARNOS:

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)Carrier. 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: 0414-3031005 E-mail: israelmontes@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.