

Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

Fundada en Abril de 1985

Volumen 34	N° 4	2018
	CONTENIDO	
Trascendencia de la Educación	oma: Formación para la calidad y equidad en salud. Médica Venezolana	193
ARTÍCULOS DE REVISIÓN Resumen de las nuevas guías de José Ildefonzo Arocha Rodulfo	la Sociedad Europea de Cardiología, Münich 25-29 (ago	osto, 2018) 197
GALERÍA DE IMÁGENES Linfoma difuso de células B gran María Blanco, José Antonio Parejo Andreína Réquiz	ndes, de presentación facial o A, Ivette Montes de Oca, María E Chillida,	207
MEDICINA INTERNA, EDUC Situación actual del sistema de	CACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD e salud venezolano. ¿Qué dicen los "números"?	
del área Metropolitana de Cara Cursos de Postgrado Universitari General del Oeste "Dr. José Greg	cientes que consultan a los servicios médicos acas. Estudio Multicéntrico io de Medicina Interna de los Hospitales: gorio Hernández", "Dr. José María Vargas", Universitario Luciani", Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"	
	C <mark>IÓN</mark> Análisis Clínico Epidemiológico r Fuenmayor Ojeda, José Antonio Parejo A	224
Caracterización de la población Gabriela Herranz Álvarez, Sergio	n VIH-SIDA del Hospital Universitario de Caracas o Ramón Ríos, Elizabeth Hernández M	237
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGI Resúmenes de los trabajos de la presentados en el XXIV Congr María Inés Marulanda, Ysamar Ac	ICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUE la Pirámide de Investigadores del EVESCAM reso Venezolano de Medicina Interna quino, Sheilly Piña, Luis Torres, Eunice Ugel, Maritza Durá lieto-Martínez	LA án.
PRESENTACIÓN DE CASOS Enfermedad de Gaucher Yris Guzmán, Yurilu González, H	CLÍNICOS Haylen Marín	256
INFORMACIÓN PADA LOS	AUTOPES	TI



Sociedad Venezolana de Medicina Interna

Junta Directiva Nacional 2017 - 2019

Presidente MARITZA DURÁN CASTILLO

Vicepresidente VIRGINIA SALAZAR

Secretario General ERIK DÁVILA

Secretario de Actas RAMEZ CONSTANTINO CHACÍN

Tesorera CRISTINA LÓPEZ DE AYALA

Bibliotecaria MARIFLOR VERA

Vocales YEMINA FIGUERA VICTORIA STEPENKA GUSTAVO VILLASMIL YAREMI HERNÁNDEZ ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORAEVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
MARIFLOR VERA
MARÍA EVELYN MONSALVE
VIRGINIA SALAZAR
TRINA NAVAS
GUSTAVO VILLASMIL
JUAN PABLO GONZÁLEZ
JOSÉ ANTONIO PAREJO
MARIO PATIÑO
VICTORIA STEPENKA
MARITZA DURÁN

Consejo consultivo permanente Presidentes de los capítulos

Sociedad Venezolana de Medicina Interna Av. Francisco de Miranda, Edificio Mene Grande, Piso 6 - Oficina 6-4 Teléfonos: 285.0237 y 285.4026 (telefax) Caracas 1010 - Venezuela e-mail: medicinainterna@cantv.net www.svmi.web.ve

Administración y Edición JAI 18 EDITORIAL, C.A. Teléfonos: 0212-314.76.12 / 285.07.23 Fax: 0212-753.37.54

Revista indizada en la Base de Datos LILACS Miembro de ASEREME Depósito legal: ppi201502DC4593; pp198502DF405

Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

	Fundada en Abril de	: 1985	
Volumen 34	N° 4		2018
	CONTENI	D O	
equidad en salud. I	sidad Autónoma: Forn Yascendencia de la Ed	ucación Médica Vene	zolana
Cardiología, Mün	REVISIÓN levas guías de la Socio ich 25-29 (agosto, 201 na Rodulfo	18)	197
María Blanco, José María E Chillida, A	células B grandes, de p Antonio Parejo A, Ivette ndreína Réquiz	e Montes de Oca,	207
COMUNIDAD Situación actual d ¿Oué dicen los "n	RNA, EDUCACIÓN el sistema de salud ve úmeros"? Méndez	enezolano.	208
médicos del área I Cursos de Postgrad Hospitales: Genera "Dr. José María Va	nal de los pacientes que detropolitana de Cara o Universitario de Med del Oeste "Dr. José Grgas", Universitario de ani"Hospital Militar "	acas. Estudio Multicé dicina Interna de los regorio Hernández", Caracas, General del	Este
Rina Díaz, Javier D	NVESTIGACIÓN líaca Aguda: Análisis bíaz, Vladimir Fuenmay o A	yor Ojeda,	
Universitario de C Gabriela Herranz Á	e la población VIH-SI Caracas Alvarez, Sergio Ramón ez M.	Ríos,	237
ASPECTOS EPIL INTERNA EN VE Resúmenes de los EVESCAM preser Medicina Interna María Inés Marulan Eunice Ugel, Maritz	EMIOLÓGICOS DE	de de Investigadores ongreso Venezolano de cilly Piña, Luis Torres, lez-Rivas,	del e
Enfermedad de G Yris Guzmán, Yurili	DE CASOS CLÍNIC aucher 1 González, Haylen Ma PARA LOS AUTORE	rín	



Sociedad Venezolana de Medicina Interna

Junta Directiva Nacional 2017 - 2019

Presidente MARITZA DURÁN CASTILLO

Vicepresidente VIRGINIA SALAZAR

Secretario General ERIK DÁVILA

Secretario de Actas RAMEZ CONSTANTINO CHACÍN

Tesorera CRISTINA LÓPEZ DE AYALA

Bibliotecaria MARIFLOR VERA

Vocales YEMINA FIGUERA VICTORIA STEPENKA GUSTAVO VILLASMIL YAREMI HERNÁNDEZ ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORAEVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
MARIFLOR VERA
MARÍA EVELYN MONSALVE
VIRGINIA SALAZAR
TRINA NAVAS
GUSTAVO VILLASMIL
JUAN PABLO GONZÁLEZ
JOSÉ ANTONIO PAREJO
MARIO PATIÑO
VICTORIA STEPENKA
MARITZA DURÁN

Consejo consultivo permanente Presidentes de los capítulos

Sociedad Venezolana de Medicina Interna Av. Francisco de Miranda, Edificio Mene Grande, Piso 6 - Oficina 6-4 Teléfonos: 285.0237 y 285.4026 (telefax) Caracas 1010 - Venezuela e-mail: medicinainterna@cantv.net www.symi.web.ye

Administración y Edición JAI 18 EDITORIAL, C.A. Teléfonos: 0212-314.76.12 / 285.07.23 Fax: 0212-753.37.54

Revista indizada en la Base de Datos LILACS Miembro de ASEREME Depósito legal: ppi201502DC4593; pp198502DF405

Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

	Established April 1985	
Volume 34	Number 4	2018
	CONTENTS	
and equity in Health. Medical Education	tonomous Universities: training for qu The transcendence of the Venezuelan	
European Society of	Clinical Guides of Hypertension from Cardiology, Munich, august 25-29, 20 Rodulfo	18
María Blanco, José Ant	na with facial clinical presentation onio Parejo A, Ivette Montes de Oca, eina Réquiz	207
AND COMMUNITY The Present Situation	INE, MEDICAL EDUCATION of the Health System in Venezuela éndez	208
Medicine health servi Hospitals: General del José María Vargas, Un	of the patients who consulted to the Inices of Caracas, Venezuela. Multicente Oeste José Gregorio Hernández, Hospit iversitario de Caracas, General del Este spital Militar Dr. Carlos Arvelo	e r Study al Dr.
Rina Díaz, Javier Díaz	ES ological Analysis of Acute Heart Failu z, Vladimir Fuenmayor Ojeda, José Anto	nio
Universițario de Cara	he Population with HIV-AIDS of the I acas io Ramón Ríos, Elizabeth Hernández M	•
IN VENEZUELA Abstracts of The Pyr Study presented by a Society of Internal M María Inés Marulanda Eunice Ugel, Maritza	AL ASPECTS OF INTERNAL MEDIC amid of Investigators of the EVESCA t the XXIVth Session of the Venezuela ledicine , Ysamar Aquino, Sheilly Piña, Luis Tor Durán, Juan P. González-Rivas, z	M n res,
CLINICAL CASE P Gaucher's Disease Yris Guzmán, Yurilu	RESENTATION González, Haylen Marín	256
INFORMATION FO	R AUTHORS	II

Medicina Interna

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Política Editorial

La Revista Medicina Interna (Caracas) es el órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, depósito legal ppi201502DC4593; pp198502DF405, ISSN 2443-4396; 0798-0418 Está indexada en el Index Medicus Latinoamericano (IMLA) y registrada en la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME), en la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME, Brasil) y en la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS, Brasil).

Es una publicación biomédica periódica que edita cuatro números al año y publica manuscritos de gran interés en el área de la Medicina Interna.

El Comité Editorial está constituido por el editor y un número de miembros seleccionados por la Junta Directiva Nacional de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Tiene un Consejo Consultivo Permanente integrado por los Presidentes de los Capítulos y un Comité asesor integrado por personalidades que fungen de árbitros que son seleccionados por el Comité Editorial.

Los trabajos que publica pueden ser de autores nacionales o extranjeros, residentes o no en Venezuela, escritos en castellano o en inglés, que pueden ser remitidos, pero de preferencia entregados al Comité Editorial de la revista.

Deben ser trabajos inéditos; esto es, que no han sido publicados, ni se encuentran en proceso de selección o publicación por otra revista médica, bien sea en forma parcial o total. Los autores solicitarán la publicación por medio de una carta dirigida al Comité Editorial de la revista Medicina Interna, firmada por el autor principal y el resto de los autores responsables de la investigación, acompañada del trabajo impreso. En dicha carta. el solicitante ha entregado una carta-acuerdo, donde reconoce el carácter inédito del manuscrito y acepta las condiciones de publicación de la revista Medicina Interna. Igualmente debe incluir una lista de (3) posibles árbitros con su dirección de trabajo y electrónica. El Comité Editorial se reserva el derecho de decidir si utiliza alguno de los revisores sugeridos. La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación, 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de "Agradecimientos". Los autores deberán firmar una planilla, donde especifiquen su participación. El orden de aparición de los autores, debe ser una decisión conjunta del grupo y deben aparecer aparte, la dirección del autor de correspondencia y su correo electrónico.

Una vez recibido el artículo, el autor será notificado por correo electrónico de la recepción del mismo. La respuesta sobre la aceptación o rechazo del documento sometido a consideración será enviada por correo electrónico en un plazo no mayor de 60 días hábiles a partir de la fecha de la carta de recepción del documento. En caso de ser aceptado, le será notificado en la carta-respuesta. El Comité Editorial al aceptar el trabajo, no se hace responsable del contenido expresado en el mismo.

El arbitraje de Trabajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de la comunicación y por 2 en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de dos meses para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrán solicitar otras opiniones. El nombre de los árbitros, así como el de los autores del trabajo, serán estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo. Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones. El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de dos meses, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Aquellos manuscritos que no se acojan a las consideraciones indicadas y que sean rechazados por alguna de las siguientes instancias o razones: el Comité Editorial, dos árbitros que dictaminen sobre su calidad y/o contenido, no cumplimiento de los requisitos y/o las instrucciones que se mencionan a continuación, no se publicarán y en consecuencia serán devueltos a los autores en conjunto con una comunicación por escrito.

2. Manuscritos para la publicación

2.1. Tipo de artículo: La revista MEDICINA INTERNA publica editoriales, artículos de revisión, trabajos de investigación o experiencias personales, artículos sobre Medicina Interna, Salud Pública y Comunidad, reuniones anatomoclínicas, imágenes clínicas, reportes de casos clínicos, noticias de la sociedad, cartas al editor, memorias d etc. Todo ello sin el compromiso de que en cada número han de cubrirse todas y cada una de las secciones rígidamente.

El Comité Editorial, una vez recibido el trabajo, tiene la potestad y la responsabilidad de editarlo para adecuarlo a aquellas normas de la Revista que no se hayan cumplido a cabalidad, sin cambiar el contenido esencial del mismo.

2.2. Instrucciones a los autores

2.2.1. Artículos originales o experiencias personales (5000 palabras o menos): Trabajos de investigación clínica o experimental donde se describe un aporte relevante que puede ser total o parcial, original en su concepción o contribuir con nuevas experiencias.

Este tipo de artículo debe tener el siguiente formato: tamaño carta, a doble espacio, con márgenes de 25 mm,

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

con un máximo de 15 páginas, en formato word, y 8 tablas com máximo. Todas las tablas y figuras deben ser reportadas en el texto y organizadas en números arábigos consecutivos.

Se aconseja el siguiente orden:

Título: Conciso pero informativo. Seguidamente los autores (aquéllos que han participado activamente en la ejecución del trabajo, tanto en lo intelectual como en lo material): nombre, inicial del segundo nombre y apellidos. Nombres de los servicios, cátedras, departamentos e instituciones que participaron en la realización del estudio. Especificar jornada o congreso, nacional o internacional, donde el trabajo haya sido presentado.

Resumen y palabras clave: El resumen no debe tener más de 250 palabras. Debe sintetizar el tipo y propósitos del estudio, métodos, resultados y conclusiones. Se deben incluir entre tres y diez palabras claves, utilizando para ello los términos de MedicalSubject Headings (MeSH) o encabezamiento de materia médica del Index Medicus Internacional.

Abstract: Debe ir precedido del título en inglés y nombre de los autores. El resumen en inglés debe tener el mismo contenido que el resumen en español. Al final del abstract deben colocarse las key words (palabras clave en inglés). Introducción: Sin largos recuentos históricos ni bibliográficos, debe contener el fundamento lógico del estudio u observación y mencionar las referencias estrictamente pertinentes.

Métodos: Los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2013 y el consentimiento de los individuos participantes. Igualmente para animales (código de ética).

Debe describir claramente los criterios de selección de los pacientes objeto del estudio. Identificar los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otro investigador pueda reproducir los resultados. Se deben identificar los medicamentos y productos químicos utilizados. No usar nombres, iniciales o números de historia de los pacientes. Describir los métodos estadísticos con detalles suficientes, para que el lector pueda verificar los datos informados.

Resultados: Deben presentarse siguiendo una secuencia lógica y deben describirse los datos los más relevantes, detallados en las tablas o las ilustraciones. Las tablas deben ser impresas en el texto, y deben ir, siempre que sea posible, a continuación del texto al cual hacen referencia, identificadas con números arábigos. Esto es válido también para los Gráficos, los cuales no deben repetir resultados de las Tablas ni viceversa. Las ilustraciones deben estar dibujadas o fotografiadas en forma profesional e identificadas con números arábigos, bien contrastadas y con un tamaño que no exceda los 203 x 254 mm.

Fotografías: Pueden ser en blanco y negro o en color, deben tener un contraste adecuado para su reproducción

y estar en formato TIFF, con las siguientes condiciones: las fotografías en color o en gradaciones de gris, deben tener un mínimo de 300 dpi, las de figuras y gráficos un mínimo de 600 dpi y la combinación de ambas de 500 dpi. En el caso de las microfotografías electrónicas, debe extremarse el cuidado de la nitidez de los hallazgos reportados y señalarlos por medio de símbolos. También se debe indicar el aumento utilizado. La Revista no aceptará fotografías tomadas de otras revistas sin la respectiva autorización. Las fotografías deben ser enviadas en blanco y negro y en colores. La decisión de cuál versión se imprimirá queda a discreción del Comité Editorial. Las medidas de longitud, talla, peso v volumen deben expresarse en unidades del sistema métrico decimal; la temperatura en grados Celsius; los valores de presión arterial en mm Hg; los valores hematológicos y bioquímicos, según el sistema internacional de unidades (SI). No utilizar más de 8 tablas, ilustraciones o fotografías.

Discusión: Haga énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de él. Relacione las observaciones con las de otros estudios pertinentes. Establezca el nexo de las conclusiones con otros objetivos del estudio. No haga afirmaciones generales, ni conclusiones o recomendaciones, que no sean respaldadas por los resultados del estudio.

La cita del contenido original de otras investigaciones, artículos o autores, cuyo contenido exacto es importante para la investigación, debe ir estrictamente entre comillas (""), nunca deben copiarse total o parcialmente otros contenidos para ser incluidos en la investigación de forma diferente a la especificada. Agradecimiento: A personas o instituciones por su colaboración en la realización del estudio. Dirección: Para solicitud de separatas y envío de correspondencia. Referencias: Deben numerarse en forma consecutiva según el orden de aparición y reportarse como números arábigos entre paréntesis en el texto, según las normas de Vancouver. Para estilo de la cita ver más adelante.

2.2.2. La presentación de casos clínicos (2000 palabras o menos):

Deben consistir en la presentación de casos clínicos poco frecuentes en la práctica médica. Debe ser breve y organizada de la manera siguiente: introducción, caso(s), comentarios, conclusiones y referencias bibliográficas. No se debe incluir en ese tipo de Artículo una extensa revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión.

2.2.3. Los artículos de revisión (6000 palabras o menos):

Deben estar escritos, preferentemente por especialistas en el campo objeto de las mismas y contener las contribuciones del autor, ya sea en las referencias o con una discusión del tema revisado. El número máximo de autores es de cuatro. No se aceptarán revisiones que consistan meramente de una descripción bibliográfica, sin incluir un análisis. El cuerpo de las revisiones es libre, aunque es conveniente subdividirlo en secciones. A petición del autor, éste podrá corregir las pruebas de páginas. Las separatas deberán solicitarse previamente a la impresión y ser sufragadas por el (los) autor(es).

3. Estilo de las Referencias.

Las referencias bibliográficas deben hacerse siguiendo las normativas internacionales publicadas recientemente (puede ser consultada la Página WEB recomendaciones de Vancouver, diciembre 2017). Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals", http:/www.icmje.org; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores. Los nombres de todos los autores deben ir en negritas y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos "y col." o "et al.". El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al Index Medicus (http://www.nlm.nih. gov), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión.

Todas las referencias venezolanas del tema tratado, deben ser citadas, si las hubiere.

4. Ejemplos de referencias usadas con mayor frecuencia: 4.1. Artículos de revistas periódicas:

Kertzman H, Livshits G, Green MS. Ethnic differences of body mass and body fat distribution in Israel. Int J Obes 1954; 18: 69-77.

4.2. Referencias de libros:

Con autor (es) de libros: Wallace DJ, Dubois EL. Lupus Erythematosus. Philadelphia: Lea & Febiger; 1987. Con editores recopiladores: Norman IJ, Redfern SJ, Eds. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone: 1996.

Autores de capítulos: Christian CL. Etiologic hypotheses for sistemic lupus erythematosus. En: Lahita RG, editor. Systemic Lupus Erythematosus. New York: Willey; 1987. P 65-79

4.3. Referencias electrónicas:

Artículo de revista en formato electrónico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis (serial online) 1995Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1) 24 (screens). Available from; URL:http://www.edc.gov/ncidod/EID/eid.htm.

4.4 Otras referencias:

Memorias de Congresos: Cárdenas E, Peñaloza S, Urdaneta R, Bonfante-Garrido R. Un estudio seroepidemiológico de la toxoplasmosis en áreas rurales del estado Lara, Venezuela (Resumen). Memorias del XIV Congreso latinoamericano de Parasitología, 1999. Acapulco, México. P 21.

Tesis: Delgado N. Implicaciones ecofisiológicas de la introducción de *Bacillus thuringiensis var israelensis* como controlador biológico de *Anopheles aquasalis (Diptera Culicidae)*. [Tesis Doctoral] Caracas: Univ. Central de Venezuela; 1996.

• Citas tales como "observaciones no publicadas", "comunicación personal", "trabajo en prensa", no deben ser incluidas en la lista de referencias. Sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis. Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Dirección para recepción de los artículos:

Dra. Eva Essenfeld de Sekler (Editora). Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Avenida Francisco de Miranda. Edificio Mene Grande. Piso 6, Oficina 6. Teléfono: 2854026. email: medicinainterna@cantv.net - socvmi@cantv.net



DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA, A LA COMUNIDAD NACIONAL, CON EL OBJETIVO DE DECLARAR EL DIA 18 DE ABRIL, COMO DÍA NACIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA

Los antecedentes y hechos históricos que precedieron a la fundación de la SVMI, se caracterizaron por difundir y hacer conocer la esencia holística de la especialidad y la inestimable importancia de su práctica para la solución de los problemas de salud del adulto. El análisis profundo de la integralidad, fue lo que llevó a una excepcional pléyade de médicos, a la necesidad de promover la doctrina de la Medicina Interna, para conocerla ampliamente y consolidarla tanto en el gremio médico como en la comunidad.

Las ideas se concretan el 18 de abril de 1956, efeméride trascendente en la historia de la Medicina Nacional, por ser la fecha de la fundación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI). Desde ese momento y hasta la actualidad, las diferentes Juntas Directivas de la Sociedad, han aportado contribuciones de alta significación, para su desarrollo convirtiéndola en lo que es hoy, en una de las Sociedades Científicas de más prestigio en el país, en su papel esencial de formación de su representante natural, el Médico Internista. Es justo en esta oportunidad reconocer la contribución que han hecho las diferentes Facultades de Medicina en esa formación y consolidar aun más los objetivos de la SVMI.

Una de las razones por las cuales dichas Juntas Directivas produjeron siempre gestiones fructíferas, lo constituyó el interés permanente de aceptar los cambios que ocurren en la Medicina actual y que se ha plasmado en las modificaciones Estatutarias para proyectar de esa forma la dimensión de la Medicina Interna y además definir el perfil de su ejecutor, el Médico Internista. No se puede separar la doctrina de la Medicina Interna de la definición de Internista: en efecto al hacer referencia a este, es hacerla con la especialidad y donde sus propiedades intrínsecas están plasmadas en el artículo 2 de los Estatutos, cuyo contenido expresa:

"La Medicina Interna, es una especialidad dedicada con visión holística al cuidado integral de la salud de adolescentes y adultos, fundamentada en una sólida formación científica y humanística. Su interés es la persona, como entidad psicosocial a través de una óptima relación médico-paciente, incrementar la calidad y efectividad del cuidado de salud, fomentando la excelencia y el profesionalismo en la práctica de la Medicina y contribuir a consolidar un Sistema Nacional de Salud, constituido sobre los principios fundamentales del profesionalismo y en democracia, el pluralismo y la justicia social que responde a las necesidades de nuestra población".

Con estas premisas, la presente Junta Directiva Nacional (2009-2011), considerando que nuestro representante genuino, el Médico Internista, por su inconmensurable labor doctrinaria y enaltecimiento en defensa de los principios y preceptos de la especialidad desde la fundación de la Sociedad, desea hacerle con inmenso orgullo un noble y permanente reconocimiento, declarando el 18 de Abril, como "DÍA NACIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA".

Retos de la Universidad Autónoma: Formación para la calidad y equidad en salud. Trascendencia de la Educación Médica Venezolana*

Mario J. Patiño Torres**

En estos momentos, cuando estamos sufriendo durante dos décadas, el colapso inducido de la universidad autónoma, plural y democrática de Venezuela y con ellas también el colapso inducido de la comunidad académica y científica, se convierte en un imperativo el reconocer y destacar la trascendencia e importancia de la educación médica venezolana como valor fundamental de la educación superior y al servicio del sector salud en nuestro país. Desde 1.763 nuestra formación de profesionales de la salud ha acumulado una notable experiencia académica, científica y profesional, que para la fecha suma más de 250 años brindando, o dispuesta a hacerlo, sus orientaciones y aportes para la construcción y diseño de cualquier política, plan o proyecto de educación en el campo de la medicina y de las ciencias de la salud en general.

En el país se fundaron entre 1.721 y 1.977 ocho universidades públicas, sedes de Facultades de Medicina (UCV - Universidad Central de Venezuela. ULA - Universidad de los Andes. LUZ - Universidad del Zulia. UC - Universidad de Carabobo. UCLA - Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. UNEFM - Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. UDO - Universidad de Oriente y UNERG - Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos). Como consecuencia de la excepcional

Elementos de la crisis

La crisis actual de la educación médica en Venezuela se inicia en el año 2005, con la enseñanza de la medicina fuera de las escuelas universitarias formales, y la implementación del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) y posteriormente de los Programas Nacionales de Formación Avanzada (PNFA) a nivel de postgrados. En todos esos procesos en grado y postgrado que pretendió atender la necesidad de un mayor

Venezolana de Medicina Interna.

labor desplegada por esas Facultades y Escuelas de Medicina egresaron de ellas hasta el año 2.010, la totalidad de los médicos que hasta el momento habíamos atendido la salud de los venezolanos, y especialmente de los de menores recursos. En cuanto a educación médica de postgrado que comienza a partir de 1.958, con el inicio del último período democrático de nuestro país, se produce un desarrollo importante del IV Nivel educativo, uno de los acontecimientos más significativos de la educación superior en Venezuela, poniendo al país en una posición de primer orden en este nivel y ejerciendo en esos aspectos un papel de liderazgo, sobre todo, con extraordinaria repercusión en la atención de la salud y en beneficio de nuestros ciudadanos. El inicio y desarrollo de los estudios de postgrado han significado también un avance excepcional en lo que a la investigación universitaria se refiere y así, para mediados de los años ochenta y sobre todo en los años noventa del siglo pasado, Venezuela llegó a generar más de un millar de publicaciones por año en revistas arbitradas.

^{*} Presentado como parte de la Ponencia Central del XXIV Congreso Venezolano de Medicina Interna, Caracas, Venezuela, mayo 2018.

^{**} Profesor Titular, Hospital Universitario de Caracas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.
Director del Comité Nacional de Educación Médica de la Sociedad

RETOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA: FORMACIÓN PARA LA CALIDAD Y EQUIDAD EN SALUD. TRASCENDENCIA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA VENEZOLANA

número de profesionales para la salud, sin garantizar la igualdad de oportunidades para una educación de calidad, se criticó y excluyó los estilos de gestión y educación en salud construidos durante más de dos siglos. Además, se subordinaron las acciones a cuestiones de poder, ideología, proselitismo y hegemonía, lo cual ha traído como consecuencia que el ejercicio de la medicina dirigido a atender las necesidades de la población más desfavorecida y la formación de profesionales de la salud en esos programas se haya precarizado cada vez más; generando un modelo perverso de una pobre medicina para los más pobres.

El Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria, concebido para formar médicos para la atención primaria de salud (APS), se implementa apenas tres meses después de la firma del "Convenio Sandino" en agosto del año 2005 en la Isla de Cuba, sin consulta alguna a nuestras ocho facultades de medicina, desconociendo el artículo 85 de la Constitución Nacional que obliga al estado a coordinar con las universidades nacionales la formación del recurso humano en salud. El programa completó su diseño curricular en noviembre del año 2007, y es cuando el Consejo Nacional de Universidades (CNU) los aprueba solo en la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV). Sin embargo, para ese momento ya esa universidad y las universidades nacionales experimentales, de la Fuerza Armada (UNEFA), Francisco de Miranda (UNEFM), Los Llanos Ezequiel Zamora (UNE-LLEZ), Rómulo Gallegos (UNERG) y Rafael María Baralt (UNERMB), tenían dos años de haber iniciado la enseñanza de la carrera. Es el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, a través de la resolución 3.149 publicada en la G.O. 39.032 del 07 de octubre 2008, en su artículo 10, quien autoriza a las otras cinco instituciones de educación superior a gestionar el Programa Nacional de Medicina Integral Comunitaria contraviniendo expresamente la vigente Ley de Universidades. Los "docentes" serían los cooperantes de la misión médica cubana dedicados a funciones asistenciales desde el 2003 en la "Misión Barrio Adentro", sin experiencia docente v sin estar adscritos a universidad venezolana alguna. El título a otorgarse sería el de Médico Integral Comunitario (MIC), que no

estaba contemplado en la Ley de Ejercicio de la Medicina, por lo que desde su inicio, se estaba ofreciendo una carrera universitaria improvisada, sin profesores formados o acreditados, carente de espacios adecuados para la docencia, con un plan de estudios incompleto, con un título no válido en el país. El 02 de noviembre del 2011, un mes antes de la graduación de la primera cohorte, la Asamblea Nacional, en sesión ordinaria, sancionó sin mayor consulta ni debate, la reforma parcial de la Ley de Ejercicio de la Medicina, con tan solo la modificación de los artículos 3, 4 (ordinal 1) y 35, que contempla la inclusión de los médicos integrales comunitarios dentro de este instrumento, con lo cual legalizaba el ejercicio profesional, no competente, del Médico Integral Comunitario. De los 8.164 egresados de la primera cohorte en diciembre del 2.011, solo 2.000 (25%), fueron asignados a centros de Atención Primaria de Salud y 6.000 (75%) ingresaron a los hospitales, incluyendo hospitales tipo IV y universitarios, para lo cual no estaban formados, y que representaba un despropósito con respecto al objetivo principal de la Carrera: "Formar médicos capaces de brindar Atención Primaria en Salud".

Trabajo desde la universidad autónoma

La UCV, como primera casa de estudios e institución pionera, se planteó en su PLAN ESTRATÉ-GICO del año 2007, en materia curricular, reformular el modelo educativo incorporando las nuevas teorías educativas, atendiendo las demandas sociales de garantizar la pertinencia social de nuestros egresados y el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos inherentes al "Profesionalismo", entendido como nuestro "contrato social": Ello implicaría el rediseño de los currículos tradicionales a currículos por competencia profesional con criterios de flexibilidad, integrados e interdisciplinaridad para favorecer la formación integral del estudiante. Este planteamiento está reafirmado en los Lineamiento de la Comisión Nacional de Currículo. En las últimas dos décadas, en nuestras universidades autónomas y sus facultades de medicina se ha trabajado permanentemente, a pesar de la adversidad, en términos de presupuesto, infraestructura, insumos y remuneración, en la construcción de los recursos e instrumentos que proporcionen la base sobre la cual volver a definir la "excelencia

MARIO J. PATIÑO TORRES

académica" y articular de forma explícita el alcance de las reformas que permitan a las instituciones académicas tradicionales contribuir nuevamente al mejoramiento de la calidad de vida y del estado de salud de la población, así como, en el mejor desempeño del sistema nacional de salud, tejiendo fuertes lazos con la sociedad. Todo ello, en correspondencia con los retos que están atendiendo las Escuelas y Facultades de Medicina en el nuevo milenio a nivel global.

Se trata, por lo tanto, de los recursos necesarios para superar las amenazas, impedimentos estructurales y de organización de la práctica médica vigente en el país, producto de un sistema público de salud, gestionado desde la impericia y la indolencia, que ha provocado la peor crisis sanitaria que conoce la historia de nuestro país, contribuyendo con la diáspora de más de 22.000 médicos venezolanos formados en nuestras 8 ocho Facultades de Medicina tradicionales. Generando, además, un modelo perverso de atención sanitaria, al segmentar y excluir a sectores importantes de la población de ser asistidos por profesionales de la salud bien formados (profesionales competentes).

Se ha insistido con perseverancia desde la academia, en reafirmar los principios universales de la profesión y valores fundamentales en nuestras instituciones como la Ilustre UCV y todas las demás universidades autónomas, las cuales siguen siendo ideales a alcanzar por todos los médicos venezolanos que nos mantenemos en el país. Los profesionales de la salud, debemos ratificar permanentemente los principios que involucran no solo el compromiso personal con el bienestar del paciente, sino también los esfuerzos colectivos que mejoren el sistema de atención sanitaria y el bienestar de la sociedad. Ante los impedimentos estructurales que afrontamos, si la sociedad ha de seguir disfrutando de los beneficios únicos que el profesionalismo médico puede ofrecer, se hace necesaria una forma de alianza funcional entre la profesión médica y sus ciudadanos.

Perspectivas v Retos

Para afrontar el porvenir del país, se trata de superar, el clientelismo, la polarización y la ideologización forzada hacia un modelo político, el cual ha atentado contra los escenarios democráticos de construcción de acuerdos y consensos entre los actores. Se requiere que nos comprometamos en la búsqueda de "estrategias de gerencia en crisis", poniendo un mayor énfasis en la búsqueda de modelos de calidad/equidad tanto en la formación del recurso humano, como en la atención sanitaria, así como en la productividad, eficiencia y costo-efectividad de estos. Se trata de incrementar significativamente en los próximos años la formación de personal sanitario competente y además comprometido con los principios de equidad y justicia social.

Las Universidades autónomas tienen que resistir contra el poder autoritario que quiere ocupar sus espacios y destruir la esencia de su existir: la autonomía universitaria. Aun en la adversidad, en las universidades autónomas tenemos que continuar desarrollando planes, programas y estrategias innovadoras para que la institución siga cumpliendo con su principal misión: la búsqueda de la verdad y el saber. EL RETO, seguirá siendo la formación de un profesional de la salud capaz de ejercer bien su profesión, en un clima de libertad y democracia. Un "Profesional Competente", lo cual implica el desarrollo de capacidades como herramientas cognitivas, y que además contenga los valores de la profesión como el humanismo y la profesionalidad.

Como prioridad en el corto y mediano plazo, el principal COMPROMISO es el de promover el trabajo conjunto de las Facultades de Medicina tradicionales, las sociedades científicas, los organismos gremiales y demás entes sociales involucrados, para el diseño e implementación de los programas necesarios orientados a corregir las deficiencias del Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria (PNFMIC) y de los Programas Nacionales de Formación Avanzada (PNFA) en postgrados y de sus egresados, a fin de garantizar la universalidad, calidad y equidad en la provisión de servicios salud a nuestros ciudadanos. Es una obligación de la universidad autónoma y sus facultades de medicina como institución pública, corregir las incuestionables deficiencias académicas y de desempeño de estos egresados para el ejercicio

RETOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA: FORMACIÓN PARA LA CALIDAD Y EQUIDAD EN SALUD. TRASCENDENCIA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA VENEZOLANA

cabal de la profesión médica y sus consecuencias sobre la salud del ciudadano venezolano. Se trata de evitar con una educación de calidad para todos, que se violente el principio de "no maleficiencia" en la práctica médica, tanto como se pueda, para beneficio de nuestros ciudadanos y de la sociedad.

Referencias

- Academias Nacionales de Venezuela. Reflexiones y propuestas para la educación universitaria. Caracas: Editorial Ateproca; 2012.
- Patiño M, Marulanda MI, Durán M. Educación médica en América Latina: Venezuela. Educ Med. 2018;19(S1):60-65.
- Patiño M, Pérez-González J, Vera E. El currículo de la educación médica en Venezuela - Tendencias y Realidades: El Currículo por Competencia. Medicina Interna (Caracas) 2013;29(1):17-33.
- Patiño M, Miguel V, Uzcátegui Z, Pérez González J, Medero N, Insignares J, et al. El currículo en la educación médica: Diseño de un currículo por competencia, integrado e interdisciplinario. Revista de la Facultad de Medicina. 2013;36(1):25-33.
- Patiño M. Lineamientos generales para la educación médica basada en la competencia profesional. Docencia Universitaria. 2014:15:3.
- Patiño M. Modelo Sociocognitivo: Teoría educativa y de diseño curricular. Medicina Interna (Caracas). 2006;22(1):17-40.
- Patiño M, Moros-Ghersi C. Perspectiva de la educación médica de postgrado de medicina interna en Venezuela. Med Interna (Caracas). 2006; 22:110-31.
- Pérez-González J. Patiño M. Un currículo integrado basado en la competencia. Medicina Interna (Caracas). 2011;27(2):96-104. 17.
- Patiño M, et al. Propuesta para la transformación curricular en la Escuela de Medicina "Luis Razetti" de la Universidad Central de Venezuela. Revista de la Facultad de Medicina. 2008; 31:13-8.
- Boelen C, Woollard R. Consenso global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina. Educ Med. 2011; 14:7-14.

Resumen comentado de las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología, Münich 25-29 de Agosto 2018

José Ildefonzo Arocha Rodulfo*

Resumen

El Congreso 2018 de la Sociedad Europea de Cardiología publicó cuatro nuevas guías de práctica clínica sobre: Hipertensión arterial, síncope, revascularización miocárdica y enfermedad cardiovascular durante el embarazo, así como un documento de consenso sobre la Cuarta Definición Universal del Infarto del Miocardio. Esta guías resumen toda la evidencia reciente, investigación y experticia relevante a estas condiciones cardiovasculares, proveyendo un recurso vital para los profesionales en su práctica clínica diaria y se han realizado de manera más concisa y mucho más visual con ilustraciones y amplio uso de gráficas y figuras.

Palabras clave: Hipertensión arterial; infarto del miocardio; embarazo; revascularización miocárdica; enfermedad cardiovascular; síncope.

Ildefonzo Arocha Rodulfo

Abstract

ESC Congress 2018 brought the release of four new ESC Clinical Practice Guidelines on: Arterial Hypertension; Syncope; Myocardial Revascularization; and Cardiovascular Diseases during Pregnancy, as well as a consensus document on the Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. This guidelines summarize all recent evidence, research and expertise relevant to these cardiovascular conditions and provides a vital resource for practicing healthcare professionals, made more concise and much more visual with illustrations and extensive use of graphics and figures.

Key words: Arterial hypertension; myocardial infarction; pregnancy; myocardial revascularization; cardiovascular diseases; syncope.

Introducción

El reciente congreso europeo, realizado en la hermosa ciudad bávara de Münich, cuya audiencia superó los 30.000 asistentes de 156 países, comprendió 587 sesiones científicas y 29 presentaciones y discusiones de última hora de trabajos poblacionales de investigación que ameritan ser reseñadas; sin embargo, vista la profusión de los mismos se han escogido los cinco documentos científicos más relevantes que pudieran modificar o tener un impacto en el futuro en la elaboración de pautas terapéuticas o en el hábito de prescripción del

Summary and Comments of the New Guides of the European Society of Cardiology held in Münich (august 2018)

Médico cardiólogo, Presidente del Capítulo de Hipertensión Arterial, Sociedad Venezolana de Cardiología

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

médico acompañada de la referencia bibliográfica correspondiente (identificación de objeto digital por digital object identifier)/dirección URL, donde puede ser consultado el artículo original.

En las guías europeas es costumbre cumplir el protocolo de clasificación de la evidencia como sigue:

Clase de la recomendación

- **I.-** Evidencia y/o acuerdo general que un procedimiento diagnóstico/terapéutico es beneficioso, útil y efectivo.
- II.- Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión sobre la utilidad/eficacia del tratamiento:

Clase IIa: El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia.

Clase IIb: La utilidad/eficacia no está bien establecida por la evidencia/opinión.

Niveles de evidencia

- **A.** Datos provenientes de múltiples ensayos clínicos aleatorios o meta análisis.
- **B.** Datos provenientes de un solo estudio clínico aleatorio o de estudios grandes no aleatorios.
- **C.** Consensos de opinión de expertos y/o estudios pequeños, estudios retrospectivos y registros de casos.

a.- Guía europea 2018 de Hipertensión Arterial⁽¹⁾ (HTA)

En la HTA hay dos problemas monumentales: el primero se relaciona al carácter asintomático y crónico de la condición lo cual redunda en las dificultades para la detección a tiempo; el segundo se refiere que, aún siendo diagnosticada, el control de las cifras tensionales es demasiado pobre. Sin embargo, hoy tenemos más evidencia que sugiere que los médicos pueden realizar el diagnóstico con mayor confianza y lograr un mejor control gracias a las mediciones de la Presión Arterial (PA) en su domicilio.

En líneas generales, se resume esta nueva guía europea de la HTA:

No se cambió la definición de HTA, permaneciendo invariables las cifras establecidas en las guías del 2013 con presión arterial sistólica ≥140 mmHg y/o PAD ≥90 mmHg.

Tabla 1. Clasificación de la PA en el consultorio y definición de los grados de HTA

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	У	<80
Normal	120 a 129	y/u	80 a 84
Normal alta	130 a 139	y/u	85 a 89
HTA grado 1	140 a 159	y/o	90 a 99
HTA grado 2	160 a 179	y/o	100 a 109
HTA grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	У	<90

a La categoría de PA es definida por la PA con el paciente sentado y por el nivel más elevado, sea sistólica o diastólica. b HTA sistólica aislada es grado 1, 2 o 3 de acuerdo al valor de presión sistólica en el rango indicado.

La misma clasificación se emplea para todos los grupos de edad mayores de 16 años.

- Gracias a la nueva evidencia surgida del estudio Systolic Pressure Intervention Trial⁽²⁾ (SPRINT), la meta de una cifra aceptable de control de la presión arterial (PA) se ha establecido en menos de 130/80 mmHg para la mayoría de los pacientes. Esto significa que un mayor número de pacientes recibirá tratamiento farmacológico adicional a los cambios terapéuticos en el estilo de vida (CTEV) y otros ameritarán la asociación de una segunda droga. Estas estrategias pueden causar preocupación entre algunos médicos por los riesgos inherentes a los efectos adversos y/o al descenso acentuado de la PA con síntomas como caída; sin embargo, el monitoreo clínico cuidadoso puede evitar tales problemas.
- Además del diagnóstico en la lectura del consultorio, las determinaciones fuera de él (como por ejemplo automedición o determinación en la casa) son herramientas muy valiosas que contribuyen al diagnóstico y control.
- Recomienda descender la PA con tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida en paciente con riesgo cardiovascular alto y PA normal alta (PAS: 130–139/ PAD: 85–89 mmHg) y en aquellos con HTA grado I (PAS: 140-159/PAD:

JOSÉ ILDEFONZO AROCHA RODULFO

- 90–99 mmHg), incluyendo pacientes ancianos (>65 pero <80 años).
- Las cifras meta de tratamiento para todos los pacientes se establecen en 130/80 mmHg o menos, y en los pacientes <65 años se sugiere una PAS en el rango de 120 a <130 mmHg.
- Las pautas ponen mayor atención a la HTA del anciano y señalan que la fragilidad y la edad biológica más, que la edad cronológica, son determinantes en la tolerabilidad y beneficio de las drogas antihipertensivas. Para los pacientes >65 años, la cifra meta es 130 a <140 mmHg y nunca menor a 120 mmHg, ya que puede traer efectos adversos.</p>
- Las nuevas guías insisten en iniciar el tratamiento con dos drogas en combinación en la mayoría de los pacientes, contrario a la recomendación previa del tratamiento escalonado.
- Las nuevas guías enfatizan en conceptualizar el riesgo cardiovascular global (RCVG) del paciente y no solamente la PA. En consecuencia, la existencia de daño a órgano blanco debido a la HTA implica una intervención terapéutica más enérgica.
- Al igual que en las versiones anteriores, se incluyó una amplia sección para cubrir diversos temas como HTA resistente, genética de la HTA, HTA secundaria, subgrupos importantes de pacientes, tales como HTA enmascarada, HTA de "bata blanca", HTA no controlada, HTA en el anciano, en la mujer (embarazadas, anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva), ciertos grupos étnicos, HTA en diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular, enfermedad vásculo-cerebral, etc.
- La no adherencia juega un papel protagónico en el mal control de la PA y el mayor número de tabletas favorece el no cumplimiento o cumplimiento irregular. De allí que deben preferirse las combinaciones de

- dosis fijas de dos y hasta tres componentes en una tableta, lo cual confiere un mayor margen seguridad en el control de la PA.
- Existe una tendencia creciente en que el aumento de ácido úrico, aún inferior a valores típicamente asociados con gota, está independientemente asociado con aumento en el riesgo cardiovascular tanto en la población general como en los hipertensos. De modo que la determinación de ácido úrico debe ser parte del estudio del paciente hipertenso.
- Para pacientes con HTA resistente, se recomienda la adición de espironolactona.
- En contraste a las guías del año 2013, el tratamiento de la HTA resistente, basado en dispositivos no se recomienda hasta disponer de mayor evidencia en cuanto a la eficacia y seguridad.

En resumen, estas nuevas guías son más accesibles y elaboradas de manera más amigable y fácil de revisar, tanto para los médicos especialistas, como no especialistas o dedicados a esta área. De particular relevancia son los tres apartados finales, identificados como los subtítulos 11, 12 y 13 correspondientes a los "vacíos" en la evidencia, mensajes claves y qué hacer y no hacer de acuerdo a las guías, respectivamente. Estos tres items, junto con el apartado 2.1 ¿Qué es lo nuevo y qué ha cambiado en las guías 2018 de hipertensión arterial? ofrecen una visión general pero consistente de su contenido.

b.- Cuarta Definición Internacional Conjunta del Infarto del Miocardio.

Tradicionalmente, diagnóstico de infarto de miocardio (IM) estuvo centrado en los cambios electrocardiográficos (ECG), lo cual se modificó notablemente con la introducción de los biomarcadores. En el año 2000, se publicó la primera definición de IM, basada principalmente en los niveles circulantes de troponina cardíaca (cTn). El sustento de tal definición fue que la lesión miocárdica detectada por biomarcadores anormales en el contexto de la isquemia miocárdica aguda debe etiquetarse como IM. Una segunda definición universal

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

(año 2007) introdujo un nuevo sistema de clasificación del IM con cinco categorías y la tercera (año 2012), incluyó modificaciones relacionadas con pacientes sometidos a procedimientos coronarios o cirugía cardíaca y biomarcadores más sensibles.

El incremento cada vez mayor en la utilización de la troponina (cTn), gracias a su sensibilidad, y el creciente número de pacientes coronarios con múltiples morbilidades ha sido un llamado a refinar la comprensión de la definición del infarto del miocardio y por ello se ha elaborado esta Cuarta Definición 2018⁽³⁾, documento conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología, Colegio Americano de Cardiología, Asociación Americana de Cardiología y la Federación Mundial de Cardiología (ESC, ACC/AHA, WHF por sus correspondientes siglas en inglés) con la finalidad de proveer nuevos conceptos y actualizar otros en respuesta al conocimiento que se han generado desde la Tercera Definición del Infarto del Miocardio⁽⁴⁾.

Entre los nuevos conceptos se distinguen:

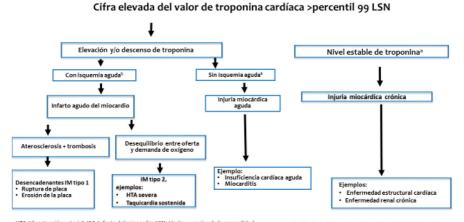
La diferencia entre infarto e injuria del miocardio. Siendo la lesión del miocardio un requisito previo para el diagnóstico de infarto del miocardio (IM), también es una entidad en sí misma por lo que la definición actual refleja la necesidad de distinguir entre lesiones isquémicas y no isquémicas.

En consecuencia, la lesión del miocardio se define como un nivel elevado de cTn por encima del límite superior del percentil 99 de la normalidad, y la lesión se considera aguda si hay un aumento y / o descenso de los valores de cTn.

La injuria o lesión miocárdica no isquémica puede surgir secundaria a muchas afecciones cardíacas, como la miocarditis, o asociarse con afecciones no cardíacas, como insuficiencia renal. Por lo tanto, los médicos deben determinar si los valores elevados de cTn se deben a una lesión miocárdica no isquémica o a uno de los subtipos IM.

- Papel de las imágenes cardíacas en la detección del infarto del miocardio: Resonancia magnética cardiovascular para definir la etiología de la agresión miocárdica y empleo de la angiotomografía en la sospecha de IM.
- Actualización en la definición de los cinco tipos de IM, especialmente en cuanto al léxico y los mecanismos pertinentes, brevemente:
 - Tipo 1: Énfasis en la relación causal de la ruptura de la placa con la aterotrombosis coronaria.
 - **Tipo 2:** En el contexto del desequilibrio de demanda de oxígeno con el suministro no relacionado a aterotrombosis coronaria aguda. El documento identifica situaciones asociadas con lesiones miocárdicas que hasta ahora se han etiquetado de manera flexible como IM tipo 2. Estas incluyen embolia, disección espontánea y espasmo, junto con aterosclerosis coronaria subyacente sin disrupción de la placa (Figura 1).

Figura 1. Modelo para interpretar la isquemia miocárdica



- a. Estable: se refiere a una variación ≤ 20% de las cifras de troponina en el co b. Isquemia implica signos y/o síntomas clínicos de isquemia micrárdica

JOSÉ ILDEFONZO AROCHA RODULFO

- **Tipo 3:** Aclara el por qué esta categoría es muy útil para diferenciar la muerte súbita cardíaca al no haber elevación de la cTn.
 - Tipos 4: IM como consecuencia de ICP.
- **Tipo 5:** IM como resultado de bypass coronario (CABG).

En cada caso, un incremento de cTn puede inducir a tratamiento que no está demostrado o que puede ser nocivo, específicamente la prescripción de anticoagulación o tratamiento antiplaquetario dual. Las pruebas subsiguientes, como la angiografía coronaria o angiotomografía (y la intervención coronaria percutánea) también pueden llevarse a cabo sin fuerte indicio de beneficio.

Por otro lado, la actualización analiza los protocolos basados en cTn de alta sensibilidad, de rápida eliminación y reglamentación rápida para pacientes que presentan dolor torácico e identifica situaciones en las que puede ser particularmente valiosa:

 Descripción de formas "especiales" de infarto del miocardio, incluyendo el infarto del miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva (MINOCA por myocardial infarction with non-obstructed coronary arteries), síndrome de Takotsubo, infarto del miocardio asociado con enfermedad renal, con insuficiencia cardíaca y el infarto del miocardio silente o no reconocido.

Es interesante destacar que el concepto de subtipos de IM recién se incorporó en los códigos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en octubre de 2017, por lo que esta Cuarta Definición Universal de Infarto del Miocardio proporciona una oportunidad para encajar diferentes tipos de infarto de miocardio en códigos más específicos de la CIE-10.

c.- Pautas sobre revascularización miocárdica(5)

En el desarrollo de la última versión de estas pautas, la fuerza de trabajo consistente de miembros de la ESC y de la European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) revisó la evidencia disponible para el diagnóstico, manejo y/o prevención de la enfermedad vascular⁽⁵⁾. Conjuntamente con la evaluación crítica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para determinar su relación de riesgo/beneficio, el comité también calculó los estimados de los desenlaces clínicos esperados.

El grupo de trabajo también hizo varios cambios a las recomendaciones establecidas en la versión previa, publicada en el año 2014, con numerosas adiciones y en varios casos la fortaleza de la recomendación fue elevada o descendida de categoría.

- Las nuevas recomendaciones clase I incluyen el cálculo del score SYNTAX, el cual predice si la intervención coronaria percutánea (ICP) puede lograr beneficios similares a los esperados con la cirugía de bypass coronario (CABG), cuando se considere la revascularización del tronco principal de coronaria izquierda o enfermedad de múltiples vasos. Para enfermedad más compleja, la supervivencia a largo plazo es mejor con cirugía, pero CABG e ICP tienen desenlaces similares en casos menos complejos.
- Los pacientes con diabetes tienen mejores desenlaces con la cirugía, independiente de la complejidad de la enfermedad.
- El acceso radial se recomienda como el abordaje estándar para la angiografía coronaria e ICP e igualmente se recomiendan los stent farmacológicos para todos los procedimientos de ICP.
- En los pacientes que se han estabilizado después de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCA-SEST), la estrategia de revascularización debe ser elegida en concordancia con los principios utilizados para la enfermedad arterial coronaria (EAC) estable.
- En los pacientes con EAC, insuficiencia cardíaca y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo igual o menor a 35%, el CABG es recomendado como el procedimiento de elección para la revascularización miocárdica.
- En pacientes con alto grado de estenosis, el injerto de arteria radial debe ser empleado en lugar de la vena safena.
- Otra recomendación clase I se refiere a la reevaluación sistemática de los pacientes que se han sometido a revascularización miocárdica.

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

- El papel de un equipo cardíaco multidisciplinario ("cardiac team") ocupa un lugar destacado en la lista de recomendaciones. Esto se propuso por primera vez en 2014, pero tiene un lugar mucho más destacado en las últimas directrices por ser muy importante en optimizar la atención al paciente al tomar en cuenta la opinión de todos los miembros del equipo.
- En términos de exámenes preprocedimiento, las directrices 2018 dan más peso al uso a la determinación de la Reserva de Flujo Fraccional (FFR) como nueva herramienta para ayudar en la evaluación de la severidad de la estenosis de la arteria coronaria, aunque su inspección visual sigue siendo un enfoque estándar.
- Como recomendaciones IIa se incluye considerar la ICP como alternativa al CABG, pero debe ser priorizada la revascularización integral cuando se escoge entre los dos procedimientos. La razón estriba en que es la extensión de la isquemia la condicionante del beneficio de la revascularización; de modo que si se tiene un área grande de isquemia puede obtener un gran beneficio de la revascularización, pero si la misma no se hace completa potencialmente se puede perder parte del beneficio. De allí que toda revascularización debe ser completa.
- La guía también recomienda que el volumen anual de ejecución de ICP del tronco principal de la coronaria izquierda para un operador debe ser 25 casos.
- Otra recomendación clase IIa se refiere a los pacientes con fibrilación auricular no valvular, que requieren anticoagulación y tratamiento antiplaquetario y deben recibir anticoagulantes orales no vitamina K en lugar de los antagonistas de la vitamina K.
- Los pacientes con enfermedad renal crónica moderada o severa deben recibir hidratación antes y después del procedimiento con solución salina, si el volumen de contraste a utilizar es mayor a 100 mL.

 En relación a las drogas, los pacientes naive de inhibidores de P2Y12 que son sometidos a ICP deben recibir cangrelor o inhibidores de glicoproteína IIb/IIIa si tienen un SCA.

Las dos últimas recomendaciones de la guía son clase III y se refieren a:

- Contra la implantación de stents reabsorbibles liberadores de fármacos fuera de estudios clínicos. Este estamento está asociado con el incremento de eventos cardíacos mayores en el estudio ABSORB 3, donde se comparó el stent reabsorbible con everolimus con el stent estándar de everolimus.
- Revascularización rutinaria de lesiones en arterias no culpables en pacientes con infarto del miocardio en shock.

Las recomendaciones que han sido promovidas en estas guías incluyen:

- La implantación de stent debe ser en el vaso principal cuando se realiza la ICP en lesiones de bifurcación, seguida por una angioplastia provisional con balón con o sin stent de la rama lateral. Esta recomendación pasó de clase IIa a clase I.
- La recomendación de que los sobrevivientes de parada cardíaca extra hospitalaria que tienen un ECG consistente con IM con elevación de ST (IMSEST) deben ser sometidos inmediatamente a angiografía coronaria y revascularización. Pasó a ser clase I.
- También se promovió a clase I la recomendación de que todos los pacientes deben ser evaluados para el riesgo de nefropatía inducida por contraste.
- El empleo de la tomografía de coherencia óptica para la optimización del stent pasó de clase IIb a IIa.

Fueron degradadas las siguientes recomendaciones:

 Uso de dispositivos de protección para ICP de lesiones en injertos de vena de safena.

JOSÉ ILDEFONZO AROCHA RODULFO

- Empleo de bivalirudina para ICP en SCA-SEST e IMCEST.
- Utilización de ICP en EAC de múltiples vasos en pacientes con diabetes y score SYNTAX menor de 23.
- Determinación de la función plaquetaria en pacientes que serán sometidos a cirugía cardíaca con la finalidad de guiar la interrupción de la terapia antiplaquetaria.

d.- Guía del Diagnóstico y Manejo del Síncope⁽⁶⁾

El síncope es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de emergencia e implica un amplio abanico de causas, variando desde las absolutamente benignas (por fortuna, en la mayoría de los casos) hasta condiciones más serias que conllevan un alto nivel de estrés para el médico tratante.

Esta guía se elaboró con la contribución de la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (EHRA por sus siglas en inglés) y, en contraste a otros documentos similares, participaron muchos expertos, no solamente cardiólogos, reconocidos en otras especialidades de la medicina^(6,7).

Un aspecto destacado es que la mayoría de los episodios de síncopes ocurren fuera del hospital, muchas veces sin testigos, lo cual genera una sustancial carga de ideas especulativas en cuanto a su causa. Notablemente, cerca de 1% de los pacientes con síncope fallecen al cabo de un mes de su visita al servicio de urgencias, mientras que casi 10% presentarán un desenlace grave, dos tercios de los cuales ocurren mientras están en el servicio de urgencias.

Después de un examen inicial de los pacientes con síncope en urgencias, que incluye antecedentes personales patológicos, exploración física con presión arterial en reposo y en posición de decúbito supino, y electrocardiografía para todos los pacientes, las guías recomiendan que:

 Los pacientes que solo tienen características de bajo riesgo, que probablemente tengan un síncope reflejo, circunstancial u ortostático, sean dados de alta directamente del servicio de urgencias.

- Los pacientes con características de alto riesgo no deben darse de alta, sino someterse a una evaluación diagnóstica intensiva en una unidad de atención al síncope o en una unidad de observación en el servicio de urgencias u hospitalizarse.
- Los pacientes que no tienen características de riesgo alto ni bajo se deben observar en el servicio de urgencias o en una unidad de síncope en vez de hospitalizarse.

El documento incluye varias tablas que enumeran las características de alto riesgo, como son anormalidades clínicas que sugieran un origen isquémico del síncope, el síncope durante el ejercicio o en posición supina, palpitaciones de inicio brusco que inducen síncope rápidamente, historia de enfermedad cardíaca estructural, así como hallazgos en la exploración física (hipotensión y bradicardia persistentes sin explicación, hemorragia gastrointestinal, soplos cardíacos) y finalmente, cambios electrocardiográficos que sugieran enfermedad estructural o eléctrica primaria. También define criterios para los pacientes con características de alto riesgo que favorecen el manejo inicial en una unidad de observación en el servicio de urgencias o su derivación rápida a una unidad de atención al síncope frente a la hospitalización.

Sin embargo, tales escalas no tienen mejor desempeño que el criterio clínico para predecir los desenlaces graves a corto plazo. Aunque se pueden tomar en cuenta estas herramientas, la guía recomienda que no se utilicen de manera aislada para estratificar el riesgo en el servicio de urgencias.

En algunos países se ha avanzado de manera importante en la implantación de "Unidades de síncope", dónde queda patente que muchos de estos pacientes necesitan de la intervención de múltiples tipos de especialistas para obtener un diagnóstico adecuado y una terapia efectiva.

En líneas generales,

 La guía consta de 113 recomendaciones (de las cuales 46 son clase I) y 19 reglas simples que guiarán el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con síncope.

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

- Publica una nueva adenda con instrucciones prácticas para los médicos sobre cómo llevar a cabo las pruebas diagnósticas e interpretar los resultados.
- Una nueva sección clave recomienda videograbaciones de los episodios transitorios espontáneos de pérdida del conocimiento que se sospechen de carácter no sincopal. Específicamente, los médicos deben valorar añadir videograbación a la prueba de la mesa basculante para aumentar la fiabilidad de la observación clínica de los episodios inducidos, y recomendar a los pacientes y sus familiares que graben los episodios espontáneos o las caídas, esto es sencillo por la amplia disponibilidad de los teléfonos inteligentes.
- Con base en la participación de los miembros de la comisión de medicina interna, las guías clínicas también recomiendan a los médicos considerar las pruebas básicas de la función autonómica cardiovascular, como la maniobra de Valsalva, la prueba de respiración profunda o la monitorización de la presión arterial ambulatoria, en pacientes con probable hipotensión ortostática neurogénica.
- En la prueba basculante se incluye la recomendación de hacer una grabación de video del estudio, pero en particular, del episodio sincopal reproducido. Esto tiene como finalidad no sólo la documentación, sino poder hacer un análisis preciso del tipo de movimientos, cantidad y duración de los mismos. Hay ocasiones en que es complejo diferenciar entre crisis convulsivas y síncope con movimientos anormales (crisis de Stokes-Adams). Un análisis de los movimientos registrados puede ayudar a diferenciar entre unas y otras.
- Entre las medidas que representan la piedra angular del tratamiento y tienen alto impacto para reducir la recidiva en pacientes con síncope reflejo e hipotensión ortostática, se cuentan: la clara explicación del diagnóstico, lo benigno del mismo, informar del riesgo de recidiva y aconsejar

- sobre la manera de evitar factores y situaciones desencadenantes.
- Recomiendan extender el uso de grabadoras de circuito implantables para el diagnóstico en pacientes con caídas inexplicables, epilepsia sospechada o episodios recurrentes de síncope inexplicable y un bajo riesgo de muerte cardíaca súbita.

Dos indicaciones de clase I para estos dispositivos se incluyen en la evaluación temprana de:

- Los pacientes con síncope recurrente de origen incierto, sin criterios de alto riesgo y con una gran probabilidad de recidiva.
- Aquellos con criterios de alto riesgo en quienes una evaluación exhaustiva no logra identificar una causa del síncope o da por resultado un tratamiento específico, y que no tienen indicaciones de prevención primaria para un desfibrilador cardioversor implantable o marcapasos.

Estas nuevas guías dejan claro que se ha avanzado en el conocimiento y la comprensión del síncope, abordándolo como un síntoma complejo, que requiere de muchas competencias. Las guías dejan atrás una serie de ideas ya rebasadas, y enfatizan la utilidad de nuevas tecnologías y herramientas visuales para hacer mejores diagnósticos y por lo tanto, abren el camino para opciones terapéuticas más efectivas. Finalmente, ofrecen mayor claridad en la toma de decisiones terapéuticas con algoritmos sencillos y una ingente cantidad de material adicional en línea que permite obtener un panorama muy completo de lo que se ha aprendido en los últimos años. Sin duda es un documento que hay que conocer y empezar a aplicar en la práctica justamente por su espíritu pragmático y su claridad.

e.- Guía para el Manejo de la Enfermedad Cardiovascular durante el Embarazo⁽⁸⁾

La ESC señala que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal razón por la cual las mujeres mueren durante el embarazo en los países occidentales. En comparación con las embarazadas sanas, las que tienen algún tipo de ECV tienen un riesgo 100 veces mayor de muerte o falla cardíaca. La mayoría de las mujeres con esta condición tienen un embarazo saludable. Sin embargo, deben

JOSÉ ILDEFONZO AROCHA RODULFO

estar conscientes de que tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluido el parto prematuro, la preeclampsia y el sangrado posparto. Así, estiman que entre el 18 y el 30 por ciento de la descendencia tiene complicaciones y hasta el 4 por ciento de los recién nacidos muere.

Las ECV en el embarazo están aumentando en la medida de una mayor edad del primer embarazo, junto con las tasas más altas de enfermedad arterial coronaria en mujeres mayores, en comparación con las más jóvenes. Los factores de riesgo cardiovascular, como la HTA, la diabetes y el sobrepeso, también están en aumento en el embarazo, ya que las mujeres mayores se embarazan y adquieren los factores de riesgo a una edad más temprana.

Ya que todas las intervenciones repercuten sobre la madre y el feto, el tratamiento óptimo debe ser un claro objetivo. Una terapia favorable a la madre puede estar asociada con un riesgo potencial para el feto y, en casos extremos, las intervenciones terapéuticas que protegen la supervivencia de la madre pueden causar la muerte del feto. Por otro lado, las terapias dirigidas a proteger al niño pueden conllevar un desenlace subóptimo para la madre.

Debido a la carencia de estudios prospectivos o aleatorios, muchas de las recomendaciones en esta guía corresponden a un nivel C de evidencia.

El documento recoge una serie de recomendaciones relacionadas con los medicamentos durante la gestación, el parto, la fecundación in vitro, la anticoncepción y la interrupción del embarazo en mujeres con enfermedad cardiovascular⁽⁸⁾.

En líneas generales, las gestantes con enfermedad cardiovascular:

- Deben parir no más tarde de las 40 semanas de gestación.
- Aquellas con insuficiencia cardíaca durante el embarazo deben ser tratadas de acuerdo con las pautas actuales para pacientes no embarazadas, respetando las contraindicaciones para algunos medicamentos durante el embarazo. Sobre este último punto, la guía incluye una tabla con recomendaciones para el uso de medicamentos en el embarazo.

• En el caso de embarazadas con HTA, iniciar el tratamiento farmacológico con valores de presión arterial elevada persistente ≥150/95 mmHg y cuando se trata de HTA gestacional (con o sin proteinuria), HTA preexistente con superposición de HTA gestacional o HTA con daño subclínico de órganos o síntomas en cualquier momento durante el embarazo se debe comenzar si es >140/90 mmHg.

- Recomendar a las mujeres con un riesgo alto o moderado de preeclampsia, la ingesta 100-150 mg de ácido acetilsalicílico desde la semana 12 hasta la 36-37, además de su tratamiento para la HTA.
- La fecundación in vitro (FIV) utiliza a menudo altas dosis de hormonas, que aumentan el riesgo de trombosis e insuficiencia cardíaca, por lo que las mujeres con esta condición necesitan la confirmación de un cardiólogo de que el método elegido es seguro. Dado que llevar en el útero más de un feto, añade más estrés al corazón, se recomienda fuertemente a las mujeres con enfermedad cardiovascular sometidas a FIV que transfieran un solo embrión.
- En cuanto al uso de trombolíticos para la tromboembolia, solo deben administrarse en pacientes con hipotensión grave o shock.
- En el caso de una emergencia, los medicamentos que no son recomendados por la industria farmacéutica durante el embarazo y la lactancia no deben ser administrados a la madre.

La guía también destaca los casos en los que el embarazo está contraindicado, como es el caso de las mujeres con ciertos tipos de enfermedad cardíaca, por ejemplo, hipertensión arterial pulmonar, aorta severamente dilatada o capacidad severamente reducida del corazón para bombear sangre. Aquellas con un riesgo moderado o alto de complicaciones deben ser revisadas por un equipo cardíaco del embarazo compuesto por un cardiólogo, obstetra, ginecólogo y anestesiólogo. Se debe idear un plan de parto a las 20-30 semanas especificando el parto vaginal o por cesárea, si se usará una

RESUMEN COMENTADO DE LAS NUEVAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA, MÜNICH 25-29 DE AGOSTO 2018

epidural o fórceps, y la duración de la estancia hospitalaria después del parto.

Referencias

- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al; The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J, doi:10.1093/eurheartj/ehy339.
- SPRINT Research Group, Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med. 2015 Nov 26;373(22):2103-16. doi: 10.1056/NEJMoa1511939.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, White HD: the Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Circulation. 2018;138:e000–e000. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000017. Publicado simultáneamente en: Eur Heart J 2018; doi:10.1093/eurheartj/ehy462; J Am Coll Cardiol. 2018 Aug 23. pii: S0735-1097(18)36941-9. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038.

- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD et al; Writing Group on the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2012 Oct;33(20):2551-67. doi: 10.1093/eurheartj/ehs184.
- Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U et al; ESC Scientific Document Group . 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy394.
- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli
 A et al; ESC Scientific Document Group . 2018 ESC Guidelines for
 the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018 Jun
 1;39(21):1883-1948. doi: 10.1093/eurheartj/ehy037.
- Arribas F, Barón-Esquivias G, Coll Vinent B, Rodríguez Entem F, Martínez Alday J et al. Comentarios a la guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. Rev Esp Cardiol. 2018. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.06.018
- Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cífková R, De Bonis M et al; ESC Scientific Document Group . 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2018 Aug 25. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340. [Epub ahead of print]

Linfoma difuso de células B grandes, de presentación facial

José Antonio Parejo A, Ivette Montes de Oca, Andreína Réquiz, María Blanco*

Mujer de 63 años de edad, paciente del Servicio de hematología por Linfoma en tratamiento de consolidación, quien un mes posterior a tratamiento odontológico, presenta una masa en región maxilar izquierda, de 1 x 0,5 cm, dolorosa, consis-

tencia pétrea, adherida a planos profundos. Concomitante zona de eritema en mucosa de paladar duro y blando, y semana más tarde evolucionó a una fístula oroantral.



Servicio de Medicina Interna, Hospital Domingo Luciani, El Llanito, Caracas

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

Situación actual del sistema de salud venezolano. ¿Qué dicen los "números"?*

Julio Simón Castro Méndez**

Evaluar los sistemas de salud siempre es un problema complejo, tanto por el componente subjetivo de la personas, (opiniones sobre cómo es la interacción con el ciudadano), hasta la interpretación de grandes indicadores de salud en un contexto más amplio; en general para que los indicadores de salud muestren tendencias claras a través del tiempo se requiere que la magnitud del cambio sea no sólo sostenida, sino profunda, tanto para mejoría como para empeoramiento.

Mortalidad Materna

La mayoría de los analistas del sector salud aceptarían que la mortalidad materna como índice es uno de los mas completos y significativos. Si se intentara tener una aproximación reduccionista en cuanto a la evaluación de los sistemas de salud, la mortalidad materna sería probablemente uno de los indicadores escogidos y Venezuela ha mostrado una tendencia claramente regresiva de este indicador desde el año 2000. La tendencia desde que se comenzaron a tener registros confiables de Mortalidad Materna es que ha ocurrido una disminución sistemática hasta su estabilización hacia finales del siglo 20; este es el mismo comportamiento de los países de la región; se hace notorio en todo el continente que las mejoras, después de llegar a tasas que rondan los 80-90/100.000 nacidos vivos, se estabilizan y presenta una caída mucho menos perceptible que las décadas anteriores.

En contra de la tendencia regional, Venezuela empeora sus tasas hasta llegar a tasas cercanas a 110-115/100.000 nacidos vivos, con unas pendientes de crecimiento cada vez de mayor (empeoramiento), lo cual es terriblemente llamativo. En la mayoría de los países, los cambios en la mortalidad materna implican revisiones importantes de los determinantes de la salud y suponen cambios o intervenciones en los sistemas para revertir esta tendencia; lamentablemente esto no ha pasado en Venezuela, el deterioro ha sido sostenido y hemos llegado a tasas equivalentes a las vistas en los años 60 del siglo anterior. Más allá del valor estrictamente numérico de este índice, refleja un deterioro tanto en la capacidad de atención preventiva (control prenatal) como en la atención hospitalaria (antibióticos, unidades de cuidados intensivos, hemoderivados, antibióticos, y recursos humanos capacitados). Si bien el gobierno ha hecho esbozos para tratar de entender el problema (en base a la vocería del alto gobierno), los resultados son decepcionantes y tienen el origen en la manera sesgada de ver los determinantes de la salud y específicamente de estos índices. La razón fundamental esgrimida por los grandes voceros es la "violencia obstétrica" (difícil de definir en ámbitos técnicos) y en teoría inician campañas para detener esta tendencia; hasta ahora sin ningún resultado y los números son cada vez peores. Un componente central en la evaluación de este y todos los fenómenos relacionados con la salud es la falta de transparencia de los grandes indicadores, en Venezuela en último boletín semanal fue publicado en 2016 y el último anuario de estadística vital en el 2014, solo hemos tenido acceso a datos brutos de mortalidad por las memorias y cuenta de los ministros y datos publicados en el

^{*} Presentado como parte de la Ponencia Central del XXIV Congreso Venezolano de Medicina Interna. Caracas, mayo de 2018.

^{**} Internista, Profesor Asistente, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Instituto de Medicina Tropical

JULIO SIMÓN CASTRO MÉNDEZ

último boletín epidemiológico (cuya publicación le costó el cargo a unos de los ministros de salud); en esta publicación se observa un cambio de patrón muy preocupante donde el aumento en muertes tenia un patrón lineal de incremento con tasas de aumento de 15-20% por año, y luego en los años 2014, 2015 y 2016 con un patrón de aumento mucho más importante (promedio de 65% de aumento por año). Es difícil no tratar de imputarle a este cambio de tendencia (hacia peor) a condiciones claramente palpables en el día a día de los venezolanos como: dificultad para acceso a alimentos y bienes de servicio, déficit de medicamentos, problema con transporte y recursos humanos. Cabe destacar que solo se usa mortalidad materna como un ejemplo, si se revisa mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad bruta, mortalidad por enfermedades específicas, la situación es bastante similar.

Enfermedades reemergentes

En los últimos años han estado presentes en la vida cotidiana nacional. Enfermedades que no solo habían sido controladas, si no que ya formaban parte de la historia para el gremio de la salud y a pesar de que no tienen en común formas de trasmisión, agentes causales y grupos vulnerables, la causalidad de reaparición de estas enfermedades apunta hacia muy pocas razones.

Malaria

La malaria en Venezuela presentó una disminución en sus números de casos desde los años 40 del siglo XX hasta finales del siglo XX en una magnitud que la hizo acreedora de reconocimiento internacional: Venezuela fue declarada como país con malaria controlada (en base a la proporción de territorio sin transmisión sostenida) mucho antes que países con desarrollos tecnológicos mucho mayores (USA y Rusia por ejemplo); el aumento de número de casos y tasas solo tiene parangón en términos de magnitud con la inflación actual. El país llegó a tener a finales de los 90, un promedio anual entre 4 mil a 7 mil casos, pasando hasta 2017 a más de 400 mil casos, sólo en casos primarios (primer episodio); esto se transforma en casos totales (recaídas, reinfecciones) en casi un millón de casos. Según el último reporte de OMS (control de malaria global) estos datos son consistentes con el

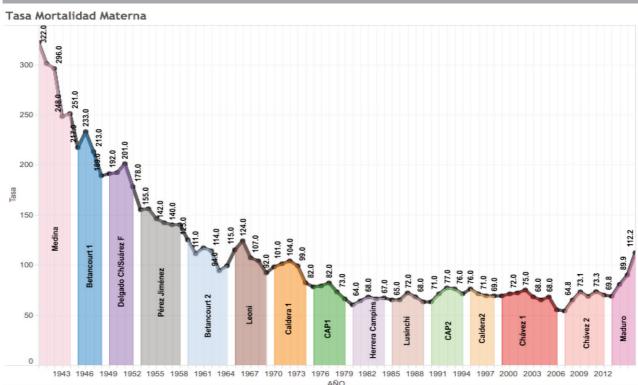
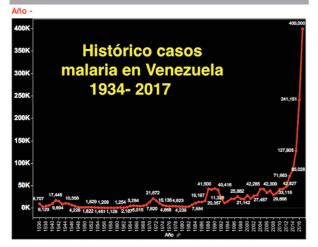


Gráfico 1. Tasa de Mortalidad Materna Venezuela: 1943_2016

SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO. ¿QUÉ DICEN LOS "NÚMEROS"?

peor desempeño en malaria en todo el orbe. Si bien la mayoría de los casos están concentrados en un municipio del estado Bolívar (Municipio Sifontes), en relación directa a la actividad minera, también es muy preocupante el reinicio de actividad malárica con trasmisión autóctona en zonas de control previo y también hay indicios de trasmisión autóctona en zonas de alta de densidad de población urbana (San Félix, Edo. Bolívar, Edo. Anzoátegui, inclusive Estado Miranda, Valles del Tuy). Los determinantes de este fenómeno complejo son múltiples: problemas con el acceso a diagnóstico, migración interna hacia zonas de minería, fallas en acceso a tratamiento oportuno, etc. Pero es probable que uno de los determinantes más fuertes esté asociado a la situación de irregularidad y corrupción que es lo común en esas zonas; como expresión de ello es la correlación inversa muy marcada entre el número de casos cada vez mas importante y la cantidad de oro oficialmente extraída (datos oficiales de extracción Minerven) cada vez menor, que es un reflejo del complejo fenómeno de corrupción, manejo irregular del entorno y depredación ambiental que ha sido notorio en las zonas mineras en los últimos años porque ¿de otra manera cómo se explicaría que sacando cada vez menos oro se tengan cada vez más casos de malaria en el país?.





Enfermedades prevenibles por vacunas

Cualquier país es susceptible a brotes por enfermedades inmuno-prevenibles, debido a que

en ningún país las tasas de vacunación son 100%, pero en entornos de alta penetración de vacuna, sólo se espera encontrar brotes contenidos de pequeño tamaño y ubicación regional reducida, debido a los altos niveles de anticuerpos y baja cantidad de susceptibles.

En Venezuela la circulación de sarampión y difteria está comprometiendo casi todo el territorio nacional desde el año 2017, y lo que va del 2018. Los datos del propio ministerio dan cuenta de tasas de cobertura vaccinal muy mediocres desde hace varios años; la consecuencia directa de esto es la creación de grandes grupos susceptibles que solo necesitan la circulación del virus para generar las ondas epidémicas y lo que quizás es peor, el establecimiento de trasmisión endémica (sarampión) lo cual había sido eliminado del continente de manera muy exitosa. Cuando se evalúan los grupos etarios comprometidos (casos agudos sarampión) se observa que mas del 85% son menores de 15 años. Las implicaciones de estos datos son muy claras: las campañas de vacunación se han debilitado de manera importante desde al menos 15 años y cuando se comparan las tasas de casos por estado se observa que la 2da peor tasa de casos es el Distrito Capital; la primera es Delta Amacuro donde se pudiera alegar dificultad logística y de acceso a la población, pero tener la región capital como 2da en tasa de una señal muy preocupante sobre las capacidades de las campañas de vacunación.

Igual de inefectivas han sido las estrategias para tratar de limitar la extensión de estas epidemias. A pesar de que discursivamente se han proclamado "campañas" de vacunación para tratar de contener el problema, en la realidad la población general ha sido poco informada y no ha tenido el acceso masivo a campañas de vacunación necesarias para contener la onda epidémica. La disponibilidad de producto biológico (vacuna) no parece haber sido un determinante importante en esta situación, los organismos regionales OPS/PAHO/OMS han hecho esfuerzos importantes para que exista disponibilidad de productos a pesar de deudas y retrasos importantes de pago del gobierno venezolano al fondo rotatorio continental. Estos fenómenos epidémicos son muy complejos y entre otras cosas

JULIO SIMÓN CASTRO MÉNDEZ

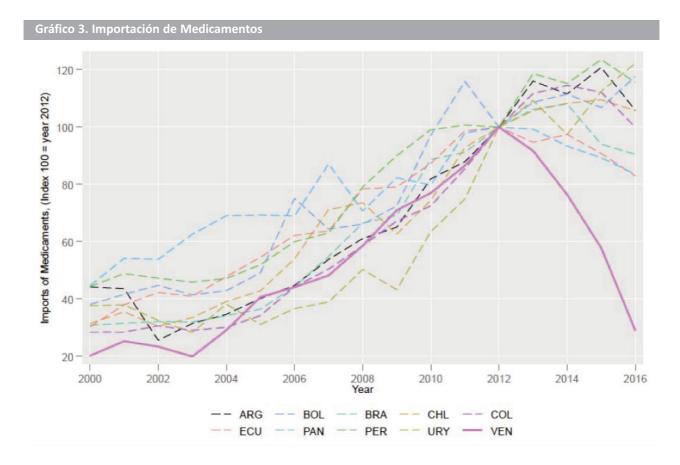
requieren un involucramiento de los factores sociales, lo cual no ha sido movilizado debido a la falta de transparencia de los datos y la información oficial sobre estas enfermedades; lamentablemente buena parte de la significación y severidad de estas epidemias han sido notificadas por países vecinos que han estado recibiendo casos de manera sostenida en estos 2 últimos años.

Déficit de medicamentos e insumos

En general medir estos fenómenos de una manera asertiva no es fácil, mucho menos con la falta de trasparencia gubernamental. Datos de la Oficina Internacional de Comercio revelan una caída abrupta de importación de medicamentos desde el año 2012, en unas proporciones que llegan a 85% menos que ese año. Si bien es verdad que la demanda había venido creciendo de manera sostenida en los últimos años (al igual que el resto de países de la región), es desde 2012, que paralelo a la reducción drástica de la importación general de bienes y servicios, se traslada en un fenómeno similar en el sector farmacéutico. Es importante

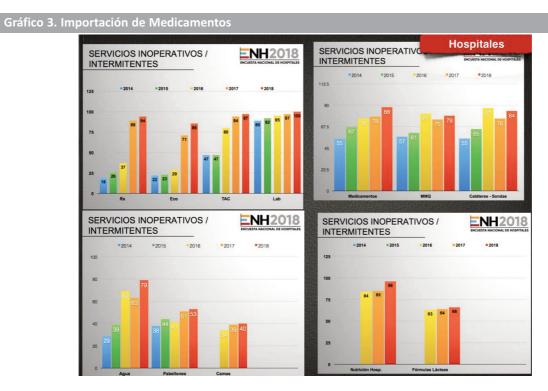
señalar que para el año de comienzo de la disminución severa de las importaciones (2012), el precio del barril de petróleo se encontraba en su punto más alto y en contra del argumento de la vocería gubernamental, para ese momento no existía ninguna restricción externa para el proceso de importación de medicamentos o sanciones administrativas. Esta contracción de la oferta de medicamentos, afecta de manera directa a cualquier persona que requiera medicamentos, lo cual puede llegar a un impacto global de 50-65% de la población general, bien sea por enfermedades crónicas o agudas. Grupos de pacientes han hecho explícita la situación: pacientes HIV positivos, pacientes con enfermedad de alto costo, pacientes en diálisis han sido víctimas directas de esta situación, algunos lo pagan con deterioro de la calidad de de vida, otros con la carga económica de tener que traer o conseguir tratamiento en otras latitudes.

La situación de los centros asistenciales ha estado muy mermada para atender los requerimientos de los ciudadanos, la encuesta nacional de hospitales



SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO. ¿QUÉ DICEN LOS "NÚMEROS"

(ENH) da cuenta de varios patrones de deterioro en la atención hospitalaria: 50% de las salas operatorias están inutilizadas, 55% de las camas de hospitalización no están disponibles, la capacidad diagnóstica (Ecosonografía, Rayos X, Tomografía, laboratorio), la capacidad terapéutica (medicamentos e insumos) y la situación de funcionamiento de los servicios básicos (agua, luz, alimentos) en los hospitales muestran un patrón de deterioro significativo, no hay ningún rubro medido en la ENH que haya mejorado y se haya estabilizado, el deterioro ha sido desigual, afectando de manera más importante a los hospitales en el interior del país. Algunos aspectos puntuales dan una idea de la magnitud del problema: 85% de los hospitales más importantes del país no tienen la capacidad de hacer una radiografía de tórax en un formato de 24x7 las semanas antes de evaluar la encuesta (año 2018) y la gran mayoría de los hospitales no está en capacidad de brindar alimentación hospitalaria a sus pacientes (adultos o niños); estos datos refleian una situación compleja que no sólo es imputable a las autoridades de salud, también la situación general del país afecta el desempeño de la salud, la dificultad, irregularidad y el mal funcionamiento de servicios públicos tienen un equivalente hospitalario que conlleva situaciones de manejo muy importante como la falta de agua corriente para necesidades diarias. A este nivel los factores determinantes comienzan a interactuar de forma perversa. El hecho de no tener agua, sin duda, afecta la proporción de infecciones hospitalarias y la situación de higiene hospitalaria y si a eso se une la extrema dificultad para obtener antibióticos, la resultante es bidimensional: por un lado cada hay vez hay más pacientes, más graves y por otro lado existe una presión para cada vez mayor a usar antibióticos más sofisticados, que no existen. Una encuesta realizada por la Sociedad Venezolana de Infectología (SVI) en relación a la disponibilidad de antibióticos en centros asistenciales públicos y privados da cuenta de una situación solo comparable a países con dificultades o situaciones extremas: 70% de los hospitales públicos no tienen al menos un esquema de antibióticos para los gérmenes más frecuentes y 35% de los hospitales privados presentan una situación similar. Esto da una idea de que el problema de acceso a medicamentos no es solo un problema de capacidad adquisitiva o exclusivo del sector público, sino que sin duda también existe un problema de accesibilidad de los recursos médicos necesarios aún en el entorno privado.



PÁGINA 212 MED INTERNA (CARACAS) VOLUMEN 34 (4) - 2018

JULIO SIMÓN CASTRO MÉNDEZ

Recursos humanos

La movilización de personal médico y paramédico ha pasado a ser un problema importante en los centros asistenciales, tanto por la migración fuera de nuestras fronteras como migración interna por falta de posibilidad de mantenerse o tener acceso a bienes de servicios básicos (agua, luz comida, seguridad), la resultante final es una disminución significativa de los recursos disponibles en el sector salud, una encuesta realizada por grupos de investigadores (UCV, data en proceso de publicación) reportan un promedio de 28% de médicos entrevistados han abandonado el país, pero cuando se segmenta en los grupos de médicos más jóvenes (últimos 5 años de graduados) la tasa llega al 65%. Este problema es uno de los más complejos de resolver; medicamentos e insumos pueden llegar al país de forma sencilla, pero el recurso humano requiere de mejoramiento de varios factores complejos que sin duda requiere más tiempo y una política sistemática de estímulo gubernamental, lo cual al menos hasta el momento mas bien parece ir en sentido contrario.

Toda esta situación de deterioro del sistema de salud ha ocurrido en muy poco tiempo; hasta hace poco la medicina académica venezolana estaba acostumbrada a pensar en altos estándares académicos (consensos, políticas, recursos) y a pesar de una situación de dificultades en los últimos 25 años, nuestra meta como personas ligadas al sector salud era pensar y trabajar sobre escenarios de excelencia. Lamentablemente esta situación actual se parece mas a un país en guerra que a un país que ha tenido una renta petrolera astronómica y cuando se la compara con el nivel de desarrollo de otros países de la región que han hecho cambios significativos en sus sistemas de salud, quedamos rezagados a nivel continental; lamentablemente en nuestro país la mayoría (si no todos) de los grandes indicadores de gestión en salud presentan una tendencia regresiva que oscila entre 15 y 45 años, lo cual requiere un análisis concienzudo de la razones que nos trajeron aquí, revertir esas razones y trabajar con método, tesón y disciplina para alcanzar niveles de desarrollo acordes con nuestros ingresos, historia y compromiso con el país; no parece haber margen para más errores, aquí, ahora, las víctimas de la peor crisis de salud vista en nuestro país, después de la guerra federal, se cuentan en miles, no solo en fallecidos imputables a un sistema de salud ineficiente, también en afectación de calidad de vida y secuelas a un número importante de personas que viven en nuestro país.

Situación Nutricional de los pacientes que consultan a los servicios médicos del área Metropolitana de Caracas. Estudio Multicéntrico

Cursos de Postgrado Universitario de Medicina Interna de los Hospitales: General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernandez", "Dr. José María Vargas", Universitario de Caracas, General del Este "Dr. Domingo Luciani", Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"

Resumen

Antecedentes: La ingesta alimentaria y los hábitos nutricionales han sufrido un cambio muy importante en Venezuela en los últimos 18 meses aproximadamente. Objetivo: Describir la condición nutricional de las personas que acuden a hospitales del área metropolitana de Caracas. Métodos: estudio de casos, descriptivo y prospectivo. La muestra fué no probabilística de selección intencional, de pacientes de cualquier género y mayores de 18 años, atendidos en los hospitales HGO, HDL, HUC y HV durante un día escogido acordado y simultáneo: el 25 de mayo de 2018. Se procedió a atender el motivo de consulta y luego se aplicó una encuesta, incorporando, además en ella, el diagnóstico principal y el Índice de Masa Corporal (IMC). Resultados: Se evaluaron 322 pacientes, 130 del HV, 93 del HGO, 54 del HUC y 45 del HDL. El promedio de edad fue 48,63 años $\pm 19,11$ años DE, con 55,22% de mujeres. Refirieron un promedio de comidas de $2,90 \pm 0,88$ veces al día y en la semana consumían $2,17 \pm 2,10$ veces proteínas y $4,15 \pm 2,51$ veces vegetales. EL IMC promedio fue de 21,48 \pm 9,93. Hubo 139 personas con desgaste orgánico (SDO) y en ellos la patología principal no justificaba este su presencia en 76 pacientes. Conclusiones: La calidad de la ingesta referida es inadecuada y existe un porcentaje alto de SDO en pacientes sin razones médicas para ello.

Palabras Clave: Ingesta; Hábitos; Nutrición; Síndrome de Desgaste Orgánico; Índice de Masa Corporal.

Residents of Internal Medicine in University Hospitals of Caracas, Venezuela

Cursos de Postgrado Universitario de Medicina Interna de los Hospitales: General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernandez", "Dr. José María Vargas de Caracas", Universitario de Caracas, General del Este "Dr. Domingo Luciani", Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"

Abstract

Background: Food intake and nutritional habits have experienced an important change in Venezuela in the last 18 months, approximately. *Objective:* To evaluate the nutritional status of the people who attended four hospitals of the metropolitan area of Caracas. Methods: case study, descriptive and prospective design. The sample was non-probabilistic and of intentional selection; the patients were of any gender over 18 years-old and came to HGO, HDL, HUC and HV hospitals. One accorded and simultaneous day was chosen: may 25,2018. The cause of consultation was assessed and afterwards, a survey was applied to evaluate the reason for consultation and then a survey was applied. It also included the main diagnoses and the Body Mass Index (BMI) was measured. Results: 322 patients were evaluated, 130 of the HV, 93 of the HGO, 54 of the HUC and 45 of the HDL. The average age was 48.63 years \pm 19.11years -old age, with 55.22% of women. They reported an average of 2.90 ± 0.88 meals a day and during the week they consumed proteins 2.17 \pm

2.10 and 4.15 ± 2.51 times vegetables. The average BMI was 21.48 ± 9.93 . Wasting Syndrome (WS) was found in 139 patients whose basic illness did not explain it 76. **Conclusions:** The quality and quantity of the food intake is inadequate and there is a high percentage of SDO in patients without a medical justification for this.

Key Words: Intake; Nutrition; Wasting Syndrome; Body Mass Index.

Marco teórico

Existe una necesidad urgente de medir la realidad nutricional de los pacientes atendidos en nuestro país. El antecedente de la encuesta ENCOVI^(1,2), demuestra que en un año las condiciones nutricionales han desmejorado sustancialmente, lo que se ha encontrado en Trabajos Especiales de Grado realizados por estas sedes hospitalarias^(3,4), y confirman los hallazgos de ENCOVI 2017 y 2016.

El déficit nutricional es un pésimo punto de partida para el futuro de un individuo. Ha sido demostrado que las personas con déficit nutricional son más propensas a las enfermedades infecciosas, sin mencionar lo relacionado con el desarrollo de los niños in útero y en sus etapas de crecimiento. La mortalidad también se asocia con una mala nutrición, tal y como lo demuestra el estudio en mayores de 65 años de Ramage y col.⁽⁵⁾. Sin embargo, no se restringe a este grupo etario; por ejemplo, en pacientes que requieren cirugía mayor se ha demostrado un aumento de las complicaciones⁽⁶⁾, así como también en pacientes hospitalizados, con infecciones y enfermedades crónicas⁽⁷⁻¹²⁾.

A pesar de que UNICEF en 2010 señaló que nuestro país tenía uno de los índices más bajos de desnutrición⁽¹²⁾, evaluaciones recientes locales señalan que esa aseveración ya no es aplicable y el riesgo de aumento de mortalidad infantil por esta causa ha llegado a estimarse a niveles insospechados. En cuanto a los adultos, se ha descrito que 4,5 millones de venezolanos comen una vez al día y el 80% come dos veces. Se requieren estudios clínicos que relacionen la calidad de ingesta actual y la morbimortalidad en la situación que vivimos, ya

que esta desnutrición está asociada a un déficit de la ingesta por las nuevas condiciones de vida del venezolano y no a enfermedades crónicas como se describe generalmente en la literatura internacional. Estamos presenciado un evento nuevo en la historia reciente de nuestro país⁽¹⁴⁾.

En nuestra experiencia reciente, los pacientes consultan por múltiples patologías, pero portan criterios de Síndrome de Desgaste Orgánico, el cual al interrogatorio tiene un enorme componente relacionado con la calidad y cantidad de comida que están ingiriendo. En la literatura de los últimos años, a nivel mundial, este síndrome es indicador de enfermedad crónica como por ejemplo la enfermedad renal crónica(9) el SIDA(15,16) y el cáncer(17) como los más importantes; mientras que en las formas de evolución más corta están la tuberculosis^(4,18) y las micosis profundas endémicas(19-21). En nuestro país generalmente no encontramos estas causas y la realidad actual nos coloca en una grave situación diagnóstica, pues estamos obligados, en oportunidades, a descartar otras enfermedades desgastantes cuando realmente estamos en presencia de una enfermedad socio - económica. Este hallazgo, contrasta con las investigaciones previas que se realizaban en nuestros postgrados que se basaban en las modalidades especiales para mejorar el pronóstico de otras patologías como la sepsis, su relación con el envejecimiento y el embarazo o patologías diversas que requerían estas especiales medidas(21-26). También se ha estudiado la relación con la inmunosupresión o enfermedades sistémicas(27-29).

Recientemente se sabe que, incluso, antes de que se instale el desgaste orgánico o la desnutrición, ya existe repercusión en el funcionamiento del individuo. En la anemia ferropénica por ejemplo, el tratamiento con hierro oral puede mejorar la clasificación de severidad de la insuficiencia cardíaca aun antes de mejorar los valores de hemoglobina y hematocrito, por lo que es claro que las interacciones moleculares de importantes componentes orgánicos deben mantenerse en niveles de normalidad para poder hablar de salud. Es particularmente, un ejemplo de la importancia de una ingesta adecuada⁽³⁰⁾.

Por estas razones, es indispensable documentar los hechos que nos permitan describir la realidad y

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

plantear estrategias para solucionar este problema. Es necesario plantear en todo ámbito de salud el estímulo a la investigación que se realice en este sentido. Más aún, cada investigación iniciada, debe ser la puerta de entrada a una línea de investigación que permita no sólo el seguimiento de esta condición, sino también ofrecer soluciones para optimizar la salud del venezolano, a lo cual obedece esta proposición de estudio en nuestras sedes de postgrado universitario.

Objetivo

Describir la condición nutricional de las personas que acuden a los hospitales docentes del área metropolitana de Caracas.

Métodos

Se diseñó un estudio de campo, de casos, sin intervención, descriptivo y prospectivo. La población correspondió a las personas que acuden a los hospitales participantes. La muestra fué no probabilística de selección intencional, de los pacientes de cualquier género y mayores de 18 años, que se encuentren o asistan a cualquier área de atención de los hospitales Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani", "Hospital Universitario de Caracas", Hospital Vargas de Caracas, Hospital Militar "Carlos Arvelo" el día 25 de mayo de 2018 de 8:00 a.m. hasta las 4:00 p.m.. Se incluyeron todos los pacientes que aceptaron participar en la investigación, previa explicación del proceso y firma del consentimiento informado cumpliendo con los aspectos éticos del ejercicio de la medicina(22-24). Se procedió a atender su motivo de consulta y luego se aplicó una encuesta de preguntas sencillas, directas o dicotómicas, y se agregó el diagnóstico principal y el IMC. La medición de las variables fue vaciada en una hoja de recolección de datos, para ser procesadas posteriormente en una hoja de Excel 2010.

Procedimiento estadístico

Se basó en la aplicación de estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y proporción.

Resultados

Se evaluaron 322 personas atendidas por los internistas el día fijado para la investigación. La

ubicación por hospital correspondió a 130 del Hospital Vargas de Caracas (HV), 93 pacientes en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" (HGO), 54 al Hospital Universitario de Caracas (HUC) y 45 al Hospital General del Este "Domingo Luciani" (HDL).

Se encontró un promedio de edad en los encuestados de $48,63 \pm 19,11$ años, con 178 mujeres (55,27%) y 144 hombres (44,73%). Se cuantificaron un total de 1423 personas como número total de miembros de las familias abordadas a través de la encuesta. Estas familias contaban con 364 niños que correspondieron a un promedio de $1,11 \pm 1,32$ DE por encuestado y 1060 adultos con un promedio de $3,74 \pm 7,07$ DE de adultos, para un total de 1423 miembros y un promedio de 4,41 miembros por familia. **Tabla 1**.

Los diagnósticos más importantes se señalan en la **tabla 2**, donde destacan como los mas frecuentes la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca,

Tabla 1. Características generales de la muestra										
Grupo total										
	Feme	enino	Masc	ulino						
	n	%	n	%						
Género	178 -		144 - 4	14,73						
	Prom	redio	D	S						
Edad (años)	48,	.63	19,11	años						
Comidas día (n)	2,	.9	0,8	88						
Carne día (n)	2,:	17	2,	1						
Vegetales día (n)	4,:	15	2,51							
IMC	21,	.48	9,9	93						
Ingreso familia (BsF)	79524	47,85	171617	723,89						
Niños en la familia Totales: 363	1,:	11	1,3	32						
Adultos en la familia Totales 1258	3,	74	7,0)7						
Adultos totales trabajando		435								
Condición laboral	n	Promedio	D	E						
Niños trabajando informal	1	0,003	0,0)5						
Niños trabajando formal	10	0,03	0,2	28						
Adultos trabajando formal:	297	0,91	1,0)7						
Adultos trabajando informal	: 138	0,42	0,8	35						

Miembros totales de la familia (n): 1556

diabetes mellitus tipo 2, las neumonías, infección de partes blandas, los tumores sólidos. Cabe destacar que el 32% consultó de forma preventiva y su diagnóstico fue "sano". El resto de las causas son muy diversas tal y como lo señala la tabla.

Tabla 2. Diagnósticos principales de co	nsulta	
Diagnóstico	n	%
Hipertensión arterial	40	14,2
Sano	35	12,4
Insuficiencia Cardíaca	17	6,05
Diabetes Mellitus 2	17	6,05
Neumonía	16	5,7
Infección de partes blandas	13	4,63
Fractura	10	3,56
Tumor Sólido	9	3,2
Asma, Enfermedad Renal Crónica, SIDA, Infección del Tracto Urinario Hernia de Pared Abdominal, Enfermedad	7 (c/u)	2,49
Cerebrovascular Isquémica, Cardiopatía Isquémica, Síndrome Diarreico Agudo	6 (c/u)	2,14
Neoplasia Hematológica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Tuberculosis Pulmonar, Lupus Eritematoso	5 (c/u)	1,78
Peritonitis, No Clasificable	4 (c/u)	1,42
Trombosis Venosa Profunda, Anemia Drepanocítica, Glomerulonefritis	3 (c/u)	1,07
Artritis Reumatoidea, Casa Hogar, Coluria, Endocarditis, Enfermedad Ulceropética, Epilepsia, Enfermedad Renal Aguda, Fibromatosis, Fibrotórax, Síndrome gripal, Herida por Arma de Fuego, Diabetes 1, Poli Traumatismos, Arritmia, Malaria, Síndrome Diarreico Agudo, Tuberculosis Extrapulmonar	2 (c/u)	0,71
Síndrome Edematoso, Anemia en estudio, Anemia normocítica Hipertiroidismo, Apendicitis, Ascitis, Cáncer Ovario, Cirrosis Hepática alcohólica, Cirrosis Hepática No Alcohólica, Derrame Pericárdico Sepsis, Enfermedad Cerebrovascular Hemorrágica, Empiema, Enfermedad Arterial Periférica De Miembros, Inferiores, Estenosis Traqueal, Fístula Abdominal, Fístula Cardiovascular, Hernia Hiatal, Hemorragia Digestiva Inferior, Hemorragia Digestiva Superior, Hepatitis, Hernia Inguinal, Hidrocele, Histerectomía, Hiperplasia Prostática Benigna, Hipertensión Portal, Litiasis Vesicular, Glaucoma, Síndrome Diarreico Agudo, Obstrucción Intestinal, Pancreatitis Aguda, Parasitosis Intestinal, Síndrome Depresivo, Sobrepeso, Síndrome Metabólico, Tumor Abdominal, Tumor Ovario, Tumor Pulmón, Tumor Vejiga, Tumor SNC, Trauma, Úlcera Miembros Inferiores, Várices	1 (c/u)	0.36

322

100

Total

En cuanto a la ingesta de alimentos, se encontró que en general comían $2,90 \pm 0,88$ comida día. Al preguntar, específicamente, sobre la ingesta de algunos rubros encontramos que los vegetales eran ingeridos $4,15 \pm 2,51$ días a la semana y la carne $2,17 \pm 2,10$ también días por semana.

El IMC fue medido en 286 personas, en el resto hubo dificultades técnicas. El promedio fue de 21,48 \pm 9,93 Kg/m2. El Síndrome de Desgaste Orgánico fue identificado en 139 pacientes, con un promedio de 0,42 \pm 0,49 DE sobre la población total estudiada. En la tabla 3 se muestra la comparación entre ellos, pero no fue estadísticamente significativa.

El ingreso familiar promedio para el momento de la recolección de la muestra fue de Bs F. 7.952.447,85 ± 17.161.723,89 DE. En 12 encuestados no se reportó ingreso alguno. El menor ingreso correspondió a un encuestado que lo refirió en BsF. 1.000.000,00, seguido por el sueldo mínimo que para el momento de la recolección de la muestra era de BsF.: 1.500.000,00; estos ingresos pertenecían a familias entre 1 y 6 miembros. El máximo ingreso fue de Bs. 100.000.000 y correspondió a una familia con 13 miembros de los cuales había un niño trabajando en la economía formal y 6 adultos trabajando en la economía formal.

El menor ingreso lo obtuvieron los pacientes del Hospital General del Oeste (Los Magallanes de Catia) con un promedio de BsF. $3.500.000 \pm 10082188,4$ DS y el mayor lo tuvo el HUC con BsF. $8.997.092,59 \pm 11681923.3$. Las variaciones intragrupo son muy amplias como se muestra en la **tabla 4**.

En cuanto al trabajo, se encontró que 10 niños trabajaban en la economía formal, lo que da un promedio por encuestado de 0.03 ± 0.28 DE niños ejerciendo esta función y solo uno en la economía informal que correspondió a un promedio de 0.003 ± 0.05 DE. En los adultos trabajaban un total de 435, lo que señala un promedio de 1.3 personas trabajando por encuestado y de ellos 297 en la economía formal con el promedio por encuestado 0.91 ± 1.07 y en la informal 138, con un promedio de 0.42 ± 0.85 . En la **tabla 4** se señalan los ingresos de los encuestados por hospital.

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Tabla 3. Caract	Tabla 3. Características de la ingesta												
Hospital	Eda	ad	Género	o (n - %)	Comidas	por día	Carne por	semana	Vegetales po	r semana	IM	С	D
	Prom	DE	Mujer	Hombre	Prom	DE	Prom	DE	Prom	DE	Prom	DE	(%)
HGO-Magallanes (93)	44,98	18,2	47 - (51,61)	46 - (48,39)	2,97	0,9	2,12	0,9	4,12	2,6	23,61	5,97	27,95
JM Vargas (130)	50,7	19,69	76 - (58,46)	54 - (41,54)	2,87	0,92	2,29	2,1	3,92	2,46	25,75	5,18	32,3
Domingo Luciani (45)	49,51	18,34	31 - (68,88)	14 - (31,11)	2,95	0,85	1,84	1,91	4,66	2,3	21,96	5,11	73,33
Universitario de Caracas (54)	49,5	19,46	24 - (44,44)	30 - (55,56)	2,79	0,76	2,7	2,18	4,29	4,63	21,07	7,62	51,85

Prom: promedio

Tabla 4. Ingreso y personas que trabajan en las familias (1)											
	Ingreso	familia		Personas/ familia							
Hospital	Prom	DE	n total	Niños			Adultos				
				n	Prom	DE	n	Prom	DE		
HGO Magallanes	3.500.000	10082188,4	431	123	1,28	1,27	308	3,17	1,68		
Vargas	8.061.461,54	23836289,8	565	131	1	1,48	434	3,33	1,74		
Luciani	7.757.778	16294079,9	181	48	1,06	1,07	133	2,95	2,13		
HUC	8.997.092,59	11681923.3	246	61	1,13	1,22	185	3,42	1,98		

Prom: promedio

Tabla 4.	Ingreso	y personas	que tra	bajan en	las fam	ilias (2)
----------	---------	------------	---------	----------	---------	-----------

		Trabajo familiar										
Heenitel			Niñ	os					Adı	ultos		
Hospital	n	Formal Pom	DE	n	Informal Prom	DE	n	Formal Prom	DE	n	Informal Prom	DE
Magallanes	10	0,3	1,34	0	0	0	88	1,59	1,53	28	0,53	1,26
Vargas	1	0	0	1	1	0	103	0,79	0,71	76	0,58	1,1
Llanito	1	1	0	0	0	0	67	1,71	1,16	14	0,7	0,65
HUC	0	0	0	0	0	0	59	0,72	0,73	20	0,37	0,59

Debe señalarse, en cuanto al SDO, que 76 pacientes tenían un diagnóstico principal que no justificaba su presencia. Estos diagnósticos fueron: 14 pacientes con HTA, 13 con ICC, 8 infección de partes blandas, 7 con neumonía, además de igual número con diabetes mellitus, 6 con enfermedad coronaria, 4 tuvieron algún tipo de ECV. El resto como se muestra en la **tabla 5**.

Discusión

Este trabajo cumplió con la meta de evaluar en un día, en horas diurnas, parte de la condición socioeconómica, algunas de las características de la nutrición de los atendidos, la cuantificación del IMC y la presencia de desgaste orgánico, además de identificar la causa principal de consulta a cada institución.

Tabla 5. Diagnósticos principales que no justifican la presencia del SDO

Diagnóstico	n
Hipertensión arterial	14
Insuficiencia Cardíaca	13
Infección de partes blandas	8
Neumonía	7
Diabetes mellitus 1 o 2	7
Enfermedad Coronaria	6
Enfermedad cerebrovascular isquémico o hemorrágica	4
Infección del Tracto urinario	2
Trombosis venosa profunda	2
Arritmia	2
Paciente Sano	2
Glaucoma	1
Síndrome gripal	1
Síndrome Metabólico	1
Síndrome diarreico agudo	1
Enfermedad arterial periférica de miembros inferiores	1
Estenosis traqueal	1
Malaria	1
Epilepsia	1
Anemia	1
Total	76

Se evaluaron 322 personas, que reflejan el hábito actual de su familia, y esto representa entonces los hábitos de los 1556 individuos que pertenecen a esa familia.

La primera observación es que la edad promedio es relativamente baja con una amplia desviación estándar (48,63 ± DE 19,11 años). El significado de este dato es importante, porque predominan las edades productivas de la vida donde se evidencia alguna alteración de salud que amerita consulta a un hospital, independientemente de que esta sea crónica o aguda Se habla entonces con la excepción de los pacientes catalogados como sanos, de una población tempranamente enferma. La amplitud de la DE por su parte, señala que el adulto joven también está consultando y que existe la población más esperada con patología crónica que son los adultos mayores. No fue objetivo de

este trabajo asociar la patología con la edad por lo que sería importante profundizar esta relación.

Por su parte el género reveló un predominio femenino en 10,5%, lo que no es muy amplio, es muy frecuente en las investigaciones locales y dibuja una estructura bastante similar entre géneros.

En cuanto a los ingresos, tomando como referencia la canasta básica del momento de la toma de recolección de la muestra, era de BS F. 39.639.321,22. El promedio de ingreso que fue 7.952.447,85, representa apenas el 0,2 de la citada cesta, y se necesitan 4,9 veces el ingreso promedio para alcanzar una cesta básica, en el estudio de familias que están compuestas por 4,85 miembros, siendo esta calculada para 4 miembros, por lo que aún no sería suficiente. Este dato explica los hábitos insuficientes de alimentación que encontramos en la investigación. Para el momento de esta publicación, la hiperinflación existente ha minimizado aún mas el poder adquisitivo de cada venezolano⁽³⁵⁾.

Se encontró que los encuestados comían 2,90 ± 0,88 al día, lo que señala que existe la educación básica de las 3 comidas al día, bien sea por costumbre o conocimiento, la tendencia se mantiene y es un plataforma adecuada para insistir por la vía educativa en las 3 comidas al día como base para la salud de toda la familia. Sin embargo, cuando observamos lo que comen, existe un deplorable déficit protéico al identificar que existen solamente $2,17 \pm 2,10$ días de ingesta de algún tipo de carne y 4,15 ± 2,51 días de ingesta de vegetales, donde los nutrientes proteicos, vitaminas, minerales, oligoelementos y fibra están en un franco déficit y tienen consecuencias no sólo en la salud global del individuo, sino también en el crecimiento y desarrollo de los 363 niños que formaron parte indirecta de la investigación. La ingesta de carbohidratos fue medida indirectamente, y es claro que si la tendencia es a comer 2,9 veces al día y cifras que no alcanzan una vez diaria de proteínas y vegetales, el resto de las comidas son en base a carbohidratos. Expresa este hallazgo, que apenas existe algún elemento energético, pero sin lo necesario para cubrir las necesidades metabólicas básicas.

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

La relación desnutrición-enfermedad es un hecho conocido, el riesgo de mortalidad quirúrgica fue medido por primera vez por O' Studley en la primera mitad del siglo XX, cuando comparó las cifras de mortalidad por cirugía de úlcera perforada al perder por lo menos 2% o más de su peso habitual, y encontró que estos murieron en el 33%, mientras que aquellos que no habían perdido peso o la pérdida era menor, llegaba al 3%. Actualmente se estima que el riesgo relativo de mortalidad en desnutridos se multiplica por 9,613⁽³⁶⁾.

Diversos estudios señalan que alrededor del 31% de los pacientes ingresados a los hospitales, presentan algún grado de desnutrición. Si bien esta investigación no aplicó todos los criterios diagnósticos de desnutrición, medimos el IMC y el SDO. El primero si se toma en cuenta, aislado, impresiona como una medida muy buena, pero si se compara con la forma de ingesta ya analizada, encontramos que este IMC casi "ideal" que tienen los pacientes estudiados, no son otra cosa que el camino a la desnutrición secundaria por la incapacidad adquisitiva para lograr una dieta mínimamente balanceada. Estudios anteriores de diversas poblaciones venezolanas, señalaban en su momento una gran preocupación por la tendencia a sobrepeso u obesidad, prácticamente ausente en esta investigación. Es por esa razón que este dato es un aporte vital a la realidad venezolana. A los médicos hospitalarios no les resulta extraño encontrar pacientes con IMC menores de 15, lo cual nunca había sucedido, con excepción de neoplasias terminales o pacientes abandonados. Sin embargo, la investigación de Cañas y cols demostró al comparar características clínicas y epidemiológicas de dos periodos 2004 - 2008 con el 2009 - 2013, de pacientes con TB, que una de las variables que había desmejorado de forma estadísticamente significativa fue el diagnóstico de desnutrición, siendo mayor del 2009 – 2013, data que a pesar de tratarse de una enfermedad que produce un severo desgaste, fue peor en el periodo mas reciente con la misma condición y señala que esta pérdida de peso es progresiva de tiempos recientes^(37,38).

El Instituto Nacional de Nutrición editó recientemente una colección denominada Lecciones Institucionales, entre las cuales está un ejemplar dedicado a sobrepeso y obesidad, donde se analizan las características nutricionales del venezolano entre 7 y 40 años de edad en toda la nación. Para estos investigadores, los hábitos nutricionales inadecuados a expensas de harinas, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, fueron los problemas identificados. La medición del sobrepeso en el género masculino fue de 32% y la obesidad de 29,65% en el grupo total, lo que suma 61,65%. Para el área Metropolitana de Caracas, el sobrepeso fue de 35,15% y para obesidad 25,52 %; ambos como un solo problema, representan el 62%, muy similar al total del país y coincide en que constituye más de la mitad de la población estudiada. Además, en el grupo total sólo el 35% y en el área metropolitana el 36%, están dentro de los parámetros normales; el resto se catalogó como peso bajo. La población estudiada por ellos corresponde a la suma de la población activa económicamente, los adolescentes y los escolares. Tomando en cuenta que puede haber diferencias entre los grupos estudiados en varias edades, no debe despreciarse el hallazgo de que a nivel nacional la alta frecuencia del sobrepeso y la obesidad, para ese momento eran un problema que ameritaba estrategias especiales según sus conclusiones.

Nuestro trabajo demuestra que esa característica cambió radicalmente y que con el tipo de nutrición que refirieron, explica el IMC casi perfecto que encontramos y la clasificación peso bajo será muy pronto la mas predominante, si no se aplican los correctivos necesarios. Esta publicación digital no posee los datos en tabla para el género femenino, ni los valores de IMC lo que sería interesante para compararlo con nuestros hallazgos⁽³⁹⁾.

Si bien es cierto que el predominio de farináceos ha sido una característica de la nutrición del país, la ausencia de proteínas no era de la magnitud encontrada. En 1945 en nuestro país se fundó el Instituto Nacional Pro Alimentación Popular y el Patronato Nacional de Comedores Populares. Ambas instituciones paliarían la situación nutricional del país, además de realizar investigación clínica con énfasis en las embarazadas para poder fijar pautas a posteriori que se publicarían en la revista Archivos Venezolanos de Nutrición fundada mas tarde. De estas iniciativas partieron muchas otras como la Escuela Nacional de Dietistas fundada en 1950. Para el mundo, Venezuela ofreció su nueva sede del nuevo Instituto Nacional de Nutrición para la Tercera Conferencia Latinoamericana de Nutrición en 1953, donde no quedaban dudas de los adelantos de nuestro país en organización e investigación, siendo uno de los mejores de la región.

La nutrición de nuestro país ha tenido altos y bajos, el patrón siempre se ha mantenido con predominio de carbohidratos, los trabajos de diversas instituciones resumidas en el trabajo de Bouges H, Bengoa J, O'Donell A., señalan que entre los años 1940 - 1945 el predominio de glúcidos con una franca deficiencia de proteína animal por disparidades relacionadas con la ubicación geográfica; por ejemplo, la mejor ingesta de carne animal la tenían las áreas que la producían, o sea la región de los Llanos y el resto mantenía el mismo patrón. Entre 1945 – 1979 el consumo calórico era insuficiente y de similares características. Para la segunda mitad del siglo XX aumenta el consumo cárnico por la mejora del poder adquisitivo de toda la Venezuela petrolera, acompañada del consumo de aceite vegetal y no animal, mas el consumo de frutas y hortalizas, lo que representa una nutrición mas completa. La mejor época nutricional se observó entre los años 1980 y 1982 por la bonanza petrolera, aún con las diferencias regionales. Luego se inicia un descenso de la calidad de vida incluyendo la nutrición hasta nuestros días, demostrado en la presente investigación que en los últimos meses ha sido vertiginosa, y repercute más acentuadamente en aquellos de menores recursos. Las intervenciones del estado para mejorar la condición nutricional de los venezolanos fueron inmensas, y como se resume en este párrafo lograron ser efectivas con sus habitantes en un país que le permitió aprender a vivir de forma adecuada. Para este momento, el concepto de comer 3 veces al día parece ser el único que se mantiene en aplicación en la mayoría de los estudiados (40). Todas estas iniciativas deben ser retomadas y mejoradas para lograr nuevamente el reinicio básico de la siembra de la salud que es la nutrición.

Las enfermedades crónicas pueden ser causa de pérdida de peso, inclusive de desgaste orgánico, entre ellos podemos citar la caquexia cardíaca, el estado cognitivo, la diabetes y el EPOC entre algunos.41,42,43,44,45 Sin embargo, el tratamiento adecuado de dichas patologías evita la instalación de la desnutrición asociada. Por lo tanto, no debe asumirse que el SDO o la desnutrición son definitivas en ellas. Esto por su parte, es consecuencia del deterioro de la calidad de vida acompañada de la falta de disponibilidad de los medicamentos que estas patologías requieren. Para el mes de septiembre la canasta básica fue de Bs. F. 736.229.500,27/ Bs.S 7.362,29 con un sueldo básico de Bs S.: 1800,00 y sin poder reflejar lo que el costo de los alimentos representa para este ingreso, pues el escenario de hiperinflación se mantiene. Ha sido parte de nuestra práctica médica, atender pacientes con patologías como las citadas sin desgaste orgánico con un estado nutricional óptimo en tiempos anteriores y en aquellos que pueden mantener su calidad de vida(46).

La pérdida de peso es de tal magnitud que la tabla 5 representa aquellas patologías que compensadas no deberían tener pérdida de peso o que en forma alguna producen la alteración del peso. Entre las enfermedades crónicas está la HTA, ICC, arritmias, enfermedad coronaria. Especial mención merecen las infecciones con un gran predominio en partes blandas y neumonías, donde el desgaste se convierte en el facilitador de la severidad e inclusive la muerte. Debe notarse que 2 pacientes no tenían otra patología que no fuera el desgaste y es correcta su consulta porque se trataba de una consulta preventiva, sin embargo, la orientación nutricional aislada, en el país que tenemos, es insuficiente para lo que paciente necesita. Por otra parte, esta tabla llama a la reflexión a todas las especialidades médicas para tomar en cuenta el interrogatorio nutricional y ayudar aunque sea conceptualmente a todo paciente que lo amerite.

Ha sido claramente demostrado que una buena nutrición es la mejor de las opciones tanto en la prevención como en el tratamiento de las enfermedades. Lo ha demostrado en múltiples áreas la dieta "mediterránea", cuyos componentes no son accesibles al

SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE CARACAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

venezolano de hoy, basados en el análisis de los ingresos reportados. Es por ello, que estos hallazgos no son una simple descripción de la situación del paciente que asiste a un hospital del país.

Estamos documentando las consecuencias de las condiciones actuales de vida del venezolano y su repercusión en la salud, lo que obligatoriamente debe ser corregido para evitar entrar en el círculo de la pobreza con sus consecuencias^(47,48).

Dada la importancia de los hallazgos, los autores se proponen realizar una segunda medición a finales de año para hacer seguimiento de las condiciones de vida y alimentación, acompañado siempre de la educación del encuestado y la atención adecuada.

Equipo de investigación

- •Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández": Trina Navas, Andrés Puerta, Brenda López, José Emilio Moncada, Lourdes Andreina Mendoza, Oskarina León
- •Hospital Universitario de Caracas: Elizabeth Hernández, Keisy Marquez, Mary Cifelli, Carlos Loynaz, Gabriel Silva, Joel Serpa, Jose Marrero, Federica Davila, Jose Angel Uribe.
- •Hospital Vargas de Caracas: Enrique Vera, Hendryx Escalona, Daniela Arellano, Ilich Vanessa González.
- •Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani": José Antonio Parejo, Mariana Rosas, Juan Torres, María Elisa Campos.
- •Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo: Dra Virginia Salazar

Referencias

- UCAB, USB, LACSO. ENCOVI 2015. Consultada el 2 de octubre de 2017 en
 - http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/encovi-2016.asp
- COMIR, Red de Solidaridad Ciudadana, UCAB, Fundación Bengoa, USB, UCV, LACSO. ENCOVI Venezuela 2016. Consultada el 15 de agosto de 2017 en http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/encovi-2016.asp
- Villamizar F, Escalante E, Navas T. El adulto mayor: epidemiología en el hospital general del oeste. 2016. [trabajo especial de grado]. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" Caracas, Venezuela Universidad Central De Venezuela, Caracas-Venezuela. 2016
- Cañas Castillo k, Ahmad M, Navas Blanco T. Tuberculosis: características epidemiológicas en un hospital tipo iv. Med Intern (Caracas) 31;1: 31-44

- Ramage-Morin Pl, Gilmour H, Rotermann M. Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older. Health Rep. 2017 sep 20;28(9):17-27.
- Kirkland L, Shaughnessy E. The association of weight loss with one-year mortality in hospital patients, stratified by BMI and FFMI subgroups. Clin Nutr. 2017 S0261-5614(17)30307-2
- Kruizenga H, van Keeken S, Weijs P, Bastiaanse L, Beijer S, Huisman-de Waal G, et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. Am J Clin Nutr 2016 Apr;103(4):1026-32.
- Shirakabe A, Hata N, Kobayashi N, Okazaki H, Matsushita M, Shibata Y et al. The prognostic impact of malnutrition in patients with severely decompensated acute heart failure, as assessed using the Prognostic Nutritional Index (PNI) and Controlling Nutritional Status (CONUT) score. 2017. 27(4):277-283.
- Kirushnan Bb, Rao Bs, Annigeri R, Balasubramanian S, Seshadri R, Prakash Kc, Vivek V et al. Impact of malnutrition, inflammation, and atherosclerosis on the outcome in hemodialysis patients. Indian J Nephrol . 2017 Jul-Aug; 27(4): 277–283
- Cruz V, Bernal 2, Buitrago G, Ruiz Áj. Screening for malnutrition among hospitalized patients in a colombian university hospital]. Rev Med Chil. 2017 apr;145(4):449-457.
- Rodríguez Jiménez K, Reales chacón L. Síndrome de fragilidad y sus variables asociadas Med Interna (Caracas) 2016; 32 (4): 272 – 278
- Bastidas Castillo J, Essenfeld- Sekler E. Los marcadores nutricionales en pacientes desnutridos y sujetos sanos. Estudio prospectivo en 100 pacientes. (Magister Scientiarum) 1983. [Tesis de Grado] Universidad Central de Venezuela – Facultad de Medicina.
- Unicef Venezuela, información del país. Derechos de los niños. Consultado el 31 de octubre de 2017 en https://www.unicef.org/venezuela/spanish/overview_4200.htm
- 14. Vinogradoff L. Alrededor de 300.000 niños podrían morir por desnutrición en Venezuela, según caritas. ABC internacional. 2017. Consultado el 31 de octubre de 2017 en http://www.abc.es/internacional/abci-alrededor-300000-ninos-podrían-morir-desnutricion-venezuela-segun-caritas-201710250219 noticia
- Salvador T, Lallana M J, Taboada, R J, Mendaza M. Síndrome de emaciación en el paciente con SIDA. Farm Hosp 1997. 21; 2: 69-77
- 16. Maurera Peña E, Reyes Herrera Y, Guerrero Guerrero J, Herde Rodríguez J, Capriles Wehrmann A; Díaz Solano M, et al. Epidemiología de la infección por HIV / SIDA en el Servicio de Medicina Interna III del Hospital Vargas de Caracas. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (2): 137 – 143
- Sosa-Sánchez R, Sánchez-Lara K, Motola-Kuba D, Green-Renner D. Síndrome De Anorexia-Caquexia En El Paciente Oncológico. Gac Méd Méx 2008. 144; 5: 435- 40.
- Maurera Peña E, Reyes Herrera R, Guerrero Guerrero J, Herde Rodríguez J, Figuera Jaspe D, Quijada Lazo W. Infección por Mycobacterium tuberculosis: casuística del servicio de medicina interna III del Hospital Vargas de Caracas. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (4): 275 – 279
- Cermeño H, Cermeño V J, Godoy G, Súnico L, Hernández De Cuesta I, et al. Tuberculosis y micosis sistémicas en indígenas del Municipio Cedeño, Estado Bolívar, Venezuela. Med Interna (Caracas) 2013; 29 (1):62 -67
- Guerrero J, Herdé J, Maurera E, Boccardo C, Vera E, Moros Ghersi C. Paracoccidiodomicosis: presentación de dos casos. Med Interna (Caracas) 2011; 27 (2): 144 – 153
- 21. Essenfeld-Sekler E, Contreras J, Fuenmayor V, Pérez A. Soporte nutricional por microyeyunostomía en embarazo de 19 semanas llevado a término: primer caso en Venezuela. Rev Obstet Ginecol

- Ven;52(1):57-8, 1992.
- Essenfeld Sekler E; Bastidas Castillo J, Perez de Herrera A. Nutricion enteral continua mediante sonda nasogastrica Dobbhoff en 20 pacientes desnutridos. Cent Med (Cracas). 1983. 22;76: 165-74
- 23. Essenfeld Sekler E. Cambios físicos, metabólicos y nutricionales en la vejez / Physical, metabolic and nutritional changes in the aging. Med Inter (Caracas). 1985. 1(1):18-23.
- Essenfeld Sekler E; Bastidas Castillo J. Nutrición enteral ambulatoria, primera experiencia presentada en Venezuela: 4 casos. Centro Méd;25(83):75-9, ene. 1986
- Contreras, Jesús H; Essenfeld-Sekler E. Valor de la evaluación nutricional de la embarazada y posibles implicaciones. Rev Obstet Ginecol Venez 1988. 48(2):56-6.
- Vásquez J, Meléndez R, Essenfeld Sekler E. Niveles de óxido nítrico en desnutridos que reciben L- arginina. 2001 [Trabajo de Grado]. Facultad de Medicina – Universidad Central de Venezuela.
- Alvarez C, Essenfeld Sekler E. Óxido nítrico y desnutrición. Med Intern (Caracas). 16(1):34-44, 2000.
- 28. Essenfeld Sekler E. Utilidad del Contaje de la Subpoblación Linfocitaria y las Marcadores de Desnutrición y Evolución Hospitalaria. [Trabajo de ascenso para optar al escalafón de Profesora Asociada de la Universidad Central de Venezuela]. 2004
- Cermeño V J, López C, Fajardo M, Cermeño V J. Tuberculosis y micosis endémicas en una población indígena del Estado Bolívar: San José de Kayamá. Med Interna (Caracas) 2007;23(4):241-244
- 30. Arocha Rodulfo J, Amair P, Andrés Octavio J, Navas Blanco T. Deficiencia de hierro y/o anemia en la insuficiencia cardíaca, ¿tratar o no tratar? Med Interna (Caracas) 2015; 31 (3): 119 128
- 31. Asamblea médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Última enmienda 52ª asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 y última nota de clarificación 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Consultada el 1 de noviembre de 2017 en http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/declaracion-helsinki-2013-esp.pdf
- 32. Congreso de la República de Venezuela. Ley de ejercicio de la medicina. Gaceta oficial nº 3.002 extraordinario de fecha 23 de agosto de 1982. Consultada el 1 de noviembre de 2017 en http://medicinapreventiva.com.ve/ley de ejercicio medicina.pdf
- 33. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la asamblea de la FMV en Caracas el 20 de marzo de 1985. Consultada el 1º de noviembre de 2017 en http://www.defiendete.org/html/de-interes/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes%20de%20venezuela/leyes/le
- CENDA (Centro de Documentación y Análisis para los trabajadores) Canasta alimentaria Abril 2018. Consultado el 12 de octubre de 2018. http://cenda.org.ve/noticia.asp?id=167

- Hernández A. Desnutrición y enfermedad crónica. Nutrición Hospitalaria. 2012. 5; 1: 4-16
- 36. Instituto Nacional de Nutrición. Sobrepeso y obesidad en Venezuela . Prevalencia y factores condicionantes. Fondo Editorial Gente de Maíz. consultado el 3 de octubre de 2018 en https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdfa
- Cañas Castillo KG, Ahmad M I, Navas Blanco T. Tuberculosis: características epidemiológicas en un hospital tipo IV Med Interna (Caracas) 2015; 31 (1): 31-43
- 38. Instituto Nacional de Nutrición. Sobrepeso y obesidad en Venezuela . Prevalencia y factores condicionantes. Fondo Editorial Gente de Maíz. consultado el 3 de octubre de 2018 en https://www.inn.gob.ve/pdf/libros/sobrepeso.pdfa
- 39. Bouges H, Bengoa J, O'Donell A. Historia de la Nutrición en América latina. Consultado el 1 de octubre de 2018 en https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf
- Miján A, Martín E, Mateo B. Caquexia cardíaca. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 Mayo [citado 2018 Oct 13]; 21(Suppl 3): 84-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0212-16112006000600012&lng=es.
- Govindaraju T, Sahle B, McCaffrey T, McNeil J, Owen A. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. Nutrients 2018, 10, 971; 1 - 18
- Mete B, Pehlivan E, Gülbaş G, Günen H. Prevalence of malnutrition in COPD and its relationship with the parameters related to disease severity. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018;13:3307-3312
- Balcha SA, Phillips DIW, Trimble ER. Type 1 Diabetes in a Resource-Poor Setting: Malnutrition Related, Malnutrition Modified, or Just Diabetes? Curr Diab Rep. 2018 Jun 14;18(7):47.
- 44. Casals-Vázquez C, Suárez-Cadenas E, Estébanez Carvajal FM, Aguilar Trujillo MP, Jiménez Arcos MM, Vázquez Sáchez MÁ. Relationship between quality of life, physical activity, nutrition, glycemic control and sarcopenia in older adults with type 2 diabetes mellitus. Nutr Hosp. 2017 Oct 24;34(5):1198-1204
- 45. Rocha M, Prieto D, Navas Blanco T. Prescripción y adquisición de medicamentos y procedimientos: análisis de las limitaciones actuales en el ejercició médico. Med Interna (Caracas) 2018; 34 (2): 96 – 112
- 46. Ricci C, Carboo J, Asare H, Smuts CM, Dolman R, Lombard M. Nutritional status as a central determinant of child mortality in Sub-Saharan Africa. A quantitative conceptual framework. Matern Child Nutr 2018. Consultada el 26 de cotubre de 2018 en https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/mcn.12722
- McClain AC, Dickin KL, Dollahite J. Life course influences on food provisioning among low-income, Mexican-born mothers with young children at risk of food insecurity. Appetite. 2018;132:8-17.

Insuficiencia Cardíaca Aguda: Análisis Clínico Epidemiológico*

Rina Díaz, Javier Díaz, Vladimir Fuenmayor Ojeda, José Antonio Parejo A

Resumen

Objetivo: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca aguda. Métodos: Se realizó un estudio de casos, transversal, y descriptivo en 400 pacientes que cumplían con criterios de inclusión y con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, durante el periodo mayo 2016 - junio 2017. Resultados: 55 % de la población correspondía al género femenino con un promedio de edad de 64,96 años. La presencia de enfermedades subyacentes se registró en un 77%, la HTA como la más frecuente seguida de diabetes mellitus (28,3%). La principal causa de descompensación fue omisión de tratamiento (52,3%) seguido de etiología infecciosa (33%). Los síntomas más frecuentes fueron disnea (88 %) y edema (85%). El signo clínico más frecuente fueron crepitantes (94%) y Pulso venoso yugular >5cmH2O (73%). Las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes fueron: anomalía auricular izquierda (36,25 %), hipertrofia del ventrículo izquierdo (43,1 %) v extrasístoles ventriculares (6,87 %) mientras que las alteraciones ecocardiográficas más frecuentes fueron fracción de eyección < 40 % (77,5%) dilatación moderada de cavidades. La mortalidad en las primeras 24 horas fue 9,5%.

Conclusiones: Predominó el género femenino con edades reportadas en la literatura y la etiología más frecuente la HTA. Los estudios ecocardiográficos coinciden con los descritos en la literatura. La mortalidad a las 24 horas fue alta.

Palabras clave: *Insuficiencia Cardíaca Aguda; Cardiopatía isquémica; Hipertensión arterial.*

Acute Heart Failure: Clinical And Epidemiologic Study

Rina Díaz, Javier Díaz, Vladimir Fuenmayor Ojeda, José Antonio Parejo A.

Abstract

Objectives: to analyze the clinical and epidemiological characteristics of patients with acute heart failure. Methods: this is a descriptive and transversal case study of 400 patients who had criteria for acute heart failure. They were hospitalized at the Hospital Dr. Domingo Luciani, Venezuela from may 2016 to june 2017. Results: 55% of patients were female gender, and the mean age was 64,96 years old. 77% of patients had concomitant illness; arterial hypertension was the most frequent illness followed by diabetes (28,3%). The mean reason for decompensation was medicament's interruption(52,3%) and infections illness was registered in 33%. The most frequent symptoms were dyspnea (880%), limb edema (85%). The more prominent clinical signs were pulmonary rales (94%) and jugular venous pulse >5cmH2O (73%). Electrocardiographic findings were left atrial enlargement (36,25%), left ventricular hypertrophy (43,12%) and ventricular extrasystolia (6,87%). Echocardiographic findings

Departamento de Medicina, Hospital Domingo Luciani, Edo. Miranda, Venezuela.

RINA DÍAZ Y COL.

were ejection fraction < 40% (77,5%) and left cavities with moderate dilatation (36,58%). The first 24 hours mortality was 9,5%. **Conclusions:** Female gender was predominant with a mean age similar to previous studies; the more frequent etiology was arterial hypertension. Echocardiographic findings were similar to those described in the literature. Mortality in the first 24 hours was high.

Key words: acute heart failure; coronary heart disease; hypertension.

Introducción

La Insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas típicos causados por una anormalidad estructural y funcional del corazón, resultando en un gasto cardíaco reducido o presiones elevadas intracardíacas en reposo o durante el estrés(1). Clásicamente, se ha dicho que existe IC cuando el corazón es incapaz de aportar sangre con sus nutrientes en una tasa acorde con los requerimientos metabólicos de los tejidos en reposo o durante el ejercicio ligero. Puede ocurrir en solo uno de los ventrículos o en ambos, y deberse a problemas en la eyección (IC sistólica) o en el llenado (IC diastólica). El resultado final es una serie de eventos complejos que provocan un conjunto de respuestas neuroendocrinas, las cuales conducen al "círculo vicioso" que caracteriza la evolución de la IC⁽¹⁾.

La IC es un síndrome heterogéneo resultante de daño estructural de la fibra miocárdica a través de diversos mecanismos como cardiopatía idiopática, infarto agudo del miocardio, hipertensión arterial sistémica o valvulopatía, entre otras causas. La prevalencia de la IC se ha ido incrementando en forma significativa a medida que la terapéutica actual ha reducido la mortalidad de la cardiopatía isquémica en particular del infarto agudo de miocardio (IAM)(2). Estas etiologías y entidades cardiovasculares interactúan y es fundamental identificar estos factores e incorporarlos a la estrategia de tratamiento. La insuficiencia cardíaca aguda se caracteriza generalmente por congestión pulmonar, aunque en algunos pacientes la presentación clínica puede estar dominada por un gasto cardíaco reducido e hipoperfusión tisular. Múltiples comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares pueden precipitar la aparición de la insuficiencia cardíaca aguda⁽³⁾.

El paradigma utilizado en la explicación de la fisiopatología de la IC ha pasado por diversos enfoques y no está totalmente dilucidado. Actualmente, este síndrome debe analizarse desde un punto de vista sistémico que incluye la activación neurohumoral propia de esta condición, acompañado de los cambios que ocurren celular y molecularmente y explican la remodelación cardíaca, la apoptosis y la propensión a padecer arritmias⁽¹⁾.

En el mundo, más de 20 millones de personas padecen de IC y a pesar de los adelantos en el manejo de esta enfermedad, la mayoría de los pacientes con las formas avanzadas mueren un año después de haber sido diagnosticados. Estudios de poblaciones, como el de Framingham, que le han seguido por 34 años a 5209 personas, registran prevalencias de IC del 0.8 %, el 2.3%, el 4.9% y el 9.1%, en los grupos etarios de 50-59, 60-69, 70-79 y más de 80 años, respectivamente⁽¹⁾.

Planteamiento del Problema

La insuficiencia cardíaca es una epidemia mundial. Cerca del 1% de la población mayor de 40 años presenta insuficiencia cardíaca. La prevalencia de esta enfermedad se duplica con cada década de edad y se sitúa alrededor del 10% en los mayores de 70 años⁽³⁾. En España la insuficiencia cardíaca es la tercera causa de muerte cardiovascular después de la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. En el año 2000, entre los varones, la insuficiencia cardíaca fue responsable del 4% de todas las defunciones y del 10 % de todas las muertes por enfermedades cardiovasculares; entre las mujeres, los porcentajes correspondientes fueron del 8 y del 18%⁽³⁾.

Desde el punto de vista sanitario el aumento de la frecuencia de los pacientes hipertensos, junto con otros tratamientos antihipertensivos efectivos que han prolongado la supervivencia, ha convertido a la insuficiencia cardíaca en la causa más común de ingresos hospitalarios y del programa

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

del fondo de seguro social de asistencia médica. En 1998, hubo 1.275.000.000 hospitalizaciones a causa de la insuficiencia cardíaca, y los costos para tratar esta enfermedad fueron aproximadamente de 18 mil millones de dólares. Los costos individuales para la insuficiencia cardíaca avanzada o grave fueron de 30.000 dólares por año por paciente. La reducción de calidad de vida, la falta de trabajo, el gran impacto familiar, inevitablemente se adhiere al incalculable costo de esta enfermedad^(4,5).

En vista del panorama anteriormente expuesto se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Domingo Luciani durante el período mayo 2016- junio 2017.

Justificación e Importancia

El síndrome de la IC es multifacético en su origen, v engloba una amplia gama de entidades clínicas subyacentes que dan como resultado una elevada morbilidad y mortalidad. Entre los sujetos con IC con fracción de eyección (FE) preservada, la muerte fue principalmente atribuida a enfermedad no cardiovascular. En contraste, entre sujetos con IC con FE disminuida, la causa principal de muerte fue la enfermedad cardiovascular en un 43% mientras que el 36% fueron atribuidas a causas no cardiovasculares, principalmente el cáncer y la enfermedad pulmonar. La promoción de las campañas que facilitan la percepción de la IC como una enfermedad siniestra debe, por lo tanto, ser defendida. La convergencia de las cada vez más eficaces terapias para IC aguda y los efectos adversos de los actuales estilos de vida probablemente dará lugar a un nuevo aumento de pacientes con IC crónica⁽⁶⁾. Dentro del primer año después del alta hospitalaria los pacientes en promedio tienen un riesgo de 28% de muerte, pero a pesar de sus altos riesgos de mortalidad también exhiben altas tasas de readmisión hospitalaria⁽⁷⁾.

Considerándo que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en Venezuela; el presente estudio propone analizar las características clínicas, paraclínicas, epidemiológicas y mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con IC aguda que ingresan al Servicio de Medicina Interna del Hospital "Dr. Domingo Luciani", y así contribuir con la identificación de la principales causas de descompensación y el diseño de medidas preventivas.

Objetivos

- 1. Establecer el número de pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda y sus aspectos demográficos.
- **2.** Determinar las enfermedades subyacentes más frecuentes.
- **3.** Establecer las causas más frecuentes de descompensación.
- **4.** Identificar las características clínicas y paraclínicas (laboratorio, radiografía de tórax, electrocardiograma) de los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca aguda.
- **5.** Determinar las características ecocardiográficas más frecuentemente descritas.
- **6.** Identificar la terapia farmacológica indicada al ingreso y al egreso.
- 7. Establecer la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Aspectos éticos

Por tratarse de un estudio descriptivo a cada uno de los participantes se le solicitó autorización por medio de un consentimiento informado para la obtención de los datos se recolectaron en la ficha de registro de pacientes con insuficiencia cardíaca destinada para tal fin; se tomaron muestras de sangre periférica y se realizaron estudios especiales dados por electrocardiografía, radiografía de tórax y ecocardiograma. Cabe destacar que se mantendrá la confidencialidad de los resultados obtenidos y se respetará la autonomía de los pacientes así como los otros principios básicos de la bioética: beneficencia, no maleficencia y justicia.

Métodos

Tipo de estudio: estudio de casos, siendo transversal y descriptivo

Población y muestra: La población estuvo constituida por 400 pacientes con diagnóstico de

RINA DÍAZ Y COL.

insuficiencia cardíaca aguda que fueron ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" durante el período mayo 2016 –junio 2017. Fue una muestra no probabilística, de pacientes de cualquier género, mayores de 13 años.

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda.
- Pacientes mayores de 13 años de edad con clínica o diagnóstico de IC.

Criterios de exclusión

Pacientes embarazadas.

Procedimientos

Los pacientes fueron evaluados desde el momento de ingreso a la emergencia, se les realizó una historia clínica detallada. Dentro de la misma se realizó una exploración física integral.

A todos los pacientes se les midió la presión arterial, se usó un esfigmomanómetro de mercurio estándar con un manguito de catorce centímetros. Para definir los criterios de hipertensión arterial y su clasificación se usaron los parámetros establecidos por la Guía del Octavo Comité de Hipertensión Arterial.

Se tomaron muestras de sangre venosa periférica de cada paciente. Todas las muestras se almacenaron en tubos y fueron procesadas por centro privado de manera autofinanciada.

Se realizaron electrocardiogramas de doce derivaciones usando un equipo calibrado a 0.15Hz-40Hz con parámetros estandarizados a 25mm/s y 10mm/mV. Para la interpretación del mismo se usaron los criterios actuales establecidos y aceptados por las organizaciones nacionales e internacionales de Medicina y Cardiología.

Posteriormente se les realizó una radiografía de tórax en proyección pósteroanterior por parte del servicio de radiodiagnóstico del hospital.

Para evaluar las características estructurales del corazón se procedió a la realización de un ecocardiograma transtorácico autofinanciado en diversos centros del área Metropolitana. Los parámetros del mismo fueron clasificados por la Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica.

Todos los datos fueron recopilados en la ficha de registro de paciente con insuficiencia cardíaca.

Tratamiento estadístico

Todos los análisis se realizaron usando estadística descriptiva y analítica con el programa SPSS for Windows en su versión 19 (SPPS Inc.). Los datos se presentaron en tablas realizadas en Microsoft Excel®, acompañadas de gráficos. Se consideraron como nivel de confianza Z (90 %).

Para el cálculo final del análisis estadístico se usó la correlación de Pearson para las variables paramétricas, y chi cuadrado (x²) para las pruebas no paramétricas. El nivel de significancia estadística se tomó si p<0.05.

Resultados

Se examinaron 400 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca desde Mayo 2016 hasta Junio 2017 registrados con historias médicas en código J90, y quienes cumplieron los criterios de inclusión.

Se determinaron las características epidemiológicas de los pacientes evidenciándose que predominó el género femenino con 222 pacientes (55,5%), En cuanto a la distribución por grupos etarios se obtuvo un promedio de edad de 64,96 años (DE: ±14,746), con una media de edad para el género femenino de 65,09 (DE: ± 15,84) y 64,7 (DE: ±13,28) para el género masculino, en ambos predominando el grupo etario entre 60 y 80 años. **Tabla 1**.

Se aplicó la prueba T para igualdad de las medias arrojando una significancia de 0,843 concluyéndose que no hay evidencia para rechazar la hipótesis nula y que los datos provienen de una distribución normal. En lo que respecta a su procedencia el Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" se encuentra ubicado en el Estado Miranda por lo que la mayoría de los pacientes pertenecían al área metropolitana.

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Tabla 1. Características de la muestra según aspectos demográficos		
Variables		dísticos
N	2	100
Promedio edad (años)		65
Género		
Masculino	178	44,50%
Femenino	222	55,50%
Grado de instrucción		
Analfabeta	74	18,50%
Primaria Completa	173	43,30%
Primaria Incompleta	49	12,30%
Bachillerato Completo	36	9%
Bachillerato Incompleto	13	3,30%
Universitario	17	4,30%
No Determinado	38	9,50%
Graffar		
1	0	0%
II	101	25,30%
III	216	54%
IV	47	11,70%
V	8	2%
No Determinado	28	7%

Al analizar su grado de instrucción 74 eran analfabetas (18,5 %), 49 de ellos cursaron primaria incompleta (12,3 %), 173 pacientes refirieron primaria completa (43,3 %); 13 de ellos cursaron bachillerato incompleto (3,3 %), 36 pacientes estudiaron bachillerato completo (9%) y 17 contaban con educación universitaria (4,3 %); en un 9,5 % (38 casos) de los ingresos no logró documentarse grado de instrucción. Con un nivel de p <0,05 y grados de libertad de 6 según la tabla de valores de x2 teniendo un valor límite de 12,59 se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre abandono de tratamiento y grado de Instrucción (x2: 5,653). Se determinó Graffar en 372 pacientes; de los cuales 101 presentaban Graffar II (25,3 %), 216 pacientes presentaban Graffar III (54 %), 47 correspondían a Graffar IV (11,8 %) y 8 presentaban Graffar V (2 %); dicho parámetro no pudo ser determinado en 28 casos (7%) (Tabla 1), encontrándose una correlación de Pearson (R: 0,118) elevada entre Graffar y abandono de tratamiento.

Analizando los antecedentes personales y comorbilidades subyacentes, se evidenció que 308

de los pacientes manifestaron ser hipertensos (77%), 113 personas referían diabetes mellitus (28,3%), 81 de ellos cardiopatía isquémica (20,3%) seguido de dislipidemia en 62 pacientes (15,5%), 31 sujetos con antecedente de enfermedad renal crónica (7,8%), 24 pacientes con anemia (6%), 22 pacientes (5,5%) con diagnóstico de hipotiroidismo, además de 17 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4,3%), 16 con antecedente de enfermedad de Chagas (4%), también se lograron identificar en menor cuantía neoplasias, ictus, valvulopatías, fibrilación auricular, revascularización y portadores de marcapasos. Cabe destacar que en la mayoría de los casos hubo patologías solapadas (**Tabla 2**).

Tabla 2. Distribución de la población según antecedentes personales.		
Variables	Estad	ísticos
Hipertensión arterial	308	77%
Diabetes mellitus	113	28,30%
Cardiopatía isquémica	81	20,30%
Dislipidemia	62	15,50%
Enfermedad renal crónica	31	7,80%
Anemia	24	6%
Hipotiroidismo	22	5,50%
EPOC	17	4,30%
Chagas	16	4%
Tabaquismo pasado	168	42%
Tabaquismo activo	38	9,50%

Hubo asociación estadísticamente significativa en pacientes que presentaban antecedentes de diabetes mellitus y clínica de insuficiencia cardíaca aguda con correlación de Pearson (R) de 0,294. Así mismo con pacientes que refirieron antecedentes de cardiopatía isquémica y cuadro clínico compatible con IC (R: 0,101).

En los hábitos psicobiológicos 206 pacientes tenían hábitos tabáquicos: 168 pacientes refirieron tabaquismo pasado (42%) y 38 presentaban tabaquismo activo (9,5%) (**Tabla 2**).

En cuanto al antecedente de insuficiencia cardíaca, se registró que en 198 (49,5%), era el primer

episodio y 202 pacientes presentaban antecedente de insuficiencia cardíaca (50,5%) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Distribución de la población según antecedente de insuficiencia cardíaca

Variables	Estadísticos	
N	4	00
Sin antecedentes	198	49,50%
Con antecedente	202	50, 5 %

Fuente: Ficha de Registro de insuficiencia cardiaca. Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" (HDL)

En cuanto a la población con antecedente de IC se determinó si el tratamiento crónico estaba constituido por fármacos que han demostrado disminución de la morbimortalidad (IECA o ARA, betabloqueadores y antagonista de mineralocorticoides) obteniéndose que estuvo constituido por tres fármacos en 7 pacientes (3,47%), doble terapia en 44 pacientes (21,78%), monoterapia en 126 pacientes (62,37%) y ausencia de tratamiento en 25 pacientes (12,37%).

Se ingresaron 400 pacientes registrándose la clase funcional según la NYHA, obteniéndose que 40 pacientes (10%) eran clase funcional II, 339 pacientes (84,75%) clase funcional III y 21 pacientes (5,25%) clase funcional IV.

En relación al síntoma principal evidenciado en la enfermedad actual fue disnea en 352 pacientes representando un 88 % de la muestra, seguido de edema en 342 pacientes (85,5%), tos en 177 casos (44,3%), la disnea paroxística nocturna ocupó el cuarto lugar siendo referida por 121 pacientes (30,3%), posteriormente se evidenciaron palpitaciones en 86 casos (21,5%), 39 de ellos manifestaron dolor torácico (9,8%), 30 pacientes refirieron mareos (7,5%) y 9 de ellos (2,3%) referían síncope (Tabla 4).

En cuanto a las características del examen físico se evidenció que 176 (44 %) pacientes presentaban tensión arterial sistólica (TAS) <120 mmHg, 107 (26,8 %) pacientes presentaban TAS entre 120-139mmHg y 117 (29,2 %) presentaron cifras tensionales >140mmHg. Por otra parte, 228 (57 %)

Tabla 4. Síntomas		
Variables	Estad	lísticos
N	4	-00
Disnea	352	88%
Edema	342	85,50%
Tos	177	44,30%
Disnea paroxística	121	30,30%
Palpitaciones	86	21,50%
Dolor torácico	39	9,80%
Mareos	30	7,50%
Síncope	9	2,30%

pacientes presentaron cifras de tensión arterial diastólica (TAD) <80 mmHg, 80 (20 %) pacientes presentaron TAD entre 80-89 mmHg y 92 (23%) pacientes presentaban TAD >90 mmHg; de la totalidad de los pacientes de esta investigación 59 (14,75%) presentaban una TAS <100mmHg, y se evidenció en 40 pacientes (10%) TAD <60 mmHg. Al evaluar la frecuencia cardíaca (FC) se obtuvo que 21 pacientes manejaban FC <60 ppm (5,3%), 310 pacientes presentaban FC entre 60 – 100 ppm (77,5%) y 69 pacientes presentaron fc >100 ppm. A nivel de la frecuencia respiratoria (FR) se observó que 204 pacientes manejaban entre 12-20 rpm (51 %) y 196 pacientes presentaban frecuencia respiratoria >20 rpm (49%). Al examen físico cardiovascular 293 pacientes (73,3%) presentaban una PVY >5 cmH2O y 85 pacientes (21,3 %) presentaban PVY ≤5 cmH2O; este parámetro no fue determinado en 22 casos (5,4%). En cuanto a la palpación del ápex se observó que 291 (72,75%) pacientes lo tenían desplazado: 139 pacientes era hiperquinético (47,77%), y en 152 se palpaba sostenido (52,23%). En 352 pacientes se observó ruidos cardíacos rítmicos (88 %) y 48 presentaban ruidos cardíacos arritmicos (12%), además de auscultarse 3er. ruido en 73 pacientes (18,3 %) y 4º ruido en 54 casos (13,5%) con hallazgo de soplos en 32 pacientes (8%). Al examen físico respiratorio se registraron crepitantes en 377 pacientes (94,3%), abolición de ruidos respiratorios sugestivo de derrame pleural en 87 personas (21,8%). En la exploración abdominal se evidenció hepatomegalia en 56 pacientes (14%), reflujo hepatoyugular en 86 pacientes (21,5%), ascitis en 146 pacientes (36,5%). Otro hallazgo frecuente en el examen físico fue edema

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

en miembros inferiores en 306 pacientes (76,5%). **(Tabla 5)**.

Tabla 5. Examen físico	o al ingreso	
Variables	Estadísticos	
N	400	
TAS		
<120 mmHg	176	44,00%
120-139mmHg	107	26,80%
≥140 mmHg	117	29,20%
TAD		
<80 mmHg	228	57%
80 – 89 mmHg	80	20%
≥ 90 mmHg	92	23%
Frecuencia Cardíaca		
<60 ppm	21	5,30%
60 – 100 ppm	310	77,50%
> 100 ppm	69	17,20%
Pulso Venoso Yugular		
≤ 5 cm H2O	85	21,30%
>5 cm H2O	293	73,30%
No Determinado	22	5,40%
Ruidos Cardíacos		
Rítmicos	352	88%
Arrítmicos	48	12%
R3	73	18,30%
R4	54	13,50%
Soplos	32	8%
Crepitantes	377	94,30%
Signo de derrame	87	21,80%
Hepatomegalia	56	14%
Reflujo Hepatoyugular	86	21,50%
Edema en MsIs	306	76,50%

La principal causa de descompensación e ingreso a la institución fue la omisión de tratamiento en 209 pacientes (52, %), seguido de patología infecciosa concomitante en 132 casos (33%), 33 pacientes (8,2%) se presentaron como emergencia hipertensiva y 12 pacientes (3%) ingresaron por cardiopatía isquémica aguda (**Tabla 6**).

Los pacientes con clínica de insuficiencia cardíaca que ingresaron al Hospital Domingo Luciani fueron sometidos a los siguientes estudios paraclí-

Tabla 6. Causa de descompensación			
Variables	Estad	ísticos	
N	4	00	
Omisión de tratamiento	209	52,30%	
Cuadro infeccioso	132	33%	
Hipertensión	33	8,20%	
Cardiopatía isquémica	12	3%	
Otras causas	14	3,50%	

nicos: la radiografía de tórax se realizó en 354 pacientes, evidenciándose en el 100% de los casos un Índice Cardiotorácico (ICT) >0,5. Cabe destacar que no se pudo realizar dicho estudio a 46 casos en vista de las condiciones clínicas que presentaban al ingreso. En cuanto a las características radiológicas de la aorta, en 155 pacientes se encontraba no prominente (43,78%), en 161 casos se observó aorta prominente (45,48%) y en 38 pacientes se observó calcificada (10,73%). En cuanto a los campos pulmonares, en 75 pacientes no se evidenciaron alteraciones (21,18%), en 52 pacientes se observó redistribución de flujo (14,68%), derrame pleural derecho en 148 pacientes (41,8%), 4 pacientes presentaron derrame pleural izquierdo (1,13%) y 75 pacientes derrame pleural bilateral (21,18 %) (tabla 7).

Tabla 7. Características rac en Rx de tótax	diológicas r	nás frecuentes
Variables	Esta	dísticos
N	3	354
ICT		
> 0,5	354	100%
Aorta		
No Prominente	155	43,78%
Prominente	161	45,48%
Calcificada	38	10,73%
Campos pulmonares		
Sin alteraciones	75	21,18%
Redistribución de flujo	52	14,68%
Derrame pleural derecho	148	41,80%
Derrame pleural izquierdo	4	1,13%
Derrame pleural bilateral	75	21,18%

RINA DÍAZ Y COL.

Se realizaron electrocardiogramas en 160 pacientes, evidenciándose 12 (7,5%) casos de cardiopatía isquémica aguda (5 con isquemia en cara inferior (41,66%), 6 en cara anterior (50%) y 1 septal (8,33%). Como hallazgos generales se observó en 58 pacientes anomalía auricular izquierda (36,25%), anomalía auricular derecha en 6 pacientes (3,75%), hipertrofia del ventrículo izquierdo en 69 pacientes (43,12%) e hipertrofia de ventrículo derecho en 1 paciente (0,62%), en cuanto a trastornos del ritmo se documentaron 9 pacientes con fibrilación auricular (5,62%) y 11 con extrasístoles ventriculares que corresponde al 6,87% (tabla 8).

Tabla 8. Características electrocardiográficas más

Variables	Estadísticos	
N	160	
Isquemia (n: 12)		
Cara inferior	5	41,66%
Cara anterior	6	50%
Septal	1	8,33%
Cav. Cardíacas		
Anomalía auricular izquierda	58	36.25%
Anomalía auricular derecha	6	3,75%
Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo	69	43,12%
Hipertrofia de ventrículo derecho	1	0,62%
Trastornos del Ritmo		
Fibrilación Auricular	9	5,62%
Extrasístoles ventriculares	11	6,87%

La hematología completa se realizó a 242 pacientes evidenciándose niveles de hemoglobina <12g/dl en 157 (64,87%) casos; y 85 pacientes (35,12%) presentaron niveles de hemoglobina ≥12g/dl. Otro de los parámetros solicitados correspondió a creatinina sérica realizados en 231 pacientes evidenciándose que 3 casos (1,3%) presentaron niveles <0,6mg/dl, 132 pacientes (57,14%) presentaron niveles entre 0,6 y 1,2 mg/dl y 96 pacientes (41,6%) presentaron niveles >1,2mg/dl. Entre los niveles de glicemia venosa que se obtuvo de 221 pacientes, se evidenció en 22 casos (10%) niveles de glicemia <70mg/dl, por otro lado en 68 pacientes (30,8%) se obtuvo cifras de glicemia entre 70-99 mg/dl, 69 pacientes (31,2%) presentaron niveles

entre 100-125 mg/dl y 62 pacientes (28,0%) niveles de glicemia >126 mg/dl . Se solicitaron electrolitos séricos pudiéndose procesar 85 muestras donde se obtuvo que 20 pacientes (23,52%) presentaban sodio <135 mEq/l, en 59 pacientes (69,41%) se demostró sodio sérico entre 135-145 mEq/l y 6 pacientes (7,05%) presentaron sodio >145 mEq/l. En cuanto al potasio sérico se procesaron 87 muestras donde 16 pacientes (18,39%) presentaron valores <3,5mEq/l, 65 pacientes (74,71%) presentaron valores entre 3,5 y 5,5 mEq/l, y en 6 pacientes (6,89%) se obtuvieron niveles de potasio sérico >5,5mEq/l.

Se determinaron marcadores cardíacos en 55 muestras, 49 correspondientes a NTProBNP en donde el 100% de las muestras resultaron por encima de 300 pg/ml y 6 muestras de BNP obteniendo solo una por encima de 100 pg/ml (16,67%). (tabla 9).

Tabla 9. Exámenes de laboratorio más frecuentes

Variables	Esta	dísticos
Hemoglobina (n: 242)		
<12g/dl	157	64,87%
≥12g/dl	85	35,12%
Creatinina (n: 231)		
<0,6mg/dl	3	1,30%
0,6 y 1,2 mg/dl	132	57,10%
>1,2mg/dl	96	41,60%
Glicemia (n: 221)		
<70mg/dl	22	10%
70-99 mg/dl	68	30,80%
100-125 mg/dl	69	31,20%
>126 mg/ dl	62	28%
Sodio (n: 85)		
<135 mEq/l	20	23,52%
135-145 mEq/l	59	74,80%
>145 mEq/l	6	1,50%
Potasio (n: 87)		
<3,5mEq/l	16	18,39%
3,5 y 5,5 mEq/l	65	74,71%
>5,5mEq/l	6	6,89%

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

Se realizaron 205 ecocardiogramas transtorácicos, donde se evidenció que 159 pacientes presentaban fracción de eyección <40 % (77,56%), 26 pacientes presentaban fracción de eyección entre 40-49 % (12,68%) y 20 pacientes presentaban fracción de eyección ≥50 % (9,75%). En cuanto a anomalía auricular izquierda se reportó un total de 163 hallazgos, evidenciándose 9 pacientes con dilatación leve (5,52%), 75 pacientes presentaron dilatación moderada (46,01%) y 79 pacientes dilatación severa (48,46%). En cuanto a alteraciones en ventrículo derecho se reportaron hallazgos en 128 estudios donde 50 casos presentaban dilatación leve (39,06%), se observó dilatación moderada en 40 pacientes (31,25%), y dilatación severa en 38 pacientes (29,68%); a nivel de ventrículo izquierdo se reportaron 171 hallazgos; en 19 pacientes se describió dilatación leve (11,1%), por otro lado 61 pacientes presentaron dilatación moderada (35,67%), 70 pacientes dilatación severa (40,93%), 9 pacientes cursaron con hipertrofia concéntrica (5,26%) y 12 pacientes presentaron hipertrofia excéntrica (7,02%) (tabla 10).

Tabla 10. Características	ecocardiográ	ficas
Variables	Esta	dísticos
N	7	205
Fracción de eyección		
< 40 %	159	77,50%
40-49 %	26	12,68%
≥50%	20	7,50%
Aurícula Izquierda		
N	:	163
Dilatación leve	9	5,52%
Dilatación moderada	75	46,01%
Dilatación severa	79	48,46%
Ventrículo Derecho		
N	:	128
Dilatación leve	50	39,06%
Dilatación moderada	40	31,25%
Dilatación severa	38	29,68%
Ventrículo Izquierdo		
N	:	171
Dilatación leve	19	11,11%
Dilatación moderada	61	35,67%
Dilatación severa	70	40,93%
Hipertrofia concéntrica	9	5,26%
Hipertrofia excéntrica	12	7,02%

Entre los fármacos más utilizados al ingreso se encontraron los diuréticos de ASA en 373 pacientes (93,3%) seguidos de los IECAs utilizados en 174 pacientes (43,3%), antagonistas de receptores de angiotensina (ARA 2) en 35 pacientes (8,8%), betabloqueantes en 149 pacientes (37,3%), y 47 personas (11,8%) recibieron antagonistas de aldosterona tipo Espironolactona, seguido en menor porcentaje de estatinas, anticoagulantes e inotrópicos (tabla 11).

Tabla 11. Fármacos indicados al ingreso		
Variables	Estad	ísticos
N	4(00
Diuréticos de ASA	373	93,30%
IECA	174	43,30%
ARA 2	35	8,80%
Betabloqueantes	149	37,30%
AntiAldosterónico	47	11,80%
Antiagregantes	41	10,30%
Estatinas	35	8,80%
Inotrópicos	26	6,50%
Anticoagulante	24	6,00%
Digoxina	24	6,00%
Diuréticos HCT	13	3,30%

De los 400 pacientes del estudio, egresaron por mejoría clínica 362, donde los fármacos más utilizados al egreso fueron betabloqueantes en 320 pacientes (88,39%), diuréticos de ASA en 267 pacientes (73,75%), seguidos de IECAs en 256 pacientes (70,71%), antialdosterónico en 161 pacientes (44,47%), y ARA 100 pacientes (27,62%) (tabla 12).

Tabla 12. Fármacos indicados al egreso		
Variables	Estad	lísticos
N	362	
Diuréticos de ASA	267	73,75%
IECA	256	70,71%
ARA 2	100	27,62%
Betabloqueantes	320	88,39%
Antialdosterónico	161	44,47%
Antiagregantes	87	24,03%
Estatinas	89	24,58%
Anticoagulante	14	3,87%
Digoxina	27	7,46%

RINA DÍAZ Y COL.

La mortalidad intrahospitalaria fue reportada en 9,5 %, ya que 38 casos fallecieron previo al egreso. Es importante destacar que 17 pacientes (44,74%) presentaron $TA \leq 100/60$ mmHg y en cuanto a paraclínicos, a 15 pacientes se les realizó hematología completa reportándose en 9 casos Hb<12g/dl. Se estableció una relación estadísticamente significativa entre anemia y mortalidad intrahospitalaria $(x^2: 2,325)$ y tabaquismo activo con mortalidad intrahospitalaria $(x^2: 0,038)$, ambos con 1 grado de libertad y valor límite de 3,841.

Discusión

El síndrome de la IC es multifacético en su origen, y engloba una amplia gama de entidades clínicas subyacentes que dan como resultado una elevada morbilidad y mortalidad. La historia natural del paciente con ICC se caracteriza por la recurrencia en la aparición de los síntomas congestivos. Los factores responsables de esta particular evolución son: no adherencia al tratamiento, arritmias cardíacas, síndrome coronario agudo y procesos infecciosos^(5,8).

La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 64,96 años, lo que se corresponde al estudio ADHERE International - Asia Pacific donde se obtuvo como resultado de edad media 67 años, en contraposición con la mayoría de los estudios que reportan edad media de la población estudiada por encima de setenta años (estudio INCAex: 76,1 años, Estudio EuroHeart Failure Survey: 71 años), sin embargo en el estudio ADHERE se plantea que la población pudiera ser más joven obedeciendo al índice de desarrollo humano (IDH), realizado por la ONU, en vista del comportamiento directamente proporcional entre este último y la edad media de la población⁽⁹⁻¹²⁾. Para el 2017, se reportó un IDH para Venezuela de 0,767 pudiendo establecer una relación con el promedio de edad en nuestro estudio⁽¹³⁾. Con respecto al género, fue predominante la población femenina con un 55,5 % dichos resultados coinciden con la literatura descrita por Riesgo et al en donde se estudió una población de 944 pacientes en un período de un mes, evidenciándose que el 53 % eran mujeres con una edad media superior en relación al género masculino, en concordancia con los hallazgos arrojados en este estudio, así mismo se evidencia que en estudios internacionales tales como OPTIMIZE el 52% de la población perteneció al género femenino^(14,11).

En cuanto a los antecedentes personales, se evidenció que la comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial en el 77 % de los pacientes, seguido de diabetes mellitus en el 28,3 % y cardiopatía isquémica en un 20,3 % lo que se corresponde con estudios como INCAex y OPTIMIZE-HF donde muestran que la HTA estuvo presente en un 88,4 % y 46 % respectivamente, seguido de diabetes mellitus en un 44 y 42%^(10,11).

En relación al síntoma principal evidenciado en la enfermedad actual fue la disnea en el 88% de los pacientes, edema en un 85,5 %, seguido de tos en un 44,3 % y disnea paroxística en un 30,3 % lo que corresponde al estudio realizado por Cinza et al donde evaluaron las características clínicas de los ingresados en un servicio de medicina interna por insuficiencia cardíaca durante cinco años donde incluyó 248 pacientes y el síntoma cardinal fue la disnea en 68,8%(15). Al igual que Núñez Báez y Sanz, en un estudio realizado en el Hospital Domingo Luciani donde se evidenció que los síntomas más frecuentemente referidos fueron disnea de esfuerzo, tos y disnea paroxística nocturna(16).

Dentro de los hallazgos al examen físico se evidencia que los más frecuentes fueron la presencia de crepitantes en el 94,5 % y edema en el 76 % de la población estudiada guardando relación con el estudio ADHERE International — Asia Pacific donde el principal signo era la presencia de crepitantes en un 80% de los pacientes, considerándose un hallazgo clínico importante ante la evaluación física de los pacientes con insuficiencia cardíaca⁽¹⁷⁾.

La principal causa de descompensación en este estudio fue la omisión de tratamiento en un 52,3 %, seguido de etiología infecciosa en un 33 % y en tercera posición la etiología hipertensiva, lo que no se correlaciona con el orden jerárquico de estudios realizados en esta institución previamente tales como Núñez Báez y Sanz en donde las principales causas de descompensación fueron patologías infecciosas, seguido de poca adherencia o abandono de tratamiento y eventos isquémicos agudos⁽¹⁶⁾. Al

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

igual que el estudio OFICA en donde se reportó que los principales factores precipitantes fueron la patología infecciosa en el 27% de los casos y las arritmias en un 24% de la muestra(18). Pero si se compara con literatura latinoamericana existe concordancia con el registro ICARO en Chile, en donde las principales causas de descompensación estuvieron dadas por abandono de tratamiento, seguido de causas infecciosas, fundamentalmente respiratorias y en tercera posición arritmias(19). Estos cambios en el orden de las etiologías pudieran explicarse debido a la coyuntura socioeconómica actual que ha desencadenado en una escasez generalizada de medicamentos. Sin embargo es importante destacar las relaciones estadísticamente significativas entre Graffar, escolaridad y abandono de tratamiento pudiendo inferir que el aspecto sociocultural del individuo puede influir en la conciencia de enfermedad lo que condiciona a omisión del tratamiento más frecuentemente.

En cuanto a los paraclínicos solicitados se realizó radiografía de tórax al 88,5% de la población estudiada obteniéndose como hallazgos más frecuentes ICT>0,5, además de derrame pleural, y redistribución de flujo. Dichos resultados concuerdan con Núñez Báez y Sanz en donde se evidenció que los principales datos obtenidos en la radiología torácica fueron: ICT>0,5 signos de efusión pleural, cayado aórtico prominente, y patrón de redistribución de flujo⁽¹⁶⁾.

A nivel ecocardiográfico se evidenció en el 77,5 % una fracción de eyección reducida (<40%), además de dilatación severa de las cavidades en un 46%, con una dilatación severa de ventrículo izquierdo en un 48,46% lo que corresponde a la literatura aportada por ESC-HF Long Term donde se evidenció que el 68,8 % de los pacientes hospitalizados tenían una fracción de eyección reducida⁽²⁰⁾. Si se compara con el estudio realizado Núñez Báez y Sanz en este mismo centro se puede evidenciar que la fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue <45% en el 70% de la población estudiada, siendo esto un predictor a mediano y largo plazo de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca⁽¹⁶⁾.

En cuanto a paraclínicos séricos se logró estudiar en 242 pacientes evidenciándose niveles de hemoglobina <12g/dl en 157 (64,87%) casos y 85 pacientes (35,12%) presentaron niveles de hemoglobina ≥12g/dl, además de niveles de creatinina entre 0,6 - 1,2mg/dl en el 41,6% de los pacientes, dicho resultado no coincide con el estudio ADHE-RE que reporta un valor medio de hemoglobina de 12,2 g/dl y creatinina por encima de 1,2 mg/dl⁽¹⁴⁾. Los resultados obtenidos coinciden con el estudio realizado por Wisniacki N. y colaboradores donde evidenciaron que más de la mitad de la población estudiada presentaba hemoglobina por debajo de 12g/dl⁽²¹⁾. Por otra parte en el Estudio ESC-HF Long Term en donde se estudiaron pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada se destacó el hallazgo de hemoglobina <12g/dl (20).

Dentro de los paraclínicos se realizaron 55 muestras de marcadores cardíacos, obteniéndose que el 100% de las muestras para NTProBNP se encontraban por encima de 300 pg/ml, indicando una alta sensibilidad coincidiendo con las guías europeas de IC en donde reportan dicho parámetro en 90%⁽²²⁾.

En lo que respecta al tratamiento de ingreso recibido se prescribieron los diuréticos de ASA en el 93,3 % seguido de lo IECAS utilizado en el 43,3 %, y ARA 2 en el 8,8 % esto se corresponde con el registro EAHFE en donde se utilizaron en primera instancia los diuréticos endovenosos en el 86,7 % de los pacientes que ingresaron por descompensación de la IC⁽²³⁾. Se puede referir también que en la institución se están cumpliendo parte de las medidas terapéuticas indicadas por las guías internacionales en el manejo de la insuficiencia cardíaca aguda.

Dentro de las medidas farmacológicas indicadas al egreso, en primer lugar se encuentran los betabloqueadores, seguidos de diuréticos de ASA e IECAs, cabe destacar que las guías de la sociedad europea de cardiología no plantean el uso de diuréticos de ASA para el tratamiento crónico en pacientes con IC, sin embargo se plantea que los pacientes se egresan con resolución parcial del cuadro clínico ameritando depleción de líquido de manera ambulatoria. Así mismo se refiere el cumplimiento parcial de las medidas terapéuticas indicadas en la guía europea de IC, aún en el contexto de escasez actual.

RINA DÍAZ Y COL.

La mortalidad intrahospitalaria se reportó en 9,5 % lo que se puede comparar con el estudio de Chávez et al en donde se observó una mortalidad hospitalaria de 8,9 %, por otro lado el registro Chileno ICARO refirió este parámetro en 4,5%(24,19). Esto último pudiendo relacionarse con el incumplimiento del tratamiento crónico que se ha referido en nuestro estudio en un 96% de la muestra, aumentando la morbimortalidad. En cuanto a este grupo se estableció una relación estadísticamente significativa entre anemia y mortalidad al ingreso, lo que se correlaciona con el estudio de Sridharan y Klein en donde se identifica la anemia como factor de riesgo para reingresos y mortalidad intrahospitalaria⁽²⁵⁾.

Entre las asociaciones más relevantes y estadísticamente significativas se encontró la relación en pacientes que presentaban antecedentes de diabetes mellitus y clínica de insuficiencia cardíaca, lo que concuerda con el estudio de Sridharan y Klein en donde se determinó que los pacientes con diabetes mellitus tiene 1,5 a 2 veces más riesgo de hospitalizaciones por descompensación⁽²⁵⁾.

Conclusiones

- 1.La media de edad de los pacientes que acuden al Hospital Domingo Luciani es de 64,96 años (DE: ±14,746), con predominio del género femenino.
- 2.La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de diabetes mellitus y cardiopatía isquémica.
- 3.La causa más frecuente de descompensación fue el abandono del tratamiento seguido de la etiología infecciosa.
- 4.Los síntomas más frecuentes y causa de ingreso hospitalario fueron la disnea, edema y tos, seguido de disnea paroxística nocturna.
- 5.A nivel de examen físico los signos más frecuentes fueron el pulso venoso yugular >5 cm de H2O, crepitantes y edema en miembros inferiores.
- 6.Dentro de los hallazgos paraclínicos más frecuentes se evidenció a nivel radiológico índice cardiotorácico >0,5 y valores de hemoglobina <12 g/dl.
- 7. Como hallazgos frecuentes a nivel de ecocardiograma se reportó una fracción <40%; con dila-

tación severa de aurícula y ventrículo izquierdo.

- 8.El fármaco más utilizado durante el ingreso hospitalario fueron los diuréticos de asa seguido de IECAs.
- 9.Los fármacos más utilizados al egreso del paciente por mejoría clínica fueron betabloqueantes, seguido de diuréticos de asa e IECAS.
- 10.La mortalidad intrahospitalaria fue del 9,5% reportándose relaciones estadísticamente significativas con anemia y tabaquismo actual.

Referencias

- Ulate-Montero G, Ulate-Campos A. Actualización en los mecanismos fisiopatológicos de la insuficiencia cardiaca. AMC. 2008; 50(1): 5-11.
- Ortiz A.Fisiopatología de la insuficiencia cardíaca. Arch Cardiol. Méx. 2006: 76:182-187.
- Rodríguez-Artalejo F, Banegas J, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol.2004, 57:163-70.
- Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis. JAMA1997;277:739-745.
- Roger VL. Epidemiology of Heart Failure. Circ Res. 2013; 113:646-659.
- Henkel D, Redfield M, Weston S, Gerber Y, Roger V. Death in Heart Failure: a Community Perspective. Circ Heart Fail. 2008; 2: 91–97
- Pons F, Lupón J, Urrutia A, González B, Crespo E et al. Mortalidad y causas de muerte en pacientes con insuficiencia cardiaca: experiencia de una unidad especializada multidisciplinaria. Rev Esp Cardiol. 2010; 63(3):303-314.
- Fernández-Bergés D, Consuegra-Sánchez L, Félix-Redondo FJ, Robles NR, Galán Montejano M, Lozano-Mera L. Características clínicas y mortalidad de la insuficiencia cardíaca. Estudio INCAex. Rev Clin Esp. 2013;213(1)16-24.
- Atherton JJ, Hayward CS, Wan Ahmad WA, Kwok B, Jorge J.et al.Patient characteristics from a regional multicenter database of acute decompensated heart failure in Asia Pacific (ADHERE international-Asia Pacific). J Card Fail. 2012;18(1):82-88.
- Fernández-Bergés et al. Original Características clínicas y mortalidad de la insuficiencia cardiaca. Estudio INCAex. Rev Clin Esp.213 (1):16-24.
- Abraham W, Fonarow G, Albert N, Stough W, Gheorghiade M, Greenberg B, et al. Predictors of HF Hospital Mortality in the OPTIMIZE-HF Trial. JACC. 2008;52(5):347–356.
- Cleland J, Swedberg K, Follatah F, Komadja M, Cohen-Solal A, Aguilar J. The EuroHeart Failure Survey programme. A survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part I: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J, 24 (2003). 442-463
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Venezuela en breve. Caracas (Vzla). 2017. Disponible en: http://www.ve.undp.org/content/venezuela/es/home/countryinfo/
- 14. Riesgo et al. Influencia del sexo del paciente en la forma de presentación y en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de Urgencias españoles. Med Clin (Barc). 2010; 134(15):686-687.
- 15. Cinza Sanjurjo S, Cabarcos A, Nieto Pol E, Torre JA. Análisis transversal de la insuficiencia cardiaca en pacientes de un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel de área mixta (rural y urbana). An. Med. Interna. 2007; 6: 267-272.

INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

- Núñez M, Sanz G. Factores de riesgo de morbimortalidad en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda en el hospital Dr. Domingo Luciani. Med Interna.2015; 31 (4): 187 - 197.
- Atherton JJ, Hayward CS, Wan Ahmad WA, Kwok B, Jorge J.et al.Patient characteristics from a regional multicenter database of acute decompensated heart failure in Asia Pacific (ADHERE international-Asia Pacific). J Card Fail. 2012;18(1):82-88.
- 18. Logeart D, Isnard R, Resche-Rigon M, et al. Current aspects of the spectrum of acute heart failure sindromes in a real-life setting: the OFICA Study. Eur J Heart Fail. 2013; 15(4):465-76.
- Castro G Pablo, Vukasovic R José Luis, Garcés S Eduardo, Sepúlveda M Luis, Ferrada K Marcela, Alvarado O Sergio. Insuficiencia cardíaca en hospitales chilenos: resultados del Registro Nacional de Insuficiencia Cardíaca, Grupo ICARO. Rev. Med. Chile. 2004, 132(6): 655-662.
- Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Euro Jour Heart Failure. 2013;15:1173-1184.
- Wisniacki N, Aimson P, Lyle M. Is anemia a cause of heart failure in the elderly? Heart. 2001;85 Suppl 1:P4

- Ponikowski P, Voors A, Anker S, Bueno H, Cleland J, Coats A et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2016; 37(27): 2129-2200
- Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al. Perfil clínico del paciente con insuficiencia cardíaca aguda atendido en los servicios de urgencias: Datos preliminares del estudio EAHFE. Emergencias. 2008;20:154-163.
- Chávez W, Diaztagle J, Sprockel J, Hernández J, Benavidez J, Henao D, et al. Factores asociados a mortalidad en pacientes con falla cardiaca descompensada. Acta Med Colomb. 2014; (39): 314-320
- Sridharan L, Klein L. Prognostic factors in patients hospitalized for heart failure. Curr Heart Fail Rep. 2013 Dec;10(4):380-6

Caracterización de la Población VIH-SIDA del Hospital Universitario de Caracas**

Gabriela Herranz Álvarez, Sergio Ramón Ríos, Elizabeth Hernández M.*

Resumen

Objetivo: Caracterizar los pacientes con infección por VIH-SIDA atendidos en la consulta externa y hospitalización de los Servicios de Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario de Caracas. Métodos: Se recolectó información de los pacientes a través de una historia médica dirigida que incluyó información sociodemográfica, médica, de hábitos sexuales y respecto a la infección por VIH, así como conocimiento del paciente sobre su enfermedad. Resultados: la muestra constó de 100 pacientes, con una media de edad de 39 años; el 75% de los pacientes fue de sexo masculino y se observó que la mayoría de ellos tenía una depresión ausente o mínima (64). El grado de adherencia al tratamiento se midió con de la escala CEAT, observándose una media del índice de adhesión total de 73,16. La mayoría se agrupaba en la máxima puntuación para nuestra escala de evaluación de conocimiento de su enfermedad (33%), equivalente a un conocimiento aceptable. Conclusión: La población afectada son en su mayoría hombres en edad productiva. El estado de ánimo de los pacientes es un factor fundamental. El 13% requirió derivación al servicio de psiquiatría. Al correlacionar la adherencia con el grado de depresión, se obtuvo que dicha asociación era estadísticamente significativa con una p = 0.039. El conocimiento de la enfermedad en general fue aceptable, sin embargo,

Palabras clave: VIH; SIDA; caracterización; información médica; CEAT; adherencia; depresión.

Characterization of the HIV-AIDS Population of the Hospital Universitario de Caracas

Gabriela Herranz Álvarez, Sergio Ramón Ríos, Elizabeth Hernández M.

Abstract

Objective: To characterize the patients with HIV-AIDS infection treated in the ambulatory setting and hospitalization of the Internal Medicine and Infectology wards of the Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. Methods: Patient information was collected through a medical history that included sociodemographic and medical information, sexual habits and HIV infection, as well as the patient's knowledge about their disease. **Results:** The sample consisted of 100 patients, with a mean age of 39 years; 75% of them were male. Most of the patients had non or minimal depression (64%). The degree of adhesion to the treatment was measured applying the CEAT scale, with a mean index of total adhesion in 73. Most of them people had highest score for our scale to assess disease knowledge (33%), equivalent to an acceptable knowledge. Conclusions: The majority of the population affected was in a productive age. The patients' mood was a fundamental factor and 13% were referred to a psychiatric consultation.

independientemente del grado de información general que la población posea acerca de la enfermedad, no se modificaron las conductas de riesgo.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

^{**} Trabajo galardonado con Mención Honorífica En las Jornadas de Egresandos de la SVMI; nov 2017.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

The correlation between treatment adherence and the degree of depression, showed a statistically significant association (p = 0.039). Knowledge about their disease was acceptable, but, regardless of the degree of general information that the population has about the disease, risky behaviors were not modified.

Key words: *HIV; AIDS; characterization; medical information; CEAT; adherence; depression.*

Introducción

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. En Venezuela se reportaron 1.453 nuevos casos para el año 2011⁽¹⁾ y en el 2013 se reportó una mortalidad total de 2.054 (1,37%). Entre 1997 y 2010, se registraron oficialmente un total de 101,544 casos de VIH en Venezuela, 75% de los cuales correspondían a hombres⁽²⁾.

Desde el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente efectiva y la conversión de la infección por VIH de enfermedad incurable con alta tasa de mortalidad a enfermedad crónica tratable, surge la adherencia al tratamiento antirretroviral como un problema de salud pública a la cual se le dedica cada vez más atención.

En algunos textos, la adherencia se define como "la medida en que el comportamiento de una persona coincide con el asesoramiento médico o de salud", mientras que la no adherencia es la falla en la toma del medicamento de forma consistente⁽³⁾. En años recientes se ha enfatizado la importancia de la adherencia para la sustentabilidad del tratamiento a largo plazo. Siendo considerada la toma de al menos 95% del medicamento para asegurar una adecuada inhibición en la replicación viral⁽⁴⁾. Sin embargo, se ha demostrado que con adherencias algo menores a regímenes más potentes, como los inhibidores de la proteasa (PI) y los inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa inversa, la replicación viral puede continuar suprimida, comparada con otros regímenes menos potentes y el potencial para desarrollar mutaciones es menor en esquemas que contienen IP^(5,6).

La utilidad de los cuestionarios para valorar la adherencia radica en que informan sobre las causas de la falta de cumplimiento terapéutico, son baratos y fiables. De esta forma, existen diversos cuestionarios, dentro de los cuales están: Adherence SelfEfficacy Scale (HIV-ASES)⁽⁷⁾, el Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG)⁽⁸⁾ y el Patient Medication Ad-herence Questionnaire (PMAQ). En España están validados los instrumentos SMAQ, SERAD y CEAT-VIH⁽⁹⁾.

Se conoce que existen diversos factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento antirretroviral, como los factores sociodemográficos, uso y abuso de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas, depresión, número de esquemas usados etc. De hecho, se han llevado a cabo múltiples estudios a lo largo del mundo, evaluando dichos factores y utilizando diversos instrumentos, tanto en poblaciones latinoamericanas como en otros continentes⁽¹⁰⁻¹²⁾.

El Hospital Universitario de Caracas, por ser un centro de referencia nacional maneja una gran cantidad de pacientes del plan nacional de VIH-SIDA, sin embargo, poco se conoce sobre las principales características de los mismos. Por ello, surgió el interés de realizar una caracterización, buscando determinar cuatro grandes aspectos: 1.- sociodemográficos. 2.- Información medica. 3.- Información de hábitos sexuales. 4.- Información de los pacientes sobre la infección por VIH.

Otros trabajos en nuestro país han intentado realizar un perfil del paciente VIH, como una respuesta a la necesidad del servicio de obtener un perfil de estos pacientes y generar un sistema de información adecuado⁽¹³⁾.

El objetivo de nuestro trabajo consistió en caracterizar los pacientes con infección por VIH-SIDA atendidos en la consulta externa y hospitalización de los Servicios de Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario de Caracas.

Métodos

El presente estudio se clasifica como un estudio observacional descriptivo.

La población estuvo constituida por todos los

GABRIELA HERRANZ ÁLVAREZ Y COL.

pacientes con serología positiva para VIH hospitalizados o ambulatorios atendidos en el HUC. La muestra fue no probabilística, de selección intencional de los pacientes que consultaron en el período comprendido entre marzo - agosto de 2017 en los Servicios de Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario de Caracas. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con o sin uso de terapia antiretroviral, mayores de 18 años y cualquier sexo.

Luego de informar al paciente y obtener el consentimiento informado, se realizó la investigación en dos partes. En la primera parte se determinó el perfil los pacientes a través de una historia médica dirigida y la segunda sobre el conocimiento del paciente sobre su enfermedad.

Para determinar el perfil del paciente se consideró:

- Información sociodemográfica: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y Graffar.
- Información médica: Comorbilidades, hospitalizaciones previas, manifestaciones de SIDA, uso y abuso de sustancias, identificando el índice paquete/año para el hábito tabáquico y utilizando la escala AUDIT (Test de detección de desórdenes asociados al alcohol) para el hábito OH. Se determinó también el índice de masa corporal y se realizó el Inventario de depresión de Beck para el despistaje de depresión en los pacientes estudiados.
- Información de hábitos sexuales: La orientación sexual se clasificó en heterosexual, homosexual, bisexual y transexual o transgénero. Así mismo se precisaron conductas de riesgo sexual.
- Información respecto a la infección por VIH: se determinó la edad del diagnóstico, conocimiento del grupo familiar, la causa para realizar la serología, el contaje de CD4 y carga viral del inicio y actuales, la terapia antiretroviral usada y el número de

esquemas, el abandono de tratamiento y sus causas así como la adherencia al tratamiento determinada por la escala CEAT-VIH.

El Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y SIDA (CEAT-VIH) desarrollado por Remor en el 2002 es un instrumento de auto informe, de carácter multidimensional que evalúa el grado de adhesión al tratamiento que tienen las personas que viven con el VIH. Incluye 17 Rems y las respuestas están en formato tipo Likert de 5 puntos (1 a 5). Dicho cuestionario permite clasificar la adherencia mediante 17 Rems, con puntuaciones globales que oscilan entre 17 y 85. En base a la puntuación global se generan cuatro categorías de adherencia, considerándose adherencia estricta a puntuaciones mayores de 82, siendo el puntaje máximo de 85 puntos.

Como valor adicional agregado a nuestro trabajo y con el permiso y la colaboración de sus autores originales se validó la escala de CEAT- VIH en nuestra población.

En la segunda parte se describió el conocimiento del paciente de su propia enfermedad. Para evaluar dicho conocimiento se ideó una encuesta de 4 preguntas que fueron escogidas por un panel de 10 médicos (residentes y especialistas de medicina interna). Dichas preguntas fueron consideradas por la totalidad del panel como indispensables para considerar adecuado conocimiento. Las interrogantes fueron:

- -1.¿Qué sistema afecta el VIH? Cuya respuesta se consideraría positiva si el paciente respondía en sus propias palabras afectación del sistema inmunológico.
- -2.¿Cómo se previene el VIH? Cuya respuesta se consideraría positiva si el paciente respondía en sus propias palabras formas de evitar contagio de la infección (por ejemplo: uso de métodos de barrera, uso de tratamiento antirretroviral, abstinencia, etc.).
- -3.¿Qué sucede si se interrumpe el tratamiento? Cuya respuesta se consideraría positiva si el

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

paciente respondía en sus propias palabras efectos deletéreos en la salud inherentes a la interrupción del tratamiento.

-4.¿Cómo se hace el seguimiento de la enfermedad? Cuya respuesta se consideraría positiva si el paciente respondía en sus propias palabras con cuál frecuencia debía acudir a la consulta y cuáles exámenes paraclínicos debían ser realizados para el adecuado monitoreo de la enfermedad.

Las preguntas fueron respondidas por los pacientes por sus propias palabras. Al final se determinaron 5 niveles de conocimiento: 1.nulo: si no se respondía ninguna pregunta; 2. bajo: respondía una pregunta; 3. intermedio bajo para 2 respuestas correctas; 4.intermedio alto para 3 respuestas y 5.aceptable si respondía las 4 preguntas.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 100 pacientes con diagnóstico de infección por VIH que fueron entrevistados en el período marzo - agosto 2017. De estos, 57 pacientes estaban hospitalizados.

Respecto a la información sociodemográfica, la media de edad fue 39 años, siendo el 75% de los pacientes de sexo masculino y la mayoría solteros (77). El nivel educativo del 36% era bachillerato. Llamó la atención que el grupo mayoritario se encontraba desempleado, con un total de 37 pacientes. El estrato socioeconómico predominante fue Graffar IV y este tipo de situaciones ya ha sido descrito en la literatura como un factor, que agregado a la infección, es una condición que perpetua la pobreza^(15,16).

Dentro de la información médica se observó que solo 25 de los pacientes presentaron alguna otra comorbilidad. Un alto porcentaje de los pacientes tenia hábito tabáquico (59%), con una mediana de paquetes/año de 8,5. Asimismo, la mayoría tenia hábito alcohólico de tipo social (AUDIT I 69,2%) y 20 pacientes consumían sustancias ilícitas, siendo las más frecuentemente encontradas cannabis y cocaína. El abuso de este tipo de sustancias como un factor de riesgo para desarrollar todo tipo de enfermedades está descrito

y se ha establecido que su interrupción se correlaciona con una mejoría en la calidad de vida de los individuos^(17,18).

El IMC promedio fue de 20,5, y el 53% de los pacientes tenía peso normal, con 34% de los pacientes en estado de desnutrición.

Por último, en lo referente al estado anímico, se observó que la mayoría de los pacientes no tenía depresión o era muy leve (64%); 13 de los pacientes restantes requirieron evaluación y seguimiento psiquiátrico por presentar depresión moderada o grave.

La mayoría de los pacientes (63) tenían orientación heterosexual y una mediana de número de parejas sexuales de 6, variando de 1 a 100 parejas. La edad media de inicio de relaciones sexuales fue de 16 años y la mayoría de la población tenía factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual dadas por promiscuidad en un 32% y no uso de métodos de barrera en un 78%.

Ya pasando a la información respecto a la infección por VIH se evidenció que la edad media de infección en nuestra población es de 31 años (4-72 años). La mediana del tiempo de infección observada fue de 5 años. En el 92% de los casos había conocimiento del grupo familiar de la enfermedad.

Si bien no se contó con la carga viral y contaje de CD4 del total de los pacientes estudiados, se determinó la mediana de CD4 en el momento del diagnóstico, siendo esta de 110 células (con variación de 1 -1000) y el último registro disponible de CD4, siendo la mediana de 306 (con variación de 6 a 1096). De la misma forma se obtuvo la carga viral evidenciando que la mediana para el momento de infección fue de 147954 con mínimo en 50 y máximo en 1424502 y la mediana de la última carga viral registrada fue de 42579. Hubo un total de 23 pacientes que no habían recibido tratamiento antirretroviral previo (Pacientes Naive) y 13 pacientes que se encontraban en abandono de tratamiento para el momento de la encuesta.

El TARV predominante era la combinación de Inhibidores de transcriptasa reversa análogos

GABRIELA HERRANZ ÁLVAREZ Y COL.

nucleótidos con No análogos nucleótidos (53,2%) y en segundo lugar la combinación de inhibidores análogos nucleótidos con Inhibidor de Proteasa potenciado (42,8% de los casos). Se observó como la mayoría de los pacientes (74%) tuvo alguna interrupción (esto sin significar necesariamente abandono) del tratamiento antirretroviral en el curso de su enfermedad. La razón más frecuente de abandono fue por decisión propia. Llama poderosamente la atención que un número nada despreciable de pacientes (10%), no tuvo acceso a los medicamentos.

Tabla 1. Conocimiento de la enfermedad			
Variables	N	%	
Conocimiento de la enfermedad			
Qué sistema afecta al VIH?	44	44	
Sabe qué sucede si se interrumpe el tratamiento?	70	70	
Sabe cómo se previene el VIH?	80	80	
Sabe cómo se hace seguimiento de la enfermedad?	50	50	

Se encontró que al realizar un subanálisis de estos datos correlacionándolos con otras variables, de esos 47 pacientes que abandonaron el tratamiento, 35 (74,46%) estaban informados adecuadamente acerca de las consecuencias que esto podría traer. (Tabla 2).

Tabla 2. Correlación del abandono del TARV con el conocimiento de consecuencias de interrupción del tratamiento

Abandono del TARV Interrupción No **Total** No 18 12 30 Si 35 70 35 **Total** 100 53 47

Pearson chi2 = 0,84 30 P = 0,359

En la **tabla 3** se analizó el conocimiento de la forma de prevención con el uso de métodos de barrera, y se observó que a pesar de que 80 pacientes sabían como se prevenía la enfermedad, 60

(75%) no utilizaban métodos de barrera al tener algún tipo de contacto sexual.

Tabla 3. Correlación del uso de métodos de barrera con el conocimiento de prevención de la infección de la enfermedad.

Prevención	Si	No	Total
No	2	18	20
Si	20	60	80
Total	22	78	100

Pearson chi2 = 2,0979 P = 0,148

El grado de adherencia al tratamiento se midió haciendo uso de la escala CEAT. Como 13 pacientes se encontraban en abandono de tratamiento y 23 eran NAIVE, la escala sólo fue aplicada a 64 de los pacientes. De ellos se observa una media del Índice de adhesión total fue de 73,16 para un máximo de 85 puntos. La mediana de adhesión total fue de 76 con mínima de 50 y máxima de 85. La fiabilidad o consistencia interna (alfa de Cron Bach) del instrumento para la muestra del presente estudio fue de 0,85, concluyéndose como una fiabilidad buena.

Realizando una asociación unidireccional de ANOVA entre la adherencia de tratamiento mediante la escala CEAT con el estado de ánimo medido con la escala de Beck, se tuvo como resultado una asociación estadísticamente significativa (p = 0,039). Se le dió la misma importancia a cada uno de los ítems del conocimiento de enfermedad, y se procedió a contabilizar, en una escala de 0 al 4, siendo cero la menor puntuación y cuatro la máxima según el número de respuestas correctas, encontrándose que la mayoría de las personas se agrupaban en la puntuación de 4 (33%), equivalente a un conocimiento aceptable; sin embargo, se encontró 1 de cada 4 pacientes tema un conocimiento bajo (11%) o nulo (14%) acerca de la enfermedad

Tabla 4. Conocimiento general de la enfermedad			
Conocimiento de enfermedad	N	%	
Nulo	14	14,00%	
Bajo	11	11,00%	
Intermedio Bajo	25	25,00%	
Intermedio Alto	17	17,00%	
Aceptable	33	33,00%	
Total	100	100,00%	

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

(Tabla 4). La fiabilidad o consistencia interna (alfa de Cron Bach) de este Rem en particular del instrumento para la muestra del presente estudio fue de 0.73, concluyéndose como una fiabilidad aceptable.

Discusión

Posterior a la revisión de la literatura nacional e internacional, y de trabajos de grado de la Universidad Central de Venezuela, es de nuestro entendimiento que el presente es uno de los estudios más amplios en materia de VIH en nuestro país. Abarca de forma global múltiples aspectos de la vida y salud de los pacientes de nuestro centro, llevando a un mejor entendimiento de la dinámica de la infección por VIH del país, no bien documentado y descrito hasta la fecha.

El objetivo principal del trabajo era intentar de darle un enfoque más completo a los pacientes VIH, tomando en cuenta diversos factores de su entorno sociocultural y ver como estos afectaban la evolución de su enfermedad. Al respecto, llama la atención que la población afectada mayoritariamente son hombres en edad productiva (39 ± 12) hecho que se refleja directamente en una disminución en la capacidad de desarrollo socioeconómico del individuo y detrimento de la productividad⁽¹⁹⁾.

El estado de ánimo de los pacientes es un factor fundamental, pues como se ha visto ya en otros estudios, hay una correlación directa entre la depresión y el cumplimiento adecuado del tratamiento. Para este estudio, una cantidad no pequeña de pacientes requirió derivación al servicio de psiquiatría por presentar depresión moderada o grave. Se llegó a la conclusión de que, a mejor estado de ánimo, mejor es la adherencia al tratamiento. Dicha relación ya ha sido demostrada en otros trabajos⁽²⁰⁾.

En lo referente al conocimiento de la enfermedad, se puede apreciar que la mayoría de las personas (33%) tenía un conocimiento aceptable acerca de su patología de base; si bien es cierto que es el mayor grupo, cabe mencionar que el 25% de la muestra se ubica en las categorías más bajas de la escala (conocimiento nulo o bajo). En un estudio, se encontró que 92% de los pacientes demostraron un excelente conocimiento del VIH y su transmisión, sin embargo, no hubo asociación lineal significativa entre el conocimiento del VIH y los comportamientos de riesgo, concluyendo que el conocimiento por sí solo no limita los comportamientos de riesgo de VIH⁽²¹⁾.

Ya que no existe un método estándar para determinar adherencia y se ha demostrado que los métodos directos e indirectos son igual de eficaces, se utilizó el cuestionario CEAT. La adherencia global de la población estudiada fue baja (<74), menor a la observada en un estudio previo realizado en el Estado Mérida donde se consiguió una adherencia global de 84,82⁽²²⁾. Por lo general se describe que adherencias de 90% son las que demuestran beneficios puesto que no se relacionan con aparición de resistencia,ni mayor número de ingresos hospitalarios y la prescripción de terapias de rescate provoca incremento de la morbilidad y la mortalidad.

Limitaciones

Si bien se incluyeron en el estudio 100 pacientes, este número queda corto en relación al total de la población VIH- SIDA del Hospital Universitario de Caracas y el Ambulatorio Asistencial. Así mismo, al desarrollar el estudio en un centro de salud público, las características descritas pueden no representar al total de la población VIH de Venezuela al excluirse pacientes atendidos en centros privados.

Conclusiones

Del conocimiento de diversas variables de nuestra población VIH-SIDA se pueden derivar políticas públicas y de atención a los diversos grupos, para de esta manera ser más efectivos en el control de la enfermedad, haciendo énfasis en adherencia e intervenir en variables como educación, drogadicción, depresión y acceso a la medicación.

Uno de los hallazgos más alarmantes de nuestro estudio fue el hecho de que más del 70% de la población había abandonado al menos una vez el tratamiento antirretroviral y que la mayoría lo hacía por decisión propia. Hecho que tiene un efecto directo en la morbimortalidad de nuestra población, en su grado de aceptación y conocimiento e

GABRIELA HERRANZ ÁLVAREZ Y COL.

incluso es indicador de la calidad de atención médica y de las campañas nacionales de VIH. Otro elemento importante lo constituye la falta de acceso al tratamiento. Hecho notorio en este último año, que lleva en ocasiones a abandonos involuntarios de tratamiento y a todas las consecuencias derivadas de un sistema de salud ineficiente.

Si bien caracterizar y describir es un elemento importante para la ciencia y la investigación, llama la atención el desconocimiento de las personas de su propia enfermedad, de las formas de prevenirlo, o incluso al conocerlo, falla la prevención. La epidemia del VIH afecta de forma importante a hombres jóvenes. Entonces, vemos como la población económicamente activa del país se ve debilitada por enfermedades infecciosas perfectamente prevenibles y curables. Es indispensable aumentar la adhesión a TARV haciendo que las estrategias de concientización e implicación del usuario sean realizadas de forma que cada paciente reconozca la importancia de seguir correctamente el régimen terapéutico.

Por último, es importante mencionar una contribución adicional y única de este trabajo; la validación de dos escalas:

- 1. CEAT-VIH: Usada para medir la adherencia al tratamiento y validada en otros países. En este estudio se logró hacer la validación de la escala en la población estudiada con la colaboración de los autores originales de la misma. Obtuvimos una fiabilidad interna de 0.85, considerada como buena, lo que nos traduce que la encuesta en la población estudiada realmente es capaz de medir lo que quiere medir. Y obteniendo una adherencia de 73.16 (mala).
- 2. Escala de conocimiento de la enfermedad: fue ideada por los autores del trabajo, tomando en cuenta un grupo de médicos que atienden este tipo de pacientes. Para esta encuesta obtuvimos una fiabilidad interna de 0.73 considerada como aceptable, lo que nos traduce que la encuesta en la población estudiada es válida para medir conocimiento.

Recomendaciones

Hacer de conocimiento público la situación actual del VIH en Venezuela intentando generar un modelo de actuación político y social para combatir esta epidemia.

Promover la educación de la población susceptible y buscar generar cambios de conducta. Así mismo educar al paciente VIH sobre su propia enfermedad como forma de mejorar sus conductas, adherencia al tratamiento, prevención secundaria y estigma.

Poner en práctica intervenciones de promoción de la salud y madurez sexual desde la escuela.

Estimular a los centros de salud inscritos en el programa VIH-SIDA y a todo médico a incluir en sus historias clínicas aspectos amplios de la vida del paciente VIH-SIDA, incluyendo información sociodemográfica y familiar, aceptación propia y del entorno, grado de instrucción y Graffar, acceso a centros de salud, comorbilidades y estado anímico.

Referencias

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de morbilidad 2011. Venezuela.
- Programa Nacional de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e infecciones de Transmision Sexual (PNSIDA/ITS) Dirección de Programa de Salud, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Venezuela. 2011.
- Remor, E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). The Patient: Patient-Centered Outcomes Research. 2013; 6 (2): 61-73.
- Casotti J, et al. Factors Associated with Adherence to HAART in Patients with HIV/Aids. J bras Doengas Sex Transm. 2011; 23(4):215-221.
- Shuter J, Sarlo JA, Kanmaz TJ, Rode RA, Zingman BS. HIVinfected patients receiving lopinavir/ritonavir-based antiretroviral therapy achieve high rates of virologic suppression despite adherence rates less than 95%. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007; 45(1):4-8.
- Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. Clin Infect Dis. 2006; 43(7):939-941.
- Johnson MO, Neilands TB, Dilworth SE, Morin SF, Remien RH, Chesney MA. The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). J Behav Med. 2007; 30: 359-370.
- Chesney M, Ickovics J, Chambers, Gifford A, Neidig J, Zwickl B, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participans in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. AIDS Care. 2000; 12(3): 255-266.
- Valderrama T, et al. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). Pharm Care Esp. 2012; 14(4): 146-154.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN VIH-SIDA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

- 10. Remor E. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV+ Colombian Population. SAGE Open. 2013; 3.
- 11. Dagli-Hernandez et al. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. Patient Preference and Adherence. 2016; 10: 1787-1793.
- Reis A, Prista M y Lencastre L. Treatment Adherence, Quality of Life and Clinical Variables in HIV/AIDS Infection. World Journal of AIDS. 2013; 3: 239-250.
- Tovar, V. Montiel, D. Guerra, M. Ibarra, G. Estudio preliminar y exploratorio de los pacientes VIH/SIDA que acudieron al servicio de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas "Dra.: Elsa La Corte" durante los años 1999-2000. Acta odontol. Venez. 2003; 41(1).
- Silva R, Nelson A; Duarte F. Avaliagao da adesao a terapia antirretroviral em pacientes com Aids. Rev Fund Care Online. 2017; 9(1):15-20.
- ILOAIDS. HIV/AIDS and poverty: the critical connection. Brief october 2005. International Labour Office Programme on HIV/AIDS and the World of Work.
- 16. Salinas, G. Haacker, M. HIV/AIDS: The Impact on Poverty and Inequality. IMF Working Paper African Department. 2006.
- Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Gerstoft J, Nordestgaard BG, Obel N. Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1-Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. Clinical Infectious Diseases 2013;56(5):727-34.
- U.S. Department of Health and Human Services. AIDS.gov: HIV and Smoking. CDC's HIV Treatment Works. 2013.
- OIT. Organización Internacional del Trabajo. Informe sobre VIH/SIDA y Trabajo. 2005.
- Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Metaanalysis. Journal of acquired immune deficiency syndromes. 2011 ;58(2):10.
- Magagula TG, Mamabolo MM, Kruger C, Fletcher L. A survey of HIV- related knowledge among adult psychiatric patients. A South African Study - Part 2. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2012 Sep;15(5):335-9.
- 22. Aguilera H Alirio J. y Bastidas T., Felipe A. Factores limitantes y potenciadores en la adherencia al tratamiento de antirretrovirales en personas que viven con VIH/SIDA. Vitae 2010. N°44. Consultada el 13/10/2017 en: http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo pdf&n=4266&rv=97

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Resúmenes de los trabajos de la Pirámide de Investigadores del EVESCAM presentados en el XXIV Congreso Venezolano de Medicina Interna

María Inés Marulanda¹, Ysamar Aquino², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la región Guayana

María Inés Marulanda¹, Ysamar Aquino², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Para el año 2015 Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 3,6% de la población mundial padecía ansiedad v 4,4% depresión, similar a lo estimado para Venezuela por la misma organización, 4,4 y 4,2%, respectivamente. En el 2011 en una población rural de los Andes, Estado Mérida, Venezuela, se reportó una prevalencia de 12% de síntomas de ansiedad y 9% de depresión, mientras que en la Región Capital fue del 19,1 y 6,7% para el año 2016, respectivamente. Se desconoce la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población urbana de la región Guayana de Venezuela. Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población urbana de la Región Guayana de Venezuela que participaron en el estudio EVESCAM. Métodos: Durante 2015 a 2017, se evaluaron 399 sujetos de 20 o más años de edad en la Región Guayana, seleccionados por un muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados en 6 comunidades urbanas: Aceiticos I (n=72); Aceiticos II (n=81); Vista Hermosa (n=77); Sector Perú (n=59); El Rincón (n=57); Pinto Salinas (n=53). Los síntomas se determinaron usando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, un cuestionario de auto reporte con 14 ítems (7 para la depresión y 7 para la ansiedad), con cada ítem completado en una escala Likert de 0 a 3 puntos, que categoriza a los sujetos como normales (< 8 puntos), con síntomas leves (8-10 puntos), o síntomas moderados/severos (≥ 11 puntos). Resultados: **Ver tabla**.

Interpretación

La prevalencia de síntomas de ansiedad en la región Guayana (14,6%) fue más elevada que lo obtenido en estudios previos para Venezuela (OMS 4,4%, Andes 12%) pero menor que en la Región Capital (19,1%). Los síntomas de depresión en la región (2,3%) fueron menores que los observados en estudios previos (OMS, 4,2%, Región Capital 6,7%,Andes 9%).Conclusión: Se observó una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y una baja prevalencia de síntomas de depresión en la Región Guayana de Venezuela en comparación con datos estimados para Venezuela y estudios previos en el país.

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

Tabla. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la región Guayana según género, edad y localidad

		Ansiedad			Depresión	
Síntomas	Moderados/ Severos	Leves	Normal	Moderados/ Severos	Leves	Normal
Género (%)*						
Femenino	17,1	26,9	50	2,5	14,7	82,7
Masculino	9	18	73	1,7	11,6	86,8
Total	14,6	24,2	61,2	2,3	13,8	84
Edad (%) (años)						
22-44	12,9	25,8	61,3	1,6	8	90,4
45-69	16,5	24,8	58,7	1,8	17,4	80,7
70	10,9	18,2	70,9	5,4	12,5	82,1
Localidad (%)†						
Los Aceiticos I	13,9	27,8	58,3	5,6	13,9	80,6
Los Aceiticos II	7,4	18,5	74,1	0	9,9	90,1
Vista Hermosa	18,4	18,4	63,2	5,2	16,9	77,9
Sector Perú	15,8	22,8	61,4	0	22	78
El Rinconcito	15,8	22,8	61,4	0	7	93
Pinto Salinas	16,7	24,1	59,3	1,9	13,2	84,9

Los datos se presentan en porcentajes. *Diferencias significativas de síntomas de ansiedad entre géneros evaluadas por Chi-cuadrado p< 0,05. †Diferencias significativas de síntomas de depresión por localidad usando Chi-cuadrado p < 0,05.

Prevalencia de Hipertensión Arterial en Adultos de la Región Guayana de Venezuela

María Inés Marulanda¹, María Torres², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año globalmente. La hipertensión arterial (HTA) es responsable del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. La prevalencia de HTA en 3 regiones de Venezuela entre 2006 a 2010 fue de 30,0%. Se desconoce la prevalencia de HTA en la Región Guayana de Venezuela. Objetivo: Determinar la prevalencia de HTA en adultos de la región Guayana de Venezuela evaluados en el estudio EVESCAM. Métodos: Mediante un muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados se obtuvo una muestra de 445 sujetos adultos de la región. Se evaluaron 7 poblaciones desde octubre de 2016 hasta enero de 2017. Ciudad Bolívar: Los Aceiticos I, Los Aceiticos II, Biscochuelo (Etnia Eñepa), Vista

Hermosa, Sector Plaza; Ciudad Guayana: El Rinconcito y Pinto Salinas. Se aplicó un cuestionario estándar, se tomaron medidas antropométricas y presión arterial. HTA fue definida como presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg o ser conocidos como hipertenso. Se definió sujetos en tratamiento actual como el porcentaje de personas que indicaban que padecía HTA y se encontraban recibiendo tratamiento. HTA conocida controlada fue definido como el porcentaje de sujetos que refirió ser hipertenso y presentó PA <140/90 mmHg. **Resultados: Ver tabla**.

Interpretación

Se encontró una elevada prevalencia de HTA en la región de Guayana (40,1%), mayor a lo reportado previamente para otras regiones del país (30%). La prevalencia de HTA fue más baja en la población indígena en comparación con las áreas urbanas. Dos de cada 10 sujetos no estaban en tratamiento y a pesar de ello, el 40 % de la población se encontraba controlada. **Conclusiones:** Se evidenció una muy elevada prevalencia de HTA en la región de Guayana.

MARÍA INÉS MARULANDA Y COL.

Tabla. Prevalencia de HTA en la región de Guayana por Sexo y Población				
	Hombres	Mujeres	Total	
Participantes (n)	145	300	445	
PAS (mmHg)	133,1±1,8	129,5±1,2	130,69± 1,0	
PAD (mmHg)	79,3±1,1	78,9±0,6	79,1±0,5	
Antecedente familiar HTA (%)*	65,5	80,9	75,9	
Antecedentes personales de HTA				
Años con HTA	10,7±1,1	12,26±0,8	11,82±0,7	
En actual tratamiento (%)	75	78,4	77,4	
HTA conocida controlada (%)	42,9	42,4	42,6	
Prevalencias Crudas				
Prevalencia de HTA (%)	51,7	50,3	50,8	
Presión Arterial elevada (%)	35,2	31,7	32,8	
HTA sistólica aislada (%)	16,6	14,3	15,1	
Prevalencias ajustadas por edad y s	exo			
Prevalencia de HTA	40,9	39,8	40,1	
Poblaciones	En actual tratamiento (%)*	HTA conocida controlada (%)*	Prevalencia cruda de HTA (%)*	
Bizcochuelos (rural)	0	0	9,5	
Aceiticos I	65,8	60,5	59,7	
Aceiticos II	92,5	32,5	55,5	
Vista hermosa	75,6	56,4	55	
Sector plaza	82,6	17,3	54,2	
El Rinconcito	62,5	37,5	59,6	
Pinto Salinas	93,7	37,5	44,4	

Los datos continuos están representados como medias ± error estándar de la media Las proporciones como porcentaje. Antecedente familiar y Diferencias entre poblaciones evaluadas usando Chi-cuadrado *p <0,001.

Prevalencia de pre-diabetes y diabetes en adultos de la Región Central de Venezuela. Estudio EVESCAM

Ramez Constantino⁶, Leidy De Jesus-Henriques⁷, Katherine A. Rosales-Pereira⁷, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, María Ines Marulanda¹, Ramfis Nieto⁵.

Resumen

Antecedentes: La diabetes es la 4ta causa de muerte en Venezuela y entre 2005-2016 ha incrementado un 74,7%. Durante 2006 a 2010, 1.334 sujetos fueron evaluados en tres regiones del país (Andes, Occidental y Capital) evidenciándose una prevalencia de diabetes de 8,3%. Objetivo: Determinar la prevalencia de pre-diabetes y diabetes en la población adulta de la Región Central de

Venezuela. **Métodos:** Entre 2015 y 2017 fueron evaluadas 2 comunidades de la Región Central: Valencia (n=420) y San Carlos (n=105) para un total de 525 sujetos ≥20 años, seleccionados por muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. A cada participante se aplicó un cuestionario estándar, se tomaron medidas antropométricas y se realizaron análisis bioquímicos. Diabetes se definió como glucosa plasmática en ayunas ≥126mg/dL o ≥200mg/dL luego de una post carga de 75g a las 2 horas, o el autoreporte de diabetes. Prediabetes: glucosa plasmática en ayunas entre ≥100mg/dL y <126mg/dL o post carga entre ≥140mg/dL y <199mg/dL. **Resultados: Ver Tabla.**

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

Tabla. Características de la población y Estudio EVESCAM	prevalencia de diabo	etes y prediabetes. I	Región Central de V	enezuela.
Variables	Hombres	Mujeres	Total	р
Participantes (n)	132	335	467	
Edad	49,52 ± 1,40	49,15 ± 0,86	49,25 ± 0,73	0,824
Glicemia basal	116,19 ± 3,48	109,98 ± 1,77	111,75 ± 1,61	0,082
Glicemia postprandial	128,41 ± 4,23	132,90 ± 2,80	131,64 ± 2,34	0,389
Antecedente familiar de diabetes (%)	53,8	57,5	56,4	0,468
Antecedente personal de diabetes (%)	16,7	12,8	13,9	0,282
Años con diabetes*	5,89 ± 1,24	5,86 ± 0,97	5,87 ± 0,76	0,982
En tratamiento actual (%)	59,3	65,5	63,4	0,584
Prevalencia cruda diabetes (%)	22	18,8	19,7	0,439
Prevalencia cruda prediabetes (%)	47	45,4	45,8	0,755
Prevalencia ajustada de diabetes (%)	17,1	15,6	16.1	0,441

*Los datos son presentados como media ± error de la media.

39.4

Discusión

Prevalencia ajustada de prediabetes (%)

Cerca de 6 de cada 10 participantes evaluados en la región Central de Venezuela presentó trastorno de la glucemia y cerca de la mitad de la población evaluada cursó con prediabetes. Luego del ajuste por edad, la prevalencia de diabetes y prediabetes permaneció muy elevada. En comparación con el estudio VEMSOLS, se registró mayor prevalencia de diabetes y prediabetes. El 36,6% de los sujetos conocidos como diabéticos no recibían tratamiento. **Conclusión:** La región Central de Venezuela registró una muy alta prevalencia de diabetes y prediabetes.

Determinantes de la fuerza muscular en adultos venezolanos evaluados por Dinamometría

Juan P. González-Rivas⁴, Miguel Araujo⁸, Hadley Gómez⁸, Mariangel Guerrero⁸, Nohemi Molina⁸, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, María Inés Marulanda¹, Ramfis Nieto-Martinez⁵

Resumen

Antecedentes: La fuerza de prensión manual (FPM) es un subrogado de la fuerza muscular. Una FPM baja es un determinante de mortalidad, mayor riesgo de caídas, fracturas y es predictor de riesgo de enfermedades cardiometabólicas. La relación entre las variables antropométricas y FPM varía de acuerdo a la población evaluada. En jóvenes australianos, a mayor índice de masa corporal (IMC)

menor FPM. En hombres de la India con bajo peso y sobrepeso mostraron menor FPM. En México, la talla fue el factor más significativo en relación con la FPM. Se desconocen los determinantes antropométricos de la FPM en población Venezolana. Objetivo: Determinar la correlación entre las variables antropométricas y la Fuerza de Prensión Manual en los Sujetos Adultos Evaluados en el Estudio EVESCAM. Métodos: Estudio poblacional, observacional, transversal, de muestreo aleatorio por conglomerados, para evaluar la salud cardiometabólica en 3420 sujetos ≥ de 20 años procedentes de las ocho regiones del país. A cada participante se aplicó un cuestionario estándar y se midieron variables antropométricas: peso, porcentaje de grasa, talla, circunferencia abdominal e IMC. A cada sujeto se le determinó la FPM en ambas manos en tres intentos siendo registrado el mayor valor en kg, con un dinamómetro Jamar ®. La masa libre de grasa (MLG) se calculó como: peso(kg) – grasa(kg). **Resultados: Ver tabla**.

40,9

0,108

MARÍA INÉS MARULANDA Y COL.

Tabla.	Determi	nantes	de	la	Fuerza	de	Prensión	
	Manual	por gé	nero					

	OR	Р
HOMBRES		
Masa Libre de Grasa (Kg)	0,227	<0.001
Talla (Cm)	0,204	<0,001
Grasa Corporal (%)	0,114	0,013
Circunferencia Abdominal (Cm)	-0,108	0,065
Edad (Años)	-0,319	<0.001
MUJERES		
Masa Libre de Grasa (Kg)	0,251	< 0,001
Talla (Cm)	0,155	< 0,001
Grasa Corporal (%)	0,086	0,007
Circunferencia Abdominal (Cm)	-0,152	< 0,001
Edad (Años)	-0,223	< 0,001

Análisis de Regresión Logística Multivariable. Abreviaturas:
OR – Odds Ratio.

Interpretación

En los hombres la variable más determinante de la FPM fue la edad: a mayor edad menor FPM. En las mujeres fue la MLG, a mayor MLG mayor FPM. La Talla y MLG mostraron en ambos géneros una correlación positiva. La circunferencia abdominal y el porcentaje de grasa fueron solo significativos en las mujeres. **Conclusión:** La MLG, la edad y la talla fueron las principales variables determinantes de la FPM en la población Venezolana.

Prevalencia del Síndrome Metabólico en Venezuela

Juan P. González-Rivas⁴, Estherbany Gabriela Figueroa Alfaro⁸, Jesús Andrés Silva Rivera⁸, José Urbey Valencia Portillo⁸, Mariflor Vera⁸, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, María Inés Marulanda¹, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades no comunicables generan 40 millones de muertes al año. Está comprobado que quienes tienen 3 de los 5 los criterios diagnósticos para Síndrome Metabólico (SM) son más propensos a padecerlas. La prevalencia de SM en el mundo varía entre 20% a 43.4%. En Venezuela, el estudio VEMSOLS reali-

zado en tres regiones del país, Lara (región Oeste), Mérida (Región Andes) y Distrito Capital (región Capital), entre los años 2006 y 2010, reportó una prevalencia de 35,7%. Se desconoce la prevalencia de SM a nivel nacional. Objetivo: Determinar la prevalencia del SM en adultos mayores de 20 años de las 8 Regiones de Venezuela evaluadas en el estudio EVESCAM. Métodos: desde julio de 2014 a enero de 2017 se evaluaron 3.420 sujetos de ≥ 20 años de edad seleccionados por un muestreo aleatorio estratificado polietápico en las 8 regiones del país. La tasa de respuesta fue 76,6%. Se aplicó un cuestionario estándar y se evaluaron las variables antropométricas y bioquímicas: Se definió SM con la presencia de al menos tres de los siguientes criterios: Perímetro abdominal aumentado ≥ 94 cm para hombres y ≥ 90 cm para mujeres; Triglicéridos elevados > 150 mg/dl; Colesterol HDL bajo < 40 mg/dl para hombres y < 50 mg/dl para mujeres; Presión arterial elevada sistólica > 130 mmHg y/o diastólica > 85 mmHg; Glucosa en ayunas elevada > 100 mg/dl. Resultados: Ver tabla.

Tabla. Prevalencia de factores asociados al síndrome metabólico según género y grupo etario

	Masculinos	Femeninos	Total	р
	1064	2356	3420	
Síndrome Metabólico	45,2	45,2	45,2	0.999
Obesidad abdominal elevada (cm)	48,8	53,6	52,1	0.009
Triglicéridos elevados (mg/dl)	22,5	19,4	20,4	0.037
HDL bajo (mg/dl)	67,1	81,6	77,1	<0.001
Presión arterial elevada (mmHg)	53,9	48,9	50,5	0.007
Glucosa en ayunas elevada (mg/dl)	38,7	32,4	34,4	<0.001

*Los datos son presentados como porcentajes

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

Interpretación

La prevalencia de SM en Venezuela fue 45,2%, similar entre género, más elevado que lo observado en el resto del mundo. El colesterol HDL bajo, la obesidad abdominal y la presión arterial elevado fueron los factores más prevalentes. **Conclusión:** Se observó que casi la mitad de la población adulta de Venezuela presentó SM. Casi 8 de cada 10 personas tenían trastorno del metabolismo lipídico.

Prevalencia de Diabetes y Prediabetes en la Región Guayana de Venezuela.

María Inés Marulanda¹, Luis Galindo², Ysamar Aquino², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 422 millones de personas en el mundo tenían diabetes, lo que equivale a 8.5% de la población adulta, siendo una importante causa de mortalidad, morbilidad y pérdida económica para los sistemas de salud en el mundo. El estudio Venezolano de Síndrome Metabólico, Obesidad y Estilo de Vida (VEMSOLS) reportó la prevalencia de 8,3% de diabetes y 14,6% de prediabetes en tres regiones de Venezuela (Región Occidental, Región Los Andes y Región Capital) entre 2006-2010. Se desconoce la prevalencia de diabetes y prediabetes en la región Guayana de Venezuela. Objetivos: Determinar la prevalencia de diabetes y prediabetes en los sujetos de la región Guayana de Venezuela evaluados en el estudio EVESCAM. Métodos: Estudio poblacional, observacional, transversal, aleatorio poliestratificado que incluyó 445 sujetos de 8 localidades urbanas y rural de la región Guayana: Los Aceiticos I = 72, Los Aceiticos II = 81, Biscochuelo = 42, Vista Hermosa = 79, Sector Plaza = 58, El Rinconcito = 57 y Pinto Salinas = 54. Se realizó cuestionario estándar, examen físico, glicemia en ayunas y 2 horas post-carga glucosada (75 g). Resultados. Ver tabla.

Tabla. Prevalencia de diabetes y prediabetes				
VARIABLES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	
Participantes n(%)	145 (32,5)	300 (67,4)	445 (100,0)	
PREVALENCIA CRUDA DE DM (%)	11	16	14,4	
Rural*	0	5	2,4	
Urbano	13	16,8	15,6	
PREVALENCIA CRUDA DE PREDIABETES (%)	46,2	38,3	40,9	
Rural*	31,8	15	23,8	
Urbano	48,8	40	42,7	
ANTECEDENTES				
Antecedente familiar DM (%)	42,8	49,7	47,4	
Antecedente personal DM (%)	9,7	13	11,9	
TRATAMIENTO Y NIVEL DE CONT	ROL			
con Tratamiento (%)	57,1	80,6	74	
Oral (%)	75	82,4	80,4	
Insulina (%)	8,3	11,8	10,9	
Mixto (%)	8,5	5,9	6,5	
Óptimo control (% <110mg/dL)	21,4	30,8	28,3	
Regular control (% <130mg/dL)	64,3	66,7	66	
PREVALENCIA AJUSTADA POR SE	хо			
Prevalencia de Diabetes ajustada	8,2	10,3	9,2	
Prevalencia de Prediabetes ajustada	39,8	31	35,7	

DM: Diabetes Mellitus. Las proporciones son presentadas como porcentaje. *Diferencias entre rural y urbano usando Chi-cuadrado p< 0,05

Interpretación

La prevalencia de diabetes ajustada por edad en la región Guayana (9.2%) es ligeramente superior a la reportada por la OMS (8,5%) y por el estudio VEMSOLS (8,3%) en Venezuela. La prevalencia de prediabetes (35.7%) es más del doble de lo reportado previamente en Venezuela (VEMSOLS 14,6%). Se observó una mayor prevalencia en el área urbana que en la rural. El 26% de los diabéticos conocidos no estaba recibiendo tratamiento. Conclusión: Se observó una elevada prevalencia de diabetes y prediabetes en la Región Guayana de Venezuela.

MARÍA INÉS MARULANDA Y COL.

Prevalencia de Dislipidemias en Adultos de la Región Guayana de Venezuela. Resultados Preliminares del Estudio EVESCAM

María Inés Marulanda¹, Daniela Moya², Marly Quintana², Sheilly Piña², Luis Torres², María Tepedino², Juan P González-Rivas⁴, Eunice Ugel³, Maritza Duran⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵.

Resumen

Antecedentes: Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo cardiovascular esencial en el desarrollo de la aterosclerosis. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipercolesterolemia es responsable de aproximadamente el 56% de las cardiopatías isquémicas. Según el Estudio Venezolano de Síndrome Metabólico. Obesidad y Estilo de Vida (VEMSOLS) el cual evaluó 3 regiones de Venezuela (Andes, Occidente, Capital) durante 2006 a 2010, las dislipidemias más prevalentes fueron la hipoalfalipoproteinemia (58,6%) y triglicéridos elevados (39,7%). En la región Guayana de Venezuela no se han realizado estudios que reporten la prevalencia de las dislipidemias en adultos. Objetivo: Determinar la prevalencia de dislipidemias en adultos de la región Guayana de Venezuela evaluados en el estudio EVESCAM. Métodos: Estudio poblacional, observacional, transversal y de muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. Se evaluaron en la región Guayana 7 poblaciones desde octubre de 2016 hasta enero de 2017. Ciudad Bolívar: Los Aceiticos I, Los Aceiticos II, Biscochuelo (Etnia Eñepa), Vista Hermosa, Sector Plaza; Ciudad Guayana: El Rinconcito y Pinto Salinas. Para definir las dislipidemias se utilizaron los puntos de corte establecidos en el 2017 por la Sociedad Americana de Endocrinología Clínica y el Colegio Americano de Endocrinología (AACE/ACE): hipoalfalipoproteinemia: colesterol HDL < 40 mg/dL; hipertrigliceridemia: triglicéridos (TG) ≥ 150 mg/dL; hipercolesterolemia: colesterol total > 200 mg/dL; colesterol LDL elevado: colesterol LDL ≥ de 130 mg/dL. Las frecuencias se expresaron en porcentajes y se aplicó el método estadístico Chi cuadrado un valor de p < 0,05 fue considecomo estadísticamente significativo. Resultados: ver tabla.

Tabla. Prevalencia de dislipidemias en adultos de la región Guayana según sexo, edad y tipo de población

	TOTAL	Colesterol	c- LDL	c-HDL	Triglicéridos
	(n)	>200mg/dl	>130mg/dl	<40 mg/d	l >150mg/dl
Región	445	17,3	17,9	46,1	17,1
Sexo					
Masculino	145	9,7	10,3	60	15,2
Femenino	300	21	21,6	39,3	18
Edad (Años)				
20-44	156	4,5	8,3	48,7	9,6
45-69	231	25,1	23,3	46,3	19,5
>70	58	20,7	22,4	37,9	27,6
Tipo de Pob	lación				
Rural	42	11,9	9,5	23,8	2,4
Urbano	403	17,9	18,8	48,4	18,6

Datos presentados como porcentajes. No se hallaron diferencias significativas

Interpretación

La alteración lipídica más prevalente en la región fue la hipoalfalipoproteinemia (46,1%) seguida del aumento de colesterol LDL (17,9%). La prevalencia de dislipidemias en la región Guayana fue considerablemente menor con respecto al estudio VEMSOLS. **Conclusión:** En la región Guayana de Venezuela, existe una alta prevalencia de hipoalfalipoproteinemia y una baja prevalencia del resto de las dislipidemias.

Mayor Estatus Socioeconómico y Nivel Educativo asociados a Talla más Elevada en la Población Adulta Venezolana

Juan P. González-Rivas⁴, Franmar Castellanos⁸, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, María Inés Marulanda¹, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Ser más alto se asocia con una mayor longevidad, educación superior y más ingresos económicos. Aunque la altura es uno de los rasgos humanos más heredables, se cree que las diferencias entre poblaciones están relacionadas con factores ambientales no genéticos. El promedio de la talla es una variable que se ha mantenido relativamente constante en el tiempo según las revisiones de un siglo de tendencias en la altura humana adulta (1986-1996). Se desconoce la talla

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

de la población adulta venezolana y sus determinantes sociales. **Objetivo:** Determinar la talla de la población adulta venezolana y sus factores asociados. **Métodos:** Durante 2014 − 2017, 3420 sujetos con ≥20 años fueron seleccionados por un muestreo aleatorio, estratificado, polietápico, de 8 regiones de Venezuela. Se aplicó un cuestionario estándar, tomándose medidas antropométricas, la talla fue medida usando un estadiómetro portátil (Seca 206® seca gmbh & co. Hamburg /Germany). El estrato social se determinó usando Graffar. **Resultados: Ver tabla**.

Tabla. Talla de la Población Venezolana

Talla (metros) Media ± SD

		-,ca.a = c=
	Hombres (1063)	Mujeres (2356)
Media SD†	1,69 ± 0,07	1,56 ± 0,06
Por edad*		
20 - 29	1,71 ± 0,08	1,59 ± 0,07
30 - 39	1,71 ± 0,07	1,58 ± 0,06
40 - 49	1,70 ± 0,07	1,58 ± 0,06
50 - 59	1,70 ± 0,06	1,56 ± 0,06
60 -69	1,67 ± 0,06	1,54 ± 0,05
70 - 79	1,65 ± 0,06	1,53 ± 0,05
80 o más	1,62 ± 0,05	1,50 ± 0,06

Datos continuos:

medias ± desviación estándar de la media †Prueba de t-student diferencia entre géneros p< 0,001 *Prueba de ANOVA diferencias según edad, raza, estrato social y nivel académico p <0.001

Interpretación

La población adulta venezolana presentó un promedio de talla de 1,69 metros para hombres y 1,56 metros para mujeres. Un estrato social y nivel académico más altos se asociaron con una talla mayor (p<0,001). Mientras que a mayor edad y de raza Amerindio presentaron menor talla. La información de la talla y su tendencia puede ayudar a entender el impacto nutricional y ambiental, social, económico y político en la salud de los niños y adolescentes. **Conclusión:** Se evidenció en la población venezolana una talla más alta en individuos con estrato socioeconómico y nivel académico superior.

Prevalencia de Conductas de Riesgo Cardiometabólico en Adultos de la Comunidad Indígena Maniapure, Región Guayana de Venezuela

Maritza Durán⁴, Adrián Trujillo², Roberto Rohuana², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, María Inés Marulanda¹, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedente: Mundialmente las conductas de riesgo cardiometabólico en los pueblos indígenas son el principal factor predisponente de enfermedades cardiovasculares. En Venezuela las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a estilos de vida modificables, representan el 46,56% del total de mortalidad, sin embargo, para el momento, según nuestro conocimiento, en la etnia E'ñepá no se ha realizado un estudio que evalúe las conductas de riesgo cardiometabólico de esta población. Objetivo: Determinar la prevalencia de las conductas de riesgo cardiometabólico en adultos de la comunidad indígena Biscochuelo, Etnia E'ñepá de la región Guayana de Venezuela evaluados en el Estudio EVESCAM. Métodos: Estudio poblacional, observacional, de corte transversal y de muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. Se evaluaron 42 individuos de ≥20 años de edad, ambos géneros, pertenecientes a la Etnia E'ñepá, región Guayana de Venezuela. A través del cuestionario EVESCAM se determinó el consumo de alcohol, tabaco, frutas y vegetales; el nivel de actividad física se evaluó con la escala IPAQ corto; el estado nutricional se estimó a través del índice de masa corporal (IMC): bajo peso < 18,5 kg/m2; normopeso entre 18,5 a 24,9 kg/m2; sobrepeso entre 25 a < 29.9 kg/m2; y obesidad \geq 30 kg/m2. Obesidad abdominal se definió como ≥ 94cm en hombres y ≥ 90cm en mujeres. Resultados: ver tabla.

MARÍA INÉS MARULANDA Y COL.

Tabla. Prevalencia de Conductas de Riesgo Cardiometabólico en la comunidad indígena Maniapure

Características generales de la población

	Masculino	Femenino	Total
N y %	22 (52,38%)	20 (47,62%)	42 (100%)
Edad (años)	39,55 ±13,91	39,20 ± 13,36	39,38±13,48
IMC (kg/m2)	21,16 ± 1,63	20,31 ± 2,53	20,76 ±2,13
Perímetro abdominal (cm)*	78,05 ± 6,25	73,80 ± 5,15	76,03 ±6,08
Porcentaje de grasa (%)	12,82 ± 3,13	14,02 ± 5,75	13,42 ±4,55

a 8 a a a (7 a 7					
Conductas de riesgo según género %					
	Masculino	Femenino	Total		
Obesidad	0	0	0		
Sobrepeso	4,5	5,5	4,8		
Obesidad abdominal	0	0	0		
Inactividad física	10	15	12,5		
Tabaquismo	0	0	0		
Consumo de alcohol					
Bebedor ligero	19	0	10		
Consumo de frutas Diario	40,9	35	38,1		
Consumo de vegetales Diario	40,9	30	35,7		

Datos continuos: medias ± desviación estándar de la media. Tasas presentadas como porcentajes. p<0,05 fue considerada estadísticamente significativa.

Determinación del punto de corte de la circunferencia óptima de la cintura para la agregación de múltiples factores de riesgo en la población venezolana

Juan P. González-Rivas⁴, Maritza Durán⁴, Diana De Oliveira-Gomes⁷, Rocío Iglesias-Fortes⁷, De, Erik L. Dávila Alcalá⁷, María Inés Marulanda¹, Eunice Ugel3, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: La circunferencia abdominal (CA) es un indicador indirecto de grasa abdominal, existiendo una correlación entre la CA y el síndrome metabólico (SM). El Grupo Latinoamericano para el Estudio del Síndrome Metabólico (GLESMO) en el 2011, utilizando un área de tejido adiposo visceral ≥100 cm2 detectada a través de

tomografía computarizada, recomendó para Latinoamérica puntos de corte de CA de 90 cm para mujeres y 94 cm para hombres. En Venezuela, en el año 2014 se realizaron dos estudios:en Maracaibo se determinaron puntos de corte de 90.25 cm para mujeres y 95.15 cm para hombres a través de la medición de CA y agregación de 2 o más componentes para SM. Así mismo, en San Cristóbal, con una metodología similar, determinaron puntos de corte de 88,75 cm y 95,25 cm, para mujeres y hombres respectivamente. No hay estudios de determinación de puntos de corte de CA que incluyan a toda la población venezolana. Objetivo: Determinar los puntos de corte de circunferencia de cintura óptimos para agrupar 2 o más componentes del SM. Métodos: estudio nacional de muestreo por conglomerados, aleatorizado y de base poblacional, que evaluó a 3.420 adultos entre julio de 2014 y enero de 2017, con una tasa de respuesta del 77,3%. Se realizaron mediciones antropométricas y de laboratorio y se construyeron curvas ROC de CA para la detección de 2 o más componentes de SM. Resultados: ver tabla.

Tabla.		
Factores de riesgo metabólico	Mujeres	Hombres
Punto de corte (cm)	89,95	93,73
ABC	0,84	0,85
Sensibilidad (%)	87,61	83,96
Especificidad (%)	74,4	79,07
Índice de Youden	0,61	0,63
LR +	3,42	4,01
IMC (Kg/m2)	27,27	26,4

ABC: área bajo la curva, IMC: índice de masa corporal

Discusión

Los óptimos puntos de corte para detectar 2 o más componentes del SM fueron 90 cm para mujeres y 94 cm para hombres, similar a los reportado por GLESMO y muy cercano a lo observado en estudios previos en el país. Los resultados contrastan con los propuestos por la Federación Internacional de Diabetes, quienes recomendaron usar puntos de corte específicos para cada grupo étnico, estableciendo para los Latinoamericanos usar el punto de corte de los Sur Asiáticos ≥ 90 cm

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

en hombres $y \ge 80$ cm en las mujeres. **Conclusión:** Los valores óptimos de CA en población venezolana para detectar 2 o más componentes del SM son 90 cm para mujeres y 94 cm para hombres.

Prevalencia de hábito tabáquico en Venezuela

Juan P. González-Rivas⁴, Maritza Durán⁴, Rocío Iglesias-Fortes⁷, Diana De Oliveira-Gomes⁷, Katherine A. Rosales-Pereira⁷, Leidy De Jesús-Henriques⁷, Fátima Piñero⁷, Erik L. Dávila Alcalá⁷, María Inés Marulanda¹, Eunice Ugel³, Ramfis Nieto-Martínez⁵.

Resumen

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015 estimó una prevalencia de tabaquismo de 17,1% en las Américas. El estudio CARMELA en 2008 reportó un rango de prevalencia del consumo de cigarrillos en ciudades capitales de Latinoamérica desde 21,8% en Barquisimeto hasta 45,4% en Santiago. El grupo de Carga Global de Enfermedades (GBD) estimó para Venezuela prevalencia de tabaquismo de 16,7% en hombres y 9,9% en mujeres. La prevalencia de tabaco no inhalado (TBNI) en una población rural de los Andes fue de 38% para el año 2011. Ningún estudio ha reportado la prevalencia de consumo de

tabaco en una muestra representativa de todo el país. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del hábito tabáquico en Venezuela. **Métodos:** estudio nacional de muestreo por conglomerados, aleatorizado y de base poblacional, que evaluó a 3.420 adultos entre julio de 2014 y enero de 2017, con una tasa de respuesta del 77,3%. A través del cuestionario se determinó el consumo actual -últimos 12 meses- de tabaco activo y pasivo, así como, el consumo pasado –no consume en los últimos 12 meses- de tabaco inhalado y no inhalado. **Resultados:ver tabla.**

Discusión

La prevalencia de consumo actual de cigarrillos fue 10,8%, siendo inferior a lo estimado por la OMS y GBD. La prevalencia de TNI fue sólo 3%, muy inferior a la reportada para la población rural en Mérida. El consumo de tabaco tanto inhalado como no inhalado fue mayor en hombres que en mujeres, lo cual es consistente con lo señalado por la OMS y el GBD. Es probable que las intensas campañas de concientización sobre el uso de tabaco en Venezuela, asociado a su alto costo debido a la inflación expliquen estos resultados más bajos a lo esperado en la región. **Conclusión:** Se encontró una baja prevalencia de consumo de tabaco inhalado y no inhalado en Venezuela.

Tabla. Prevalencia de uso de Tabaco por género					
	n	Fumadores actuales	Ex fumadores	Fumadores pasivos	Tabaco no inhalado (Chimó)
Prevalencia cruda					
Total	3347	10.6	22.5	34.7	3.0
Hombres	1038	15.9*	33.5*	34.1	7.0*
Mujeres	2309	8.2	17.6	35.0	1.2
Prevalencia ajustada por	edad				
Total	3347	11.7	19.5	39.3	4.1
Hombres	1038	17.0*	27.0*	38.9	7.3*
Mujeres	2309	6.9	12.6	39.7	1.1

Los datos se presentan en porcentaje (95% CI).

Las diferencias entre géneros fueron evaluadas con el test de chi-cuadrado *p < 0.001.

MARÍA INÉS MARULANDA Y COL.

Filiaciones Institucionales

- 1 Endocrine Associates of Florida. Clinical Research Department. Orlando, Florida, USA
- 2 Universidad De Oriente (UDO), Ciudad Bolívar, Venezuela
- 3 Departamento de Medicina Preventiva y Social. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela
- 4 Fundación para la Investigación Clínica, Salud Pública y Epidemiológica de Venezuela (FIS-PEVEN), Caracas, Venezuela
- 5 Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC), Miami VA Healthcare System, Miami, FL, USA. South Florida Veterans Affairs Foundation for Research & Education, Miami, USA
- 6 Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia
- 7 Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas, Venezuela
- 8 Universidad de los Andes (ULA), Mérida, Venezuela

PRESENTACIÓN DE CASOS CLINICOS

Enfermedad de Gaucher*

Yris Guzmán, Yurilu González, Haylen Marín

Resumen

Las enfermedades por depósito, representan un amplio espectro clínico de enfermedades. Una de las más frecuentes es la enfermedad de Gaucher, cuyo defecto primordial radica en el almacenamiento de glucosilceramida. Su prevalencia es 1/100.000 habitantes en países del Medio Oriente. En Suramérica es tan infrecuente que no se cuenta con estadísticas claras. Presentamos un paciente de 21 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, quien inicia clínica 6 meses previos a su ingreso caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, difuso, de moderada intensidad, intermitente, con periodos de acalmia de hasta 10 días, acompañado de náuseas, astenia, hiporexia y adinamia. Durante su hospitalización se realizan estudios de imagen que muestran hepatoesplenomegalia (homogénea) y en el laboratorio se encontraron transaminasas elevadas, anemia persistente y niveles de glucemia variables. Se realizan biopsias hepática y de medula ósea, compatibles con enfermedad por depósito tipo Gaucher. . Esta enfermedad es poco conocida en nuestro país, siendo la de mayor incidencia la enfermedad de Fabry. Se debe considerar la coexistencia con otras enfermedades metabólicas como diabetes tipo 1, que pudieran condicionar su aparición.

Palabras clave: Enfermedad de Gaucher; Hepatomegalia; Diabetes mellitus.

Gaucher's disease

Yris Guzmán, Yurilu González, Haylen Marín

Abstract

Storage diseases represent a broad clinical spectrum. Gaucher's disease, in which the primary defect lies in the storage of glucosylceramide has a prevalence of 1/100.000 in countries of the Middle East. In South America this disease is so infrequent, that there is no clear information about the prevalence. We present the case a 21-year old patient, with diabetes mellitus type 1 and a history of intermittent abdominal pain in the right hypochondrium, moderate intensity, nausea, asthenia, and hyporexia. The image studies showed homogeneous hepatosplenomegaly. The laboratory workup reported elevated transaminases, persistent anemia and fluctuating blood glucose levels. Hepatic and bone marrow biopsies were compatible with Gaucher type III disease. This disease is little known in our country, were Fabry's disease is more common. Coexistence with other metabolic diseases such as diabetes should be considered.

Key words: *Gaucher's disease; hepatomegaly; diabetes.*

Introducción

Las enfermedades por depósito, representan un amplio espectro clínico de enfermedades caracterizado por el acúmulo anómalo de alguna sustancia en el interior celular. De éstas una de las más frecuentes es la enfermedad de Gaucher, cuyo defecto primordial radica en el almacenamiento de glucosilceramida. Su prevalencia es 1/100. 000 habitantes en

Servicio de Medicina Interna, Hospital Militar
 "Dr Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela.

YRIS GUZMÁN Y COL.

países del Medio Oriente. En Suramérica es tan infrecuente, que no se cuenta con estadísticas claras⁽¹⁾.

La enfermedad es el resultado de una mutación autosómica recesiva en el gen que codifica la síntesis de la enzima lisosomal b-glucosidasa ácida (ß-GA)⁽²⁾. El defecto genético se localiza en el cromosoma 1 región q2.1. La deficiencia enzimática produce la acumulación de la glucosilceramida en los lisosomas del sistema monocito-macrófago llevando a la acumulación de glucocerebrósidos en médula ósea, bazo, hígado, pulmones y en cerebro en algunos pacientes, causando daño celular y disfunción orgánica. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, pues dependen del defecto subyacente, así como de la edad de presentación, siendo más frecuente, en la infancia.

Caso clínico

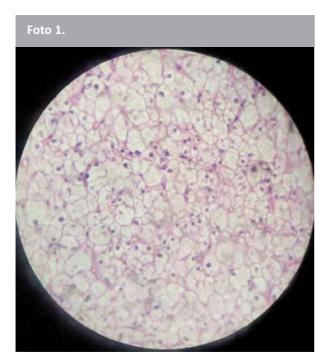
Paciente masculino de 21 años de edad quien presenta 6 meses previo a su ingreso dolor abdominal de aparición insidiosa, en hipocondrio derecho, moderada intensidad, tipo cólico, con irradiación difusa, sin atenuantes ni exacerbantes, intermitente, con periodos de acalmia de hasta 10 días; acompañado de nauseas, astenia e hiporexia. Como historia médica, Diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada a los 7 años de edad, en tratamiento con insulina glargina basal e insulina aspart; varios episodios de cetoacidosis diabética. Había sido hospitalizado 6 meses antes por infección por Rickettsia tratada con doxiciclina. Niega anemia o patologías hematológicas. Hábito tabáquico desde los 19 años hasta la actualidad con promedio de 1 paquete/año. Hábito alcohólico ocasional sin llegar a la embriaguez. Ocupación: soldado. Examen funcional: Refiere pérdida de peso de 5 kg en 2 meses. Niega dolores óseos o artralgias. Refiere parestesias en miembros superiores desde hace 2 meses sin alteración de la fuerza muscular. Niega convulsiones, temblor, parálisis o disminución de fuerza muscular. Al examen físico: condiciones clínicas estables, IMC: 25,4; palidez cutáneo-mucosa, abdomen globoso, hepatomegalia dolorosa con esplenomegalia Boyd 1, prueba de monofilamento positiva, ROT II/IV, FM 5/5, nervios craneales indemnes,

fondo de ojo sin alteraciones. Los exámenes de laboratorio mostraron anemia (crónica, 10gr/dl), glucemia variable (hipo e hiperglicemia alternantes, con valores entre 40 mg/dl y 270 mg/dl) y elevación de aminotransferasas en niveles entre 220-270 mg/dl. El ultrasonido abdominal reporta hepato-esplenomegalia homogénea, riñón izquierdo con estenosis ureteropielocalicial (ver tabla 1). El estudio endoscópico gástrico mostró enfermedad por reflujo gastroesofágico grado "C", hernia hiatal grado III, gastritis antral leve y duodenitis parasitaria crónica moderada. La electromiografía reportó polineuropatía desmielinizante axonal difusa, con resonancia magnética cerebral normal.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio				
HEMOGLOBINA (g/dl)	10,2	GLUCOSA (mg/dl)	197	
HEMATOCRITO (%)	30,6	BUN mg/dl)	10	
VCM (fl)	92,6	CREATININA (mg/dl)	0,55	
HCM (pg)	30,4	TGO	271	
PLT (uL)	237000	TGP	226	
LEUCOCITOS (uL)	5700	PROTEINAS TOTALES	6	
SEGMENTADOS (%)	32,7	ALBUMINA	3,5	
LINFOCITOS (%)	57,6	GLOBULINA	2,5	
EOSINÓFILOS (%)	2,0	RELACION	1,4	
BASOFILOS (%)	0,7	BILIRRUBINA TOTAL	0,24	
MONOCITOS (%)	7	DIRECTA	0,03	
VSG	11	INDIRECTA	0,21	
VDRL	NO REACT	ACIDO ÚRICO	3,8	
HIV	NEG	COLESTEROL	196	
ALFAFETOPROTEINA (0-9)	1,5	HDL	24	
CEA (0-3)	2,1	LDL	92,4	
PSA TOTAL	0,1	VLDL	79,4	
PSA LIBRE	0,04	TRIGLICÉRIDOS	397	
RELACIÓN %	40	FÓSFORO	3,5	
HEMOCULTIVO	NEG	CALCIO	8,9	
COPROCULTIVO	NEG	SODIO	140	
UROCULTIVO	NEG	POTASIO	4,2	
GOTA GRUESA	NEG	CLORO	103	
ANTÍGENOS FEBRILES	NEG	PCR	0,1	

ENFERMEDAD DE GAUCHER

La biopsia hepática (ver Foto 1) mostró: parénquima hepático alterado con pérdida de la arquitectura lobulillar y trabecular dado por la presencia de hepatocitos balonados con microvesículas, citoplasma claro y granular. Se observan 3 espacios porta con integridad de la trabecular limitante; ambas compatibles con enfermedad por depósito tipo Gaucher. Con estos resultados clínicos, analíticos y radiológicos, se diagnosticó enfermedad de Gaucher tipo III con afectación neurológica. Biopsia de médula ósea.



Discusión

A pesar de la poca incidencia de este tipo de entidades en nuestro país, se debe considerar como una manifestación precoz de una enfermedad secundaria en pacientes con diabetes tipo 1⁽²⁾.

La enfermedad de Gaucher es una de las enfermedades por depósito más ampliamente estudiada, sin embargo, aún ha sido muy difícil esclarecer cuales son las variaciones fenotipo – genéticas que condicionan su aparición o bien su progresión hacia cualquiera de sus subtipos⁽³⁾.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son muy variadas, pues dependen del defecto subyacente. Si bien la base en común de todos es la deficiencia de la enzima glucosilceramida, cada una de sus variaciones tiene características particulares⁽⁴⁾.

- Tipo I (no neuropática): es la forma más prevalente en la infancia o en la edad adulta; por lo general cursa de forma asintomática, aunque tiene variaciones letales. Su característica particular es que no afecta al cerebro o al sistema nervioso central (SNC). Existe infiltración no uniforme de la médula ósea.
- Tipo II (neuropática aguda): es agresiva y menos frecuente. Alta mortalidad en lactantes. Se caracteriza por crisis dolorosas principalmente óseas, con citopenias periféricas y compromiso variable sobre el SNC.
- Tipo III: es una forma progresiva, dada por la combinación de lesión visceral masiva (parecida a la tipo 1) y afección del SNC progresiva (demencia, convulsiones, retraso mental y neuropatía periférica de características desmielinizantes)

Es importante destacar que todas las variantes tienen una correlación elevada con cualquier tipo de cáncer, siendo los más frecuentes leucemias y linfomas⁽⁵⁾.

En cuanto al diagnóstico, se hace principalmente por los hallazgos histológicos de las células de Gaucher, tanto en biopsias de médula ósea como del sistema retículo endotelial⁽⁶⁾. Otra forma es cuantificar la actividad de la enzima glucocerebrosidasa beta, en lo cual se objetiviza una actividad por debajo del 10%. Sin embargo, este método no se considera del todo efectivo, en vista que los portadores, también presentan actividad disminuida de la enzima por lo que se hace difícil esclarecer el diagnóstico⁽⁶⁾. Otros exámenes complementarios son los niveles de fosfatasa ácida y de enzima convertidora de angiotensina, ya que ambas pueden estar elevadas en algunos casos⁽⁷⁾. Los estudios de imágenes, como la resonancia magnética cerebral e incluso de huesos largos como fémur, se hacen indispensables una vez que se establece el diagnóstico de enfermedad de Gaucher, ya que permite subclasificar la enfermedad y con ello obtener el

YRIS GUZMÁN Y COL.

pronóstico así como identificar el estado del compromiso que tiene el paciente al momento del diagnóstico.

El tratamiento en la actualidad sigue siendo controversial y va desde medidas sintomáticas, como el uso de antiinflamatorios no esteroideos, distintos a la aspirina (pues ésta se asocia a coagulopatías en pacientes con Gaucher), combinado con reposo durante los periodos de crisis. Hay buenos resultados en el tratamiento con oxígeno en cámara hiperbárica, en pacientes que experimentan crisis óseas dolorosas. También se ha considerado la esplenectomía⁽⁶⁾.

Sin embargo, desde 1991, se considera que la primera línea de tratamiento es la terapia de sustitución enzimática que ha demostrado que enlentece la progresión de la enfermedad y mejora la expectativa de vida en estos pacientes⁽⁸⁻⁹⁾.

Opciones adicionales a considerar, son el uso de bifosfonato (sobre todo cuando el compromiso óseo se hace extenso) y el empleo de hierro como coadyuvante al control de la anemia⁽¹⁰⁾.

Conclusión

Pese a que en Venezuela la enfermedad por depósito tipo Gaucher no constituye una entidad prevalente, debe generar suspicacia en el clínico la presencia de organomegalias persistentes (una vez descartada causas infecciosas, entre otras), sobre todo en pacientes jóvenes, que coexistan con patologías como la diabetes tipo 1, dado que ésta se relaciona con una variedad de mutaciones genéticas y enfermedades por depósitos, pudiendo representar una manifestación precoz de cualquiera de estas condiciones.

Referencias

- Harrison, Medicina Interna. Decimo 18 Edición, Editorial Mc Graw Hill, 2012.
- Hughes Derralyn. Enzyme, substrate and myeloma in Gaucher Disease. American Journal of Hematology, 2009,10-16.
- Alfonso P, Aznarez S, Giralt M, Pocovi M, Giraldo P. Mutation analysis and genotype/phenotype relationships of Gaucher disease patients in Spain. J Hum Genet. 2007; 52:391-6
- Giraldo P, Capablo JL, Alfonso P, Latre P, García B, Pocovi M. Manifestaciones neurológicas en pacientes con enfermedad de Gaucher y en sus familiares. Med Clin (Barc) 2008; 131(5):175-9.
- Taddei TH, Kacena KA, Yang R, Malhotra A. Et al. The underrecognized progressive nature of N370S Gaucher disease ande assessment of cancer risk. American Journal of Hematology 2009:84
- Drelichman G; Basack N; Fernández N et al. Consenso para la enfermedad de Gaucher: Grupo Argentino de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Gaucher. Hematología. 2013; 17: 25 - 60. 2013.
- Towens DW, Teitelbaum SL, Kahn AJ, Barranger JA. Skeletal complications of Gaucher disease. Medicine (Baltimore) 1985; 64:310-322
- Neuman J, 'Bras J, Deas E, Sullivan S. et al. Mutaciones de Glucocerebrosidasa en Enfermedad de Parkinson Institute of Neurology, University College of London, Brain, Oxford University Press. March 2009.
- Hughes Derralyn. Enzyme, substrate and myeloma in Gaucher Disease. American Journal of Hematology, 2009,10-16.
- Mistry P, Weinreib N, Brady R, Grabowski G. Gaucher disease: Resseting the Clinical and Scientific Agenda. 2015