

Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna

Fundada en Abril de 1985

Volumen 35

Nº 4

2019

CONTENIDO

EDITORIAL

El Viaje de un Internista

Virginia Alejandra Salazar Matos.....129 - 130

GALERÍA DE IMÁGENES

Tofos en manos

Águeda Azacón, Jaana Saarenheimo, Kai Salonen, Natalia Varkki.....131

HISTORIA DE LA MEDICINA INTERNA EN EL PAÍS

Semblanza del Dr. Henrique Benaím Pinto

María Cristina Arvelo Suárez.....132 - 134

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Relación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

Fhabian S. Carrion Nessi, Allen W. Antuárez Magallanes, Yurilis J. Fuentes Silva.....135 - 144

Índice RECODE:

aplicación y análisis en una población hospitalaria

Luz Janira Palmar Montiel, María Patricia Herrera Muriana145 - 154

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Glomerulopatía colapsante con insuficiencia renal terminal de rápida progresión

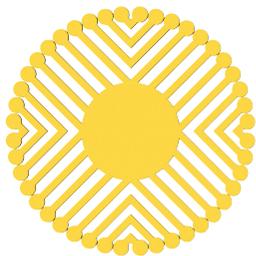
Daniela Molina Maldonado, Daisy Cedillo Rossi, Alejandro Oirdobro Montilla, María Cristina Arvelo Suárez.....155 - 160

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Resúmenes Pirámide EVESCAM. XXV Congreso de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, 2019

Eunice Ugel, Daniela A. Hurtado-Santander, Juan P. González-Rivas, Maritza de Jesús Durán Castillo, María Inés Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez.....161 - 164

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORESII



**Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Junta Directiva Nacional
2019 - 2021

Presidente
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS

Vicepresidente
RAMEZ CONSTANTINO

Secretaria General
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA

Secretaria de Actas
MARIFLOR VERA

Tesorera
ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ

Bibliotecaria
YEMINA FIGUERA

Vocales
GUSTAVO VILLASMIL
REBECA VILORIA PÁRRAGA
VICTORIA STEPENKA
LISETTE CORTEZ
ALEXANDRA MARCANO

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA
MARIO J PATIÑO TORRES
MARÍA EVELYN MONSALVE
TRINA MARÍA NAVAS BLANCO
VICTORIA STEPENKA
MARIFLOR VERA
RAMEZ CONSTANTINO
MARITZA DURÁN CASTILLO
JOSÉ ANTONIO PAREJO ADRIÁN

**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 35

Nº 4

2019

C O N T E N I D O

EDITORIAL

El Viaje de un Internista

Virginia Alejandra Salazar Matos.....129 - 130

GALERÍA DE IMÁGENES

Tofos en manos

Águeda Azacón, Jaana Saarenheimo, Kai Salonen,
Natalia Varkki.....131

HISTORIA DE LA MEDICINA INTERNA EN EL PAÍS

Semblanza del Dr. Henrique Benaím Pinto

María Cristina Arvelo Suárez.....132 - 134

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Relación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

Fhabian S. Carrion Nessi, Allen W. Antuárez Magallanes,
Yurilis J. Fuentes Silva.....135 - 144

Índice RECODE:

aplicación y análisis en una población hospitalaria

Luz Janira Palmar Montiel, María Patricia Herrera Muriana145 - 154

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Glomerulopatía colapsante con insuficiencia renal terminal de rápida progresión

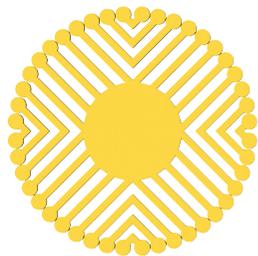
Daniela Molina Maldonado, Daisy Cedillo Rossi,
Alejandro Oirdobro Montilla, María Cristina Arvelo Suárez.....155 - 160

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Resúmenes Pirámide EVESCAM. XXV Congreso de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, 2019

Eunice Ugel, Daniela A. Hurtado-Santander,
Juan P. González-Rivas, Maritza de Jesús Durán Castillo, María Inés
Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez.....161 - 164

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.....II



**Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Junta Directiva Nacional
2019 - 2021

Presidente
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS

Vicepresidente
RAMEZ CONSTANTINO

Secretaria General
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA

Secretaria de Actas
MARIFLOR VERA

Tesorera
ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ

Bibliotecaria
YEMINA FIGUERA

Vocales
GUSTAVO VILLASMIL
REBECA VILORIA PÁRRAGA
VICTORIA STEPENKA
LISETTE CORTEZ
ALEXANDRA MARCANO

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA
MARIO J. PATIÑO TORRES
MARÍA EVELYN MONSALVE
TRINA MARÍA NAVAS BLANCO
VICTORIA STEPENKA
MARIFLOR VERA
RAMEZ CONSTANTINO
MARITZA DURÁN CASTILLO
JOSÉ ANTONIO PAREJO ADRIÁN

**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

Established April 1985

Volume 35

Number 4

2019

CONTENTS

EDITORIAL

The journey of an internist

Virginia Alejandra Salazar Matos129 - 130

CLINICAL IMAGES

Tophi in hands

Águeda Azacón, Jaana Saarenheimo, Kai Salonen,
Natalia Varkki.....131

HISTORY OF INTERNAL MEDICINE IN VENEZUELA

A biographical sketch of Dr. Henrique Benaím Pinto

María Cristina Arvelo Suárez.....132 - 134

RESEARCH ARTICLES

Relationship between sociodemographic factors and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus

Fabian S. Carrion Nessi, Allen W. Antuárez Magallanes,
Yurilis J. Fuentes Silva135 - 144

Analysis and application of the RECODE Index in a hospital population

Luz Janira Palmar Montiel, María Patricia Herrera Muriana145 - 154

CLINICAL CASE PRESENTATION

Collapsing glomerulopathy with rapid progression to terminal renal failure

Daniela Molina Maldonado, Daisy Cedillo Rossi,
Alejandro Oirdobro Montilla, María Cristina Arvelo Suárez.....155 - 160

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF INTERNAL MEDICINE IN VENEZUELA

Abstracts of the EVESCAM Pyramid researchers presented at the XXV Scientific Session of the Venezuelan Society of Internal Medicine

Eunice Ugel, Daniela A. Hurtado-Santander,
Juan P. González-Rivas, Maritza de Jesús Durán,
María Inés Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez.....161 - 164

INFORMATION FOR AUTHORSII

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), Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud (LIVECS) 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 deben ser enviados electrónicamente a los e-mails 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 res-

puesta 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. Antes de su publicación, los artículos serán revisados a través del programa online PrePost para la detección de plagio.

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, en la cual no se explicará el motivo, pues es decisión conjunta del Comité Editorial.

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 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

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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, la letra será N° 11 y espacio interlineado de 1,5 con un máximo de 15 páginas, en formato word, y 8 tablas como 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 (aquellos 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 Medical Subject 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 lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2013 y el consentimiento de los individuos participantes. Igualmente, para animales (código de ética) y además, toma como referencia también los principios publicados por el Committee on Publication Ethics (COPE) en el Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors (Código de Conducta y Mejores Prácticas Directrices para Editores de Revistas) (<https://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

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 utilizará queda a discreción del Comité Editorial. Las medidas de longitud, talla, peso y 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 (2"), 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 publicación 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 systemic 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, Peñalosa 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.

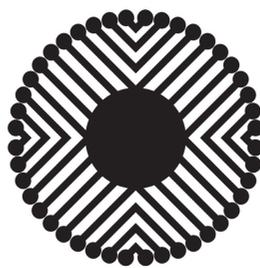
- Citas tales como "observaciones no publicadas", "comunicación personal", "trabajo en prensa", no deben ser incluidas en la lista de referencias. Sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis. Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Medicina Interna es una revista de acceso abierto (open access), es decir, su contenido está disponible de manera gratuita para los usuarios y sus instituciones. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar, o tener acceso a los artículos sin solicitar una autorización previa al editor o a los autores. Lo anterior de conformidad con la definición de Budapest Open Access Initiative (BOAI).

Dirección para recepción de los artículos:

Dra. Eva Essensfeld de Sekler (Editora). Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Avenida Francisco de Miranda. Edificio Mene Grande, piso 6, oficina 6. Teléfono: 0212-2854026.

E-mails: medicinainternarevista@gmail.com y revistamedicinainterna@svmi.web.ve



Medicina Interna

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA, A LA COMUNIDAD NACIONAL, CON EL OBJETIVO DE DECLARAR EL DÍA 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”**.

El Viaje de un Internista

*Virginia Alejandra Salazar Matos**

Desde mis inicios como estudiante de medicina, el único interés que me motivaba era adquirir un conocimiento teórico-práctico de las enfermedades para luego tratar adecuada y efectivamente a los pacientes. Cuando me sumergí en esta bella especialidad, la Medicina Interna, que me conquista y enamora, me dí cuenta que mi visión cambiaba completamente, siendo el paciente el centro de la inspiración que me guíaba para brindar bienestar y salud.

Hoy pienso que este sentir no lo aprendemos en los libros de texto, lo aprendemos en el día a día con el trato al paciente, y muy especialmente, observando la delicadeza y sensibilidad de nuestros profesores al relacionarse en la práctica médica con cada uno de ellos. Esos, bien llamados maestros, con su actitud, modelan al estudiante y lo enseñan no sólo a enfocar y analizar la enfermedad del paciente, sino cómo lograr que el paciente se identifique con el médico, se sienta escuchado y dispuesto, sin freno alguno, a manifestar sus preocupaciones, angustias y miedos. Esta manera de actuar tan particular, no sólo en nuestra profesión sino también en nuestra vida cotidiana, es lo que nos define como médicos internistas.

Así fui entrenada en la institución donde realicé mis estudios de postgrado de Medicina Interna, el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" de Caracas,

por un magnífico e inolvidable grupo de especialistas, quienes con elevados principios familiares y de unión, así como amplios conocimientos en esas artes, tenían una visión de la medicina netamente clínica, humanística y ética, la cual me inculcaron y que hoy día, después de 24 años de graduada de especialista, atesoro con orgullo en mi corazón y repito a mis alumnos en la práctica diaria.

Desde mi llegada a la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI) de la mano de mi querido y siempre recordado maestro Dr. Ramón Castro Álvarez, fui conociendo los principios que rigen esta prestigiosa sociedad científica, el valor humano con el que cuenta y el compromiso incondicional de muchos de sus integrantes. En ese transitar, fuí acogida por el Dr. Carlos Moros Ghersi y la Dra. Eva Sekler, reconocidos expresidentes de la SVMI, quienes me recibieron y enseñaron con gusto mi desempeño dentro del Comité Científico de la Revista Medicina Interna a la que aún pertenezco, además recibí entusiastas palabras de estímulo, así como sugerencias y consejos de varios miembros como los Dres. Israel Montes de Oca, Ramón Soto Sánchez, Eddie Kaswan y Mario Patiño, logrando fortalecer mi deseo de mantenerme dentro de esta sólida institución.

En el año 2009 fui invitada a formar parte de la junta directiva de la SVMI, cuando era presidida por el Dr. José Antonio Parejo, amigo y categórico representante de nuestra especialidad. Desde entonces se me ha confiado la tarea de ayudar en la dirección de nuestra Sociedad, acompañando posteriormente a las Dras. María Inés Marulanda y

* Presidenta de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.
Email: vass68@hotmail.com

EL VIAJE DE UN INTERNISTA

Maritza Durán en su exitosa gestión. Todos ellos me enseñaron, entre otras cosas, a cuidar y mantener en alto los principios de nuestra institución, sus objetivos, finalidad y justificación de ser y existir.

Para mí es una gran responsabilidad este nuevo compromiso que voy a desarrollar, llevando las riendas de esta prestigiosa casa de talentosos especialistas, particularmente en momentos tan difíciles en nuestro país donde existen tan relevantes problemas morales y sociales; sin embargo, siento que cuento con un equipo humano valioso, solidario, con mucha iniciativa y ganas de trabajar por nuestra especialidad, nuestra sociedad científica y nuestro país.

Actualmente ustedes cuentan con esta nueva Junta Directiva Nacional de la SVMi para el período 2019-2021, la cual quedó conformada de la siguiente manera:

Virginia A. Salazar Matos	Presidente
Ramez Constantino	Vicepresidente
Cristina López de Ayala	Secretaria General
Mariflor Vera	Secretaria de Actas
Zully Andreína Réquiz	Tesorera
Yemina Figuera	Bibliotecaria
Victoria Stepenka	Vocal
Gustavo Villasmil	Vocal
Rebeca Vilorio	Vocal
Lisette Cortez	Vocal

Tofos en manos

*Águeda Azacón, Jaana Saarenheimo, Kai Salonen, Natalia Varkki**

Paciente masculino de 83 años de edad, traumatólogo ortopedista, natural y procedente de Helsinki, Finlandia, con diagnósticos de Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular, Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardíaca y Enfermedad Cerebrovascular de larga data. Desde 2006 se identifica ingesta anormal de alcohol y desde 2011 en tratamiento irregular con Alopurinol y Colchicina. Es hospitalizado para estudios debido al diagnóstico reciente de hidronefrosis bilateral. Al examen

físico de ingreso se observó la presencia de múltiples tofos en ambas manos a predominio de articulaciones interfalángicas distales (figura), no dolorosos a la movilización ni a la palpación, pero que han producido importante limitación funcional. El tofo de mayor tamaño en el quinto dedo de la mano izquierda con un diámetro máximo de aprox. 3.5 cm (foto). Los niveles de ácido úrico fueron 7,02 mg/dL con una por GFR 39, se ajustó dosis de Colchicina a 500 mg/día.



Figura 1. Tofos en mano derecha, con salida espontánea de material tofoide a través de la cutícula del 3er dedo.

* Hospital Suursuon Sairaala, Servicio 22, Geriatria de Agudos. de Helsinki, Finlandia.
Email: Agueda Azacon Veinte.azacon@hotmail.com

Semblanza del Dr. Henrique Benaím Pinto

*María Cristina Arvelo Suárez**

La Cátedra de Clínica y Terapéutica A del Hospital Universitario de Caracas, conserva vigentes muchas de las enseñanzas del Dr. Benaím Pinto, quien fuera su Jefe por muchos años, y lo aquí expuesto es un pequeño homenaje a quien la Universidad Central de Venezuela y la medicina interna venezolana tanto debemos.

El Dr. Benaím Pinto, nació en Caracas el 02 de agosto de 1922, descendiente de una familia de inmigrantes judíos sefarditas, constituida por Elías Benaím Pinto, padre, y Estrella Pinto Pilo, madre, siendo el segundo de 6 hijos, 3 de los cuáles fueron médicos. Su educación primaria la inició en el **Colegio Paraíso de Caracas** y a los 8 años se mudó a París donde permaneció por 2 años. Regresó a Caracas en 1932 y continuó sus estudios en el **Colegio San Pablo**, graduándose de bachiller a los 17 años en 1939 con un promedio de 20 puntos.

Inició sus estudios de medicina en ese mismo año en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, recibiendo el premio Francisco Eugenio Bustamante en 1940, otorgado por la Universidad del Zulia al mejor estudiante de 1er año de Medicina. Se graduó de Doctor en Medicina el 06 de octubre de 1945 en la promoción Aníbal Santos Dominici, Mención Summa Cum Laude. Recibió el premio Luis Razetti por su traba-

jo Aspectos Médico- Sociales de la Anquilostomiasis en Venezuela, y fue elegido por su promoción como orador del acto de graduación en el paraninfo de la antigua universidad. En relación a su actividad docente, inició su carrera en 1945 como profesor instructor de la Cátedra de Clínica Médica I del Hospital Vargas, asignado a la sala 2, junto al Dr. Francisco Samaniego. En 1949, beneficiado por una beca Kellogg, realizó su postgrado de Medicina Interna en la Universidad de Cornell y el Hospital Bellevue en Nueva York. En 1950 se trasladó al Hospital Beth- Israel y a la Universidad de Harvard para cursar el 2º año como investigador asociado. Finalmente en 1951 cursó postgrado de Cardiología en esa misma universidad.

Se había casado en Caracas en 1950, con la Señora Alicia Maman y de este matrimonio nacieron 2 hijos: Tania, pediatra en ejercicio y su hijo Alfredo, abogado, fallecido tempranamente.

Al culminar sus estudios de postgrado, se reintegró a la Cátedra pero la Universidad Central fue cerrada por el régimen de Marcos Pérez Jiménez, por lo que el Dr. Benaím permaneció en el hospital sólo con actividad asistencial. Posteriormente, se reintegró a la docencia en 1953 al reabrirse la UCV y en 1954 fue designado Jefe Encargado de la Cátedra de Medicina I del Hospital Vargas. En 1956 se trasladó al Hospital Universitario de Caracas.

Ese mismo año, el Dr. Benaím Pinto publicó en Acta Médica Venezolana, un editorial muy importante: *La Sociedad Venezolana de Medicina Interna, una necesidad inaplazable*. Este editorial,

* Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Clínica y Terapéutica A
Email: arvelo.mc@gmail.com

con la cercana inauguración del Hospital Universitario de Caracas, favoreció la integración de una comisión organizadora constituida por los Dres. Frank Rísquez Coton, Miguel Trompíz, Otto Lima Gómez, Augusto León y Henrique Benaím.

El 18 de abril de ese mismo año se aprueba el Acta Constitutiva de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, quedando designados el Dr. José María Ruíz Rodríguez como presidente y el Dr. Benaím Pinto como secretario general. El logo de la Sociedad VMI, se lo encargó el Dr. Benaím Pinto a un diseñador gráfico y representa con su núcleo central la Medicina Interna, las barras que de este salen a medida que se alejan van representando la subspecialidades, y mientras más lejanas dichas barras del círculo central, menos relación tienen con la medicina interna.

En aquel momento existía un interés particular por establecer cursos universitarios para la formación de médicos internistas y en 1949, en el Hospital Central de Valencia se dicta un primer curso de Medicina Interna impartido por el Dr. Heinrich Berning, internista alemán.

Este curso, era promovido por el Ministerio de Sanidad que tenía interés especial en formar médicos capaces de abordar las necesidades de los hospitales que se estaban inaugurando. De hecho, El Dr. José Ignacio Baldó, que para entonces era el Director del Departamento de Enfermedades Crónicas del Ministerio, había logrado para 1958 la incorporación de la Escuela de Salud Pública al Hospital Universitario de Caracas. En 1959, el Dr. Benaím Pinto, como Presidente de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, se dirige al Dr. Baldó para solicitarle gestionar los cursos de formación de internistas en conjunto con el Ministerio de Sanidad, ofreciendo sus servicios para tal fin, y en Julio de ese año fue aprobada la apertura del curso de Postgrado de Medicina Interna adscrito a la Escuela de Salud Pública. El Dr Benaím Pinto fue quien para entonces elaboró el programa del postgrado y estableció la primera planta profesoral.

En 1960 inició con la Cátedra de Dermatología una consulta de pacientes con enfermedades del

colágeno que en el futuro se transformaría en la Unidad de Enfermedades Reumáticas y encargó al Dr. Adolfo Estarosta, ilustre médico valenciano de esta área.

En ese mismo año se crearon los departamentos del Hospital Universitario de Caracas, por lo que inicialmente el Dr. Benaím es designado Jefe de Departamento de Medicina y en 1962, Jefe Encargado de la Cátedra de Clínica y Terapéutica A; en 1965 ascendió a Profesor Titular.

En 1972 promovió con el Dr. Leopoldo García Maldonado un proyecto piloto entre Medicina I y el Departamento de Medicina Preventiva y Social, buscando crear conciencia en el estudiante de medicina sobre la influencia de la familia y su grupo social en el comportamiento del paciente y su enfermedad.

En 1968, comenzó el denominado *proceso de Renovación de la Universidad Central de Venezuela*, movimiento considerado *transformador* por sus simpatizantes, pero que finalmente estremeció la estructura universitaria y que aunque quienes la defienden discrepen en el enfoque, definitivamente fue bandera de anarquismo ya que en su esencia fue caótico, destructivo y abrió paso al burocratismo, llevando al escalafón académico a arribistas sin méritos. Este movimiento, se llevó por delante a grandes maestros universitarios y es considerado por algunos como la oportunidad en que “la sombra venció la casa”.

En vísperas de este movimiento, un grupo de estudiantes de medicina absolutamente identificados, ejerció hechos de violencia verbal contra el Dr. Benaím Pinto y el Dr. Augusto León, situación que no fue tratada con la suficiente contundencia por parte de las autoridades del Consejo de Facultad y universitario, por lo que el Dr. Benaím Pinto decide hacer definitiva su renuncia a la Universidad, saliendo del hospital, quien fue un Maestro con una gran bondad y quienes lo conocieron, sienten un gran orgullo al escuchar su nombre.

Su renuncia se hizo pública en un artículo que denominó *La Universidad Contra Si Misma*.

SEMBLANZA DEL DR. HENRIQUE BENAÍM PINTO

Muchos artículos fueron publicados en varios periódicos del país, entre ellos el del gran periodista Pedro Berroeta. Junto a él renunciaron de forma solidaria e irreversible 4 docentes de la misma cátedra: Adolfo Starosta, German Balda, Anibal Latuff y Eva Essensfeld de Sekler.

En 1977 el Dr. Carlos Alberto Moros Ghersi, Ilustre Decano de la Facultad y posterior Rector de la UCV, en búsqueda de enmendar parcialmente la terrible injusticia cometida, reincorporó al Dr. Benaím Pinto a la Universidad, aunque por sus problemas de salud fue jubilado.

También el Dr Benaím participaba en las actividades de la Academia Nacional de Medicina y ocupó el sillón IX en 1976, ocasión en que presentó su trabajo SIGNIFICACIÓN DE LA QUEJA, EN LA RELACIÓN DEL MÉDICO CON EL PACIENTE Y DEL PACIENTE CON EL MÉDICO. Parte, de la inspiración para este libro surgió de sus actividades del postgrado; sus alumnos cuentan que los días jueves almorzaban con él. Durante esos almuerzos se traía un paciente del servicio de medicina escogido al azar y él comenzaba una conversación que duraba 1 hora o 1 hora y media con el paciente, más tarde a estas sesiones las denominó Sesiones del Diálogo con los Pacientes, con su grupo de trabajo de Medicina Antropológica. Aproximadamente 10 minutos luego del inicio de la conversación, surgía una cortina invisible que separaba a los cursantes de ese binomio Benaím-paciente y fue así, como una marca indeleble, que sus estudiantes aprendieron a relacionarse con el paciente.

En el prólogo del libro, su gran amigo, el Dr. Augusto León escribe: *es el aporte más denso hecho por el autor a la ciencia médica nacional* y el Dr. Benaím Pinto nos enseña: *Nunca todos los males que han aquejado al hombre han sido sólo de naturaleza física, ya que no todos los trastornos son físicos*, haciendo alusión además al filósofo de origen Austríaco, de religión judía, Martin Buber : *solo se puede conocer la totalidad de la persona y por ella la totalidad del hombre si no se deja por fuera su subjetividad ni se le mantiene como espectador impasible.*

En 1976 fue operado en Nueva York de un astrocitoma y falleció a los 57 años el 27 de diciembre de 1979. Las palabras del Dr. Augusto León en su sepelio fueron: *Nunca, aún en momentos de íntimo y solitario diálogo, me expresó reproche por el carácter ineluctable de su enfermedad. No quiso compartir su verdad. Se enfrentó a la misma sin hostilidad, sin rechazo, con digna y admirable aceptación.*

Quiero terminar esta semblanza con las palabras de la Dra. Eva Sekler, quien fue su más cercana discípula: *este momento, en el cual las universidades experimentales están siendo acosadas por la situación del país, el ejemplo de Henrique Benaím Pinto y sus circunstancias universitarias finales deben servir de alerta para que no se repitan. Que descanse en paz.*

Gracias Maestro.

Referencias

1. Montes de Oca I., Patiño M., Salvetti R., Marcano H. Historia y Doctrina de la Medicina Interna en Venezuela (Recopilación Crítica y Proyección del Futuro). Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. 2003. http://www.svmi.web.ve/libreria/hist_doct.html.
2. Montes de Oca I., Patiño M., Troccoli M., Durán M. Historia, Doctrina y Crecimiento de la Medicina Interna en Venezuela 60 años de logros. Período 2003-2016 (vol. II) Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. 2016. <http://www.svmi.web.ve/libreria/libreria.html>
3. Testimonios orales: Dra. Eva Essensfeld de Sekler.

Relación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Fhabián S. Carrión Nessi, Allen W. Antuárez Magallanes, Yurilis J. Fuentes Silva*

Resumen

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que puede tener repercusiones negativas en la calidad de vida (CV) de quienes la padecen. La CV puede verse influida por factores sociodemográficos (FSD) relacionados con la enfermedad en sí. **Objetivo:** Determinar la relación entre los FSD y la CV en pacientes con LES. **Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal, de campo y observacional, donde se evaluaron 100 pacientes con diagnóstico de LES. Se emplearon dos encuestas: una para la recolección de datos sociodemográficos y el formulario de la Escala GENCAT. **Resultados:** La edad promedio fue 42,9 años \pm 13,5, el sexo más afectado fue femenino con 93%, los años de estudio promedio fueron 11,4 años \pm 4,4 y el tiempo de evolución del LES promedio fue 11,1 años \pm 9,5. La CV según el formulario de la Escala GENCAT fue aceptable; la edad avanzada y mayor tiempo de evolución de LES se asoció con menor CV, y mayor escolaridad se asoció con mayor CV. **Conclusiones:** La CV fue aceptable según la Escala GENCAT, y se encontraron asociaciones entre la CV y edad, años de estudio y tiempo de evolución del LES que fueron estadísticamente significativas.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; calidad de vida; factores sociodemográficos; cumplimiento del tratamiento.

Relationship between sociodemographic factors and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus

Fhabián S. Carrión Nessi, Allen W. Antuárez Magallanes, Yurilis J. Fuentes Silva.

Abstract

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease that can have a negative impact on the quality of life (QoL) of those who suffer from it. QoL may be influenced by sociodemographic factors (SDF) related to the disease itself. **Objective:** Determine the relationship between the SDF and the QoL in patients with SLE. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, field and observational study, where 100 patients with a diagnosis of SLE were evaluated. Two surveys were used: one for the collection of sociodemographic data and the GENCAT Scale form. **Results:** The average age was 42.9 years \pm 13.5, the most affected sex was female with 93%, the average study years were 11.4 years \pm 4.4 and the evolution time of the average SLE was 11.1 year \pm 9.5. The QoL according to the GENCAT Scale form was acceptable; the advanced age and longer time of evolution of SLE was associated with lower QoL, and higher schooling was associated with higher QoL. **Conclusions:** The QoL was acceptable according to the GENCAT Scale, and associations were found between the QoL and age, years of study and time of evolution of the disease, which were statistically significant.

Key words: systemic lupus erythematosus; quality of life; sociodemographic factors; treatment compliance.

* Unidad de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez. Venezuela.

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y de etiología desconocida, poco frecuente, cuya presentación clínica y gravedad son muy variables. Presenta un patrón de evolución de tipo remitente-recidivante en la mayoría de los pacientes, que se caracteriza por períodos de actividad y remisión de la enfermedad.¹ Produce un desorden del sistema inmunitario en que es hiperactivo, y se producen importantes cantidades de anticuerpos anormales que reaccionan con los tejidos del propio paciente. Afecta a todos los órganos y sistemas, primordialmente articulaciones, músculos y piel, pero también, aunque en menor grado, a estructuras internas como pulmones, corazón, riñones y cerebro. La inflamación se refiere a una reacción que provoca dolor, calor, rubor, tumefacción y limitación funcional. Casi la mitad de las personas con LES padecen de una forma que afecta los órganos internos principales, especialmente los riñones; en la otra mitad de los pacientes están afectadas, principalmente, la piel y las articulaciones.²

En consecuencia, el desarrollo de una enfermedad como el LES puede alterar la calidad de vida (CV) del paciente, asumiendo que el concepto de CV es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario. Su origen proviene principalmente de la medicina, y se amplía rápidamente a la sociología y la psicología. Inicialmente, este concepto consistía en el cuidado de la salud personal; más tarde, se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas; se extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos; y, finalmente, se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.³

Dado que la CV es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas abordando los dominios físico, psicológico y social. En el primero se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoesti-

ma; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la CV incluye aspectos objetivos y subjetivos con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo.⁴

Desde esta perspectiva, el concepto enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral; lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas quienes deben vivir con una condición médica permanente, y deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.⁵ La introducción de este concepto y la proliferación de instrumentos para medirlo se han vuelto muy importantes, en virtud de su asociación con indicadores de mortalidad, hospitalización y utilización del servicio de salud.

La apreciación subjetiva de la persona de su propia salud depende de su contexto económico, cultural y social. Un enfoque analítico de las diferencias interindividuales relacionadas con el contexto se centra en la influencia de los determinantes sociales de la salud, y sugiere que las personas experimentan exposiciones y vulnerabilidades distintas de acuerdo a sus factores sociodemográficos (FSD) y económicos, que condicionan sus oportunidades, así como su estado de salud. La investigación sobre la asociación entre estratificadores de estos factores y la CV es de particular interés, así como los mecanismos por los cuales influyen en la evaluación de la salud subjetiva.⁶

Se ha demostrado que la exposición a una posición socioeconómica baja sobre el curso de la vida influye en una gama de resultados en la salud. La posición socioeconómica se refiere a los FSD y económicos derivados que influyen en el estatus que los individuos tienen dentro de una sociedad estratificada, medidos por indicadores a nivel individual o familiar, como el nivel de educación y la ocupación. En la epidemiología de las enfermedades crónicas se han desarrollado varios modelos conceptuales para

ayudar a dilucidar los mecanismos que subyacen a los FSD y económicos en la salud.⁷

Varios estudios explican la relación del estado de salud con condicionantes como educación, empleo e ingresos, pero hay pocos estudios de la asociación entre los indicadores de los FSD y la CV. Algunos estudios muestran un bienestar más pobre en personas con niveles de educación más bajos, y una asociación similar con la CV. Otros demuestran una asociación entre el empleo y el bienestar, así como una peor percepción de la salud en los jubilados o desempleados. Ciertos estudios también examinan la relación entre ingreso y bienestar, y la CV.⁶

Un estudio acerca de los FSD y clínicos que influyen en la CV en pacientes con LES, y que tuvo como objetivo describir los FSD y económicos asociados con la CV en estos pacientes, encontró que el entorno social está altamente asociado con la CV en el LES, independientemente del instrumento o dominio, y que los cuestionarios específicos de la enfermedad pueden correlacionarse más fuertemente con algunos aspectos de esta, pudiendo ser útiles para distinguir la carga específica del LES de otras afecciones, como la obesidad o el tabaquismo.⁸

Por otro lado, McElhone et al.⁹ realizaron una revisión de la literatura relacionada con la CV en pacientes adultos con LES publicados entre 1990 y 2005, que incluyó 53 artículos, encontrando que la CV se reduce en los pacientes con LES; la CV no está correlacionada con la actividad o el daño de la enfermedad; la edad parece tener un impacto negativo en la CV, especialmente la salud física, pero el efecto de la duración de la enfermedad no está claro; otras variables potencialmente modificables, como la fatiga y los factores psicosociales, impactan en la CV de una manera compleja; y las dimensiones de CV sensibles al cambio deben ser una medida de resultado esencial en todos los ensayos clínicos en pacientes con LES.

Asimismo, Kulczycka et al.¹⁰ en un estudio donde el objetivo fue determinar la CV en pacientes

con LES y correlacionarla con los FSD, encontraron que los pacientes con LES presentaron disminución de la CV; la duración de la enfermedad, así como la edad de los pacientes, influyeron en ella; los pacientes que vivían en aldeas obtuvieron resultados más bajos que los de las ciudades; los pacientes más educados evaluaron su CV como más alta; sorprendentemente, los pacientes que describieron sus condiciones sociales como peores presentaron una mejor CV; y hubo una correlación estadísticamente significativa entre la CV y los FSD.

Rinaldi et al.¹¹ en un estudio donde el objetivo fue examinar la CV de 126 pacientes italianos con LES y compararla con una muestra sana de 96 personas a quienes se les aplicó el Cuestionario de Salud Short Form 36 (SF-36), encontraron bajos niveles de CV en las dimensiones físicas y psicosociales de los pacientes con LES comparados con los sujetos controles. Igualmente, Rinaldi et al.¹² han demostrado que estos pacientes tienen una peor CV que las personas saludables de la misma edad, y que algunos aspectos de la vida diaria, como la actividad física, el trabajo, las relaciones sociales y la vitalidad, están particularmente afectadas.

Por consiguiente, Thumboo et al.¹³ encontraron, al identificar prospectivamente los factores que influyen en la CV en pacientes con LES durante 6 meses, que los factores potencialmente modificables, psicosociales, de enfermedad y relacionados con la terapia influyen en la CV de pacientes con LES. Finalmente, Jolly¹⁴ en una investigación donde comparó la CV de pacientes con LES y otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica e infarto del miocardio, encontró que la CV en estos pacientes fue inferior en todas sus dimensiones, en comparación con las enfermedades anteriormente mencionadas.

Según lo anteriormente descrito, podemos argumentar que la asociación entre los FSD y la CV en pacientes con LES es un tema importante en sí mismo, y hasta la fecha se sabe muy poco al respecto. Raramente se ha abordado y los estudios disponibles muestran resultados mixtos y, a veces, contradictorios. Para apoyar este razonamiento, se diseñó un estudio para determinar la relación entre

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

los factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, de campo, observacional. Se consideró un universo de 400 pacientes con diagnóstico de LES, según los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology (ACR) 1982-1997*, y una muestra constituida por 100 pacientes con LES que acudieron a la Consulta Externa de la Unidad de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez en Ciudad Bolívar, estado Bolívar, Venezuela. El estudio se realizó de acuerdo con los criterios establecidos por la declaración de Helsinki y cada paciente firmó un consentimiento informado antes de participar en el estudio. Se excluyeron a pacientes con diagnóstico adicional de otras enfermedades autoinmunes, diferentes al LES.

Primero, se empleó una encuesta diseñada por los autores para la recolección de datos sociodemográficos de la muestra a estudiar: nombre completo, cédula de identidad, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, tiempo de diagnóstico, tratamiento indicado y recibido, y actividad lúpica. La actividad lúpica se determinó a través del *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLE-DAI)*, donde cualquier puntaje diferente de 0 que haya aparecido en los últimos 6 meses fue considerado como válido. Para el análisis estadístico, los pacientes con tratamiento indicado se dividieron en 2 grupos: el grupo 1 incluye a los pacientes que cumplen el tratamiento indicado en su totalidad, y el grupo 2 incluye a los pacientes que incumplen el tratamiento en al menos una indicación.

Posteriormente, se utilizó el formulario de la Escala GENCAT, un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de CV propuesto por Schallock y Verdugo (2002 y 2003), que actualmente cuenta con gran aceptación internacional, y construido con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas. La Escala GENCAT comprende 8 dimensiones: bienestar emocional (8 ítems), relaciones inter-

personales (10 ítems), bienestar material (8 ítems), desarrollo personal (8 ítems), bienestar físico (8 ítems), autodeterminación (9 ítems), inclusión social (8 ítems) y derechos (10 ítems); y un número total de 69 ítems o enunciados en tercera persona, con formato declarativo, que se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (*nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente, y siempre o casi siempre*). La fiabilidad de la Escala GENCAT se demuestra mediante los índices de consistencia interna, donde el coeficiente encontrado para el total de la escala fue de 0,92 (rango α de Cronbach), y el error típico de medida (ETM) no alcanza una magnitud excesiva y redundante en la precisión de medida del instrumento (ETM: 6,92). Este formulario posee validación por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, España, y, para su aplicación, solo es necesario que el usuario tenga una edad mínima de 18 años, ya que es un cuestionario autoadministrado.¹⁵

Por último, las características sociodemográficas, así como el tipo de tratamiento indicado y recibido, de los pacientes con LES se sintetizaron mediante estadística descriptiva, y se expresaron en tablas de frecuencia simple de una y doble entrada (con medias, desviaciones estándar, números y porcentajes). Mediante la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, se determinó que todas las variables presentaron una distribución no normal, tanto para cada uno de los FSD como para los 2 grupos de pacientes con tratamiento indicado, incluyendo las dimensiones del formulario de la Escala GENCAT. Por lo tanto, las variables continuas de edad, años de estudio y tiempo de evolución del LES se correlacionaron con las dimensiones de la Escala GENCAT mediante la prueba del coeficiente de correlación de Spearman (ρ), en la cual los valores de $p < 0,05$ (2 colas) se consideraron estadísticamente significativos. Una correlación positiva indica una dependencia entre dos variables denominada *relación directa*: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace; en cambio, una correlación negativa indica una dependencia entre dos variables denominada *relación inversa*: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye. Un valor de $\rho > 0,80$ se calificó como muy fuerte; de 0,60 a 0,79, fuerte;

de 0,40 a 0,59, moderado; de 0,20 a 0,39, débil; y < 0,20, ausente. Asimismo, la prueba U de Mann-Whitney se utilizó para comparar las dimensiones del formulario de la Escala GENCAT con los 2 grupos de pacientes con tratamiento indicado.

Resultados

Entre los FSD de importancia se encontró que la edad promedio fue 42,9 años \pm 13,5, el sexo más afectado fue el femenino con 93%, los años de estudio promedio fueron 11,4 años \pm 4,4, y el tiempo de evolución del LES promedio fue 11,1 años \pm 9,5 **Tabla 1.**

Variable	Frecuencia absoluta (n)	Porcentaje (%)
Edad (\pms)	42,9 años \pm 13,5	
Sexo, femenino	93	93
Grado de instrucción		
· Analfabeta	4	4
· Primaria	15	15
· Secundaria	40	40
· Superior	41	41
Tiempo de estudio (\pms)	11,4 años \pm 4,4	
Estudia actualmente	12	12
Trabaja actualmente	38	38
· Medio tiempo	20	20
Evolución del LES (\pms)	11,1 años \pm 9,5	
Actividad lúpica en últ. 6 meses	33	33
· Hosp. por actividad lúpica	1	3

n= 100.

En relación al tratamiento indicado y recibido en los pacientes con LES, se identificó que 90% tenía indicado tratamiento antimalárico, de los cuales solamente 62,2% lo cumplía. Asimismo, 85% de la muestra tenía indicado tratamiento esteroideo, de los cuales solamente 70,6% lo cumplía. Por otra parte, 45% de los pacientes tenía indicación de inmunosupresores, y de estos solamente 40% lo estaba cumpliendo; el inmunosupresor más indicado fue micofenolato con 48,9%. Solo 5% de los pacientes tenía indicado terapia biológica, y todos tenían más de 6 meses sin cumplirlo **Tabla 2.**

Tabla 2. Tratamiento indicado y recibido

Variable	Frecuencia absoluta (n)	Porcentaje (%)
Indicación de antimalárico	90	90
· Cumplimiento	56	62,2
· Incumplimiento	34	37,8
- Menos de 6 meses	24	70,6
- Más de 6 meses	10	29,4
Indicación de esteroidea	85	85
· Cumplimiento	60	70,6
· Incumplimiento	25	29,4
- Menos de 6 meses	11	44
- Más de 6 meses	14	56
Indicación de inmunosupresor	45	45
· Cumplimiento	18	40
· Incumplimiento	27	60
- Menos de 6 meses	10	37
- Más de 6 meses	17	63
Tipo de inmunosupresor indicado		
· Azatioprina	4	8,9
· Ciclofosfamida	5	11,1
· Metotrexato	14	31,1
· Micofenolato	22	48,9
Indicación de terapia biológica	5	5
· Cumplimiento	0	0
· Incumplimiento	5	100
- Menos de 6 meses	0	0
- Más de 6 meses	5	100

a: prednisona, b: rituximab, n= 100.

En el formulario de la Escala GENCAT, se evidenció que el índice de CV fue aceptable ($= 60,1 \pm 28,6$); sin embargo, los percentiles varían entre las diferentes dimensiones en los pacientes con LES. Estableciéndose los valores umbrales de acuerdo a la escala de satisfacción estándar (0-59,9%: pobre CV, 60-69,9%: aceptable CV, 70-79,9%: buena CV, 80-94,9%: muy buena CV y 95-100%: excelente CV), la

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

autodeterminación ($= 85,5 \pm 11,3$) y las relaciones interpersonales ($= 80,3 \pm 11,3$) fueron muy buenas, mientras que el bienestar material ($= 16,4 \pm 21,3$) y el bienestar físico ($= 20,3 \pm 24$) fueron pobres; el bienestar emocional ($= 65,2 \pm 27,5$), la inclusión social ($= 69,8 \pm 25,9$) y los derechos ($= 66,1 \pm 23,7$) fueron aceptables. En cuanto a la relación entre los FSD y la CV, hubo correlación negativa débil entre la edad y las dimensiones de bienestar emocional ($-0,22$), relaciones interpersonales ($-0,39$), desarrollo personal ($-0,31$) y bienestar físico ($-0,28$), incluyendo el índice de CV ($-0,31$), que fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Asimismo, hubo correlación positiva débil entre los años de estudio y las dimensiones de relaciones interpersonales ($0,25$), desarrollo personal ($0,38$) e inclusión social ($0,22$), incluyendo el índice de CV ($0,21$), y correlación negativa débil entre el tiempo de evolución del LES y las dimensiones de bienestar emocional ($-0,26$), relaciones interpersonales ($-0,23$), desarrollo personal ($-0,21$) y bienestar físico, incluyendo de índice de CV ($-0,27$), que fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) (Tabla 3).

Tabla 3. CV según la Escala GENCAT y correlaciones con las características sociodemográficas

Dimensiones del formulario de la Escala GENCAT	Percentil ($\pm s$)	rho con edad	rho con tiempo de estudio	rho con evolución del LES
Bienestar emocional	65,2 \pm 27,5	-0,22*	-0,02	-0,26*
Relaciones interpersonales	80,3 \pm 21,3	-0,39*	0,25*	-0,23*
Bienestar material	16,4 \pm 21,3	-0,11	0,1	-0,18
Desarrollo personal	70,4 \pm 26,4	-0,31*	0,38*	-0,21*
Bienestar físico	20,3 \pm 24	-0,28*	0,08	-0,33*
Autodeterminación	85,5 \pm 11,3	-0,18	0,15	-0,15
Inclusión social	69,8 \pm 25,9	-0,19	0,22*	-0,08
Derechos	66,1 \pm 23,7	0,05	0,05	0,06
Índice de CV	60,1 \pm 28,6	-0,31*	0,21*	-0,27*

Coeficiente de correlación de Spearman (rho), * $p < 0,05$ (2 colas), $n = 100$.

La tabla 4 evidencia la media de los percentiles de CV de la Escala GENCAT respecto al cumplimiento del tratamiento para LES. Se observó que los pacientes que cumplían el tratamiento presentaron percentiles promedio mayores en todas las dimensiones de la Escala GENCAT, incluyendo el índice de CV, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las dimensiones de bienestar material, bienestar físico, inclusión social y derechos, incluyendo el índice de CV.

Tabla 4.

Dimensiones del formulario de la escala GENCAT	Tratamiento		P
	Cumple (N=39)	Incumple (N=61)	
Bienestar emocional	69,6 \pm 27,9	62,3 \pm 26,8	0,09
Relaciones interpersonales	84,1 \pm 20	77,9 \pm 21,8	0,11
Bienestar material	21,2 \pm 23,4	13,3 \pm 19,2	0,02*
Desarrollo personal	73 \pm 25,6	68,8 \pm 26,7	0,39
Bienestar físico	28,1 \pm 27,4	15,3 \pm 20	0,03*
Autodeterminación	87,7 \pm 10,7	84,1 \pm 11,4	0,08
Inclusión social	78,8 \pm 22,9	64 \pm 26,1	0,001*
Derechos	72,6 \pm 18,1	61,9 \pm 25,8	0,04*
Índice de CV	69,4 \pm 26,6	54,1 \pm 28,3	0,01*

Prueba U de Mann-Whitney, * $p < 0,05$ (2 colas), $n = 100$.

Discusión

El LES es una enfermedad inflamatoria multisistémica autoinmune, crónica, recurrente y potencialmente fatal, en la que factores genéticos, ambientales y sociodemográficos tienen roles importantes en la patogénesis y expresión de la misma.¹⁶ La mejora de la supervivencia de los pacientes con LES en los últimos 40 años requiere que sea necesario medir el efecto de esta multiplicidad de factores, y del cumplimiento del tratamiento, en su vida cotidiana; es decir, en su CV, mediante auditorías, ensayos clínicos y estudios observacionales a largo plazo.¹⁷

En este estudio se evaluó la CV en 100 pacientes con LES según el formulario de la Escala GENCAT, y se correlacionó con FSD y cumplimiento del tratamiento. En los pacientes estudiados la edad

promedio fue 42,9 años \pm 13,5, el sexo más afectado fue el femenino con 93% y el tiempo de evolución del LES promedio fue 11,1 años \pm 9,5, en concordancia con estudios latinoamericanos^{1,16,28,19} y europeos.^{8,12,17,20} Asimismo, los años de estudio promedio fueron 11,4 años \pm 4,4, lo que concuerda con Vinaccia et al.³ y Matute et al.⁶ reportando que los años de escolaridad promedio de sus muestras fueron 11,3 y 10,4 años, respectivamente.

De los 100 pacientes estudiados 90% tenía indicado tratamiento antimalárico y 85% tenía indicado tratamiento esteroideo, mientras que la indicación de tratamiento con inmunosupresores y terapia biológica fue de 45% y 5%, respectivamente. Se observó que hubo incumplimiento total para terapia biológica, y para inmunosupresores del 60%, mientras que los tratamientos con antimalárico y esteroideo tuvieron un incumplimiento de 37,8% y 29,4%, respectivamente. En relación con esto, Prados-Moreno et al.²¹ expresan que el incumplimiento del tratamiento está determinado por diversos factores inherentes al paciente (sociodemográficos, socioeconómicos, psicosociales), a la enfermedad (actividad, duración), al tratamiento en sí (duración, efectos adversos, complejidad del régimen terapéutico, alto costo y escasa disponibilidad), o al acceso al sistema sanitario.

En la CV según la Escala GENCAT, se evidenció que el índice de CV de la muestra encuestada fue aceptable ($= 60,1 \pm 28,6$). Los hallazgos en la literatura acerca de la CV en pacientes con LES fueron diversos: algunos autores evidenciaron que los pacientes con LES perciben una CV favorable en todas las dimensiones,^{3,20} otros encontraron bajos niveles de CV en estos pacientes en comparación con poblaciones control sanas y aún más con otras enfermedades crónicas,^{11,12,14,22} y dos presentaron una pobre CV al inicio de su estudio, CV que fue mejorando significativamente mediante la aplicación de nuevos esquemas terapéuticos²³ y programas de entrenamiento continuo.²⁴ Estas discrepancias pueden deberse a muchas razones, incluidas las diferencias sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad entre diferentes estudios.

Las dimensiones de autodeterminación ($= 85,5 \pm$

11,3) y relaciones interpersonales ($= 80,3 \pm 21,3$) presentaron muy buena CV. Estos resultados demuestran que, a pesar de haber obtenido un índice de CV aceptable ($= 60,1 \pm 28,6$) en la Escala GENCAT muy al límite de dos valores umbrales estándar (0-59,9%: pobre CV, 60-69,9%: aceptable CV), los pacientes con LES estudiados no han perdido la capacidad de decidir por sí mismos y tener oportunidad de elegir las cosas que quieren, cómo quieren que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde viven y las personas con las que están, relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con las personas.

Por otro lado, las dimensiones de bienestar material ($= 16,4 \pm 21,3$) y bienestar físico ($= 20,3 \pm 24$) fueron pobres, concordando con los resultados de García-Hernández et al.²² en un estudio acerca de la CV en pacientes con LES y su relación con rasgos de personalidad, en el que evidenciaron que dichas dimensiones fueron las más afectada reportando pobre CV en ambas por debajo del percentil 10. Esto nos expresa, según el Manual de aplicación de la Escala GENCAT, que los pacientes no tienen suficiente dinero para comprar lo que necesitan y desean tener¹¹, sobre todo medicamentos, que debido a la escasez y alto costo son las principales causas de intermitencia e incumplimiento del tratamiento. Este conjunto de factores materiales repercuten negativamente en el bienestar físico del paciente evitando que gocen de buena salud y forma física, así como de hábitos de alimentación saludables.

En el presente estudio la edad avanzada se asoció negativamente con menor bienestar emocional (-0,22), bienestar físico (-0,28), desarrollo personal (-0,31) y menores relaciones interpersonales (-0,39), incluyendo un menor índice de CV (-0,31), a pesar de que las asociaciones fueron débiles y probablemente no serían clínicamente importantes. Parecería lógico que los pacientes mayores tengan peor CV, porque los pacientes con mayor duración de la enfermedad tienen un mayor daño en diversos ámbitos de su vida secundario a la enfermedad inflamatoria multisistémica crónica.²⁵

Con respecto a la escolaridad, medida en años de estudio, se encontró una asociación positiva con

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

mejores relaciones interpersonales (0,25), mejor desarrollo personal (0,38) e inclusión social (0,22); esta misma asociación positiva se observó con un mayor índice de CV (0,21). Sin embargo, las asociaciones fueron débiles y era poco probable que fueran clínicamente relevantes. Del cruce de estas variables no se encontraron hallazgos en la literatura, por lo que se considera que deberían ser objeto de estudio en investigaciones futuras para su mejor análisis.

En este estudio se encontró que un mayor tiempo de evolución de la enfermedad se asoció negativamente con menor bienestar emocional (-0,26), bienestar físico (-0,33), desarrollo personal (-0,21) y menores relaciones interpersonales (-0,23), así como con menor índice de CV (-0,27), pero nuevamente las asociaciones fueron débiles y era poco probable que fueran clínicamente relevantes. Respecto a esto, García-Hernández et al.²² encontraron que un mayor tiempo de evolución del LES (15 a 20 años) se relacionaba con una mejor CV, expresando que los pacientes se adaptan de alguna forma a su enfermedad y las limitaciones que les producen, de modo que valoran favorablemente su CV aun cuando han perdido alguna capacidad. Este hallazgo no concuerda con los obtenidos en este estudio, y se infiere que esta discrepancia puede deberse a múltiples razones, relacionadas o no con la enfermedad.

Finalmente, el cumplimiento del tratamiento indicado se asoció con un percentil promedio mayor (mejor CV) en todas las dimensiones de CV de acuerdo al formulario de la Escala GENCAT, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de bienestar material, bienestar físico, inclusión social y derechos, así como el índice de CV, de la Escala GENCAT. Parecería lógico que los pacientes que cumplen el tratamiento indicado tengan mejor CV, debido a que este cumplimiento fortalece la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, pudiendo tener incidencia sobre diversos ámbitos de su vida, incluyendo los aspectos físicos y emocionales. Aunque no se encontraron hallazgos en la literatura sobre dicha asociación en pacientes con LES u otras enfermedades autoinmunes, esta concuerda

parcialmente con Contreras et al.² que, en su estudio sobre CV y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, encontraron que los pacientes que no presentan adhesión al tratamiento consideran que su condición de salud no limita substancialmente sus actividades físicas y presentan, a nivel descriptivo, mayores puntuaciones en las dimensiones de rol físico, salud general, vitalidad y componente físico, mientras que los que presentan adhesión al tratamiento reportan puntuaciones más altas en salud mental y en el componente mental en general. Se puede mencionar, y se cree sería muy importante, que esta situación de incumplimiento médico es una situación inusual derivada de la falta o ausencia de tratamiento para LES en el país, lo que permite observar cómo ciertas variables se comportan ante tal hecho, que no es común en la mayoría de los países en donde los pacientes con LES tienen acceso, al menos, a medicación básica y un sistema de salud eficiente.

A pesar de estos datos tan prometedores, se pudo observar que 61% de los pacientes incumplía el tratamiento indicado, y se infiere es debido al alto costo y la ausencia o falta de disponibilidad de medicamentos, así como la carencia de recursos necesarios para adquirirlos, que refirió un porcentaje importante de pacientes. Respecto a esto, Chambers et al.²⁶ y García Pope-Lisseanu et al.²⁷ expresan que los problemas financieros, el temor a los efectos secundarios, las dificultades para acceder al sistema de salud pública y la percepción de ineficacia del tratamiento constituyen un obstáculo importante para la adherencia al tratamiento. A su vez, la forma en que se subdividieron los grupos y las suposiciones que se hicieron sobre los pacientes que “incumplían” el tratamiento podría ser errónea y son limitaciones potenciales en el presente estudio. Se necesitan estudios adicionales con grupos cuidadosamente definidos desde el inicio, y que se evalúe la adherencia al tratamiento mediante pruebas estandarizadas para tal fin, así como de la exploración de factores económicos y sociales.

Conclusiones

La edad promedio de los pacientes con LES estudiados estuvo en la cuarta década de la vida

con predominio de sexo femenino. Los años de estudio promedio fueron 11 años y el tiempo de evolución del LES promedio fue 11 años.

La indicación de fármacos para el LES fue anti-maláricos, esteroides, inmunosupresores y, en muy baja proporción, terapia biológica; sin embargo, el cumplimiento del tratamiento se vio afectado, en distintas proporciones, según el tipo de fármaco indicado, siendo el porcentaje más alto de incumplimiento para terapia biológica e inmunosupresores.

Los pacientes con LES percibieron una CV aceptable según el percentil del índice de CV del formulario de la Escala GENCAT. Las dimensiones de autodeterminación y relaciones interpersonales obtuvieron los mayores percentiles promedio, presentando muy buena CV, mientras que las dimensiones de bienestar material y bienestar físico obtuvieron los menores percentiles promedio, presentado pobre CV.

La edad avanzada se asoció con un menor bienestar emocional y físico, desarrollo personal y menores relaciones interpersonales, incluyendo menor índice de CV; una mayor escolaridad se asoció con un mejor desarrollo personal, inclusión social y mejores relaciones interpersonales, incluyendo mayor índice de CV; y un mayor tiempo de evolución de la enfermedad se asoció con un menor bienestar emocional y físico, desarrollo personal y menores relaciones interpersonales, incluyendo menor índice de CV. Todas las asociaciones fueron estadísticamente significativas.

Referencias

1. Melgarejo PA, Denis AE, Ferreira MI, Díaz CV. Complicaciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev Nac (Itaiguá)*. 2015;7(1):28-31. DOI:10.18004/rdn2015.0007.01.028-031
2. Ariza K, Isaza P, Gaviria AM, Quiceno JM, Vinnaccia S, Alvarán L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico - LES. *Ter Psicol [Internet]*. 2010[citado 21 Dic 2017];28(1):27-36. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-480820100-00100003&lng=es&nrm=iso
3. Vinnaccia S, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia [Internet]*. 2012[citado 21 Dic 2017];6(1):123-136. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770_004
4. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Méx*. 2002;44(4):349-361.
5. Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gutiérrez C, Fajardo L.

Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol [Internet]*. 2006[citado 21 Dic 2017];5(3):487-499. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750305>

6. Matute I, Burgos S, Alfaro T. Socioeconomic Status and Perceived Health-related Quality of Life in Chile. *MEDICC Review*. 2017;19(2-3):51-56.
7. Niedzwiedz CL, Katikireddi SV, Pell JP, Mitchell R. Life course socio-economic position and quality of life in adulthood: a systematic review of life course models. *BMC Public Health*. 2012;12:628. DOI: 10.1186/1471-2458-12-628
8. Devilliers H, Besancenot JF, Audia S, Bonnotte B, Maurier F, Broussolle C, et al. Socio-Demographic and Clinical Factors Influencing Generic and Disease-Specific Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Results of a Prospective Multicenter Study [abstract]. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68:10. Disponible en: <https://acrabstracts.org/abstract/socio-demographic-and-clinical-factors-influencing-generic-and-disease-specific-quality-of-life-in-patients-with-systemic-lupus-erythematosus-results-of-a-prospective-multicenter-study>
9. McElhone K, Abbott J, Teh L-S. A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2006;15(10):633-643. DOI: 10.1177/0961203306071710
10. Kulczycka L, Sysa-Jedrzejowska A, Zalewska-Janowska A, Miniszewska J, Robak E. Quality of life and socioeconomic factors in Polish patients with systemic lupus erythematosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(10):1218-1226. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2008.02784.x
11. Doria A, Rinaldi S, Ermani M, Salaffi F, Iaccarino L, Ghirardello A, et al. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43(12):1580-1586. DOI: 10.1093/rheumatology/keh392
12. Rinaldi S, Doria A, Vescovi F, Corbanese S, Iaccarino L, Della Libera S, et al. Quality of life in systemic lupus erythematosus. *Reumatismo*. 2001;53(2):108-115. DOI: 10.4081/reumatismo.20-01.108
13. Thumboo J, Fong KY, Chan SP, Leong KH, Feng PH, Thio ST, et al. A prospective study of factors affecting quality of life in systemic lupus erythematosus. *Journal Rheumatol*. 2000;27(6):1414-1420.
14. Jolly M. How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? *J Rheumatol*. 2005;32(9):1706-1708.
15. Verdugo MA, Arias B, Gómez LE, Schallock RL. Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía. 2009
16. Román F, Atencia F, Cuadra J, Canelo C. Lupus eritematoso sistémico, en un paciente varón: a propósito de un caso. *An Fac med*. 2008;69(1):37-41.
17. McElhone K, Castelino M, Abbott J, Bruce IN, Ahmad Y, Shelmerdine J, et al. The LupusQoL and Associations with Demographics and Clinical Measurements in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol*. 2010;37(11):2273-2279. DOI: 10.3899/jrheum.091277
18. Molina MJ, Mayor AM, Franco AE, Morell CA, López MA, Vilá LM. Prevalence of systemic lupus erythematosus and associated comorbidities in Puerto Rico. *J Clin Rheumatol*. 2007;13(4):202-204. DOI: 10.1097/RHU.0b013e318124a8af
19. Pons-Estel GJ, Ugarte-Gil MF, Alarcón GS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Expert Rev Clin Immunol*. 2017;13(8):799-814. DOI: 10.1080/1744666X.2017.1327352
20. Castellano-Rioja E, Monsalve-Dolz V, Soriano-Pastor J. Aproximación a la medición de calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Calidad de vida y salud*. 2015;8(1):44-57.

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

21. Prados-Moreno S, Sabio JM, Pérez-Mármol JM, Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI. Adherencia al tratamiento en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Med Clín*. 2017;150(1):8-15. DOI: 10.1016/j.medcli.2017.05.035
22. García-Hernández RC, Solís-García MS. Rasgos de personalidad y calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Unidad de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Abril-Julio, 2017. Trabajo de Grado. Departamento de Medicina. Unidad de Reumatología. *Comp Hosp Univ Ruiz y Páez. Bolívar UDO*. 2017. pp 60 (Multigrafiado).
23. Aroca-Martínez G, López-Eiroa P, Martínez-Bayona Á, Domínguez-Vargas A, González-Torres H, Depine S. Calidad de vida como factor determinante a la respuesta al tratamiento en Nefritis Lúpica. *Rev Latam Hipertensión [Internet]*. 2017[citado 31 Ene 2019];12(5):161-166. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1-702543-09011>
24. Enríquez-del Castillo LA. Lupus eritematoso sistémico y actividad física: una alternativa en calidad de vida. *Movimiento Científico*. 2018;12(2):47-54.
25. Chambers SA, Allen E, Rahman A, Isenberg DA. Damage and mortality in a group of British patients with systemic lupus erythematosus followed up for over 10 years. *Rheumatol*. 2009;48(6):673-675. DOI: 10.1093/rheumatology/kep062
26. Chambers SA, Rahman A, Isenberg DA. Treatment adherence and clinical outcome in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol*. 2007;46(6):895-898. DOI: 10.1093/rheumatology/kem016
27. García Popa-Lisseanu MG, Greisinger A, Richardson M, O'Malley KJ, Janssen NM, Marcus DM, et al. Determinants of treatment adherence in ethnically diverse, economically disadvantaged patients with rheumatic disease. *J Rheumatol*. 2005;32(5):913-919.

Indice RECODE: aplicación y análisis en una población hospitalaria

Luz Janira Palmar Montiel, María Patricia Herrera Muriana*

Resumen

Antecedentes: las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus pueden resultar en una baja calidad de vida, por lo cual la aplicación de un índice pronóstico puede ser una herramienta útil para mejorar esta situación. **Objetivo:** Asociar la presencia actual de complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus tipo 2, con las presentes 10 años antes aplicando la fórmula RECODE. **Métodos:** estudio observacional, analítico, longitudinal, retro-prospectivo en pacientes mayores de 30 años, se evaluaron las complicaciones crónicas en el presente y se aplicó la fórmula RECODE tomando los datos de la historia anterior. **Tratamiento estadístico:** estadística descriptiva para cada variable a través de análisis de frecuencia y porcentaje, además de la fórmula RECODE. **Resultados:** Se evaluaron 593 pacientes, con 308 exclusiones. El promedio de edad fue 63 años \pm 15,5 DE. Hubo leve predominio de mujeres en 55%. En 75% de los pacientes había hipertensión. Las complicaciones crónicas encontradas fueron: nefropatía diabética 44%, neuropatía en 41% y afección cardiovascular en 14%. La mortalidad fue de 2%. Al confrontar las complicaciones crónicas que predice la fórmula RECODE en la actualidad, con los resultados de la fórmula con datos de 10 años previos, se encontró que todos los eventos ya estaban presentes durante la evaluación actual y la fórmula estimaba una

menor frecuencia de los hallazgos documentados, con excepción de la cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular. **Conclusión:** La presencia de complicaciones crónicas actuales fue mayor a la que estimada según RECODE 10 años antes; aún así se concluye que dicha fórmula es útil para el cálculo de riesgo de complicaciones crónicas.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2; fórmula RECODE; complicaciones crónicas.

Analysis and application of the RECODE Index in a hospital population

Luz Palmar Montiel, María Patricia Herrera Muriana

Abstract

Background: The chronic complications of diabetes mellitus can result in a low quality of life for these patients. The application of a prognostic index can be a useful medical tool to improve this issue. **Objective:** To associate the present chronic complications of Type 2 Diabetes Mellitus, with the result of the application of the RECODE formula in the recent past. **Methods:** observational, analytical, longitudinal, retro-prospective study of patients older than 30 years. the chronic complications were assessed in the clinical record and at the present time using the RECODE formula as well as for the former 10 years **Statistics:** descriptive statistics for each variable through frequency and percentage analysis, in addition to the RECODE formula. **Results:** 593 patients were evaluated, with 308 exclusions. The average age was 63 years \pm 15.5 SD. There was a slight predominance of women in 55%. Hypertension was present in 75%.

* Servicio de Medicina Interna. Hospital General del Oeste. Caracas. Venezuela.
Email: María Patricia Herrera: Mariaph16@hotmail.com

INDICE RECODE: APLICACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

*Among the chronic complications found were: diabetic nephropathy 44%, followed by neuropathy in 41% and cardiovascular disease in 14%. Mortality was 2%. When comparing the present chronic complications predicted by the RECODE formula, with the results of the formula dated 10 years before we found that all the events were already present during the current evaluation and the formula estimated a lower frequency of the documented findings, with the exception of ischemic heart disease or cerebrovascular disease in 10 patients. **Conclusion:** The presence of current chronic complications was greater than estimated according to RECODE 10 years before.*

Key words: *Type 2 diabetes mellitus; RECODE formula; chronic complications.*

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) representa un problema de salud pública.¹ Su alta frecuencia tiene gran repercusión en la atención en salud, no solo por las implicaciones que tiene en la calidad de vida de los individuos afectados, sino además por el alto costo que implica su atención y complicaciones crónicas incluyendo las cardiovasculares.

La posibilidad de predecir sus complicaciones ha llevado al desarrollo de diversos estudios. Recientemente se ha implementado y validado la fórmula RECODE con este fin. Esta estimación hace más accesible, aplicable e individualizada la atención y prevención de las complicaciones si se compara con los cálculos previos de la fórmula UKPDS.² En nuestra población es importante conocer si estos sistemas son aplicables a nuestra realidad.

Esta enfermedad es una de las patologías crónicas más frecuentes en Venezuela, representando un serio problema de salud pública por su magnitud. Es la quinta causa de mortalidad con tendencia progresiva al aumento. Su trascendencia se relaciona con una elevada tasa de discapacidad y además con el alto costo tanto del paciente como del sistema de salud, sobre todo en países en vías en desarrollo.³

En Venezuela la prevalencia es de 13.1% conforme a los resultados del Estudio Venezolano de

Salud Cardio - Metabólica (EVESCAM).⁴

Por tanto, creemos que es necesario conocer qué datos clínicos de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) se relacionan con un peor pronóstico ya que las distintas causas de muerte se deben a la enfermedad coronaria 50%, neuropatía 25%; retinopatía 32%, y nefropatía 23%. Todo esto lleva a una reducción del 70% la esperanza de vida del paciente diabético.⁵

Otra problemática es el impacto económico, pues sólo en el año 2013 la diabetes generó un gasto sanitario anual en América Latina calculado en US\$ 65. 216 millones (11% del presupuesto en salud del mundo).⁶

El instrumento denominado la ecuación RECODE,⁷ de la cual se desconoce la aplicación y su uso de forma retrospectiva en nuestro medio, puede ser útil en la evaluación su uso en la realidad venezolana.

Existe la ecuación de riesgo UKPDS Risk Engine construida a partir del estudio prospectivo de diabetes del Reino Unido UKPDS y con la aplicación de la ecuación del Framingham Heart Study que fue el primer modelo predictivo de enfermedad cardiovascular en hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo 2.⁸

Actualmente se desarrolló el modelo UKPDS OM2 que incluyó 5102 pacientes que participaron en el estudio durante 20 años y 4301 sobrevivientes que participaron en 10 años posteriores, cuyos datos calcularon las tasas de riesgo paramétricas con las que se predice el riesgo absoluto de complicaciones de la diabetes y su mortalidad.⁹

En una revisión llevada a cabo en el Reino Unido de 1148 pacientes hipertensos con diabetes tipo 2; 758 pacientes fueron asignados a un control estricto de la presión arterial y 390 pacientes a un control menos estricto con una mediana de seguimiento de 8,4 años. Concluyeron que el estricto control de la presión arterial logra una reducción clínicamente importante en el riesgo de muertes, la progresión de la retinopatía diabética y el deterioro de la agudeza visual.¹⁰

En una revisión sistemática de 304 historias evaluadas, 278 (91%) eran de diabéticos tipo 2 y 195 (65%) mujeres. Las frecuencias de enfermedades asociadas fueron: hipertensión arterial 69%, dislipidemia 64% y obesidad 37%. Las complicaciones crónicas frecuentes: 48% cardiovasculares, 58% oculares, 32% renales, 29% neuropatía y 24% pie diabético. Menos del 50% de los pacientes había alcanzado las metas de control en los niveles de glucemia, HbA1C, colesterol total, colesterol HDL y presión sistólica.¹¹

En un Estudio de corte transversal que incluyó 302 pacientes ambulatorios con diabetes mellitus al momento del diagnóstico, la media de edad fue 53 ± 10 años, sin diferencia entre sexos. Las complicaciones microvasculares fueron prevalentes tanto en hombres como en mujeres en este orden: neuropatía (27,5%), nefropatía (20,2%), retinopatía (17,9%); proporcionalmente, la retinopatía fue más severa. El hallazgo de infarto silente de miocardio fue más frecuente de lo esperado (17,7).¹²

Flores y cols., evaluaron un total de 60 pacientes diabéticos, encontrando que 31,67% de los pacientes estudiados presenta un porcentaje significativo de complicaciones crónicas, siendo las más frecuentes la neuropatía y la retinopatía, sin correlación estadística significativa con hipertensión arterial, a su vez acompañados de niveles de HbA1C por encima del 8%. Observando una mayor frecuencia de complicaciones en pacientes con un tiempo de diagnóstico superior a 10 años.¹³

En un estudio descriptivo, de corte transversal realizado en el Hospital Victorino Santaella, donde se analizaron 40 pacientes que acuden a la consulta de diabetes se determinó la incidencia de complicaciones macrovasculares en un 35,4% de en sujetos diabéticos tipo 2, siendo la más frecuente la enfermedad vascular periférica en 25% de los casos.¹⁴

En un estudio prospectivo español entre 1991 y 1996 en 352 pacientes se observó aumentó de la prevalencia de complicaciones: microvasculares del 33,4 al 42,1%, y macrovasculares del 22,3 al 37,2%. Las más frecuentes fueron: ECV (7,8%) angina (3,6%). Fallecieron 22 pacientes (6,9%), siendo la

cardiopatía isquémica (30%) y las neoplasias (30%) las causas más frecuentes. Se demostró que la principal causa de morbimortalidad es la enfermedad cardiovascular en sus diferentes formas.¹⁵

En un estudio de corte transversal que incluyó 1.748 pacientes japoneses con diabetes mellitus tipo 2, solo con complicaciones de retinopatía diabética leve y mediana de seguimiento de 7,2 años, desarrollaron complicaciones como la enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y nefropatía manifiesta definida por proteinuria persistente y la progresión de la retinopatía.¹⁶

El Estudio Venezolano de Salud Cardio-Metabólica (EVESCAM), primer estudio multicéntrico venezolano, diseñado para examinar la prevalencia de diabetes y factores de riesgo cardio-metabólico y su relación con el estilo de vida. Este estudio abarcó 4200 participantes ≥ 20 años de las 8 regiones de Venezuela. Fue realizado entre julio de 2014 y enero de 2017, demostraron que el 13,1% de los venezolanos mayores de 20 años tiene diabetes, es decir, afecta a 2,5 millones de personas, 36,7% son hipertensos; es decir, más de 13 millones de personas, 57,4% tiene el colesterol HDL bajo, más de 17 millones de personas, 4 de cada 10 personas tienen prediabetes. Más de 12 millones corren el riesgo de desarrollar diabetes, con todas sus consecuencias.⁴

Según la American Diabetes Association (ADA) la Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. Las estadísticas de morbimortalidad por DM reflejan que más del 80% son de tipo cardiovascular, muriendo 3 de cada 4 por causas vasculares, principalmente por complicaciones macrovasculares resultantes en Cardiopatía Isquémica (CI) y enfermedades cerebrovasculares, que conjuntamente suponen más del 70% de la mortalidad del paciente diabético.¹⁷

Numerosos estudios han revelado que manifestaciones como la Insuficiencia Cardíaca (IC), la Angina y el Infarto del Miocardio (IM) aparecen a edad más temprana en el paciente diabético, además de asociarse a una mayor prevalencia de Isquemia asintomática (por la misma neuropatía), lo que se traduce en tener eventos asintomáticos.¹⁸

INDICE RECODE: APLICACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

El riesgo cardiovascular asociado a Diabetes oscila de un 60 a 75%, lo cual contribuye a complicaciones como es la nefropatía, que termina en diálisis o en amputaciones por enfermedad arterial obstructiva severa o pie diabético.¹⁹ Entre las complicaciones no vasculares se encuentra la dismotilidad gastrointestinal (GI) asociada al desarrollo de neuropatía en el sistema nervioso entérico (SNE) como es la gastroenteropatía diabética.²⁰

En vista de la alta incidencia en pacientes con DM 2 y de la progresión de sus complicaciones, se creó la ecuación: RECODE una calculadora en línea que predice el riesgo a 10 años de complicaciones macrovasculares y microvasculares en estos pacientes. Este ecuación se validó en tres institutos nacionales (Universidad de Stanford, Palo Alto, California, EE. UU) y se desarrolló utilizando datos comúnmente disponibles en la práctica clínica para medir el riesgo estimado en comparación con las ecuaciones de riesgo más antiguas (ecuaciones de cohortes agrupadas de UKPDS OM2 / AHA) utilizando conjuntos de datos de ensayos clínicos diferentes de los utilizados para desarrollar RECODE.

Basu y cols., utilizaron datos individuales de pacientes de más de 15,000 participantes de ACCORD y DPPOS para desarrollar y validar externamente RECODE, demostrando que es más preciso que los modelos previos, reclasificando correctamente una gran cantidad de pacientes y no tienden a sobreestimar el riesgo de las personas que en realidad son de bajo riesgo.^{7,21}

En nuestra población es importante evaluar su aplicabilidad lo que motiva esta investigación.

Objetivo :

Asociar la presencia en la actualidad de complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus tipo 2, con el resultado de la aplicación de la formula RECODE en el pasado reciente.

Metodos

- Se diseñó un estudio de casos observacional, longitudinal, retrospectivo. La población estuvo constituida por pacientes ≥ 18 años, de cualquier género, con Diagnóstico

de DM 2, según la ADA, atendidos en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del Oeste. La muestra fue no probabilística, de selección intencional e incluyó los pacientes atendidos entre los meses de marzo y agosto de 2018. Se revisaron las historias clínicas o informes hospitalarios que permitieran la aplicación de la formula RECODE 10 años previos a la evaluación actual.

Procedimiento

Una vez explicado, aceptado y firmado el consentimiento informado, se procedió a realizar una historia clínica completa y la revisión de los datos de su evolución, a través de lo cual se obtuvo el valor de las variables del Índice RECODE 10 años atrás. Estos fueron:

- 1) Control metabólico según la ADA.
 - 2) Presencia de complicaciones crónicas, las cuales se definirán del siguiente forma:
 - Retinopatía diabética: a través del fondo de ojo.
 - Enfermedad arterial de Miembros inferiores: pulsos periféricos y doppler arterial.
 - Nefropatía: sedimento urinario, tasa de filtración glomerular (de ser posible la microalbuminuria)
 - Neuropatía periférica: evaluación de ROT, sensibilidad con microfilamento de 10 gr., parestesia, dolor neuropático y cuestionario de neuropatía autonómica.
 - 3) Laboratorio incluido en la formula RECODE
 - 4) Diagnósticos diferentes a la diabetes
- Los datos fueron incluidos en una hoja de recolección de datos diseñada para la investigación.

Tratamiento estadístico

Los datos fueron vaciados en el programa Microsoft Excel 2013, se aplicó estadística descriptiva para cada variable a través de análisis de frecuencia o promedios y porcentaje según fuese nominal o cualitativo.

Resultados

En el estudio se consideraron 593 pacientes, de

los cuales 308 fueron excluidos porque sus historias clínicas no contenían los datos de las variables necesarias para aplicar el índice RECODE. La muestra final estuvo conformada por 285 historias.

El promedio de edad fue 63 años \pm 15,5 (DE) y el rango de mayor frecuencia fue el comprendido entre los 61 y 70 años (39%). La distribución por género fue similar con leve predominio del femenino en 55%.

Según el estrato socioeconómico la clasificación predominante fue Graffar IV correspondiendo (81%), no se encontraron pacientes de los estratos I o II; para los restantes.

Al contabilizar el tiempo de evolución de la enfermedad, predominó el rango entre 10 y 14 años en 55%, seguido de 15 a 20 años en el 28%. El 59% de los pacientes era fumador.

De los estados comórbidos requeridos para la fórmula RECODE, el más frecuente fue la hipertensión arterial en el 75%. En el grupo de los hipertensos, la Presión Arterial Sistólica (PAS) > 130 mm Hg, predominó en el sexo femenino con 57,6 % y el resto en el sexo masculino.

A pesar de las prescripciones médicas, se encontró que el 74 % no cumplía el tratamiento debido a falta de recursos económicos y/o disponibilidad para adquirirlos. Así, apenas una minoría tomaba tratamiento prescrito para la diabetes, hipertensión, dislipidemia y anticoagulantes. Las características generales se resumen en la **tabla 1**.

De los tratamientos prescritos para la diabetes, las biguanidas fueron las más frecuentes en 62%, seguidas por insulina en 1 %. En cuanto a otras patologías, el 52 % recibían ARA II, el 19% IECA y 11% antagonistas de calcio; el 64% recibía estatinas. Es importante señalar que 1,8% refirió el uso de herbarios para la diabetes. El losartan fue el antihipertensivo más prescrito en el 52%. El resto se describe en la **tabla 2**.

En cuanto a la Hemoglobina Glicosilada, los hallazgos fueron: a) 6.1-7% en 13% (37), b) 7.1-7.9

Tabla 1. Características generales

Edad (años)				
Grupo total	Promedio	DE		
	63 años \pm	15,5 (DE)		
Rango de edad				
	n	%		
31-40	17	6		
41-50	38	13,3		
51-60	74	26		
61-70	112	39,3		
71-80	44	15,4		
Género				
Femeninos	158	55		
Masculinos	127	45		
Graffar				
III	3713			
IV	23281			
V	166			
Tiempo de evolución de la diabetes				
oct-14	158	55,4		
15-20	79	27,7		
21-34	38	13,3		
35-40	7	2,5		
45 o +	3	1,1		
Tabaquismo				
Si	168	59		
No	117	41		
Estados comórbidos				
Hipertensión arterial	214	75		
Cardiopatía isquémica	108	38		
Dislipidemia	206	72		
Insuficiencia Cardíaca	108	38		
Insuficiencia venosa profunda	98	34		
Arteriopatía Periférica de Msls	69	24		
Tratamiento principal recibido				
Antidiabéticos orales	75	26		
Antihipertensivo	118	41		
Estatinas	182	64		
Anticoagulante	12	4		
Cifras de Tensión arterial según el Género				
	Femenino		Masculino	
	N	%	n	%
PAS > 130*	98	57,6	72	42,4
PAS <130**	63	54,7	52	45,3

**INDICE RECODE:
APLICACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA**

Tabla 2. Tipo de tratamiento hipoglucemiante y antihipertensivo

Tratamiento	n	%
Hipoglucemiante		
Metformina	197	62
Insulina	52	18
Glibenclamida	21	7
Glicazida	9	2.5
Herbarios	6	1.8
Antihipertensivo		
Losartan	148	52
Enalapril	53	19
Amlodipina	30	11
Captopril	25	9
Valsartan	17	6
Carvedilol	12	4

53% (152), c) 8-8.4 en 29% (83), d) >8.5% 4% (12), ningún paciente presentó menos de 5%. La hemoglobina glicosilada estuvo elevada en 33% de los pacientes. Entre los pacientes que fallecieron, 4 tenían HbA1c entre 6,1 y 7,9 y 12 con valores mayores a 8.5. Las causas de muerte fueron enfermedad coronaria y cerebrovascular isquémica. En cuanto a los valores de los lípidos, fueron los siguientes: colesterol total, Colesterol Ligado a Lipoproteínas de Baja Densidad (c-LDL), Colesterol ligado a Lipoproteínas de Alta Densidad (c-HDL) y triglicéridos elevados, se muestra en la **tabla 3**.

Tabla 3. Alteraciones del perfil metabólico

Hallazgos	n	%
HbA1c	198	69%
Hipercolesterolemia	148	52%
LDLc elevado	189	66%
HDLc bajo	60	21%
Hipertrigliceridemia	136	48%

Además, hubo hallazgos clínicos y radiológicos de cardiomegalia en 38% de la población. El 60 % cursó con PAS >130 y el 72% de ellos tenía dislipidemia.

Dentro de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 se encontró que la nefropatía

diabética estuvo presente en 44%, seguida por insuficiencia cardíaca en 35 %, con predominio del sexo femenino; la neuropatía en 41% y la afección cardiovascular en 14 %. Las 2 últimas predominaron en el sexo masculino. La mortalidad fue de 2% y predominó en el sexo masculino. El resto se muestra en la **tabla 4**.

Tabla 4. Hallazgos de las variables de la formula RECODE según el sexo

Complicación crónica	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
Retinopatía	42	15	91	32
Nefropatía	84	29	126	44
Neuropatía	116	41	98	34
Cardiopatía isquémica o Enfermedad cerebrovascular	39	14	29	10
Insuficiencia Cardíaca	97	34	101	35
Mortalidad	7	3	5	2

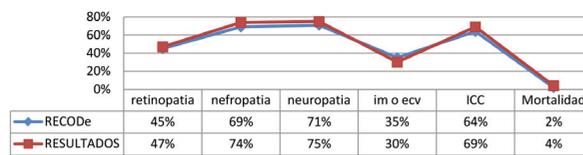
Al confrontar las mediciones de las variables que componen la formula RECODE en la actualidad, se encontró que todos los eventos ya estaban presentes en la evaluación y la medición para la predicción aplicada 10 años antes, estimó una menor frecuencia de los hallazgos documentados, con excepción de la cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular que tuvieron una diferencia de 10 pacientes menos según la estimación de la formula (**Tabla 5**).

Tabla 5. Complicaciones crónicas en pacientes con diabetes tipo 2 en el momento actual y según la formula riesgo estimado a 10 años RECODE

VARIABLE	Actualidad		RECODE	
	n	%	n	%
Retinopatía	133	47	128	45
Nefropatía	210	74	198	69
Neuropatía	214	75	203	71
Cardiopatía isquémica o Enfermedad cerebrovascular	86	30	99	35
Insuficiencia Cardíaca	198	69	183	64
Mortalidad	12	4	6	2

Al contrastar gráficamente la frecuencia de los hallazgos actuales con los que calculó la fórmula RECODE con datos de 10 años atrás para el momento actual, se observó que los datos en la actualidad eran levemente mayores y solo la cardiopatía isquémica fue menor a la estimación.

Gráfico 1. Gráfico 1. Distribución según resultados vs RECODE



Discusión

La diabetes es una de las mayores endemias entre las enfermedades crónicas no transmisibles del siglo XXI. De acuerdo a los cálculos más recientes de la OMS existen en el mundo aproximadamente 422 millones de adultos con diabetes, en las Américas para el año 2015, habían 73,9 millones de diabéticos, de los cuales 29,6 millones residían en América central y del Sur, Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en el anuario de mortalidad publicado en el año 2014 esta enfermedad se ubica en el 5to lugar entre las causas de muerte en Venezuela.^{3,4}

A nivel mundial, aproximadamente 5 millones de personas murieron a causa de la diabetes en el año 2015, lo que equivale a una muerte cada seis segundos.

Estudiamos 285 pacientes, con edades comprendidas entre 31 a 80 años, provenientes de la consulta externa de Medicina Interna, del Hospital General del Oeste en el periodo marzo – agosto de 2018. Para ese momento los pacientes tenían una edad promedio de 63 años \pm 10,5 DE y el rango con mayor número de pacientes fue el de 61-70 años que abarcó el 39%. La distribución por género mostró predominio femenino. Sin embargo, aunque la prevalencia de la diabetes es superior en las mujeres, los hombres tienden a tener un peor control de sus factores de riesgo, por las enfermedades cardiovasculares con alta mortalidad.¹¹

Esta enfermedad es una de las patologías crónicas más frecuentes en Venezuela, y representa la quinta causa de mortalidad con tendencia progresiva al aumento. En base a este planteamiento la Sociedad Venezolana de Medicina Interna patrocinó e instrumentó el Estudio Venezolano de Salud Cardio Metabólica (EVESCAM)⁴, que abarcó que 4200 participantes \geq 20 años de las 8 regiones de Venezuela. Los investigadores demostraron que el 13,1% de los venezolanos mayores de 20 años tiene diabetes, es decir, afecta a 2,5 millones de personas. Además, 36,7% son hipertensos que equivale a más de 13 millones de personas y 57,4% tiene el colesterol HDL bajo que corresponde a más de 17 millones de personas. Más grave aún es que 4 de cada 10 personas tienen prediabetes. Se concluye así que más de 12 millones corren el riesgo de desarrollar diabetes, con todas sus consecuencias.

En nuestra investigación se observa de manera uniforme un control metabólico insuficiente. En general, una cuarta parte de los pacientes tenían la HbA1c $>$ 8%; además, en cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares, al menos la mitad de los individuos tenía un diagnóstico de hipertensión arterial, y entre 50 y 70% presentaban valores de PAS superiores a los óptimos ($>$ 130/85 mm Hg.). Adicionalmente, las mediciones de C-LDL estaban elevadas ($>$ 115 mg/dl) en hasta un 66%; el 59% de los pacientes con hábitos tabáquicos, 9% actualmente están activos y entre el 60 y el 80% de los pacientes tenían un estilo de vida sedentario.

Las variables de la ecuación RECODE, también estaban elevadas en comparación a la literatura internacional, y ejemplo de ello es una frecuencia más elevada de la presencia de infarto de miocardio/enfermedad cerebrovascular 24,8% y 75% de enfermedad arterial periférica. La mortalidad coronaria en 2% y la mortalidad cerebrovascular en 1,6% fueron atribuibles a la diabetes en los hombres, mientras que en las mujeres estas complicaciones eran de 3% para cada patología. Es bien conocido que la diabetes es un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria y los datos coinciden con la investigación de Villegas y cols.^{11,12}

INDICE RECODE: APLICACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

En esta investigación se observó que según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico predominó el rango de 10 -14 años en 55 %. Se estima que 41% presentan neuropatía periférica y que aproximadamente el 10 % de los ellos desarrollan úlceras en los pies que requieren ingresos hospitalarios, coincidiendo con valores de hemoglobina glicosilada >8.5% y manifestándose en diabéticos con tiempo de evolución mayor de 5 años.

También, aplicando el método Graffar modificado, se documentó el estrato socioeconómico bajo y su relación con el riesgo de padecer diabetes. En esta investigación se observó condición de pobreza en el 42,94% de la población (81% pobreza relativa -IV- y 6% pobreza crítica -V-). Este dato se relaciona con la situación socioeconómica de Venezuela y contribuye con el riesgo de padecer diabetes de forma muy importante según paredes y cols.²¹

El tabaquismo empeora el pronóstico de los pacientes con diabetes mellitus, quienes tienen tres veces mayor probabilidad de morir por una enfermedad cardiovascular que los diabéticos no fumadores.²² La frecuencia del consumo del tabaco en diabéticos es similar a la de la población general, con el consecuente incremento de complicaciones micro y macrovasculares. Según los hallazgos de nuestra investigación, el 59% de la población era fumadora activa lo cual suma factores de riesgo que pudieron relacionarse con la aparición de la enfermedad, además de facilitar las comorbilidades conocidas del tabaquismo (pulmonar, cardiovascular).

El control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con una enfermedad cardiovascular establecida y diabetes, es especialmente preocupante y presentan un riesgo de dos a cuatro veces superior para las complicaciones crónicas. Contreras et al. En un estudio realizado en el 2000 se encontró que la incidencia de complicaciones aumentó sustancialmente al compararlos con un grupo sin enfermedad cardiovascular establecida, y se midió el aumento en cuanto a las microvasculares del 33,4 al 42,1% y macrovasculares del 22,3 al 37,2%. En esta investigación las enfermedades establecidas más frecuentes fueron: ECV y angina. Además, fallecieron 22 pacientes (6,9%), debido a la cardiopatía

isquémica en 30% de ellos, lo cual correspondió a la frecuencia más alta.¹⁴

En nuestra población de estudio se demostró que la principal causa de morbimortalidad fue la enfermedad cardiovascular en sus diferentes formas, asociadas a PAS > 130 mm Hg y Hb A1c elevada. Es alarmante el dato de esta medición >8.5 en 39% de los eventos cardiovasculares.

El UKPDS ⁽²⁾ demostró claramente la asociación de la hiperglicemia con el desarrollo de las complicaciones de la DM 2. Pero más importante aún es el hallazgo de que el tratamiento reduce los riesgos de la retinopatía diabética, nefropatía y neuropatía. Según nuestro estudio, el 74 % de la población no tiene poder adquisitivo para la compra de medicamentos por la situación país de alto costo de los medicamentos y la escasez de los mismos. Por lo tanto, a pesar del claro beneficio del tratamiento adecuado, la población venezolana parece estar signada por la situación socioeconómica a perder el beneficio del tratamiento ampliamente demostrado, dato que aplica tanto a la diabetes como a las otras enfermedades documentadas como dislipidemia, hipertensión arterial y cardiopatía.

Los individuos con DM 2 suelen presentar una prevalencia más elevada de los factores de riesgo para la enfermedad cerebrovascular y en especial para la cardiopatía isquémica. Por lo que respecta a la estimación del riesgo cardiovascular, varios autores españoles, han examinado el riesgo de episodios coronarios con el empleo de los sistemas de estimación del riesgo disponibles, para predecir la complicación más frecuente en esta población. Con el estimador de riesgo FRAMINGHAM-REGICOR,⁷ la probabilidad de eventos coronarios a 10 años fue de entre el 5,6 y el 15% en los hombres, y de entre el 6 y el 10% en mujeres. Con el empleo del estimador de riesgo específico para la diabetes del UKPDS estos autores observaron que en los hombres había un riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años entre el 19 y el 38%, mientras que el riesgo oscilaba entre el 11 y el 28% en las mujeres. Por último, al utilizar el estimador score para predecir el riesgo de enfermedad coronaria mortal a 10 años, Lahoz observó que en las mujeres era de un 2%, en comparación con el 4% en los varones.²³

Al aplicar el índice RECODE retrospectivamente, con los datos de los 10 años previos, se calculó una incidencia acumulativa de microangiopatía, expresada así: retinopatía 45%, nefropatía 69%, neuropatía 71 %, ICC 64%, y una mortalidad del 4%. En contraste, los hallazgos clínicos evidenciaron frecuencias mayores a la esperada según el cálculo RECODE tales como retinopatía 47%, nefropatía 74%, neuropatía 75 %, ICC 69% y mortalidad 12%, además de una frecuencia importante de angina, infarto del miocardio mortal o no mortal a 10 años de 24%, que según el género, representó 14,3% para las mujeres y 10% para las hombres.

Es claro que existe una necesidad de estandarizar la aplicación de este cálculo en la población latinoamericana. Esta investigación es un ensayo que propuso la interrogante de su aplicabilidad, basados en los datos obtenidos 10 años atrás en la historia clínica y con la realidad de la evaluación clínica del momento actual.

A pesar de que no se pueda concluir con certeza por falta de estandarización, es claro que en nuestra población la situación económica y social de los últimos años, no permite el cumplimiento cabal de las prescripciones y cuidados propios de la enfermedad, por lo que para poder esperar eficiencia de su aplicación, debería iniciarse por optimizar estos aspectos.

La experiencia permite identificar no solo la gravedad de las complicaciones, sino también la calidad de cumplimiento de las prescripciones que según los datos obtenidos es deficiente en un alto porcentaje. Si sumamos que la falta de disponibilidad es para todos los medicamentos, ni la diabetes ni sus estados patológicos concomitantes estarán controlados, lo que contribuye a que los pacientes posean una mala calidad de vida debido a la aparición de las complicaciones crónicas aunado al aumento de la mortalidad.

Entre las fortalezas de este estudio podemos resaltar que, 1º, a nuestro entender no se ha publicado previamente análisis de validación externa de estas ecuaciones de riesgo cardiovascular en nuestra

población; 2º, no se cuenta con datos individuales a nivel poblacional que permitan una adaptación más precisa de la misma a nuestra población; y tercero, la gran mayoría de los datos probatorios sobre las ventajas y los posibles inconvenientes de las intervenciones para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares provienen de los países desarrollados.

Los hallazgos más importantes del estudio se pueden resumir en:

1. Los niveles de HbA1c fueron muy altos.
2. La posibilidad de adquisición de medicamentos para el control de la diabetes en la actualidad estuvo francamente limitada; El cumplimiento terapéutico es menor en nuestro entorno asistencial que en los ensayos clínicos.
3. La presencia de complicaciones crónicas en el presente fue levemente mayor a la que se estimó RECODE que sucedería 10 años antes, con excepción de la muerte cardiovascular.

Referencias

1. Guariguata I, Whiting D, Hambleton I, et al. Estimaciones globales de prevalencia de diabetes para 2013 y proyecciones para 2035. *Diabetes Rev. Clin Pract* 2014; 103:137-49. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630390>
2. Stevens R, Kothari V, Adler A, Stratton I; Grupo del Reino Unido prospective diabetes study (UKPDS) Clin Sci (lond). El motor de riesgo de UKPDS: un modelo para el riesgo de enfermedad coronaria en la diabetes tipo ii (UKPDS 56). 2001 dec; 101 (6): 671-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11724655>
3. Camejo M, García A, Rodríguez E, Carrizales M, Chique J. et al .Visión epidemiológica de la diabetes mellitus. Situación en Venezuela. Registro epidemiológico. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* vol.10 supl.1 Mérida oct. 2012 .www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=31102012000400002
4. Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, López L, Monsalve P, Marcano H, Barengo N, Aschner A, Flórez H. et al. Aspectos epidemiológicos de la Medicina Interna en Venezuela Estudio Venezolano de Salud Cardiometaabólica (EVESCAM): descripción general y muestreo *med intern (caracas)* 2015; 31 (2): 102-111
5. Goday A. epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias .servicio de endocrinología. Hospital universitario del mar. Barcelona.*Rev Esp Cardiol.* 2002, 657-670 - vol. 55 núm.06 www.revspcardiol.org/es/epidemiologia-diabetes-sus-complicaciones-no/1303254.
6. Irigoyen C, Cortés A, Ramírez O, Hernández E. et al. La diabetes mellitus y sus implicaciones sociales y clínicas en México y Latinoamérica vol. 19 .91- 94.mexico 2017 Disponible en <https://www.mediagraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf174c.pdf>
7. Basu S, Sussman J, Berkowitz S, Hayward R, Bertoni A, Correa A,

INDICE RECODE: APLICACIÓN Y ANÁLISIS EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

- Stanford Mwasongwe, Yudkin J. et al validación de las ecuaciones de riesgo para las complicaciones de la diabetes tipo 2 (RECODE) utilizando datos de participantes individuales de diversas cohortes longitudinales en los EE. UU. *Diabetes Care* 2018; 41 (3): 586 - 595
8. Cañón Barroso L, Cruces Muro E, Fernández Gómez A, Nieto Hernández A, Fernández Ochoa Gy, Buitrago Ramírez Análisis de la concordancia y validación de las ecuaciones de Framingham-REGICOR en la población diabética de un Centro de Salud seguida durante 10 años SEMERGEN. 2007;33(2):50-7. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13098693>.
 9. Hayes A, Leal J, Gray A, Holman R, Clarke P. KPDS outcomes model 2: a new version of a model to simulate lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes mellitus using data from the 30 year united kingdom prospective diabetes study : UKPDS 82. *Diabetologia*. 56 (2013): 1925-1933 .Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23793713>
 10. Control estricto de la presión arterial y riesgo de complicaciones macrovasculares y microvasculares en la diabetes tipo 2: UKPDS 38. Grupo de estudio prospectivo de diabetes del Reino Unido. *rev* (1998): 703-713 .Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/973233>
 11. Villegas A, Gómez A, Bedoya C, Control y complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en el centro de atención ambulatorio central, instituto de seguro social 1998-2001 .Disponible en www.scielo.org.co/pdf/iat/v17n1/v17n1a1.pdf
 12. Sereday M, Damiano M, Lapertosa S. Complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico. *Endocrinol Nutr* 2008. 55; núm. 2. Disponible en www.elsevier.es > home > endocrinología y nutrición
 13. Flores E, Gutiérrez M, Lobo A, Velásquez A. complicaciones crónicas en diabéticos y su asociación con niveles de hemoglobina glicosilada, tiempo de evolución. *Revista Multidisciplinaria del consejo de Investigación de la Universidad de Oriente*. 2007. 19; 1: 113-119.
 14. Contreras F, Barreto N, Jiménez S, Terán I, Castillo A, García M, Ospino N, Rivera M, De la parte M, Velasco M. Complicaciones macrovasculares en diabetes tipo 2 asociación con factores de riesgo. *Arch Venez Farmacol Terap*. Caracas 2000. 19(2):112-116. Disponible en www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0798.
 15. Mundet T, Carmona J, Gussinyer P, Tapia C, García I, Farrús M, Lecumberris S. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2. Evolución tras 5 años de seguimiento. *Rev. Atención Primaria*. 2000. 25; 6: 375-452. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569306300000000>.
 16. Tanaka S, Iimuro S, Yamashita H, Katayama S, Akanuma Y, Yamada N, Araki A, Ito H, Sone H, Ohashi Y, et al. Grupo de estudio sobre las complicaciones de la diabetes en Japón; grupo de prueba de intervención de diabetes anciana japonesa. El japan diabetes complications study / japanese diabetes intervention trial motor de riesgo. *Cuidado de la diabetes*. 2013 mayo; 36 p.1193-1199. Disponible en [hptt:147.96.70.122/web/tfg/.../viktoriya%20miladinova%20todorova.pdf](http://147.96.70.122/web/tfg/.../viktoriya%20miladinova%20todorova.pdf)
 17. Sierra I, Gruber de bustos E, Olimpo C, Alvarado B, Arbañil H, Arguedas C, Argueta de maza M, Aylwin C, Barragan D, Benitez R, Calvagno M, Chacra A, escobar I, Fortich A, Hernández M, Hernández Hernández A, Jadzinski M, Javiel G, Lerario A, et al. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia capítulo 1. *Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica* pág. Publisher on nov 2013. Disponible en www.revistaalad.com/pdfs/revista-de-la-alad-v2n4.pdf.
 18. Palma Gámiz J. la diabetes mellitus entendida como una enfermedad cardiovascular de origen metabólico. *Rev. Esp Cardiol*. 2007. 7:12-19 .Disponible en www.revespcardiol.org/en/la-diabetes-mellitus-entendida-como/articulo/13110778/
 19. Valero K, Marante D, Torres M, Ramírez G, Cortéz R, Carlini R. Complicaciones microvasculares de la diabetes. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab*. 2012.10 (Suppl 1):111-137 Disponible en www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1690.
 20. Uraga Ocio J, Bastús S, Delkáder D, García N, Leal M, Abalo R, neuropatía entérica asociada a diabetes mellitus. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)* 2015. Vol.107 supl.6:366-373. Disponible en scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n6/es_revision.pdf
 21. Paredes N., Materano M., Ojeda A., López J., López A., Rosales J., Scaglia R., herrera E., Najul M., Chacón-lozán F. Aplicación del test Findrisk para cálculo del riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2. *Med Interna (Caracas)* 2014; 30 (1): 34 – 41.
 22. Soto N. Tabaquismo y Diabetes, Actualización sobre tabaquismo. *Rev. Chil Enferm Respir* 2017; 33: 222-224 Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0222.pdf>
 23. Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, H Keen, Mortalidad y causas de muerte en el Estudio Multinacional de la OMS de Enfermedades Vasculares en la Diabetes. *Diabetologia*. Septiembre de 2001; 44 Suppl 2: S14-21. disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11587045>

Glomerulopatía colapsante con insuficiencia renal terminal de rápida progresión

*Daniela Molina Maldonado, Daisy Cedillo Rossi, Alejandro Oirdobro Montilla, María Cristina Arvelo Suárez**

Resumen

La glomerulopatía colapsante (GC) constituye una variedad de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Afecta tanto a la población adulta (40%) como a la infantil (20%); presentándose con mayor frecuencia en hombres jóvenes y afrodescendientes. Clínicamente se presenta como un síndrome nefrótico, con niveles elevados de úrea y creatinina. Se presenta el caso de paciente femenino de 22 años, quien acude por presentar fiebre, edema matutino en miembros inferiores, e intolerancia oral de 9 días de evolución. Al examen físico: Hipertensión arterial y ascitis. La GC es una entidad poco diagnosticada, que progresa rápidamente a insuficiencia renal terminal a pesar de recibir cualquier tratamiento sistémico descrito hasta la actualidad, por lo que amerita mayor investigación en el ámbito terapéutico.

Palabras clave: *Síndrome nefrótico; Proteinuria; Glomerulopatía colapsante, Hipertensión arterial*

Collapsing glomerulopathy with rapid progression to terminal renal failure

Daniela Molina Maldonado, Daisy Cedillo Rossi, Alejandro Oirdobro Montilla, María Cristina Arvelo Suárez

Abstract

Collapsing glomerulopathy (GC) is a variety of focal segmental glomerulosclerosis. It affects both adult population (40%) and children (20%); it occurs most often in young people, male and of African descent. Clinically it is presented as a nephrotic syndrome, with high levels of urea and creatinine serum. There is insufficient evidence regarding the treatment of this entity, so that steroids and immunosuppressants are used at high doses. We present the case of a 22-year old female, who presented fever, edema in the lower limbs and oral intolerance of 9 days of evolution. Physical examination showed: high blood pressure and ascitis. This nephropathy is an underdiagnosed entity rapidly progressing to kidney failure despite receiving any systemic treatment described until now, so it merits further research in the therapeutic field.

Keywords: *Nephrotic Syndrome, Proteinuria, Collapsing Glomerulopathy, Hypertension.*

Introducción

La GC constituye una entidad clínica reciente y poco estudiada, con una incidencia estimada en 7 por millón y una prevalencia de 4% en los Estados Unidos, es considerada como la glomerulopatía primaria que desarrolla con mayor frecuencia enfermedad renal terminal.¹ Predomina en individuos jóvenes y de sexo masculino.² Se ha demostrado

* Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
Email: arvelo.mc@gmail.com

GLOMERULOPATÍA COLAPSANTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE RÁPIDA PROGRESIÓN

que aproximadamente el 50% de los pacientes afectados son afroamericanos.³

Es necesario sospechar esta entidad cuando hay proteinuria masiva,² asociada a hematuria e hipertensión arterial,⁴ y elevación de creatinina sérica, que indican la progresión a insuficiencia renal terminal, desarrollándola en un aproximado de 15 meses, con respecto a las otras variedades de glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS), donde se desarrolla en 38 meses.²

Otra de las características más resaltantes de la GC es su poca respuesta a la terapia inmunosupresora, siendo los corticoesteroides la primera elección, con una tasa de remisión completa en 12% y una tasa de remisión parcial en 15,2%.¹ Por otra parte el tratamiento combinado con glucocorticoides e inhibidores de la calcineurina ha de demostrado una tasa de éxito del 50% en los pacientes.^{5,6}

Presentación del caso

Paciente femenino de 22 años de edad, quien inicia enfermedad actual en diciembre de 2015 cuando presenta temperatura de 39°C y escalofríos, seguida de diaforesis de cuatro días de evolución, con mejoría del cuadro clínico. Diez días después presenta edema matutino de miembros inferiores bilateral, blando, frío que deja fovea, concomitantemente náuseas y vómitos por lo cual acude a centro público de salud donde realizan ultrasonido abdominal y evidencian líquido libre en cavidad, indicando tratamiento sintomático; al no evidenciar mejoría clínica acude al Hospital Universitario de Caracas.

Al examen físico: Peso: 55 Kg, Talla: 1.48 m, FC: 72, FR: 16, PA: 142/90mmHg, Saturación de O₂: 99% aire ambiente, T: 37,2°C. Regulares condiciones generales, fototipo V; cabeza: edema palpebral, bilateral. Cardiopulmonar: Normal. Abdomen: globoso a expensas de líquido ascítico, circunferencia abdominal: 85 cm, deprimible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias. Extremidades: eutróficas, móviles, con edema bilateral grado III, que deja fovea, pulsos periféricos palpables, llenado.

Estudios paraclínicos: VSG 100, Úrea 52 mg/dl, Creatinina 2.52 mg/dl, proteínas séricas 4,3 mg/dl, albúmina 1,5mg/dl, globulina 2,8 mg/dl. Uroanálisis: proteinurias 3+, glucosuria 2+, hemáties 8-12 p/c; normales 80%, leucocitos 20-25 p/c, bacterias abundantes, esterasa leucocitaria negativa. capilar <3 segundos.

Eco renal: aumento difuso de la ecogenicidad en ambos riñones, sin evidencia de L.O.E, litiasis, ni dilatación de vías excretoras, adecuada relación córtico-medular concluyendo el estudio como enfermedad parenquimatosa difusa.

Diagnóstico: insuficiencia renal + síndrome nefrótico con componente nefrítico. Tratamiento: furosemida 40mg vía endovenosa dos veces al día; mejoría clínica.

Posterior al ingreso, se solicita determinación de Anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos Anti DNA, ANCA, Crioglobulinas, que reportan negativos; depuración de creatinina y proteínas en 24horas, 55mg/día y 11,2 gr/día/m² respectivamente, HIV y VDRL negativo y no reactivo, se evidencian valores de C3 (94); hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Biopsia renal:

- 29 glomérulos en total, con penachos hipertróficos o parcialmente retraídos, luces capilares obliteradas en diferentes segmentos de algunos penachos, la casi totalidad de glomérulos mostraba lesión segmentaria en uno o varios segmentos, algunos con colapso capilar y compactación, en otros, aumento de la matriz extracelular que provoca obliteración de las luces capilares. En la periferia de los segmentos lesionados, se observó proliferación importante de podocitos, que en algunas áreas mostraba aspecto de "semilunas". El intersticio presentaba edema y fibrosis difusa importante, cortical y medular; con aumento del espacio intertubular, atrofia multifocal, infiltrado inflamatorio y linfoplasmocitario en áreas de atrofia tubular.

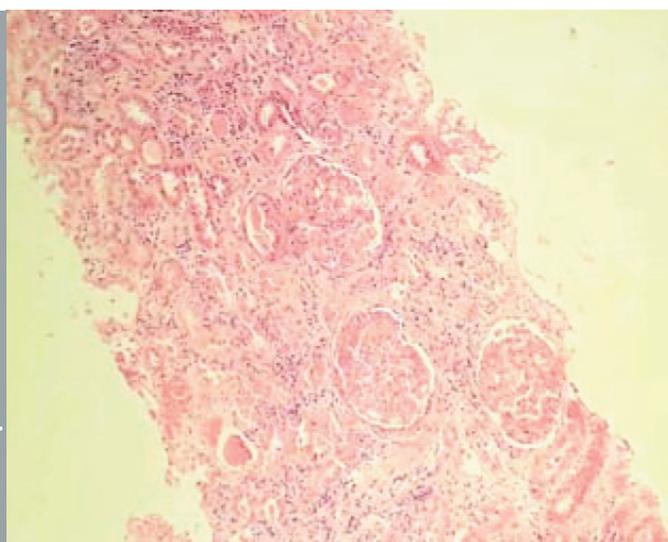
- En la inmunofluorescencia directa se evidenció positividad para complemento e inmunoglobulinas a lo largo de todo el tejido renal.

Tabla 1. Evolución de exámenes de laboratorio durante hospitalización

Hematología	18/01/2016	20/01/2016	22/01/2016	25/01/2016	28/01/2016	01/02/2016	04/02/2016	10/02/2016
GB (10 ³ /uL)	6.2	6.2	-	-	-	7	-	-
GR(10 ⁶ /uL)	4.11	4.02	-	-	-	4.15	-	-
Hemoglobina(g/dl)	12	11.8	-	-	-	12.2	-	-
Hematocrito (%)	36.9	35.4	-	-	-	36.6	-	-
Plaquetas(fl)	315	302	-	-	-	281	-	-
Química	18/01/2016	20/01/2016	22/01/2016	25/01/2016	28/01/2016	01/02/2016	04/02/2016	10/02/2016
Glicemia (mg/dl)	98	99	-	76	78	88	85	83
Urea (mg/dl)	52	64	61	71	61	52	59	30
Creatinina(mg/dl)	2.62	2.62	2.34	2.4	2.29	2.1	1.83	1.17
A.Úrico (g/dl)	-	5.6	5.4	-	5.6	4.4	5.1	3.6
BT(g/dl)	0.18	0.15	-	1.5	-	-	0.40	-
BD(g/dl)	0.03	0.03	-	0.3	-	-	0.10	-
BI(g/dl)	0.15	0.12	-	1.2	-	-	0.30	-
ALT(g/dl)	17	16	-	6	-	-	14	-
AST(g/dl)	16	9	-	16	-	-	16	-
P.Totales (g/dl)	4.3	4.3	-	4.7	4.4	4.3	4.3	4.5
Albúmina(g/dl)	1.5	1.5	-	1.6	1.6	1.5	1.7	1.92
Globulina(g/dl)	2.8	2.8	-	3.1	2.8	2.8	2.6	2.6
Indice A/G(g/dl)	0.54	0.54	-	0.52	0.57	0.54	0.65	0.73
ALP(g/dl)	52	47	-	33	-	-	44	-

Se concluye: Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria, Variedad Colapsante en la mayoría de los glomérulos evaluables.

Figura 1. Tinción hematoxilina – eosina aumento 10x
Cilindro de tejido renal donde se aprecia hipertróficos o parcialmente retraídos, casi totalidad de los glomérulos evaluables. Se evidencia intersticio con fibrosis difusa peritubular cortical y medular con ensanchamiento del espacio intertubular y atrofia multifocal de túbulos e infiltrado inflamatorio linfoplas mociario acompañando áreas de fibrosis.



GLOMERULOPATÍA COLAPSANTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE RÁPIDA PROGRESIÓN

Figura 2.

A – B) Tinción hematoxilina – eosina aumento 40x
Los glomérulos evaluables casi en su totalidad mostraron lesión segmentaria en uno o varios segmentos, se aprecia colapso capilar y compactación.

C - D) Coloración especial de ácido periódico de schiff (pas) aumento 40x
Se delimita claramente la membrana basal de los capilares glomerulares

E - F) Coloración especial de tricrómico de gomori aumento 40x,

Con la que se evidencia incremento escleroso de la matriz extracelular con obliteración de luces capilares

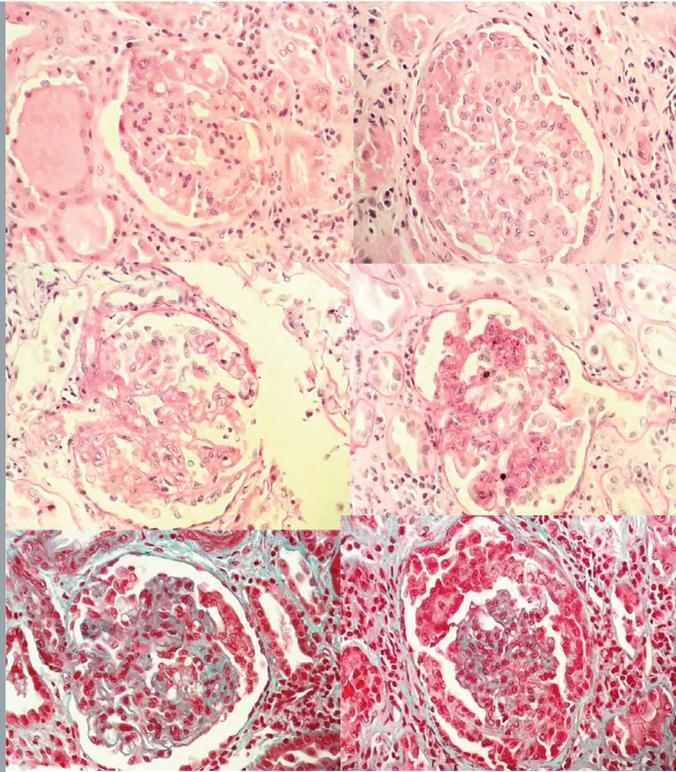
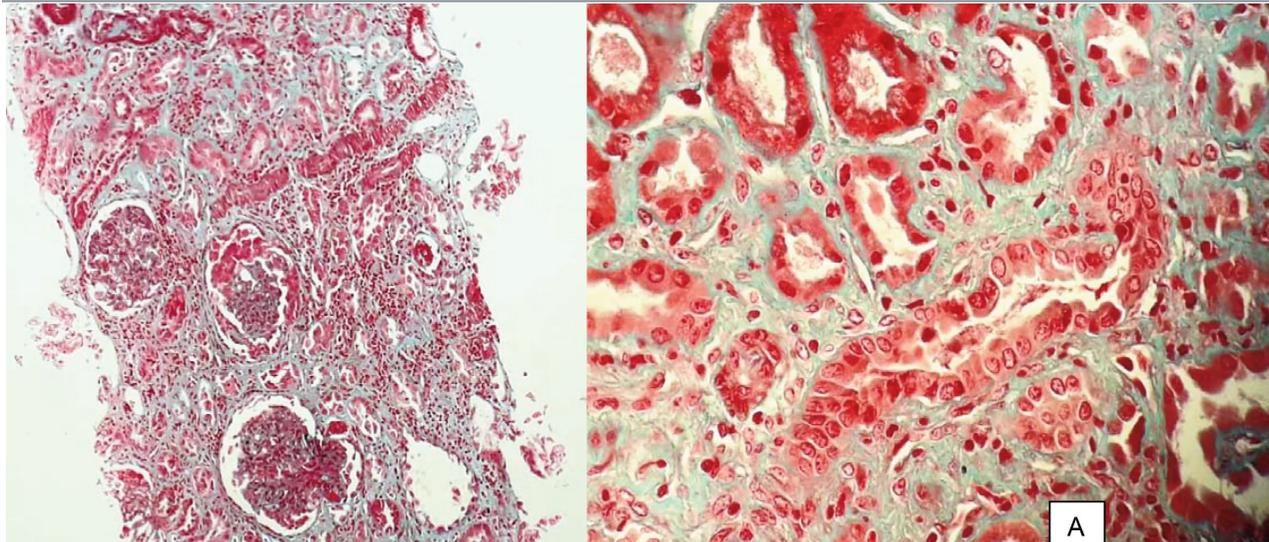


Figura 3. Coloración especial de tricrómico aumento 10x (a) 40x (b)

En el intersticio se evidencia edema y fibrosis difusa peritubular cortical y medular, la cual es resaltada por la coloración especial de tricrómico. Se observan cambios reactivos epiteliales de variable intensidad en los túbulos, que oscilan entre desarreglo nuclear con pleomorfismo y pérdida focal de núcleos. Las luces se muestran ocasionalmente dilatadas con maetrial hialino en su interior, entremezclado con inflamatorias y fragmentos de células epiteliales. Arterias y arteriolas no mostraron cambios significativos.



Se decide iniciar pulsos de Metilprednisolona y posteriormente prednisona 50 mg vía oral orden día, Espironolactona 50 mg orden día, Enalapril 10 mg orden día y Atorvastatina 40mg vía oral orden día; evidenciándose disminución de los niveles de azoados en sangre sin llegar a la normalidad.

Debido a la evolución satisfactoria de la paciente, se egresa con prednisona 50 mg y ciclosporina 200 mg orden día, con control de depuración de creatinina y proteínas en orina de 24 horas; se evidenció un valor 52mg/dl y 3,11 mg/día/m² respectivamente.

Durante su seguimiento ambulatorio, 3 meses posterior a su egreso, permanece clínicamente estable. Sin embargo, durante su siguiente evaluación (3 meses después) presenta criterios de terapia de sustitución renal de emergencia.

Discusión

Actualmente la variedad colapsante forma parte de la clasificación patológica de la glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

En la GEFS se produce una típica podocitopenia, mientras que la GC se caracteriza por la proliferación podocitaria, anteriormente mencionada; en esta entidad la afectación podocitaria implica la poca diferenciación fenotípica, que se expresa como la pérdida de marcadores en los podocitos maduros, y se reexpresan marcadores de proliferación o de diferenciación en los podocitos inmaduros.⁷

La etiología puede ser : primaria o idiopática, genética y secundarias o reactiva; en el primer caso se le atribuye a la permeabilidad en el glomérulo que pueden inducir ciertos factores plasmáticos, como receptor de uroquinasa soluble, cardiotrofina-1 y ciertas interleucinas como la interleucina-6; estas han demostrado aumentar la permeabilidad a la albúmina y producir podocitopenia, en casos de GEFS.⁵ Cuando esta patología es producida secundaria a un virus, se debe a daño por contacto directo o por liberación de citocinas pro-inflamatorias que interactúan con los receptores de podocitos; entre los virus más frecuentemente relacionados destacan: VIH, Citomegalovirus (CMV), Parvovirus B19,

Virus de Epstein Bar (VEB), Hepatitis C (VHC) y Virus del simio 40; según una revisión de literatura de PUBMED realizada en el 2013, acerca de la relación entre virus y la GC, concluyeron que los únicos con fuerte evidencia capaces de desencadenar esta patología son el VIH-1 y el CMV, sin encontrar relación con respecto a los demás virus.⁹ Se puede asociar a otras patologías inmunológicas como la enfermedad de Still, síndrome de lupus-like, lupus eritematoso sistémico, enfermedad mixta del tejido conectivo, arteritis de células gigantes, también asociado al uso de drogas como el pamidronato, ácido valproico e Interferón (gamma, alfa y beta), que producen daño directo sobre el podocito, debido a que este último posee receptores para dichos elementos.¹⁰

Debido a que el síndrome nefrótico en edad adulta se debe principalmente a enfermedades autoinmunes, se solicitaron estudios inmunológicos y virales que resultaron negativos y se descartó el consumo de fármacos por lo que se considera como posible causa de GC primaria o idiopática; es así como el diagnóstico de la GC se hace con la sospecha clínica, por lo que luego se realiza biopsia renal, que arrojó datos que concuerdan con los cambios histopatológicos de la biopsia renal en presencia de GC.

Asimismo la característica primordial es la indiferenciación podocitaria, dado por la pérdida de: Sinaptopodina, WT1, CALLA, GLEPP1, Podocin, p27, p57 y se expresan marcadores de proliferación como: PAX2, Nestin, CK, Ki67, CD68, Desmin, Citoqueratina, herramienta actualmente útil para el diagnóstico.¹¹

Lo recomendable es realizar una biopsia renal y posteriormente iniciar terapia con corticoesteroides. Aquellas formas de GC que se producen debido a una etiología genética suelen responder mejor a los inhibidores de la calcineurina.⁵

El esquema de tratamiento se basa en el uso de glucocorticoide a dosis de 1mg/kg/m² diario o 2mg/kg/m² interdiario, la respuesta a este esquema puede durar hasta dieciséis (16) semanas, por lo que posterior a este período se disminuye progresivamente

GLOMERULOPATÍA COLAPSANTE CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL DE RÁPIDA PROGRESIÓN

de tres (3) a seis (6) meses, en caso de desarrollo de resistencia se puede administrar Tacrolimus o Ciclosporina a dosis de 3 a 5 mg/Kg/día durante cuatro (4) a seis (6) meses, con menor tasa de remisión si se prolonga por doce (12) meses.⁵

Otra opción terapéutica relativamente nueva es el uso del Rituximab, que según un estudio realizado con inyecciones semanales calculadas a 375 mg/m²; logró disminución de la proteinuria y azoados en sangre, manteniendo al paciente asintomático.¹³

En este caso la paciente fue egresada con Prednisona 50mg orden día y Ciclosporina 200 mg orden día, evidenciándose disminución de proteinuria en 24horas y creatinina, sin llegar a límites normales. El pronóstico de esta patología suele estar asociado a una rápida progresión a falla renal con pobre respuesta al tratamiento.¹⁴ Asimismo la unidad de nefrología del University Medical Center de Chicago realizó diversos estudios donde concluyen que proteinuria >14g/día y poca respuesta a los esteroides tiene peor pronóstico; independientemente de la variedad histológica de GEFS.⁶

Agradecimientos:

Annie Planchart, especialista en nefropatología
Marthelena Acosta, especialista en patología ósea y de tejidos blandos.

Referencias

1. Albaqumi M, Barisoni, L. Current views on collapsing glomerulopathy. *J Am Soc Nephrol*, 2008; 19: 1276-81.
2. Rosa G. Glomerulopatía colapsante. *Revista Argentina de Nefrología*, 2010; 8: 112- 15.
3. Said J, Letelier L, González A, Escobillana C, Pisano R. Glomerulopatía colapsante. *Rev. méd. Chile*, 2012; 140: 1342-46.
4. Serna L, Nieto J, Arias L, Milena S. Variante colapsante de la glomerulosclerosis focal y segmentaria en niños. *IATREIA*, 2013; 26: 481-86.
5. D'Agati V, Kaskel F, Falk R. Focal Segmental Glomerulosclerosis. *N Engl J Med*, 2011; 365: 2398-411.
6. Meyrier A. Mechanisms of Disease: focal segmentalglomerulosclerosis. *Nat Clin Pract Nephrol*, 2005; 1: 44-54.
7. Redondo M, Ortega R, Moyano C, López M, Espinosa M, Romera A, González A, Pérez C, López F, Aljama P. Markers of podocyte dedifferentiation in a patient with collapsing glomerulonephritis. *Nefrología*, 2010, 30: 360-66.
8. Ávila, M. Glomerulopatía colapsante: Una nueva entidad asociada a síndrome nefrótico e insuficiencia renal terminal. *Rev Invest Clin*, 1999; 51: 367-73.
9. Chandra P, Kopp J. Viruses and collapsing glomerulopathy: A brief critical review. *Clin Kidney J*, 2013; 6:1-5.
10. Sirit L. Caso clínico: Glomerulopatía colapsante. *Revista Nefrología Venezolana* 2009; 11: 72-77.
11. Albaqumi M, Soos T. Collapsing Glomerulopathy. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2006; 17: 2854-63.
12. Agrawal V, Vinod P, Krishnani N, Sharma R. A case of collapsing glomerulopathy associated with febrile illness. *Indian J Pathol Microbiol*, 2008; 51: 509-11.
13. Ramachandran R, Rajakumar V, Duseja R, Sakhuja V, Jha V. Successful treatment of adult-onset collapsing focal segmental glomerulosclerosis with rituximab. *Clin Kidney J*, 2013; 6:500-02.
14. Ferreira A, Carvalho D, Carvalho F, Galvão M, Nolasco F. Collapsing glomerulopathy in Portugal: A review. *Nephrol Dial Transplant*, 2011; 26: 2209-15.

Resúmenes de los investigadores de la Pirámide EVESCAM presentados en el XXV Congreso Venezolano de Medicina Interna. 2019

Eunice Ugel, Daniela A. Hurtado-Santander, Juan P. González-Rivas, Maritza de Jesús Durán Castillo, María Inés Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez

Prevalencia de un alto riesgo de diabetes en la población adulta de la región Centro-Occidental de Venezuela. Estudio EVESCAM.

Antecedentes: El desconocimiento de padecer diabetes tipo 2 (DT2) y la prediabetes son condiciones altamente prevalentes, alrededor de 30% en DT2 y 90% en prediabetes, incrementando su riesgo para presentar complicaciones relacionadas con la hiperglucemia. La Escala Finlandesa de Riesgo de Diabetes adaptada para América Latina (LA-FINDRISC) permite detectar de forma rápida y sin costos a sujetos con alto riesgo de hiperglucemia. Se desconoce el porcentaje de la población de la región Centro-Occidental de Venezuela con alto riesgo de hiperglucemia según el LA-FINDRISC. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de alto riesgo de DT2 y prediabetes según la escala LA-FINDRISC en la población de la región Centro-Occidental de Venezuela. **Métodos:** Estudio poblacional, observacional, transversal y de muestreo aleatorio por conglomerados de una muestra representativa de la población ≥ 20 años de la región Centro-Occidental de Venezuela. La recolección se realizó durante 2014-2016 en las comunidades de El Roble, Tamaca, Agua Viva, Higuerón y Chichiriviche. La tasa de respuesta fue de 82,85% (435 sujetos evaluados de 525 reclutados). Se realizaron cuestionarios de datos socioeconómicos e historia médica. El LA-FINDRISC consta de 8 ítems predictores del riesgo de DT2 que incluye mediciones antropométricas. Se definió alto riesgo de diabetes como un puntaje ≥ 9 puntos en la escala LA-FINDRISC para ambos sexos. El estrato social se estableció mediante cuestionario Graffar. Se excluyeron los participantes con historia personal de diabetes por lo que se analizaron 398 sujetos. **Resultados:** ver tabla.

cos e historia médica. El LA-FINDRISC consta de 8 ítems predictores del riesgo de DT2 que incluye mediciones antropométricas. Se definió alto riesgo de diabetes como un puntaje ≥ 9 puntos en la escala LA-FINDRISC para ambos sexos. El estrato social se estableció mediante cuestionario Graffar. Se excluyeron los participantes con historia personal de diabetes por lo que se analizaron 398 sujetos. **Resultados:** ver tabla.

Tabla. Características de la población según riesgo en la escala LA-FINDRISC*

	LA-FINDRISC Alto (%)	LA-FINDRISC Bajo (%)	P
Total regional	197 (49,5%)	201 (50,5%)	
Sexo			0,349
Femenino	116 (51,6%)	109 (48,4%)	
Masculino	81 (46,8%)	92 (53,2%)	
Edad			<0,001
20 – 34 años	55 (31,2%)	121 (68,8%)	
35 – 49 años	79 (57,2%)	59 (42,8%)	
50 – 64 años	44 (71,0%)	18 (29,0%)	
≥ 65 años	19 (82,6%)	4 (17,4%)	
Estrato Social			0,259
I – II	31 (49,2%)	32 (50,8%)	
III	62 (47,7%)	68 (52,3%)	
IV	90 (48,1%)	97 (51,9%)	
V	13 (72,2%)	5 (27,8%)	
Distribución Geográfica			0,042
El Roble	25 (37,9%)	41 (62,1%)	
Tamaca	50 (49,5%)	51 (50,5%)	
Agua Viva	59 (50,0%)	59 (50,0%)	
Higuerón	24 (44,4%)	30 (55,6%)	
Chichiriviche	39 (65,0%)	21 (35,0%)	

Los datos de prevalencia son presentados en número y porcentajes y sus diferencias fueron evaluadas usando Chi-cuadrado

**RESUMENES DE LOS INVESTIGADORES DE LA PIRÁMIDE EVESCAM
PRESENTADOS EN EL XXV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA. 2019**

Discusión

49,5% de la población la región Centro-Occidental de Venezuela presentó alto riesgo de diabetes y prediabetes, la cual aumentó con la edad, en el sexo femenino y fue especialmente alta en la localidad de Chichiriviche (65,0%).

Conclusión

Se encontró una muy elevada prevalencia de alto riesgo de diabetes y prediabetes en la región Centro-Occidental de Venezuela usando la herramienta LA-FINDRISC, que debe ser abordada oportunamente mediante planes de diagnóstico y prevención temprana a fin de evitar un incremento en la prevalencia de diabetes en los próximos años.

Estado nutricional en sujetos de la región Occidental de Venezuela evaluados en el Estudio EVESCAM.

Juan P. González-Rivas, José A. Córdova-Paredes, Eunice Ugel, Maritza de Jesús Durán Castillo, María Inés Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez.

Antecedentes: Estudios previos en la región Occidental de Venezuela reportan la prevalencia de obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) alrededor de 30% y obesidad abdominal de 60%. Sin embargo, ninguno ha incluido una muestra representativa de la región, ni se han analizado acorde al estrato socioeconómico (ESE) de la población. **Objetivos:** Determinar el estado nutricional en sujetos de la región Occidental de Venezuela evaluados en el Estudio EVESCAM, y clasificarlos acorde su ESE. **Métodos:** En la región Occidental se evaluaron 3 Estados (Lara, Falcón, Yaracuy) entre 2014-2015 en las comunidades de El Roble, Tamaca, Agua Viva, San Felipe y Chichiriviche. La tasa de respuesta fue 82,5%, (433 sujetos evaluados / 525 reclutados). Se incluyeron los mayores de 20 años que se encontraban en las casas seleccionadas y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron mujeres embarazadas y sujetos con incapacidad para mantenerse parado o comunicarse verbalmente. Se les realizaron mediciones de peso, talla, circunferencia abdominal y porcentaje de grasa corporal con balanza Tanita; fue aplicado el cuestionario Graffar para determinar el ESE. **Resultados:** ver tabla.

Tabla. Relación estrato socioeconómico con el estado nutricional, la prevalencia de obesidad abdominal y alto porcentaje de grasa

	Total	Estrato I-II	Estrato III	Estrato IV	Estrato V	p
N	433	71	134	206	22	
Índice de Masa Corporal						
Bajo peso	10 (2,3%)	0 (0,0%)	3 (2,2%)	5 (2,4%)	2 (9,1%)	0,047
Normo peso	141 (32,5%)	30 (42,3%)	39 (29,1%)	70 (34%)	2 (9,1%)	0,047
Sobrepeso	157 (36,2%)	19 (26,8%)	53 (39,6%)	76 (36,9%)	8 (36,4%)	0,047
Obesidad	126 (29%)	22 (31%)	39 (29,1%)	55 (26,7%)	10 (45,5%)	0,047
Circunferencia Abdominal						
Obesidad abdominal	233 (53,6%)	40 (55,6%)	66 (48,9%)	109 (52,9%)	16 (76,2%)	0,131
Porcentaje de grasa						
Alto	220 (50,5%)	36 (50%)	60 (44,4%)	108 (52,4%)	15 (71,4%)	0,113

Los datos son presentados como números y porcentajes, y sus diferencias fueron evaluadas usando Chi-cuadrado

Discusión: La prevalencia de obesidad fue 29,1% en hombres y 29% en mujeres, similar que lo reportado por el estudio VEMSOLS (30,6%) (2006-2010). El estudio EVANS, que evaluó 7 regiones de Venezuela incluyendo Occidente entre 2014 y 2015, presentó menor prevalencia en hombres (24,9%) y discretamente más altas en mujeres (31,6%). La obesidad abdominal, presente en 50% de los hombres, fue menor que VEMSOLS (57,8%), y 56,3% en las mujeres, mayor que VEMSOLS (49,4%); El estudio EVANS reportó la prevalencia más alta (67,4%). La mitad de la población presentó alto porcentaje de grasa. El ESE más bajo presentó peor estado nutricional, con mayor prevalencia de bajo peso y obesidad, y menor porcentaje de normo peso; también presentó las cifras más elevadas de obesidad abdominal y elevado porcentaje de grasa corporal. El ESE más alto presentó mejor estado nutricional, con menor prevalencia de bajo peso y sobrepeso, y mayor porcentaje de normo peso. En el Índice de Masa Corporal existe una diferencia estadísticamente significativa, entre los estratos sociales. (P: 0,04).

Conclusión: Se encontraron cifras elevadas de obesidad, obesidad abdominal, elevado porcentaje de grasa corporal; con mayor prevalencia en el ESE más bajo.

Tendencia del estado nutricional en la población de la región Los Andes, Venezuela. Estudio EVESCAM

P. González-Rivas, Skarle Rincón-Castro, Querlis Rincón-Castro, Guillermo Terán-Ángel, Marco Serrano-Rivas, Pedro José Quijada-Martínez, Eunice Ugel, Maritza de Jesús Durán Castillo, María Inés Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez.

Antecedentes: La obesidad aumenta el riesgo de diabetes, hipertensión, accidentes cerebrovasculares y cáncer. Globalmente existe un aumento en la tendencia de obesidad, tal como se evidencia en un estudio realizado a partir de 200 países (1975-2014). Sin embargo se ha observado un decrecimiento en el Índice de Masa Corporal (IMC), durante circunstancias como guerras o situaciones sociales, así lo demuestra un análisis de Cuba (1980-2010), donde la población disminuyó 5,5kg de peso en todo su IMC, en un período de crisis económica. Venezuela atraviesa una crisis humanitaria y se desconoce el impacto que ésta tenga en el estado nutricional de la población. **Objetivo:** Determinar el cambio del estado nutricional e IMC en la población de la región Los Andes, Venezuela, evaluada en EVESCAM. 2016-2019. **Métodos:** estudio poblacional, observacional, transversal y de muestreo poliestratificado por conglomerados. Se incluyeron 164 sujetos > 20 años, de casas seleccionadas en 4 comunidades de la región Los Andes: La Mesa, La Venta, Belén y El Llano. El estado nutricional se definió

acorde al Índice de Masa Corporal (IMC): bajo peso (<18,5 kg/m²), normopeso (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25- 29,9 kg/m²) y obesidad (> 30 kg/m²).

Discusión: este estudio demuestra un promedio de cambio de peso entre los años 2016-2019 de 73,1-65,8kg en hombres, y de 65,5-61,4kg en mujeres. El IMC, disminuyó en comparación con el estudio previo (26,3kg/m² a 24,3kg/m² para hombres y 27,3kg/m² a 25,3kg/m² para mujeres). El bajo peso pasó de ser 0% a ser 7,8% para hombres, y 2,7% para mujeres. La prevalencia de sobrepeso y obesidad disminuyó.

Conclusión: Los hombres perdieron 7,3kg mientras que las mujeres 4,1kg. Ambos disminuyeron 2kg/m² de su Índice de Masa corporal. Personas de 70 años o más, analfabetas, de estratos sociales bajo y muy bajo, presentaron mayor cambio.

Cambio en la prevalencia y control de la hipertensión arterial en adultos de la región de Los Andes de Venezuela. Estudio EVESCAM-Seguimiento

Guillermo Terán-Ángel, Aguasanta González-Delatorre, Juan P. González-Rivas, Marco Serrano-Rivas, Pedro José Quijada-Martínez, Eunice Ugel, Maritza de Jesús Durán Castillo, María Inés Marulanda, Ramfis Nieto-Martínez.

Antecedentes: En Venezuela, la hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo asociado a la mortalidad, responsable del 22% de las muertes. La prevalencia de HTA tiende a incrementar en Venezuela, de 31,3% entre 2006-2010 según el estudio VEMSOLS, a 47,4% entre 2014-2017 según el estudio EVESCAM. En este último estudio, la prevalencia de HTA en la región de Los Andes fue de 32,4% en 2016. Se desconoce cómo ha cambiado la prevalencia de HTA desde entonces, así como el porcentaje de conocimiento, tratamiento y control de la misma en la región. **Objetivo:** Determinar el cambio en la prevalencia y control de la HTA en adultos de la región de Los Andes de Venezuela, evaluados en el estudio EVESCAM seguimiento, en el periodo comprendido entre 2016 y 2019. **Métodos:** En el EVESCAM transversal (2016) se evaluaron 418 participantes de la región de Los Andes, de los cuales fueron reevaluados 164 en el EVESCAM seguimiento (2019). Se aplicó un cuestionario estándar y se hicieron dos mediciones de presión arterial con un intervalo de 1 minuto entre cada toma, utilizando un esfigmomanómetro oscilométrico automático OmronHEM-705C PINT®. HTA = presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, auto-reporte de HTA y/o el uso de tratamiento antihipertensivo. **Resultados:** ver tabla.

Tabla.						
	Hombres		Mujeres			
	2016	2019	2016	2019		
Edad (años)	58,7 ± 15,2	61,2 ± 15,1	51,9 ± 14,3	54,9 ± 14,4		
Peso (kg)	73,1 ± 10,6	65,8 ± 11,7	65,5 ± 12,6	61,4 ± 11,7		
IMC (kg/m²)	26,3 ± 3,3	24,3 ± 3,5	27,3 ± 4,7	25,3 ± 4,3		
Bajo Peso	0	7,8	0	2,7		
Normopeso	33,3	49	33,6	46		
Sobrepeso	54,9	37,3	39,3	36,3		
Obesidad	11,8	5,9	26,8	13,3		
Determinantes Biológicos						
	Edad (años)		Género			
20-44	45-69	70 ó más	Hombres	Mujeres		
-2,1	-1,8	-2,5	-1,99	-1,97		
	Grado Académico		Estrato Social			
Analfabeta	Primaria	Secundaria	Universitario	Alto	Medio	Bajo
-3,2	-2,7	-1,4	-1,3	-1,6	-1,4	-2,2

**RESUMENES DE LOS INVESTIGADORES DE LA PIRÁMIDE EVESCAM
PRESENTADOS EN EL XXV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA. 2019**

Tabla. Cambio de la prevalencia y control de la HTA en la región de Los Andes

	Hombres		Mujeres		Total	
	2016	2019	2016	2019	2016	2019
n	51		113		164	
Edad (años)	58,7 ± 15,2	61,2 ± 15,1	51,9 ± 14,3	54,9 ± 14,4 †	54,0 ± 14,9	56,9 ± 14,9 ‡
PAS (mmHg)	137,4 ± 23,9	138,1 ± 23,7	130,0 ± 25,0	134,4 ± 28,3	132,6 ± 24,8	135,6 ± 26,9
PAD (mmHg)	77,6 ± 13,4	74,8 ± 11,2	75,6 ± 11,9	73,8 ± 12,6	76,3 ± 12,4	74,1 ± 12,2 *
Prevalencia de HTA (%)	51,0 (37,7 - 64,1)	62,7 (49,0 - 74,7)	43,4 (34,6 - 52,6)	45,1 (36,3 - 54,3)	45,7 (38,3 - 53,4)	50,6 (43,0 - 58,2)
Conocimiento de la HTA (%)	27,5 (17,1 - 40,9)	39,2 (27,0 - 52,9)	35,4 (27,3 - 41,5)	33,6 (25,6 - 42,5)	31,7 (25,1 - 39,2)	35,4 (28,5 - 42,9)
En actual tratamiento (%)	21,6 (12,5 - 34,6)	35,3 (23,6 - 49,0)	21,4 (14,7 - 30,0)	29,2 (21,6 - 38,2)	24,8 (18,9 - 31,9)	30,9 (24,4 - 38,3)
HTA conocida controlada (%)	14,3 (4,0 - 40,0)	25,0 (11,2 - 47,0)	32,5 (20,1 - 48,0)	34,2 (21,2 - 50,1)	27,8 (17,6 - 40,9)	31,0 (20,6 - 43,8)

Interpretación: La prevalencia de HTA en la región de Los Andes varió 5% entre 2016 y 2019, aumentando de 45,7% a 50,6%; siendo mayor el cambio en hombres (de 51,0% a 62,7%) que en mujeres (de 43,4% a 45,1%). En ambos grupos, el porcentaje de conocimiento, tratamiento y control de la HTA aumentó.

Conclusiones: Se observó un aumento en la prevalencia de HTA en la región de Los Andes entre 2016 y 2019, así como una mejora en la cascada de conocimiento, tratamiento y control de la misma.

Filiaciones Institucionales

1. Juan P. González-Rivas. International Clinical Research Center, St. Anne's University Hospital Brno. República Checa.
2. Guillermo Terán-Ángel. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.
3. Marco Serrano-Rivas. Unidad de Medicina Interna. IAHULA. Mérida, Venezuela.
4. Pedro José Quijada-Martínez. Unidad de Cuidados Intensivos. IAHULA. Mérida, Venezuela.
5. Eunice Ugel. Unidad de Investigación de Salud Pública, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina, Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela.
6. Maritza de Jesús Durán Castillo. Departamento de Medicina, Servicio de Medicina Interna, Clínica Ávila, Caracas, Venezuela.
7. María Inés Marulanda. Endocrine Associates of Florida. Clinical Research Department. Orlando, Florida, USA.
8. María Inés Marulanda. Departamento de Medicina, Servicio de Medicina Interna, Universidad de Carabobo y Centro Médico "Guerra Méndez", Valencia, Venezuela.
9. Ramfis Nieto-Martínez. Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC), Miami VA Healthcare System, Miami, FL, USA. South Florida Veterans Affairs Foundation for Research & Education. Miami, USA.
10. Daniela A. Hurtado-Santander. Unidad de Investigación de Salud Pública, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Escuela de Medicina, Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela.
11. José A. Córdova-Paredes. Unidad de Investigación de Salud Pública, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Escuela de Medicina, Universidad Centro-Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto, Venezuela.
12. Skarle Rincón-Castro. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.
13. Querlis Rincón-Castro. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.
14. Aguasanta González-Delatorre. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.