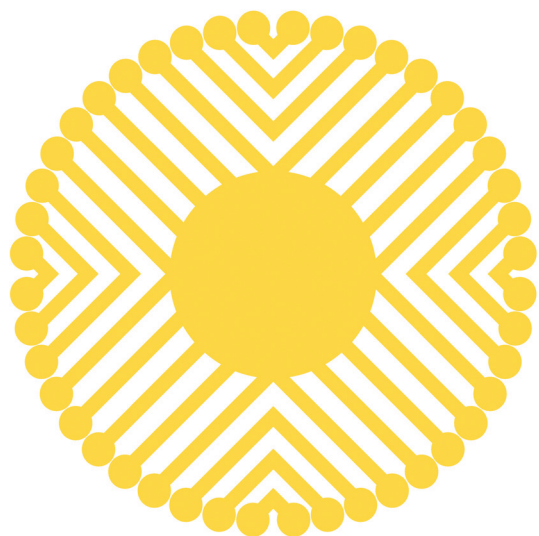




Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna

Fundada en Abril de 1985

Volumen 36

Nº 3

2020

CONTENIDO

EDITORIAL

Broncemia e Hbris en el Profesional de la Salud: Visión desde la Pedagogía.

Mario J. Patiño Torres.111 - 114

GALERÍA DE IMÁGENES

Enfermedad de Dupuytren

Alida Marlene Navas Contreras, Luisa Ortega, Leonor Patricia Otero, Arnulfo Polo..... 115

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

COVID-19 y Educación Médica: la Virtualidad desde la Perspectiva del Profesor y del Estudiante de Educación Superior.

Ingrist J. Alemán Bermúdez, Enrique Vera León, Mario J. Patiño Torres.....116 - 123

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

1. La Diáspora Venezolana: Análisis del Estado de Salud de la Familia que queda en el país y de las metas cumplidas por el emigrante

María Gracia Ramírez Guzmán, Trina María Navas Blanco124 - 137

2. Utilidad del protocolo (FATE) focused assessment with transthoracic echocardiography en la evaluación del paciente con shock

Carlos Liriano, Ludwig Rivero138 - 148

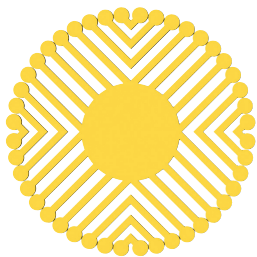
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Hemosuccus Pancreaticus: Rara Asociación entre Pancreatitis Aguda, Alcoholismo y

Lesiones Vasculares en la Circulación Esplácica

Angélica Del Valle Pirela Pinto, Francheska Miroslava Rodríguez Guanipa, Fernando Javier Carrera Viñoles, Anaís Dolores Tavárez Valero, Guillermo Antonio Blanco Hernández.....149 - 153

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 PRIETO
REBECA VILORIA PÁRRAGA
VICTORIA STEPENKA
LISETTE CORTEZ
ALEXANDRA MARCANO

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORIA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
TRINA MARÍA NAVAS BLANCO
MARIO PATIÑO TORRES
JOSÉ ANTONIO PAREJO ADRIÁN
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS
MARITZA DURÁN CASTILLO
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA
MARIFLOR VERA
VICTORIA STEPENKA
MARÍA EVELYN MONSALVE
YEMINA FIGUERA
JUAN PABLO GONZÁLEZ RIVAS

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@gmail.com
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 36

Nº 3

2020

CONTENIDO

EDITORIAL

**Broncemia e Hibris en el Profesional de la Salud:
Visión desde la Pedagogía.**

Mario J. Patiño Torres111 - 114

GALERÍA DE IMÁGENES CLÍNICAS

Enfermedad de Dupuytren

Alida Marlene Navas Contreras, Luisa Ortega, Leonor Patricia Otero,
Arnulfo Polo..... 115

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

**COVID-19 y Educación Médica: la Virtualidad desde la
Perspectiva del Profesor y del Estudiante de Educación Superior.**

Ingrist J. Alemán Bermúdez, Enrique Vera León, Mario J. Patiño
Torres.....116 - 123

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

**1.La Diáspora Venezolana: Análisis del Estado de Salud de la
Familia que queda en el país y de las metas cumplidas por el emi-
grante**

María Gracia Ramírez Guzmán, Trina María Navas Blanco124 - 137

**2.Utilidad del protocolo (FATE) focused assessment with transthoracic
echocardiography en la evaluación del paciente con shock**

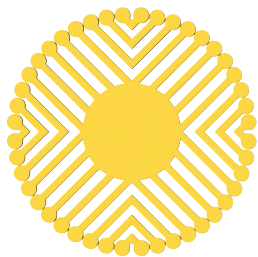
Carlos Liriano, Ludwig Rivero138 - 148

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

**Hemosuccus Pancreaticus: Rara Asociación entre Pancreatitis
Aguda, Alcoholismo y Lesiones Vasculares en la Circulación
Esplácnica**

Angélica Del Valle Pirela Pinto, Francheska Miroslava Rodríguez
Guanipa, Fernando Javier Carrera Viñoles, Anaís Dolores Tavárez
Valero, Guillermo Antonio Blanco Hernández149 - 153

INSTRUCCIONES 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 PRIETO
REBECA VILORIA PÁRRAGA
VICTORIA STEPENKA
LISETTE CORTEZ
ALEXANDRA MARCANO

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
TRINA MARÍA NAVAS BLANCO
MARIO PATIÑO TORRES
JOSÉ ANTONIO PAREJO ADRIÁN
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS
MARITZA DURÁN CASTILLO
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA
MARIFLOR VERA
VICTORIA STEPENKA
MARÍA EVELYN MONSALVE
YEMINA FIGUERA
JUAN PABLO GONZÁLEZ RIVAS

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@gmail.com
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 36

Number 3

2020

CONTENTS

EDITORIAL

Broncemia and Hbris in Health Professionals.

A pedagogic vision

Mario J. Patiño Torres111 - 114

CLINICAL IMAGES

Dupuytren's Disease in a 60 year- old woman

Alida Marlene Navas Contreras, Luisa Ortega, Leonor Patricia Otero,
Arnulfo Polo..... 115

INTERNAL MEDICINE, MEDICAL EDUCATION AND COMMUNITY

COVID 19 and Medical Education: Virtuality Perspective from

Teachers and Students of University Education Daniela Patiño

Ingrist J. Alemán Bermúdez, Enrique Vera León, Mario J. Patiño Torres
.....116 - 123

RESEARCH ARTICLES

**1. The Venezuelan Diaspora: analysis of the family who remained
in the country and the goals obtained by the migrants**

María Gracia Ramirez Guzman, Trina Navas Blanco.....124 - 137

**2. The usefulness of the (FATE) protocol focused assessment with
transthoracic echocardiography in patients with shock**

Carlos Liriano, Ludwig Rivero138 - 148

PRESENTATION OF CLINICAL CASES

**Hemosuccus Pancreaticus: an unusual association of acute pancreati-
tis, alcoholism and vascular abnormalities of the splanchnic circulation**

Angélica Del Valle Pirela Pinto, Francheska Miroslava Rodríguez
Guanipa, Fernando Javier Carrera Viñoles, Anaís Dolores Tavárez
Valero, Guillermo Antonio Blanco Hernández149 - 153

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 (" "), 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.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4.4 Otras referencias:

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

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

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

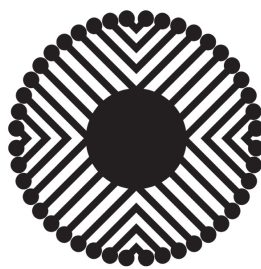
Medicina Interna es una revista de acceso abierto (open access), es decir, su contenido está disponible de manera gratuita para los usuarios y sus instituciones. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar, o tener acceso a los artículos sin solicitar una autorización previa 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”**.

Junta Directiva Nacional 2009/2011
HACIA LA INTEGRACIÓN NACIONAL DE LA GESTIÓN DE LA
SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA

Broncemia e Hbris en el Profesional de la Salud: visión desde la pedagogía.

Mario J. Patiño Torres

Recibido: 20/10/2020

Aceptado: 26/10/2020

Referentes y conceptualización.

Broncemia, es una palabra que no existe en el diccionario, no existe tal término para la ciencia y la condición que describe es solo un constructo teórico que no figura en ningún manual o texto de medicina ni de psiquiatría. Resulta original que en el concepto y su caracterización se expone la importancia del lenguaje y de los mundos ficcionales no tan alejados de la realidad tangible. La idea que encierra el término “Broncemia” por analogía con “bronce” (impregnado por bronce), se encuentra en tantas situaciones, actos, actitudes y personas de todos los ámbitos, que resulta fácilmente detectable, no solo en los profesionales de la salud.

Broncemia, es un término establecido hace unas 4 décadas por el Dr. Narciso Hernández, un prestigioso cirujano de la ciudad de Córdoba (Argentina) y popularizado por el Dr. Francisco Occhiuzzi, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, quien abordó y popularizó el tema en una conferencia “online” de la ONG de colaboración abierta TED (Tecnología, Entretenimiento y Diseño) realizada el 27 de noviembre del 2011, la TEDxCordoba 2011.

Decía Narciso Hernández que el enfermo de broncemia o que padece de bronceosis, tendría una tesaurosismosis por depósito de bronce, que pasa por dos etapas:

- I. “Importantitis” que lleva al broncémico a pensar que nadie hay superior a él.
- II. “Inmortalitis” que hace que se considere merecedor de tener una estatua de bronce que haga eterna su memoria.

En la primera etapa es cuando el joven se siente el profesional más importante del mundo. La segunda etapa es cuando cree ser un dios inmortal.

En su descripción la Bronceosis tiene tres manifestaciones:

1. La diarrea verbal (Locuacidad o Verborrea), que lleva al broncémico a hablar con orgullo y solemnidad de su valía, de sus logros, de su saber, de sus méritos o de cualquier otra cuestión que se presente, ya que piensa que sabe de todo y de todo, mucho.
2. La Sordera interlocutoria que le impide escuchar con atención a quien le habla pues considera que nadie le puede enseñar nada relevante.
3. El Reflejo Cefalocaudal, que le hace caminar erguido, con la cabeza levantada y con visible aplomo. En realidad, el broncémico, no camina, se desplaza majestuosamente.

Su parangón con mayores referencias en el campo de la nosografía es el Síndrome de Hbris (patología del Poder). La Hbris (en griego antiguo ὕbris hýbris) es un concepto griego que puede traducirse como “desmesura”. No hace referencia a un impulso irracional y desequilibrado, sino a un intento de

* Dr. Francisco Occhiuzzi - Director del Primer Curso de Pregrado llamado “La Calidad de la Atención Médica”, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, se preocupó por inculcar el valor que tienen la humildad y el afecto en la relación médico-paciente.

* TEDx es una ONG de colaboración abierta (Tecnología, entretenimiento y diseño) x, para la promoción de las ideas.

* Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

BRONCEMIA E HIBRIS EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD: VISIÓN DESDE LA PEDAGOGÍA.

transgresión de los límites impuestos por los dioses a los hombres mortales. En el pensamiento ético y religioso griego, la presunción exagerada lleva a una desmesura de las acciones, es la hbris.

Por su parte, en el médico enfermo de Hbris, donde la presunción exagerada lleva a la desmesura en sus acciones, la Hbris se expresa en orgullo y arrogancia excesiva del que la padece. Éste presenta como síntomas: 1. Exceso de confianza en sí mismo; 2. Impaciencia constante; 3. Falta de atención a los detalles; 4. Creerse insustituible. Estos síntomas configuran al Síndrome de Hbris caracterizado porque el afectado:

- a) Evalúa la situación con ideas fijas preconcebidas. Rechaza todo signo contrario a sus ideas.
- b) Es incapaz de cambiar de conducta. No saca provecho de la experiencia.
- c) Trata a los demás con prepotencia.
- d) Tiene una conducta marcadamente narcisista.

Llamado de atención y contrastación

La broncemia y la Hbris desde el punto de vista pedagógico representan un llamado de atención y motivo de reflexión sobre la formación en valores de los profesionales de la salud, sobre la necesidad de garantizar el componente axiológico en el proceso formativo, la importancia de dotar a nuestros estudiantes, no solo de las herramientas cognitivas, sino también de las herramientas afectivas que configuran sin dudas la educación integral de los profesionales que formamos en sus diferentes etapas (grado, postgrado y desarrollo profesional continuo).

Los responsables de la formación de los profesionales de la salud, debemos estar atentos al riesgo de la deshumanización producto de una práctica educativa con una aproximación centrada preponderante en el dominio del hecho científico y la tecnología y alejada del paciente como propósito. Favoreciendo el distanciamiento progresivo de la humanidad y de las Humanidades, poniendo al médico en formación en riesgo de caminar por la vía del narcisismo y de ser atacado por la Broncemia y la Hbris.

No es suficiente con declarar la incorporación

de los principios y valores del Humanismo y la Profesionalidad en los currículos de grado y postgrado. Se trata de garantizar que efectivamente esos valores y principios salgan del currículo oculto para incorporarse al currículo explícito, el currículo que se enseña y se aprende. Se trata de minimizar la aparición de la soberbia, la arrogancia y la solemnidad como rasgos para ejercer la medicina y asegurar la preeminencia de la vocación de servicio, la humildad, el afecto y el respeto al prójimo en el acto médico.

Equilibrio

En este aspecto, como en muchos otros, es necesario en el campo de la Educación Médica la búsqueda del equilibrio a través de espacios para la reflexión, el debate profundo, la contrastación e interconexión de las ideas.

Son muchos los logros que, en las ciencias, las artes y en otros aspectos del quehacer humano han sido producto de un impulso que estimula al protagonista a una vocación de trascendencia, o ser una figura que deje legado, al reconocimiento. Desde el punto de vista pedagógico es prudente evitar posiciones de extremos para el desarrollo de la personalidad profesional de nuestros estudiantes. De manera que, siendo la necesidad de reconocimiento algo inherente a la condición humana y habiendo sido la base de muchos logros que han contribuido al progreso y mejora de la calidad de vida a lo largo de la historia de la humanidad, no debe ser este un aspecto abominable que deba abordarse con vehemencia o desconsideración.

El equilibrio, es lograr a través de un proceso pedagógico adecuado que nuestros estudiantes encuentren el correcto valor de sí mismos y el valor de sus semejantes. De los otros adquieren la humildad, la dignidad y el respeto por sí mismo y por los demás. Se trata de minimizar la soberbia, la arrogancia y la solemnidad para privilegiar la humildad, el respeto y el afecto en el ejercicio de la profesión, sin perder la pulsión para la autorrealización, la superación y el aporte trascendente. El profesional de la salud debe estar auténticamente condicionado desde su formación a sentirse mejor cuando establece una relación

médico-paciente terapéutica.

Atención pedagógica

En el modelo prevalente somos testigos de la deshumanización de la medicina tanto en la enseñanza como en la práctica de esta. Impresiona que para el ejercicio de la profesión el déficit de conocimiento para solventar los problemas no sea tan grave como el déficit del factor humano para acercarse al paciente. El factor humano como el análisis del componente emocional, la comprensión de los procesos integrales que llevan a la enfermedad, la observación de los elementos del entorno que forman parte del predicamento e impresionan a los sentidos, y también la comprensión de esos mismos elementos para el acto terapéutico. Todo ello contribuye a edificar una relación médico-paciente realmente terapéutica.

El compromiso desde el punto de vista formativo es superar ese modelo biologicista y tecnocrático, es estar vigilante y actuar en consecuencia ante la presión de un sistema que despoja al estudiante de su humanidad, para hacer de ellos tecnócratas de la salud (humanamente disfuncionales).

En la actualidad la Educación Basada en la Competencia Profesional (EBCP) como el modelo educativo resulta pertinente para ese propósito, es un recurso que permite ese proceso de adecuación de la tarea de escuelas y facultades de medicina a las demandas sociales, y garantiza una formación integral de nuestros profesionales. La EBCP favorece la adecuada relación entre las humanidades, la deontología médica y los conocimientos científicos/tecnológicos necesarios para la formación y el desempeño competente del profesional de la Salud. El resultado, un profesional competente con un balance adecuado de los tres componentes de la Competencia, que se desarrollan durante el proceso formativo como resultados de aprendizaje: Habilidades/Destrezas como herramientas cognitivas, Valores/Actitudes como herramientas afectivas y Conocimientos. Los currículos basados en la competencia profesional permiten al desarrollo de las capacidades y valores necesarios para el ejercicio eficiente de la profesión de acuerdo con los patrones de actua-

ción vigente. Es competente quien demuestra ser capaz de efectuar una actividad profesional razonablemente bien y en más de una ocasión, haciéndola sin supervisión ni control constante.

Dentro del modelo de la EBCP, la estrategia pedagógica para la formación en valores es el modelaje, que asegure el aprendizaje vicario. El aprendizaje en actitudes se consigue con el ejemplo de los médicos que participamos en la formación profesional de los más jóvenes, es dando el ejemplo donde se muestra lo ético como vivencia. Cuidar los valores y actitudes en la práctica diaria de los formadores valen más que muchas clases de ética. En consecuencia, este aprendizaje de lo axiológico y afectivo no se logra por decreto o pura intuición, sino desde el profesor como modelo de actuación. Somos los docentes quienes debemos sembrar en el estudiante para lograr el espíritu de servicio, no como un acto, sino como una actitud, espíritu de servicio como el profundo deseo de satisfacer a aquellos que necesitan de nosotros. Con el modelaje, a los jóvenes les inculcamos la vocación de servicio, el altruismo, el deseo de ayudar a los colegas, colaboradores, pacientes y a la comunidad.

En la EBCP los contenidos pasan de ser un fin en sí mismo, a convertirse en un medio para el desarrollo de capacidades y valores. Desde la perspectiva del aprendizaje activo, la incorporación de las Humanidades como contenidos para la formación en valores, permite favorecer en los alumnos la visión integral del paciente, el desarrollo de la creatividad para afrontar el desafío que cada uno de ellos representa en términos humanos, científicos y éticos, así como el autorreconocimiento de los atributos personales prioritarios en la labor clínica.

Conclusiones

La Broncemia y la Hbris resultan una vena de reflexiones pedagógicas. Desde la educación médica en sus diferentes etapas de grado, postgrado y desarrollo profesional continuo debemos dotar a nuestros profesionales con las herramientas cognitivas y afectivas para asegurar el camino del desempeño por vocación, y la atención con empatía, respeto y calidad humana a todo aquel que se acerca brindándonos su confianza, su vida en un

BRONCEMIA E HIBRIS EN EL PROFESIONAL DE LA SALUD: VISIÓN DESDE LA PEDAGOGÍA.

momento de deterioro físico, mental y/o emocional, sin perder la pulsión para la autorrealización, la superación y el aporte trascendente.

Dentro del modelo de la Educación Basada en la Competencia Profesional, los valores y actitudes como herramientas afectivas y componente fundamental del desempeño profesional competente, no son constructos morales sobre los cuales se debate, sino recursos efectivamente desarrollados en el proceso formativo a través del modelaje y las humanidades; recursos expuestos en la práctica clínica y no falsificables.

Los valores esenciales en la práctica médica no se transmiten con palabras sino mediante la presencia y las acciones del docente de manera continua. A nuestros estudiantes les formamos como somos más que como les decimos que tienen que ser.

La formación humanística de los profesionales de la salud, como recurso para la integralidad en la práctica clínica y el desarrollo de la creatividad, debe comprometerlos en el desarrollo, búsqueda y apoyo de toda iniciativa local, regional o global que contribuya a garantizar la tarea de humanizar la atención y la educación médica a través de proyectos académicos en Humanidades Médicas.

Referencias

1. La broncemia, una enfermedad de la medicina moderna | Francisco Occhiuzzi | TEDxCordoba. <https://www.youtube.com/watch?v=gNt5hLLZDmc>
2. Young Pablo. Bronceosis: enfermedad especulativa por depósito de bronce. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2012 Jun; 140(6): 824-825.
3. Owen D, Davidson J. Hubris: an acquired personality disorder? A Study of Presidents and UK Prime Ministers over the last 100 years. Brain 2009; 132: 1396-406.
4. Carvajal C. Síndrome de Hibris: descripción y tratamiento. Rev. Méd. Chile 2014; 142(2): 270-271.
5. Ana Belén Fernández Pérez. Educación Médica. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.012>
6. Trainini JC. Humanización en la práctica médica. Educ Med. 2020; 21:65-6.

Notas

Un sentido tributo a todos los colegas que ya no están como consecuencia de la pandemia de la COVID-19. No hay forma más bella y eficaz de autoridad que el ejemplo

Enfermedad de Dupuytren en mujer de 60 años*

Alida Marlene Navas Contreras, Luisa Ortega, Leonor Patricia Otero, Arnulfo Polo

Recibido: 26/05/2020

05/06/2020

Paciente femenina de 60 años de edad, hipertensa y cursando con ictus hemorrágico en ganglios basales, por lo cual está actualmente hospitalizada. El examen osteoarticular evidenció Enfermedad de Dupuytren con flexión de dedos anular e índice de ambas manos, referida por 40 años. . Niega enfermedades metabólicas.

La Enfermedad de Dupuytren Es una entidad linfoproliferativa, benigna, autosómica dominante, descrita inicialmente en 1614 por Félix Plater. Guillame Dupuytren en 1831, hizo mención de esta condición que afecta la aponeurosis palmar y digital provocando contractura y deformidad progresiva en flexión palmar de mano y dedos, secundaria a la formación de nódulos y bandas fibrosas. La incidencia es 1,7 a 2% en varones mayores de 50 años, 3 a 6% en caucásicos, mayor en los países del norte de Europa, es rara en países africanos y Asia oriental, es 7 a 10 veces mas frecuente en varones que en mujeres.



* Hospital Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela
Correo electrónico: alidamarlene_01@yahoo.es

COVID-19 y Educación Médica: la Virtualidad desde la Perspectiva del Profesor y del Estudiante de Educación Superior*

Ingrist J. Alemán Bermúdez, Enrique Vera León, Mario J. Patiño Torres

Recibido: 03/10/2020

Aceptado: 17/10/2020

Resumen

La pandemia 2019–2020 de la COVID-19 ha interrumpido la educación médica a nivel mundial. Cohortes enteras de estudiantes y médicos en formación han perdido meses de experiencias educativas. En ese contexto la esencia de la práctica docente actual puede definirse como “Educación Remota de Emergencia” (ERE) entendida como una respuesta de supervivencia ante la crisis que enfrentamos. En este artículo se analiza la perspectiva de estudiantes y profesores de educación superior en el área de educación médica frente al proceso de adaptación forzada a la virtualidad. En general, los profesores han puesto en práctica estrategias de enseñanza que reproducen los esquemas de la clase tradicional, mientras que el estudiantado ha recibido con reservas las estrategias que se ofrecen ya que no fueron diseñadas en el marco de un curso de educación superior a distancia. Si bien es evidente que no existe una solución única para los problemas sin precedentes que enfrenta actualmente la educación superior y la educación médica en particular, este es un momento privilegiado para el trabajo colaborativo de todos los miembros de la comunidad académica, autoridades universitarias, entes gubernamentales legítimos y organismos multilaterales comprometidos con la reconstrucción del país para la generación de experiencias y proyectos viables que nos permitan recrear nuestras Escuelas y Facultades de Medicina,

al tiempo de intercambiar las modestas o grandes respuestas e innovaciones locales, que compartidas podrían tener el potencial de cambiar la forma de la educación médica en el futuro porvenir con la perspectiva incorporada de profesores y estudiantes.

Palabras clave: Educación Médica; Pandemia; Covid-19; TIC

COVID 19 and Medical Education: Virtuality Perspective from Teachers and Students of University Education

Ingrist J. Alemán Bermúdez, Enrique Vera León, Mario J. Patiño Torres.

Abstract

The 2019-2020 COVID-19 pandemic has disrupted globally the medical education. Entire cohorts of students and trainees have missed months of educational experiences. In this context, the essence of current teaching practice can be defined as "Emergency Remote Education" (ERE), understood as a survival response to the crisis we face. This article analyzes the perspective of students and teachers in the area of medical education as we face a process of forced adaptation to virtuality. In general, the teachers have put into practice teaching strategies that reproduce the schemes of the traditional classroom, while the student body has received with reservations the strategies offered, since they were not designed within the framework of a distance higher education course. While it is clear that there is no single solution to the unprecedented problems currently facing higher education and medical education in particular, this is a privileged moment for the

* Escuelas de Medicina: José María Vargas y Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; Caracas, Venezuela. Correo electrónico: enriquevera66@gmail.com.

collaborative work of all members of the academic community, university authorities, governments and multilateral organizations committed to the reconstruction of the country, for the generation of experiences and viable projects that allow us to recreate our schools of Medicine, while exchanging modest or great responses and local innovations, which could have the potential of changing the shape of medical education in the future.

Keywords: Medical Education; Pandemic; Covid-19; ICT.

Introducción

El aprendizaje basado en la práctica ha sido la columna vertebral de la educación de los médicos. Los hospitales y los centros ambulatorios han sido el lugar habitual para la formación de los futuros profesionales de la salud, donde forjan la identidad profesional y desarrollan la orientación hacia la atención centrada en el paciente que da forma a su práctica.¹

La pandemia 2019 – 2020 de la COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) ha tenido profundos impactos en la educación médica a nivel mundial. Casi todos los estudiantes de medicina de pregrado vieron interrumpidas sus pasantías clínicas debido a que los entornos de atención médica se destinaron al cuidado de pacientes con la COVID-19 y la enseñanza en aulas y laboratorios fue suspendida, lo que dejó a los estudiantes con la única opción de continuar sus estudios en forma remota. Como consecuencia, cohortes enteras de estudiantes y médicos en formación han perdido meses de experiencias educativas que normalmente se considerarían fundamentales en su educación, formación y progresión.³

De acuerdo con datos de la UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), para el día 2 agosto de 2020 un total de 102 países mantenían suspendida la educación presencial, lo que afecta a 1.058.824.335 estudiantes, un 60,5 % de los alumnos matriculados en el mundo. En Venezuela la situación no es distinta afectando a 8.989.863 estudiantes.⁴

La dinámica interacción de factores como la

infectividad del SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), el colapso de los centros asistenciales por pacientes con la COVID-19, los importantes efectos psicológicos producidos por el distanciamiento físico y la cuarentena sobre estudiantes y docentes ha condicionado cambios en el proceso de aprendizaje y determina los métodos de enseñanza que podemos utilizar.

La Pandemia ha forzado la rápida utilización por parte de los docentes de la educación remota de emergencia (ERE) para complementar los aprendizajes. La virtualidad provocada por el distanciamiento físico y la cuarentena puede convertirse en una oportunidad para que docentes y estudiantes puedan construir las mejores estrategias para nuestra realidad.

Planteamiento ante un cambio disruptivo

En Venezuela la educación universitaria y particularmente la educación médica se han visto severamente afectadas y han surgido una serie de retos a los que debemos enfrentarnos todos los entes sociales responsables del proceso de formación.

Tabla 1.

Tabla 1. Retos para la educación médica en tiempos de la COVID-19	
#1	Reducir el riesgo de contagio de los estudiantes
#2	Apoyar el cuidado de pacientes con COVID-19
#3	Ofrecer estrategias de aprendizaje en entornos virtuales o con recursos de educación a distancia
#4	Entrenar a los estudiantes y profesores en el uso de plataformas virtuales
#5	Habilitar espacios de estudio en casa
#6	Superar las deficiencias de conexión al Internet y los problemas eléctricos
#7	Ofrecer apoyo emocional a los estudiantes que permanecen en casa
#8	Ofrecer actividades clínicas protegidas
#9	Ofrecer experiencias clínicas alternativas auténticas

(Modificado de Alemán y cols).⁵

La Pandemia demanda buscar alternativas para

COVID-19 Y EDUCACIÓN MÉDICA: LA VIRTUALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESOR Y DEL ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN SUPERIOR

la enseñanza de las habilidades clínicas y, en este sentido, la tecnología ha facilitado el camino a través de simulaciones, problemas para favorecer el razonamiento clínico, dilemas de la práctica clínica y otras que han permitido sostener una enseñanza clínica con adecuados estándares.

El Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM), Institución que agrupa a representantes de países de hispanoparlantes y del cual Venezuela forma parte, realizó una encuesta donde se formularon algunas preguntas a los miembros participantes. A la pregunta: ¿Los casos clínicos vía internet pueden remplazar la actividad en internación y consulta externa?, la gran mayoría de las respuestas coinciden en que los casos clínicos no reemplazan la actividad clínica pero pueden complementar a la educación presencial; en un pequeño grupo de respuestas se considera que los casos clínicos vía internet son una alternativa, en este caso recomiendan el uso del aprendizaje basado en problemas (ABP) y también se ha desarrollado un curso de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) para los alumnos de una materia troncal que es la práctica clínica. Dicho curso contiene 7 bloques temáticos con 10 casos clínicos e incluye evaluación online. Todos los alumnos de todas las facultades de España han tenido acceso a dicho curso con una dedicación estimada de 50 horas.⁷

Es un hecho que, en el entorno clínico se han buscado estrategias para facilitar el desarrollo de la competencia profesional a través de actividades confiables, la enseñanza para resolver problemas y la enseñanza basada en la competencia,³ sin embargo no debemos descuidar la atención de los efectos profundos de la pandemia sobre los aspectos emocionales y socio-económicos de estudiantes y profesores y que deben ser abordados a través de estrategias que involucren, entre otros, el apoyo psicológico. Por esta razón consideramos que se debe tomar en cuenta el punto de vista de los estudiantes y profesores sobre las actividades de educación a distancia que ha generado la pandemia, ya que ha sido un cambio disruptivo, en la mayoría de los casos con una alta dosis de improvisación, para el cual ni estudiantes ni profesores estábamos preparados.

Educación remota de emergencia o educación a distancia

Las prácticas educativas durante la pandemia de la COVID-19 se definen con distintos términos en los diferentes países (ej., educación a distancia, aprendizaje en línea, educación en línea, escolaridad en casa, etc...). Sin embargo, estos términos no capturan la esencia de la práctica como lo hace la frase “*Educación Remota de Emergencia*” (ERE) entendida como una respuesta de supervivencia ante la crisis que enfrentamos.⁸

Para la UNESCO la educación a distancia (ED) es “cualquier proceso educacional en el cual todo o la mayoría de la enseñanza ocurre remota en espacio y/o tiempo del aprendiz con el efecto que todo o la mayoría de la comunicación entre profesores y aprendices es a través de un medio artificial tanto electrónico como impreso”.⁹ El foco primario es la separación entre aprendices en tiempo y espacio pero también entre aprendices y profesores y entre aprendices y fuentes de aprendizaje.⁷

Para Bozkurt y cols la diferencia notable entre ERE y ED es que ésta última es una opción mientras que la primera es una obligación. La ED es una actividad planificada y su implementación se basa en conocimiento teórico y práctico el cual es específico, por otro lado ERE se refiere a una situación de supervivencia en tiempos de crisis.

Percepción del docente

La percepción, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), es la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos; desde sus fundamentos la Gestalt sostiene que la psiquis del individuo siempre les otorga algún orden a los objetos que percibe, por lo tanto, se plantea que es función de la percepción realizar abstracciones a través de las cualidades que definen lo esencial de la realidad externa. El término percepción es estudiado frecuentemente desde la Psicología y se define como: “*Proceso mediante el cual los sentidos captan y transmiten al cerebro la imagen del objeto observado*”. La percepción es un proceso más complejo que la sensación, pues ésta es solamente recepción y no implica necesariamente conocimiento. En la percepción intervienen

básicamente tres procesos: sensorial, simbólico y reacción afectiva.⁷

Aunque los estímulos sean los mismos, lo que percibe cada sujeto es diferente, pues sus necesidades, intereses y experiencia previa son particulares. Cuando se comparten percepciones, se enriquece el sujeto participante porque hay confrontación e intercambio de puntos de vista. Las percepciones son importantes en el mundo de las Tecnologías de Información y comunicación (TIC) pues, permiten el aumento de la conciencia, “La percepción como acto intelectual, precisa de un ejercicio reflexivo, que permita de hecho, modular la acción del sujeto. Ese ejercicio reflexivo se conoce comúnmente como conciencia. La conciencia es la forma de regulación del comportamiento del individuo que presupone elecciones”.⁷

La percepción como una acción cargada de valor interpretativo frente a una problemática como la excepcionalidad de las TIC en el ámbito educativo, se ha estudiado desde la perspectiva del docente. Con relación a esto, García-Valcárcel citado por Riascos-Erazo,⁶ ha propuesto que según diversos estudios relacionados con las actitudes de los docentes frente a las TIC, se podrían determinar las siguientes actitudes básicas:

- I. Las TIC son imprescindibles en el proceso de enseñanza-aprendizaje; esta percepción del docente entraña únicamente la utilización de las TIC como herramienta de aprendizaje, resultado de su inclusión dentro de la educación superior sin una conscientización de las ventajas y desventajas que estas tecnologías pueden representar.
- II. Las TIC son importantes para algunas actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje: significa que el docente propicia la interacción de estas herramientas con el conocimiento, permitiendo un desarrollo de estructuras mentales en sus estudiantes; esta percepción del docente sería, en términos generales, la más adecuada.
- III. Las TIC no son herramientas útiles dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje: esto convierte a un docente en un crítico subjetivo de las TIC, dado que solo resalta las

deficiencias, sin reconocer sus potencialidades en el proceso educativo.

Es importante comentar que las diversas actitudes y percepciones de los docentes frente a las TIC dependen en gran medida de variables propias del docente como: el género, la edad, el nivel académico, etc., y del entorno como: los recursos, la actitud de los directivos y los contenidos entre otros aspectos.

En un muestreo realizado durante el mes de marzo para estudiar las condiciones de conectividad y acceso a recursos informáticos y la naturaleza de las actividades docentes no presenciales implementadas en las Escuelas de Medicina José María Vargas y Luis Razetti de la Universidad Central de Venezuela (UCV) durante el período de distanciamiento físico y la cuarentena por la COVID-19 se realizó una encuesta exploratoria, vía internet, en un formato Google Forms® con preguntas cerradas. Se consultó la opinión del profesorado sobre los contenidos que consideran más adecuados para ser desarrollados a través de la virtualidad, la disposición a desarrollar actividades no presenciales como apoyo a sus clases y el tipo actividades que les gustaría desarrollar; las características del acceso a internet del profesorado, así como el tipo de equipos más utilizados y la confiabilidad de la conexión.

Los resultados (datos no publicados) mostraron que de 31 docentes encuestados el 96,8% reconoce que en las asignaturas que dictan existen contenidos que pueden ser impartidos a través de los medios en línea; el 90,3% de los docentes están dispuestos a desarrollar alguna estrategia en formato virtual y cuando se les pregunta qué tipo de actividades, sus preferencias principales van en el siguiente orden de frecuencia:

- Presentaciones o conferencias
- Casos reales o simulados
- Videos
- Discusión de problemas

Un 58,1% de los profesores consultados reconoce haber desarrollado alguna actividad docente no presencial durante el período de cuarentena, ellos

COVID-19 Y EDUCACIÓN MÉDICA: LA VIRTUALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESOR Y DEL ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN SUPERIOR

cuentan con el acceso a internet siendo el proveedor que más frecuentemente utilizan la empresa estatal Compañía Anónima Nacional Teléfonos de Venezuela (CANTV) y de este grupo de profesores que realizan actividades en línea un 41,2% lo hacen a través de computadoras de escritorio.

Algunos profesores se muestran escépticos frente al papel de la tecnología, no ven claros sus beneficios en la educación ni en la aplicación en el aula, esta percepción de los docentes, las han relacionado con la tecnofobia, en la cual los actores tienden a opinar que el uso de las TIC deshumaniza la educación y convierte los hombres en máquinas, o tienen una actitud pesimista y negativa frente a los avances tecnológicos, viendo en éstos la causa de una depauperación sistemática de la humanidad que llevará al mundo a la debacle definitiva.¹³

Por otro lado, muchos docentes tienen problemas más básicos para hacer actividades online, como conexión a internet o una computadora que soporte la plataforma necesaria. En la Facultad de Ciencias de la Administración de una universidad pública, 48% de los docentes consideran que no tienen interés por implementar las TIC, porque han visto la falta de capacitación de los docentes a través de una programación de cursos que permita flexibilidad en los horarios.¹¹

El docente como tutor no solo debe ser un especialista en su ámbito profesional, sino también tener formación en técnicas didácticas virtuales y el uso adecuado de la plataforma en la que su “aula virtual” se encuentre. Es relevante comprender que existen contenidos que son más susceptibles de ser aplicados en un entorno virtual que otros; y para esto es necesario la constante búsqueda e investigación, no solo de las técnicas sino de las actitudes para abordarlos.¹⁴

Con los recursos necesarios, la virtualidad puede convertirse en una experiencia educativa altamente productiva y gratificante para algunos aspectos de la formación profesional, tanto para el estudiante como para el docente si se realiza de una manera adecuada, se asume una posición proactiva y muy receptiva y se comprende que el docente no

es más que otro elemento de ese engranaje virtual y no su actor principal.¹⁰

Los docentes universitarios, sin excepción, son llamados a incursionar y experimentar con las modalidades online aplicables tanto a la educación superior formal como a los espacios de extensión y de desarrollo profesional continuo (educación médica continua). De esta forma se pone en práctica la capacidad de innovación, superación y adaptación constante a las demandas del entorno educativo.

Perspectivas del estudiante

La mayoría de los estudiantes en todo el mundo han estado confinados en sus hogares tratando de aprender medicina de forma remota a través de libros de texto o recursos en línea y alejados de los recursos de aprendizaje de la universidad, sus profesores y compañeros.¹⁵

La percepción de la mayoría de los estudiantes frente a la virtualidad depende de la realidad socio-cultural que están viviendo, donde el sistema digital ha cambiado las prácticas educativas tradicionales dando lugar a una nueva lógica educativa caracterizada por el acceso ilimitado y extendido al conocimiento. Sin embargo, hay estudiantes que, debido a experiencias distintas de participación en cursos virtuales, expresan cierta inconformidad con lo que la virtualidad puede ofrecer a los procesos formativos. Las experiencias no tan positivas permiten entender que detrás de un curso virtual, según los estudiantes, debe haber un docente que se encargue de garantizar que todas las posibilidades que ofrece la virtualidad sean aprovechadas satisfactoriamente mediante la implementación de estrategias, metodologías y enfoques acordes que respondan a los nuevos ambientes de aprendizaje mediados por las Tecnologías de Información y Comunicación.¹⁶

Algunas características que el estudiante usuario de las TIC debe tener para la generación del conocimiento están directamente relacionadas con su capacidad de autogestión, expresada en la autodisciplina, el autoaprendizaje, el análisis crítico y reflexivo, así como el trabajo colaborativo, fundamental para contribuir al desarrollo del ser en su interacción y aporte desde una mirada ética que le

permite tomar conciencia de las consecuencias que pueden generar sus acciones.¹⁷ Todo lo anteriormente necesita una preparación en el manejo de herramientas y técnicas tanto por parte del estudiante como del docente como tutor para que el proceso culmine con éxito.

El cese temporal de las actividades presenciales en la educación superior y sin una idea clara de cuánto tiempo durará, ha dejado a los estudiantes, particularmente a los de pregrado, en una situación totalmente nueva con impactos inmediatos sobre su vida cotidiana, los costes soportados y sus cargas financieras y, por supuesto, la continuidad de sus aprendizajes. Los estudiantes han tenido que reorganizar su vida cotidiana para ajustarse a una situación de confinamiento, el aislamiento asociado a éste tendrá efectos en términos de equilibrio socioemocional que dejarán huella, en particular, en aquellos estudiantes con problemáticas preexistentes en este dominio.

Los estudiantes también han tenido que hacer un esfuerzo de adaptación a lo que para muchos de ellos son nuevas fórmulas de enseñanza y de aprendizaje, aquellos que han tenido la suerte de encontrarse con una oferta de continuidad en este sentido. La opción por soluciones de continuidad que exigen conectividad está chocando en todo el mundo con la realidad de una baja conectividad en los hogares en los países de ingresos bajos y medios. El porcentaje de hogares con conexión a internet en África y en América Latina y el Caribe apenas alcanza el 17% y el 45% respectivamente. En el caso de América Latina y el Caribe esto es tanto como decir que solo uno de cada dos hogares está conectado.¹³

Según Watts,¹⁹ las fórmulas tradicionales de educación a distancia, es decir, aquellas en las que el profesor sigue impartiendo una clase ordinaria que es retransmitida en directo y que puede ser recuperada en diferido, parecen ser las más apreciadas por los estudiantes porque son las que mejor reproducen la dinámica a la que están acostumbrados. Las iniciativas que intentan cambiar significativamente las reglas de funcionamiento y exigen que los estudiantes salgan de su zona de confort sin

ningún entrenamiento previo, son menos apreciadas porque por razones bien distintas los estudiantes de pregrado tienden a ser más conservadores de lo que podría pensarse o estar menos preparados para cambiar de modalidad.

En otros países más avanzados como Inglaterra, la adecuación del proceso educativo los llevó a cambios que involucraron los métodos de evaluación, entre ellos la implementación de exámenes online a libro abierto, demostrado que esta actividad, permitió reducir la ansiedad, miedo y aprensión de los estudiantes incrementados durante la corriente pandemia.²⁰

En general, no parece que el cambio de modalidad haya sido recibido positivamente. Parte de la aversión proviene, en primer lugar, de que el contenido que se ofrece nunca fue diseñado en el marco de un curso de educación superior a distancia, sino que intenta paliar la ausencia de clases presenciales con clases virtuales sin mayor preparación previa. En segundo lugar, las expectativas de los estudiantes son distintas si se hubieran matriculado, desde el principio, en un curso de educación a distancia en lugar de en un curso ordinario, con todos los elementos sociales y experienciales que acompañan siempre la práctica presencial en la educación superior.¹⁴

En el caso de estudiantes de la carrera de medicina la situación a analizar es más complicada. Las oportunidades esporádicas de examinar pacientes, practicar en laboratorios, asistir a la morgue u otras prácticas de anatomía y patología, analizar muestras de sangre y desarrollar habilidades de comunicación se vieron reemplazadas con videos no interactivos, archivos de PowerPoint pasivos y conferencias pregrabadas sin oportunidad para preguntas y respuestas en vivo.²¹ Si bien se comprende la importancia del aprendizaje independiente, a los estudiantes les resulta difícil mantenerse motivados y perciben un sentido de abandono y exclusión de la práctica.

Para los estudiantes de medicina en años avanzados, la vida ha cambiado más dramáticamente. En los últimos meses previos a la pandemia, se

COVID-19 Y EDUCACIÓN MÉDICA: LA VIRTUALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESOR Y DEL ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN SUPERIOR

enfrentaron a un gran número de pacientes hospitalizados de todas las especialidades y clínicas ambulatorias abarrotadas. Ahora, se ven obligados a quedarse en casa por su propia protección y la de su entorno, se restringe el desarrollo de habilidades formadas a través del contacto personal, incluyendo competencias en la comunicación con el paciente y el examen físico.¹⁵ Se genera la contradicción en ellos; por un lado, están ansiosos por tener exposición clínica en el contexto de la pandemia y contribuir a aliviar la fuerza laboral disminuida; por otro, temen por su seguridad y las de sus pacientes en una zona de alto riesgo con equipo de protección inadecuado y pudiendo convertirse en vectores asintomáticos. Ser estudiante de medicina en el contexto actual se asemeja a un limbo donde sienten que tienen algunas competencias básicas que les permiten ser útiles y contribuir, pero carecen de la experiencia clínica que se requiere para una práctica médica segura en un sistema nacional de salud deficiente, sino precarizado.

Conclusiones

Con lo sucedido desde diciembre 2019, y en la medida que avancemos en la “*nueva normalidad*”, una “*generación COVID-19*” de estudiantes y médicos debe continuar su educación en entornos de atención médica que se adaptan y responden continuamente al manejo de esta nueva enfermedad en un mundo transformado por el distanciamiento físico. Aunque no es el primer brote de enfermedades infecciosas que perturba la educación sanitaria, ni probablemente el último, la escala global de la pandemia de la COVID-19 nos confronta con muchas implicaciones compartidas en toda la comunidad de educación médica local, regional y mundial.

Si bien es evidente que no existe una solución única para los problemas sin precedentes que enfrenta actualmente la educación superior y la educación médica en particular, este es un momento privilegiado para el trabajo colaborativo de todos los miembros de la comunidad académica, autoridades universitarias, entes gubernamentales legítimos y organismos multilaterales comprometidos con la reconstrucción del país para la generación de experiencias y proyectos viables que nos

permitan recrear nuestras Escuelas y Facultades de Medicina, al tiempo de intercambiar las modestas o grandes respuestas e innovaciones locales, que compartidas podrían tener el potencial de cambiar la forma de la educación médica en el futuro porvenir con la perspectiva incorporada de profesores y estudiantes.

A medida que la COVID-19 continúa impactando en la forma en que vivimos, trabajamos, aprendemos y enseñamos con la virtualidad incorporada formalmente en el proceso pedagógico, es cada vez más claro que las facultades de Medicina y sus organizaciones de formación de grado y postgrados deberán ser flexibles, receptivos y creativos en la forma en que se adaptan para educar a esta próxima generación de médicos en un momento de cambios caracterizado por el distanciamiento físico.

Referencias

1. Dornan T, Pearson E, Carson P, Esther Helmich E, Bundy C. Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Medical Education*. 2015. 49: 174-185.
2. Kachra R, Brown A. The new normal: Medical education during and beyond the COVID-19 pandemic. *Can. Med. Ed. J* [Internet]. 2020 May15 [cited 2020Sep.27]. Available from: <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cmej/article/view/70317>.
3. Grønnebak Tolsgaard M, Cleland J, Tim Wilkinson T, Ellaway RH. Cómo tomamos decisiones y sacrificios en la educación médica durante la pandemia de COVID-19, *Medical Teacher*, 2020; 42(7): 741-743.
4. UNESCO. Seguimiento mundial de los cierres de las escuelas causados por el COVID-19. Disponible en: <https://es.unesco.org/covid19/educationresponse> [Consultado: 15 agosto 2020].
5. Alemán I, Vera E, Patiño-Torres MJ. Covid-19 y la educación médica: retos y oportunidades en Venezuela. *Educ Med*. 2020; 21(4):272-276. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.005> [Consultado: 09 agosto 2020].
6. Millán Núñez-Cortés J. COVID-19 por SARS-Cov2 también ha afectado a la Educación Médica. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.001> [Consultado: 06 agosto 2020].
7. Millán Núñez-Cortés J, Reussi R, García Dieguez M, Falasco S. COVID-19 y la educación médica, una mirada hacia el futuro. *Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM)*. *Educ Med*. 2020; 21(4):251-258. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.004> [Consultado: 06 agosto 2020].
8. Bozkurt A, Jung I, Xiao J, Vladimirsch V, Schuwer R, Egorov G et al. A global outlook to the interruption of education due to COVID-19 pandemic: Navigating in a time of uncertainty and crisis. *AsianJDE* [Internet]. 2020Jun6; 15(1):1-126. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3878571> [Consultado: 30 de septiembre de 2020]
9. Moore MM, Tait A, Editors. Open and distance learning. *Trends*,

- policy and strategy considerations. Division of higher education. UNESCO. Printed in France. 2002.
10. Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española, 2014. Disponible en: <https://dle.rae.es/>. [Consultado el 14 septiembre de 2020]
 11. Riascos-Erazo S, Quintero-Calvache D y Ávila-Fajardo G. Las TIC en el aula: percepciones de los profesores universitarios. *Educ educ* 2009; 12(3): 133-157.
 12. Oviedo GL. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales* 2004; 18: 89-96.
 13. Osorio E. Percepciones docentes respecto a la educación mediada por tic en relación con la calidad en el Centro educativo rural Claudina Múnera. Disponible en: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/4092/PERCEPCIONES%20DOCENTES%20RESPECTO%20A%20LA%20EDUCACI%C3%93N%20ME%20DIADA%20POR%20TIC.....pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultado: 16 septiembre 2020].
 14. Henning C. Percepción de los profesores frente a su rol en entornos digitales de aprendizaje en algunas Instituciones en Bogotá, Colombia. Disponible en https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/286069/CHM_TESIS.pdf?sequence=1https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/286069/CHM_TESIS.pdf?sequence=1
 15. Gill D, Whitehead C, Wondimagegn D. Desafíos para la educación médica en un momento de distanciamiento físico. *The Lancet* 2020; 396 (10244):77-79.
 16. Zambrano J, Cano L, Presiga K. Virtualidad y MOOC desde la perspectiva de estudiantes universitarios. *Virtualidad, Educación y Ciencia* 2017; 15 (8): 106-119.
 17. Rugeles P, Mora B, Metaute P. El rol del estudiante en los ambientes educativos mediados por las TIC. *Revista Lasallista de Investigación* 2015; (12) 2: 132-138.
 18. Unesco. COVID-19 y educación superior: De los efectos inmediatos al día después. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-ES-130520.pdf>. [Consultado: 20 de agosto del 2020].
 19. Watts L. Synchronous and asynchronous communication in distance learning: A review of the literature. *Review of Distance Education* 2016; 17(1): 23-32.
 20. Sandhu P and de Wolf M. The impact of COVID-19 on the undergraduate medical curriculum. *Medical Edu online* 2020; 25: 1-2.
 21. Barratt S, Kumar M, Dillon A, Bahudin D and Cardonas M. Covid-19 impact on medical education and the future post-pandemic era for medical student. *The British Student Doctor* 2020; 4(2): 54-59.

La Diáspora Venezolana: Análisis de la Salud de la Familia que quedó y de las Metas Cumplidas por los Emigrantes*

María Gracia Ramírez Guzmán, Trina Navas Blanco

Recibido: 02/08/2020

Aceptado: 10/10/2020

Resumen

Introducción: la dispersión de cualquier pueblo de su patria original sucedió y sucede en Venezuela.

Objetivos: 1) Analizar las causas y metas de los emigrantes que dejan familia en el país y 2) Analizar el estado de salud de las familias que han sufrido la emigración de sus miembros antes y después del hecho. **Método:** Estudio de casos, descriptivo, transversal. La muestra fue de pacientes atendidos en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas, Venezuela. Tratamiento Estadístico: estadística descriptiva con parámetros de proporción y medidas de tendencia central. **Resultados:** Se evaluaron 178 pacientes, de los cuales el 52% tenía familiares en diáspora. La edad promedio fue de $54,60 \pm 16,78$ DE; 59%, Eran mujeres 59,13%. El 80% tenía Graffar 4. El diagnóstico más frecuente fue la depresión. El 48% cumplía el tratamiento antes de la migración y luego el 70,90% lo abandonó. El promedio de miembros en la familia era de $4,15 \pm 2,03$ DE con 12% de discapacitados. Ingerían proteínas 2,7 días a la semana. No había niños trabajando, pero 23 estaban fuera del sistema educativo. El promedio de personas migrantes por familia fue 1,36, 51% hombres, en su mayoría adultos jóvenes, hijos 64,56%. Su nivel de educación principalmente fue medio o superior y Colombia fue el país destino más frecuente. El aporte enviado fue principalmen-

te monetario y medicamentos, **Conclusión:** La depresión fue el diagnóstico más frecuente, existen severas limitaciones económicas y nutricionales, la emigración fue similar a la medición nacional, la escolaridad de estos niños está limitada, aunque ninguno estaba trabajando. Según la familia encuestada, los migrantes no cumplieron sus metas en 50,53%. **Conclusión:** La emigración trajo consecuencias catastróficas desde los puntos de vista emocional, de cuidados de la salud y calidad de vida de los que quedaron atrás.

Palabras clave: diáspora; salud; depresión; nutrición.

The Venezuelan Diaspora: analysis of the family who remained in the country and the goals obtained by the migrants

María Gracia Ramírez Guzmán, Trina Navas Blanco.

Abstract

Background: The socioeconomic circumstances in Venezuela brought the emigration of millions of persons (diaspora) **Objectives:** 1) Analyze the causes and goals of emigrants leaving their relatives in the country and 2) Analyze the health status of these families before and after the emigration of their relative. **Methods:** Case study, descriptive, transversal. The sample was formed by patients treated at the Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". of Caracas. Statistics: descriptive statistics with proportion parameters and measures of central tendency. **Results:** 178 patients were evaluated, of which 52% were families

* Hospital General del Oeste, José Gregorio Hernández, Servicio de Medicina Interna. Caracas, Venezuela

whose members had left the country. Their average age was 54.60 ± 16.78 SD; 59%, They were women in 59.13% and socioeconomic grade was Graffar 4 in 80%. The most frequent diagnosis was depression. Those who were sick, adhered to the treatment before migration in 48% and 70.90% after did not. The average number of members in the family was 4.15 ± 2.03 DS and 12% of them with some disability. The protein ingestion was 2.7 days per week. No children were working, but 23 were outside the educational system. The average of people who migrated was 1.36 per family, 51% men, children in 64.56%. The majority had a medium or college education and Colombia was the most frequent destination country. The main contribution they sent to the families left behind, were money and medicines. **Conclusions:** depression was the most frequent diagnosis; there are also severe economic and nutritional limitations. The numbers we found were similar to other national ciphers; the education of the children is limited in high numbers and according to the families in Venezuela, the goals of the migrants were not met in 50.53%.

Key words: diaspora; health status; depression; nutrition; goals.

Introducción

La crisis venezolana es económica, política, social y también emocional. El éxodo de cientos de miles de personas que huyen de la hiperinflación, la escasez, la violencia y la miseria, produce fracturas en las familias y rompe el alma nacional. La consecuencia crea una nueva división en este país ya partido en mil pedazos: los que se quedan y los que se van.

Planteamiento del problema

Debido a la situación de crisis que actualmente atraviesa Venezuela, la demanda de atención psicológica por alteraciones tales como ansiedad, miedo, angustia y depresión ha aumentado vertiginosamente, así mismo el número de personas en especial adultos mayores en condición de abandono total o parcial, originado por la emigración de familiares que sucede como alternativa a la solución de la crisis. Este hecho no ha sido suficiente-

mente documentado.

En la práctica médica diaria se ha vuelto costumbre el ingreso de pacientes en condiciones desfavorables, que contempla medidas de higiene inadecuadas, desnutrición, medicación incompleta; además, muchos de ellos llevan consigo cierto grado de dependencia. Es frecuente encontrar en la anamnesis que el familiar ha emigrado recientemente.

El otro escenario igual importante a destacar, es la situación donde la fractura del núcleo familiar por esta migración, responsabiliza a un número menor de personas que las que previamente intervenían en los cuidados familiares. Quedan así a cargo de los cuidados del grupo, incluyendo niños y ancianos, una cantidad pequeña de personas, con las mismas responsabilidades que anteriormente se compartían. Esta problemática ha afectado la salud de estos nuevos cuidadores en todos los estratos sociales; sin embargo, es en los sectores menos favorecidos donde este tipo de situaciones cobra más riesgos de morbi-mortalidad, inclusive aumenta el riesgo del consumo de sustancias ilícitas, el alcoholismo, el hacinamiento y la violencia. El último informe del Observatorio Venezolano de Violencia reporta que en 2017 que la tasa de suicidios en Venezuela alcanzó 19,09 por cada 100.000 habitantes, siendo el 18° país con la mayor tasa de suicidios del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, el promedio mundial de la tasa de suicidios es 9,8 por cada 100.000 habitantes, la mitad de lo que vivimos actualmente.¹

Por otra parte, el individuo que migra tiene la necesidad de adaptarse a la nueva sociedad y responder a la familia que deja. Esto no necesariamente sucede como se había planificado y crea severas consecuencias sobre todo de estrés psicosocial debido a la incapacidad de cumplir sus planes y promesas incluyendo la imposibilidad de la ayuda monetaria desde el exterior hacia Venezuela (“remesas”), lo cual incide negativamente en la capacidad de ayudar a los que quedan en la adquisición de medicamentos, consultas médicas, etc. Además, se dificulta mantener el nexo afectivo previo.

Esta es una realidad nueva para nuestro país, que siempre había sido un receptor de inmigrantes, y debe

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

ser caracterizada para poder afrontarla adecuadamente.

Justificación

Las condiciones actuales del país son inéditas y comprometen a todos los ámbitos de desenvolvimiento socio laboral.

Los emigrantes representados en la diáspora, pero, sobre todo, su familia que queda en el país debe ser en este momento el norte de aquellos que planifican en salud ya que la diáspora es tan grande que se puede considerar a nivel nacional como un problema de salud pública por lo cual las investigaciones al respecto son útiles poder identificar las áreas de trabajo y poder iniciar planes de soluciones.

No se trata solamente de la ausencia de uno o más familiares, se trata de que quedan en una emergencia humanitaria compleja. La ACAPS, organización independiente que se encarga a nivel mundial de estudiar la solución de las crisis humanitarias y fue fundada por las ONG Save the Children y el Consejo Noruego para Refugiados, clasificó la situación venezolana en 2017 como moderada en cuanto a la ayuda de asistencia internacional y significativa según el impacto esperado. Para agosto 2018 ha reclasificado a Venezuela como inaccesible,^{2,8} clasificación que condición de solo compartida por Yemen, Eritrea y Siria, que son regiones en guerra.

Esto trae como consecuencia la incapacidad de apoyar a la familia que queda, lo que empeora el panorama.² Por todas estas razones, deben realizarse estudios que evalúen la condición de salud de la familia que queda en Venezuela y la calidad del nexo con aquellos que emigraron para poder identificar los detonadores de estrés psicosocial y la salud del venezolano dependiente.

Antecedentes

Para el año 2000 vivían fuera de sus países de origen 20 millones de latinoamericanos.

Desde fines de siglo XIX hasta nuestros días se pueden identificar cuatro momentos significativos sobre el fenómeno migratorio en América Latina y el Caribe que ha movilizado en todo el mundo a

más de 150 millones de personas que actualmente no residen en su país de origen según la CEPAL.³

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de la Población Venezolana (ENCOVI) demostró que la pobreza por ingreso que se estimó en 87% en el año 2017, pobreza, más de la mitad (56%) es reciente y 30% crónica. Esta suele ser la principal motivación para las migraciones.⁴

La asociación civil CONVITE en 2017 reveló en un informe que hay 17 ancianos en situación de abandono en las 71 residencias que se encuentran en el Distrito Capital. La situación preocupa a los directores de las instituciones geriátricas, debido a que el monto diario que otorga el IVSS (22.000 bolívares por persona), no les alcanza para cubrir todas las necesidades de alimentación, medicinas e higiene.⁶ No se precisa el origen del abandono. Además, otro estudio de esta autoría, precisó que 82% (58 centros) de los 71 geriátricos requiere más de Bs 105.000 para costear los gastos de un paciente. 42% de los encargados, administradores, directores o propietarios de los 58 centros afirman que se necesitan más de Bs 400.000 para cubrir la atención de los ancianos, mientras que 21% asegura que la cifra es de entre Bs 300.000 y Bs 400.000.⁶ y así se genera la dualidad de migrar para pagar la atención, pero se abandona al paciente.

La salud de la diáspora genera estudios principalmente en aquellos que se van. Los que quedan son evaluados como parte del país sin considerar las necesidades especiales. Sobre este tema no se logró encontrar literatura a nivel internacional, latinoamericano o nacional.

De acuerdo con el vocero de la Organización de Naciones Unidas (ONU) Stephane Dujarric, se trata de un éxodo de *"2,3 millones de personas que han huido de Venezuela en los últimos años"*. Sin embargo, para Francisco Quintana, director del Programa para la Región Andina, Norteamérica y el Caribe del Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), el éxodo de venezolanos al resto de países de América puede llegar a los cuatro millones de personas a fines de este año.⁷

Tal y como ACAPS lo plantea, en este momento

solo países como Yemen, Siria y Eritrea comparten de esta limitación de condición de vida tan severa. Estos países viven conflictos armados. La excepción es Venezuela que ha sido considerada por muchos una situación única por lo que no existen otras descripciones similares, de allí la escasez de antecedentes.⁸

Marco Teórico

Los efectos de la emigración se hacen sentir en todos los ámbitos: sobre quien emigra, su familia, los amigos, la comunidad y el país. Su análisis excede el alcance de este trabajo y solo aludiremos a los más importantes en relación al efecto sobre la salud de las familias que quedan en el país.

En el año 2016, según ENCOVI, la pobreza reciente se desaceleró y la crónica aumentó mientras que en el 2017 el efecto inflacionario incrementó la pobreza reciente. Esta escala indica también que entre 2015 y 2017 empeoró la calidad de vida en 10 puntos porcentuales afectando especialmente la pérdida del poder de compra, así como dimensiones más estructurales de los hogares.⁴ La precariedad y condiciones de los servicios de la vivienda, el empleo, la atención de salud y la protección social son la causa principal del éxodo venezolano.

Aunque el término diáspora se ha utilizado para la diáspora judía en la historia, ahora se utiliza para explicar una variedad de eventos y fenómenos.

Las emergencias complejas son situaciones agudas que afectan a grandes poblaciones civiles y pueden combinar guerra o conflictos civiles, la disminución de los alimentos y el desplazamiento de la población, que incide de manera importante en la mortalidad; también se registran severas violaciones de los Derechos Humanos, incremento de los diferentes eventos de salud, aumento de la violencia y puede conllevar el colapso de los gobiernos.⁹

En la actualidad venezolana se evidencia una severa disrupción del núcleo familiar, dado por la salida de sus miembros de forma prolongada y probablemente definitiva, lo cual significa una ausen-

cia en el hogar, que ha sido catalogada por muchos como abandono y que repercute en el funcionamiento afectivo, económico y social. En muchas oportunidades, alguna persona de los “*abandonados*” queda como responsable de la manutención y crianza de menores a cargo ya sean propios o de terceros, cuidados de salud de adultos mayores con enfermedades crónicas, entre otros, mientras los emigrantes logran facilitar recursos para la manutención en el país. Esto resume un estado psicológico francamente afectado generando principalmente problemas sobre la salud personal y familiar.

A lo largo del tiempo, muchas de estas familias dependen casi exclusivamente de remesas internacionales para cubrir las necesidades básicas de alimentación, salud y educación que envían los que migran. Esto produce afectos encontrados por la familia que siente debe conformarse por la ausencia dado que recibe la remesa que les permite vivir. Por eso, la intención de realizar este trabajo es la de describir el estado de salud de las familias que quedan en el país de sus miembros, identificar las necesidades nutricionales, psicológicas y sociales a las que están expuestos y como repercute esto en el núcleo familiar.

Objetivos

- o Describir las características demográficas, tiempo de migración y metas logradas en el exterior.
- o Identificar tanto el tipo de contacto que se mantiene como el aporte familiar que realiza y su eficacia.
- o Clasificar el cumplimiento de las metas de los emigrantes según el corto y mediano plazo.
- o Describir las características familiares en cuanto a número de miembros, características demográficas, personas dependientes, portadores de enfermedades crónicas y/o de la tercera edad.
- o Identificar el estado nutricional de la familia, además de las actividades educacionales y/o laborales que realizan.

Aspectos éticos

La investigación respetó los protocolos de

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

Helsinki, el código de deontología médica y la ley de ejercicio de la medicina. Se cumplió con el requisito del consentimiento informado con explicación al paciente de cada parte de la investigación. Se garantizó el respeto a los principios básicos de la bioética médica, con énfasis en la autonomía y la garantía de la atención del paciente, aunque este decidiera retirarse de la investigación. Se mantuvo el secreto médico y los datos serán divulgados solamente como resultado de esta investigación.

Métodos

Tipo

Se trata de un estudio de casos, descriptivo, transversal.

Población

Compuesta por los pacientes hospitalizados y ambulatorios atendidos por las autoras en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” tanto en el servicio de medicina como en sus actividades de emergencia, interconsulta y preoperatorio.

Muestra

Fue de selección intencional y no probabilística, de pacientes de cualquier sexo, mayores de 18 años, atendidos entre el 15 de febrero y el 30 de mayo de 2019.

Procedimiento

La investigación se realizó en dos partes.

- 1ª parte: firma del consentimiento informado y la realización de la encuesta semicerrada administrada por las autoras, sobre las condiciones de vida de la familia (Anexo 3)
- 2ª parte: una encuesta semicerrada que recolectó los datos sobre los emigrantes (Anexo 4).

Todos los datos fueron vaciados en una hoja de recolección de datos diseñada para este fin en el programa Excel 2010.

Tratamiento estadístico

Se aplicó estadística descriptiva con parámetros

de proporción y medidas de tendencia central según sea la naturaleza de la variable.

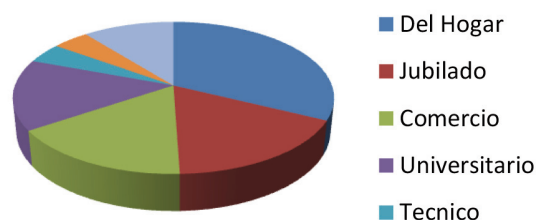
Resultados

Los pacientes evaluados fueron 178, de los cuales 93 (52%) cumplían con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de $54,60 \pm 16,78$ DE; 59%, con un máximo de 88 y una mínima de 19 años. Eran mujeres 59,13% y hombres 40,87%.

En cuanto al Graffar modificado por Méndez Castellano, el 80%, correspondía a la clase IV, seguida por la clase III en 16,12% y la II en 3,93 %, sin personas en las clases I.

Respecto al oficio y/o nivel de instrucción de los pacientes el 32% se dedicaba a las labores del hogar, 17% eran Jubilados, 16% comerciantes, 15% eran Universitarios, y 5% respectivamente eran técnicos o no tenían formación. **Gráfico 1**

Gráfico 1. Frecuencia del tipo de formación y oficio de los pacientes



La estructura de la familia era la siguiente: 50,53% eran jefes de familia, 43,01% trabajaba y de ellos 51,21% en la economía formal y 48,78% en la informal. Estaba jubilado el 17,02% y 3,23% estaba en condición de mendicidad.

Entre las características de la población estudiada, se encontró que el 23,65% tenía algún tipo de dependencia, el 67% refería estar deprimido y el 95% refirió exacerbación de alguna de las patologías que portaban, después de la migración de su familiar.

El 17,22% tenía hábitos tabáquicos, previo a la migración y aumentaron con el evento. Se autodefinieron como alcohólicos 3,22% previo a la migración, pero su consumo aumentó con ella.

Previo a la diáspora, el 53,73% de los pacientes evaluados en nuestro trabajo, se encontraba controlado adecuadamente y cumplía el tratamiento el 48,38%. Luego de la migración, el 75,26% no asistía a consulta y el 70,90% no cumplía el tratamiento prescrito. Las razones para el incumplimiento fueron falta de disponibilidad en 33,3%, falta de dinero en 34,38% y ambas razones 32,33%. El 27,9% refirió, además, que la falta de control se debía a no contar con acceso a los sistemas de salud, al alto costo de las medicinas, la falta de disponibilidad de los medicamentos y la diáspora de médicos.

De acuerdo a las causas de hospitalización y medidas preventivas, se precisó que ningún paciente había recibido alguna forma de vacunación del adulto.

El 56,9% de los pacientes estudiados procedió del servicio de Emergencia y 43% eran ambulatorios.

En cuanto a la composición familiar, eran en promedio $4,15 \pm 2,03$ personas, con un promedio de $1,27 \pm 1,40$. Los niños y los mayores de 60 años constituían un promedio de $0,47 \pm 0,58$ DE por familia. En estas familias, había un miembro con discapacidad física en el 12,9% y mental 6,4%.

Sobre los aspectos laborales, 137 adultos trabajaban, lo que correspondió a un promedio $1,47 \pm 0,89$ DE, de los cuales el 41,60% lo hacía en el sistema formal, 25,54% informal y el 32,86% restante no precisó. No identificaron miembros adicionales de la familia en condición de mendicidad. No había niños trabajando en ningún sistema laboral o en condición de mendicidad. El 60,88% de los pacientes no tenía otro miembro de la familia que se ocupara de sus cuidados.

Sobre miembros de la familia en el sistema educativo se identificaron 113 miembros y esto correspondió a un promedio de $2,03 \pm 1,08$ DE personas insertadas en el sistema. De ellos, 88 eran niños, 16 adolescentes y 9 adultos. Ningún niño era menor de 3 años. Había 23 niños fuera del sistema educativo, 13 de los cuales correspondían a preescolares

y el resto eran escolares. Todos los adolescentes recibían educación.

Se identificaron 24 fallecimientos recientes en las familias; el promedio de edad de los fallecidos fue de $68,91 \pm 21,69$ DE años, con una edad mínima de 7 y máxima de 99 años.

Los miembros con discapacidad tenían una edad promedio de $73,21 \pm 23,82$ años, no había niños con estos diagnósticos. Fueron identificadas 26 causas de discapacidad: estas fueron 6 fracturas de cabeza de fémur, 3 personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular, diabetes y complicaciones crónicas, alteración en la esfera cognitiva y artrosis de cadera. El resto se describe en el gráfico 4. Solo en 17 pacientes hubo evidencia de tratamiento adecuado.

En cuanto a la alimentación, las familias ingerían en promedio $2,56 \pm 0,68$ comidas al día; de estas, ingerían proteínas $2,72 \pm 1,93$ DE veces a la semana y los vegetales $2,84 \pm 3,53$ DE.

El 81,72% de los pacientes presentó pérdida de peso reciente, con una media de cambios ponderales de $4,90 \pm 3,53$ Kg.

Los diagnósticos fueron 280, con un promedio de $3,01 \pm 1,08$ DE diagnósticos por paciente. El diagnóstico más frecuente de acuerdo a los criterios del DSM-V fue depresión. Le siguieron en frecuencia la hipertensión arterial, diabetes mellitus y patología quirúrgica. Las restantes se describen en el **Gráfico 2**.

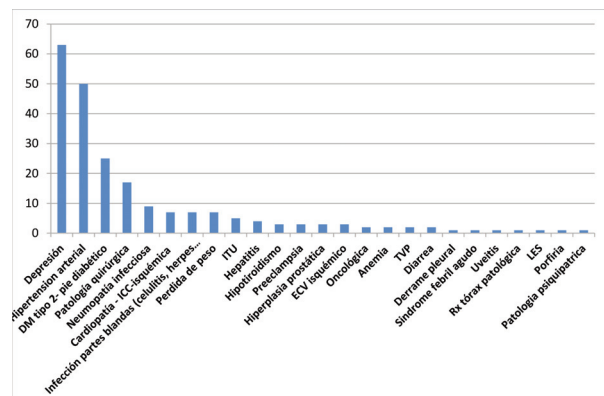
En el 26,8% de las enfermedades diagnosticadas al ingreso, estaban relacionadas con la desnutrición, bien sea como factor de riesgo o en su pronóstico. El 27,5% estaba relacionado con los cuidados deficientes. No hubo ingresos por accidentes.

La Diáspora

Se encontró que habían emigrado 127 personas de esas familias, lo cual correspondió a un promedio de 1,36 miembros de la familia. La edad promedio fue $35,55 \pm 12,06$ DE, de los cuales 51,18% eran hombres y 48,82% mujeres. El estado civil

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

Gráfico 2. Diagnósticos de Ingreso



correspondió a solteros 55,11%, casados 36,22%, divorciados 7,87% y un viudo (0,7%).

Todos los emigrantes salieron con miras a tener una mejor vida y apoyar a la familia; solo uno refirió que emigraba para formación académica en el exterior y correspondió al que fue a España.

El parentesco con los pacientes fue: hijos en 64,56%, seguidos por hermanos 15,74%, parejas 6,29%, nieto 3,14%, padres 4,72%, tíos 2,36%, primos 1,57% y respectivamente 0,78% para sobrina y amiga (considerada como miembro familiar).

El nivel educativo correspondió a 46,45% respectivamente para universitarios y educación media y 7,87% solo primaria. De ellos 89,76% estaban trabajando y el resto no (10,21%).

Los países receptores fueron 14. El más frecuente fue Colombia con 25,98%, seguido por Perú con 17,32%, Ecuador 11,81%, USA 11,03%, Chile 9,44% España 7,87% y el resto se describe en el **Gráfico 3**.

En cuanto al apoyo que ofrecían a su familia en Venezuela, se encontró que el más frecuente fue el económico en 97,91%; el 24,40% no hacía aporte alguno; el 22,91% realizaba otro tipo de aporte que correspondía a 11,45% para medicamentos y alimentos respectivamente.

La forma de aporte económico fue muy diversa,

Gráfico 3- Destinos de los migrantes

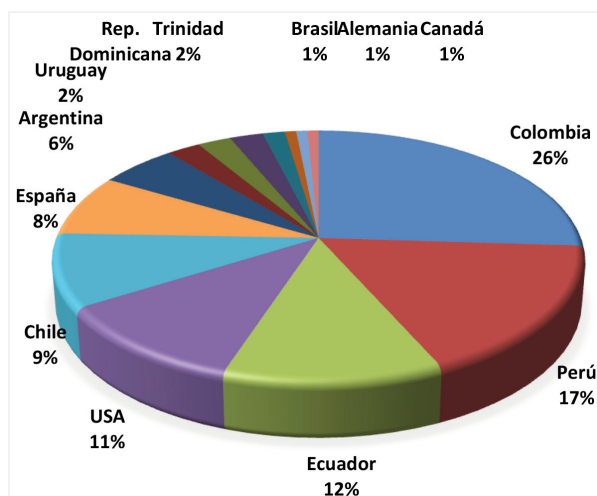
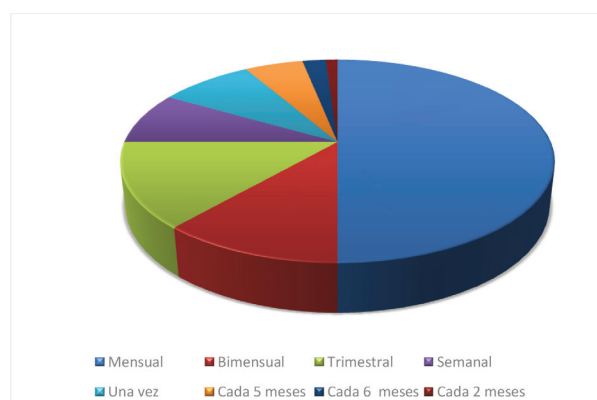


Gráfico 4: Tipos de aporte a los familiares



el más frecuentemente implementado fue el mensual en 50%, seguido de trimestral en 13,54% y bimensual en 11,45%, el resto de modalidades se muestran en el **gráfico 4**.

De los pacientes que refirieron recibir aporte económico, solo 91 conocía el monto, el promedio de este fue un valor máximo de BsS: 3.000.000,00 trimestrales y un mínimo que fue mensual de BsS: 20.000.

Meta del familiar migrante: los pacientes opinaron que esta meta no se había cumplido en 50,53%. Hicieron comentarios adicionales 88 pacientes y estos fueron: 44,31% se sentían abandonados,

43,18% mantenían el contacto con su familia y 3,4% negaron contacto alguno; 36,63% insistieron en la incapacidad económica para la subsistencia básica, 4,54% refirieron conformidad con su situación debido a que su familiar fuera del país estaba a salvo; 5,68% consideraba que el familiar responsable de sus cuidados estaba recargado de responsabilidades, incluyendo la económica; al menos 4,54% refirieron que su familiar tuvo una diáspora fallida y 2,27% quieren que su familiar regrese porque no se cumplieron las metas y ocultan información sobre su salud.

En 1,13% se encontró que estaba sin familia y a cargo de un vecino y no se cumplían las metas trazadas en su cuidado, además de que hubo una muerte violenta en la familia, expresó ideación suicida y era víctima de violencia doméstica. Muy importante fue que el 27,77% era responsable de los hijos de los emigrantes y de esos hijos, 5 tenían problemas médicos que ameritaban atención continua; estos fueron: trastornos del espectro autista, leucemia y depresión; el adolescente con leucemia no podía recibir tratamiento debido a la incapacidad económica y falleció.

Discusión

Para comprender las causas de los fenómenos migratorios de este siglo, deben conocerse varios contextos históricos, como se expresa a continuación:

- En el siglo XIX se formularon las Leyes de Ravestin que planteaban que las migraciones sucedían desde economías de países agrícolas que buscaban beneficios en los de mayor desarrollo industrial, lo cual facilitaba el beneficio económico y la calidad de vida. La teoría económica neoclásica hablaba que esto sucedía desde países ricos hacia los pobres. Aunque esto siempre existió, las grandes migraciones son de tiempos más recientes.
- El crecimiento demográfico ha sido planteado como causa, pero la búsqueda de mejoras de vida en zonas menos pobladas no es una constante, y por el contrario se observa en las más pobladas.
- La pobreza también fue planteada como

una posible causa, pero los estudios señalan que la mayoría de los emigrantes internacionales no sufren más pobreza al relacionarlos con sus conciudadanos; estos, suelen ocupar la zona intermedia en la escala de ingresos del país de origen.¹⁰

- No existe una teoría única que explique estas migraciones satisfactoriamente. Colomo plantea que es más importante entender qué las produce y por qué suceden crisis tan severas que llevan a las personas a romper las “barreras contención” socio-geográficas que hasta hace poco mantenían a la población del tercer mundo en sus países de origen.¹⁰

Venezuela fue un país receptor de inmigrantes por excelencia. Pero en este siglo, se convirtió en puerto de partida de millones de venezolanos, que se plantearon probablemente la búsqueda de mejor calidad de vida para ellos y sus familias. Este fenómeno pareciera no haber sido organizado suficientemente por muchos de los emigrantes y esto tiene consecuencias de todo tipo, incluyendo la salud física y emocional en sus familias, lo que motivó la realización de esta investigación.

Encontramos que los familiares de la diáspora representaron prácticamente la mitad (52%) de los pacientes atendidos por el servicio de Medicina Interna. Esta cifra representa la pérdida de al menos una persona en la familia. Esto cuenta en los aspectos afectivos y económicos. El promedio de personas que migró por familia fue de 1,36 y coincide con la cifra ENCOVI, lo que da fuerza a los resultados de esta investigación y pueden ser útiles para el manejo de poblaciones de similares características sociodemográficas.⁴

La edad de los pacientes correspondió a $54,60 \pm 16,78$ DE; esto comprende pacientes jóvenes y de la 3a edad, y señala la amplia gama de posibilidades diagnósticas que encontramos. Estuvo representado por una edad máxima de 88 años y una mínima de 19 años, donde hubo un leve predominio femenino en 59,13%.

La condición socioeconómica fue IV en 80%

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

según el Graffar modificado por Méndez Castellano, con 16% en clase III y un 3,93 % en el II. Esta distribución es muy similar a todas las encontradas en las investigaciones realizadas por nuestro Servicio del Hospital General del Oeste en los últimos años. Si bien no hay ningún sujeto en la clase V, podríamos decir que la situación socioeconómica de estas familias no es diferente a la de los pacientes en general. Podría afirmarse que sin el apoyo de los emigrantes algunas de estas familias podrían estar en la clasificación V; sin embargo, el beneficio neto del apoyo desde afuera no quedó sólidamente documentado en este grupo, lo deja similar al resto del país sin elevarlo al menos a la clasificación III.

La situación económica de los familiares de los miembros de la diáspora, en esta investigación no parece tener mayores diferencias en su forma de vida que el resto de la población como se puede observar en la encuesta ENCOVI 2018, donde el 94% tenía ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.⁵

Probablemente parte de este resultado se debe también a que casi el 49,5% tenía actividades poco remunerativas, tales como el 32,25% de amas de casa y 17% jubilados, condiciones que no suelen ofrecer un aporte económico sustancial al núcleo familiar. Eran jefes de familia el 50%. Este rol suele ser jerárquico en cuanto a orden y organización familiar, así como por ser la persona de mayor aporte económico.

En este aspecto, encontramos que solo trabajaba el 43% y de ellos el 51,21% lo hacía en el sistema formal, lo que refleja un gran número de familias sin beneficios socioeconómicos adecuados relacionados con un empleador organizado.

Es importante que los pacientes refirieron que antes de la migración del familiar estaban mejor controlados, asistían adecuadamente a las consultas y adicionalmente cumplían mejor los tratamientos. Este empeoramiento de la calidad de vida, caracterizado en esta investigación por un ascenso al 75% de inasistencias a consulta y el 79% no cumplía los tratamientos prescritos. Esta situación

es de explicación incierta, pues la ausencia de una persona en la familia, quien emigró para mejorar la calidad de vida de ellos con su actividad, e inclusive por la disminución del número de miembros, se acompañó de la aparición de situaciones adversas que antes no sucedían y que pueden empeorar la salud de los miembros previamente atendidos adecuadamente en una mejor proporción.

El 81% de los pacientes refirió una pérdida de peso medida en aproximadamente 4 Kg. Este dato es menor al referido por ENCOVI desde 2017 que lo señala en 11 kg en el 64% de los venezolanos.⁴ No obstante, la descripción de la calidad de la ingesta fue muy similar a la obtenida por el Estudio Multicéntrico de los Hospitales Universitarios del Área Metropolitana sobre la situación nutricional, donde predominó como dato alarmante la ingesta de proteínas 2,5 días a la semana en ambos estudios, con una tendencia a comer 2,5 veces al día y la ingesta de vegetales fue insuficiente también en ambos estudios. Este hallazgo concuerda con la presencia de Síndrome de Desgaste Orgánico en ausencia de causa médica que lo explique, que se encontró también en el citado estudio.

En el mes de la culminación de esta investigación (septiembre 2019), la Food and Agriculture Organization of the United Nations Federación (FAO) emitió el informe trimestral denominado “Perspectivas de cosechas y situación alimentaria - Informe global” (Crop Prospects and Food Situation -Quarterly Global Report-), el cual incluye solo dos países latinoamericanos Haití y Venezuela en la lista de 42 países que necesitan apoyo alimentario externo. Señala como causa de esta inclusión dos áreas fundamentales: el enorme número de refugiados estimados en 4.3 millones de personas en los países vecinos que necesitan asistencia y la severidad de la hiperinflación y sus consecuencias en la población en cuanto al acceso a la alimentación, sumado a la disminución de las cosechas estimadas para este año. No se puede estimar con los datos de esta investigación cuantos migrantes están represados en la población de refugiados que no les permita cumplir la meta de apoyar a su familia en el país.

La presencia de miembros con discapacidad física en 12,9% y mental 6,4%, representa para esas familias gastos adicionales que con la descripción que realizamos de sus posibilidades económicas, no permite los cuidados adecuados de estos miembros.

Para el año 2018 el 35% de la población estudiada entre 3 y 24 años estaba escolarizado. En cuanto a los miembros que reciben educación en esta investigación, se encontró que 23 niños estaban fuera del sistema educativo, este cálculo corresponde a 35%. La cifra ENCOVI 2018⁵ para la población similar a nuestro estudio (3 – 24 años) fuera del sistema educativo, fue calculada en el 70%; en la presente investigación fue del 20%. Esta cifra puede ser menor debido a un elevado número de personas con formación en educación media y universitaria de la población estudiada, que entienden la necesidad de recibir la formación adecuada, y probablemente hace mayores esfuerzos para que su descendencia logre la meta. No obstante, la cifra en 35% de personas fuera del sistema educativo es alarmante.

ENCOVI también señala que las familias con emigrantes sumaba un total de 616.000 para el año 2018, con 1.130.000 personas que salieron con la diáspora. El promedio fue de 1,33 y la nuestra de 1,36, con diferencias solamente de centésimas. Esta estimación podría ser inclusive menor a la probable cifra de lo que será la encuesta en 2019 y es un reflejo absoluto de la realidad que vivimos. Representa además la continua pérdida de material humano que podría representar el rescate del país.⁴

En cuanto al tabaquismo y el alcoholismo, es llamativo que solo se identificaron los pacientes que tenían el hábito antes de la migración, no se identificaron nuevos casos, lo que debió suceder dado la alta frecuencia de depresión que se acompaña de conductas adictivas.¹² Esto podría deberse a un sesgo intencional en la información al negarlo o es un fenómeno propio de la situación venezolana, muy ligado quizá a la incapacidad de adquirir inclusive los insumos como el alcohol y el cigarrillo.

Hay que señalar también que, en las causas de

fallecimientos recientes, la gran mayoría se relacionó con enfermedades crónicas similares a las de los pacientes, lo que lleva implícito que había limitación en el cumplimiento del tratamiento, bien sea por falta de disponibilidad o de dinero que se definió en el 68%. A estas causas, se le suman situaciones graves como la muerte del niño por diarrea, la del adolescente por leucemia y la muerte por violencia. El resto se relaciona con enfermedades agudas o crónicas que ameritaban atención suficiente para evitar su fallecimiento y la condición de disponibilidad de medicamentos y/o de los centros de salud no ofreció una opción que permitiera la atención adecuada del paciente. De igual forma las causas de incapacidad tuvieron similar etiología: enfermedades crónicas o fractura de cabeza de fémur, de las cuales solo el 65% recibía tratamiento y todas ellas hubieran tenido menores consecuencias con intervenciones terapéuticas adecuadas.

En los diagnósticos encontrados en los pacientes, se demuestra una diferencia muy importante en contraste con los estudios epidemiológicos clásicos de nuestro país. La patología más frecuentemente encontrada fue la depresión, basada en los criterios del DSM-V. Esta frecuencia fue mayor inclusive por encima de las patologías cardiovasculares o endocrino-metabólicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que según el estudio EVESCAM definen la realidad venezolana actual.^{13, 14, 15} Estas causas también fueron encontradas en el estudio multicéntrico de los hospitales universitarios del área metropolitana.¹⁶

La depresión afecta a 300 millones de personas en el mundo según la OMS,¹⁷ y equivale entre el 8% y el 25% de la población mundial y el 8% corresponde a personas jóvenes. En Colombia la prevalencia es del 15%. En Venezuela no existe cifra exacta, sin embargo, se estima que el 60% de las personas que asisten a consulta psicológica la sufren.¹⁸ El estudio EVESCAM calculó 3,2% de síntomas depresivos y 14,6% de síntomas asociados a ansiedad.

Los trastornos mentales son más frecuentes en los conflictos bélicos, tal y como se estudió en la

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

guerra de los Balcanes. En un estudio realizado en esta población, estos alcanzaron hasta el 48%, y los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes, las cifras oscilaron entre el 15,6% y el 41,8. La depresión alcanzó cifras entre el 4,1% y 37,3% y fue mucho mayor en las zonas continuamente más expuestas a conflicto.¹⁹

En el estudio realizado en Colombia para conocer la frecuencia de trastornos mentales en zonas de conflicto armado, en el cual se organizó la población según las zonas geográficas afectadas y su severidad, se encontró que en las áreas de mayor conflicto e intensidad, tenían una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares —incluido El tipo II—, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social) y se calculó en 9,8 % (IC 95%: 8-12,), en contraste con 2,9% (IC 95%: 1,2 – 7,1) en aquellas sin conflictos. El trastorno de estrés post traumático y el suicidio también fueron identificados, pero menos frecuentes. El actual estudio no diferenció la frecuencia del tipo de trastorno²⁰ lo que limita su interpretación.

Entre los factores de riesgo para sufrir depresión se encuentran algunas comorbilidades las cuales no se identificaron proporcionalmente en esta investigación; y según el estudio de Portello et al, realizado en España, estas son: enfermedad de Alzheimer (76,4%), otros desórdenes emocionales (73,9%), enfermedad de Parkinson (57,4%), fractura de cadera (55,4%) y reumatismo (50,9%). En dicho estudio se encontró que en España la frecuencia fue mayor que en el resto de Europa (29,3 vs. 27,9%).²¹ Otro factor de riesgo encontrado en el bajo nivel socioeconómico que sí corresponde a una constante en nuestra investigación.²²

Venezuela, tiene cifras de violencia comparables con conflictos armados; esto se resumió en 2018 por el Observatorio Venezolano de la Violencia en: 10.422 homicidios, 7.523 cadáveres catalogados como fallecidos por resistencia a la autoridad y 5.102 casos de averiguaciones de muerte. En el 2018 7.523 personas murieron por la

acción de los cuerpos policiales y militares, que representa un incremento importante en relación al año anterior.²³

La frecuencia de trastornos de estrés post traumático y la ansiedad que caracterizan a las situaciones bélicas, no están presentes en esta investigación. La suma de los factores socioeconómicos y de carencias afectivas ligadas a la diáspora, unidas a toda esta situación de violencia, pudiera explicar la alta cifra de depresión que aqueja a la población venezolana actual.

El resto de los diagnósticos fue muy similar a los de la población general como las enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares principalmente. No obstante, lo más importante se entrelaza con las características del cumplimiento del tratamiento y su pronóstico. Los pacientes son claros en que la forma de controlar sus enfermedades (asistencia a consulta y cumplimiento de tratamiento) ha desmejorado severamente y pareciera que la emigración del familiar no logra mejorar este ítem pues él 27,9% refiere no poder cumplir con los cuidados requeridos.¹³⁻¹⁶

Sobre la diáspora debemos señalar que estuvo constituida fundamentalmente por jóvenes solteros; sin embargo, el 37% eran casados, lo que señala que hay hogares que quedaron incompletos debido a esta necesidad económica. Estructuralmente estas familias perdieron en orden de frecuencia sobre todo hijos, pero también hermanos y parejas como los más importantes. También están los abuelos, cuya edad los hace muy vulnerables afectivamente.

No se trató de una migración para formación académica y retribuir al país su formación recibida, fue una virtual huida que dejó nexos en el país que debían cuidar. Esto refleja la pérdida de material humano con el que se construye un futuro social, debe recordarse prácticamente el 93% tenía formación por lo menos de educación media y 46,5% eran universitarios.

Los países receptores fueron fundamentalmente de habla hispana, con cercanía fronteriza

como lo representa Colombia.

Basados en la hiperinflación que sufre el país y el tiempo de recolección de muestra, se hace imposible analizar la posible importancia en la economía familiar de los aportes. Algunas familias no recibieron aporte alguno, y correspondieron a aquellas que se definieron como abandonadas, sentimiento que refleja una realidad sin los afectos de los que se fueron, así como sin el probable aporte económico que brindaban, obteniendo un balance negativo.

En cuanto al cumplimiento de la meta del familiar en diáspora, los pacientes opinaron que no se había cumplido en 50,53%. A pesar de que la gran mayoría de los migrantes estaba trabajando, la necesidad local es tan grande y el evento de salida tan reciente, que probablemente no permite que se cubran las necesidades de la familia como se aspiraba al salir del país. El sufrimiento familiar queda impreso en cada cifra de minusvalía que se describe en la investigación, abanderado por la severa incapacidad de mantener una dieta básica mínima.

En los comentarios adicionales que fueron libres en la recolección de la muestra, se clasificaron en su idea central, y que dibujan las grandes frustraciones de la familia podemos destacar:

- La sensación de abandono que se traduce en el desamparo afectivo y social que sufren.
- Que el nexo se mantiene vivo en casi la mitad de los pacientes con su familiar en el exterior, lo que permite mantener el concepto de familia sobre todo en aquellos miembros que son la guía de los hijos que quedaron en el país o de los abuelos cuyo requerimiento afectivo tiene que ser correspondido.
- La incapacidad socioeconómica de subsistir es una de las preocupaciones más importantes de los pacientes. Debe recordarse que un gran porcentaje de ellos son jefes de familia por lo cual su responsabilidad es mayor.
- Solo el 4,54% expresó como causa de conformidad con la migración que su familiar

estaba bien y seguro. Tenemos así un ejemplo de las dos caras de la diáspora, los que sienten el miedo de la repercusión fundamentalmente de la violencia sobre todo en personas jóvenes y su salida del país representa probablemente un alivio al respecto.

- Un concepto importante y sub evaluado es la mayor carga en los miembros de la familia encargados de los cuidados. Solo el 5,68% lo consideró, pero debe ser una cifra mayor dada la descripción de ingresos y problemas de salud que se describió en la investigación.
- Solo el 2,27% expresó la necesidad de que el familiar regrese, basado en la falta de cumplimiento de las metas. Esta situación probablemente se relacione con la difícil situación laboral del emigrante que no planifica su salida del país, pero se arriesgan ante la grave situación del país.
- Muy graves fueron las opiniones relacionadas con la ausencia de familia que cuide al familiar rezagado con cuidados incumplidos, la ideación suicida, la probable soledad de la mujer que refirió sufrir violencia doméstica y la presencia de una muerte por violencia en la familia. Estos pequeños números reflejan grandes realidades que juegan de forma adversa al crecimiento familiar, y por ende al crecimiento del país y deben ser revertidos. Aquellos que quedaron sin cuidados suficientes, deberían ser atendidos por el gobierno en procura de cumplir con todas sus necesidades básicas para lograr el adecuado crecimiento de la sociedad.
- El 27,77% eran responsables de los hijos de los emigrantes, de los cuales 5 tenían problemas médicos que ameritaban atención continua, con los fallecimientos descritos. En esta situación la estructura familiar se distorsiona severamente en los escolares atendidos y el concepto de familia no se desarrolla; más aún, aunque debemos resaltar que ningún niño trabajaba o se encontraba en condición de mendicidad, es claro que el enorme 35% de niños fuera del sistema educativo, muchos de los cuales son parte

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

de esta fracción, y que además han “perdido” a sus padres, nos retraen al pasado de situaciones descritas por la literatura mundial y nos recuerda que la sociedad debe ser cultivada para poder avanzar en su crecimiento. Esta sensación diaria²⁴ de vivir en la corte de los milagros, o en la realidad descrita por Dickens en sus cuentos o en Los Miserables, no es más que otra consecuencia de la ceguera social de los sistemas gubernamentales que pierden las perspectivas de la importancia de la familia en el desarrollo del país.^{25, 26, 27}

Se concluye que:

- La depresión fue la patología más importante y debe tomarse en cuenta en el abordaje médico de los pacientes en los cuales exista, al menos un emigrante en la familia.
- La familia de los emigrantes sufre de carencias económicas, afectivas y sociales que redundan en contra del adecuado desarrollo familiar.
- La alimentación de estas familias es inadecuada e insuficiente al igual que sus ingresos.
- Los aportes de la diáspora no logran mejorar la situación económica de su familia más allá de colocarlas en un Graffar 4.
- La incapacidad en los cuidados médicos, cumplimiento de tratamientos y asistencias a consulta es muy alta.
- La proporción de personas en diáspora es similar a ENCOVI 2018.
- No existen niños trabajando en mendicidad, pero la deserción escolar es alta.

Referencias

1. C., Gomez. A esto ha llegado la crisis en Venezuela: la tasa de suicidios sobrepasa la media mundial. Observatorio Venezolano de la Violencia. Caracas : <https://observatoriodeviolencia.org.ve/a-esto-ha-llegado-la-crisis-en-venezuela-la-tasa-de-suicidios-sobrepasa-la-media-mundial/>, julio 2018.
2. Acps. VENEZUELA Humanitarian needs from economic crisis.s.l.:Consultada en febrero 2019 en https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/20170512_acaps_briefing_note_humanitarian_needs_venezuela.pdf.
3. R, Aruj. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. Papeles de población, 14(55), 95-116. consultado el 12 de febrero de 2019 en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100005.
4. UCAB, UCV, USB. Resultados preliminares de la encuesta ENCOVI 2018. consultada el 12 de febrero de 2019 en :<http://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>.
5. UCAB, UCV, USB. Preliminares de la encuesta ENCOVI 2018. Consultada el 18 de febrero de 2019 en : <http://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>.
6. Abandono de familiares en Geriátricos. El Nacional.
7. Vols. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45262411> .
8. Humanitarian Access overview August . Acaps. Vol. consultado en febrero 2019 en 2018.https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/acaps_humanitarian_access_overview_august_2018_0.pdf.
9. Definición de diáspora. N, Tan. https://www.researchgate.net/publication/323401730_Definition_of_Diaspora , (2017).
10. Colomo J. Desarrollo, subdesarrollo y migraciones internacionales a comienzos del siglo XXI Espacio, Tiempo y Forma, Serie VI, Geografía, t. 14, 2001, págs. 37-73 <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:ETFSerieVI-2001-14-2020&dsID=Documento.pdf> 4 septiembre 2019
11. Food and Agriculture Organization of the United Nations Federación (FAO). (Crop Prospects and Food Situation - Quarterly Global Report-). Consultada el de septiembre de 2019 en <http://www.fao.org/3/ca6057en/ca6057en.pdf>
12. Moral, M.V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana L., Campomanes, G. Depresión y adicción Depression and addiction. *Psiquiatría.com*. 2011; 15:27. Consultada el 19 de septiembre de 2019. <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2011/03/Depresion-y-adiccion.pdf>
13. Nieto-Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, et al. Estudio Venezolano de factores de riesgo cardiometabólico (EVESCAM). Parte I. 31;2: 2015. 102 -11
14. Nieto-Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, et al. Estudio Venezolano de factores de riesgo cardiometabólico (EVESCAM). Parte I. 2015; 31 (2). 102 -11
15. Nieto-Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, et al Estudio Venezolano de Salud Cardio-Metabólica (EVESCAM): Diseño e Implementación. *Invest Clin* 58(1): 56 - 69, 2017
16. Cursos de Postgrado Universitario de Medicina Interna de los Hospitales: General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, “Dr. José María Vargas”, Universitario de Caracas, General del Este “Dr. Domingo Luciani”,

- Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Situación Nutricional de los pacientes que consultan a los servicios médicos del área Metropolitana de Caracas. Estudio Multicéntrico. *Med Interna (Caracas)* 2018; 34 (4): 214 – 223
17. OMS. Depresión, temas de salud. Consultada el 16 de septiembre 2019 en <https://www.who.int/topics/depression/es/>
 18. Rondón Bernard J, Angelucci L. El trastorno de depresión en la Venezuela del periodo 2013-2017: una visión psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21, (3), 2018
 19. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi G, Kucukalic A. et al. Mental Disorders Following War in the Balkans. A Study in 5 Countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):518-528
 20. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño C, Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta Colombiana. *R Colomb Psiquia*. 2016. 45 (S1) : 147 – 53.
 21. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018. 11(4):216-226
 22. Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez F, a Trejo-Franco J. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México *Gac Med Mex*. 2016;152:439-43
 23. Observatorio Venezolano de la Violencia, Laboratorio de Ciencias Sociales. Informe Anual de Violencia 2018. Consultado el 18 de septiembre de 2019 en <https://observatoriodeviolencia.org.ve/ovv-lacso-informe-anual-de-violencia-2018/>
 24. Navas Blanco T. La Atención de Pacientes con Diabetes en la Venezuela Actual. A Propósito de 10 Casos atendidos por una Internista en un día de Enero de 2019. *Med Interna (Caracas)* 2019; 35 (1): 11 - 15
 25. Dickens C. Oliver. Consultado el 19 de septiembre 2019 en <https://www.biblioteca.org.ar/libros/131510.pdf>
 26. Víctor Hugo. The hunchback of Notre Dame. Consultado el 19 de septiembre de 2019 en <http://www.limpidsoft.com/6inch/hunchback.pdf>
 27. Víctor Hugo. Los miserables. Consultado el 19 de septiembre de 2019. <http://web.seducoahuila.gobmx/biblioweb/upload/V%C3%ADctor%20Hugo%20-%20Los%20miserables.pdf>

Utilidad del protocolo focused assessment with transthoracic echocardiography (FATE) en la evaluación del paciente con shock*

Carlos Liriano, Ludwig Rivero

Recibido: 18/03/2020

Aceptado: 20/06/20

Resumen

Objetivo: determinar la utilidad del protocolo FATE (Focused Assessment with Transthoracic Echocardiography) en la evaluación de los pacientes en shock. ingresados al Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Central Universitario Dr. "Antonio María Pineda", Barquisimeto, Venezuela en el período agosto-octubre 2019, **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal, de 30 pacientes, con promedio de edad de $56,86 \pm 15,85$ años, **Resultados:** predominó el grupo de 71-80 años (23,33%), de sexo masculino (63,33%). Según la clasificación del shock por Weil y Shubin el 50% presentó shock distributivo (todos por sepsis), 20% cardiogénico, 16,67% hipovolémico y obstructivo. 13,33% Los principales hallazgos ecocardiográficos fueron presencia de derrame pleural bilateral (33,33%), derrame pleural unilateral (30%) y derrame pericárdico (23,33%). Además, 26,67% presentaron espesor miocárdico patológico, 33,33% dimensiones de VD-VI aumentadas, 46,67% función sistólica ventricular alterada; sumado al hecho que 70% de la contractibilidad y 60% de la visualización pulmonar eran patológicas. El valor cualitativo del protocolo FATE resultó en: 43,33% soportaba la información disponible, 26,67% añadió información decisiva a la terapéutica, 23,33% agregó nueva información y 6,67% información fue pobre por mala ventana. La

mortalidad a los 7 días fue de 43,33%, siendo más frecuente en pacientes con shock distributivo (61,54%), seguido de cardiogénico (23,08%) y obstructivo (15,38%), no hubo defunciones por shock hipovolémico. Los valores cualitativos del protocolo FATE en pacientes fallecidos; por shock distributivo 37,5%, soportó la información disponible y agregó nueva información, respectivamente. En cambio en 100% de los fallecidos por shock cardiogénico y obstructivo, el protocolo FATE añadió información decisiva a la terapéutica. **Conclusiones:** Los resultados demuestran la importancia del Protocolo FATE en el manejo de pacientes con shock.

Palabras clave: Focused Assessment with Transthoracic Echocardiography (FATE); ecocardiograma; shock.

The usefulness of the (FATE) protocol focused assessment with transthoracic echocardiography in patients with shock

Carlos Liriano, Ludwig Rivero

Abstract

Objectives: to determine the usefulness of the FATE protocol (Focused Assessment with Transthoracic Echocardiography) in the evaluation of patients in shock admitted to the Intermediate Care Unit of the "University Hospital Antonio Maria Pineda" in Barquisimeto, Venezuela, during the period August-October 2019, **Methods:** A descriptive cross-sectional study was done, selecting 30 patients, with an average age of 56.86 ± 15.85 years; the most affected group was 71-80 years old (23.33%), with a predominance of the male sex

* Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Central Universitario Dr. "Antonio María Pineda", Barquisimeto
Correo: lirianocarlos24@gmail.com

(63.33%) **Results:** According to the classification of shock by Weil and Shubin, 50% were found to have distributive shock (all due to sepsis), 20% cardiogenic, 16.67% hypovolemic and obstructive 13.33%. The main echocardiographic findings were the presence of bilateral pleural effusion (33.33%), unilateral pleural effusion (30%) and pericardial effusion (23.33%). In addition, 26.67% presented pathological myocardial thickness, 33.33% increased RV-LV dimensions, 46.67% impaired ventricular systolic function; also, 70% of contractility and 60% of pulmonary visualization were pathological. The qualitative value of the FATE protocol resulted in: 43.33% supported the available information, 26.67% added decisive information to the therapy, 23.33% added new information and 6.67% information was poor due to a bad US window. (Mortality at 7 days was 43.33%, being more frequent in patients with distributive shock (61.54%), followed by cardiogenic (23.08%) and obstructive (15.38%); there were no deaths due to hypovolemic shock. The qualitative values of the FATE protocol in patients with distributive shock who died, was that 37.5% In contrast, in 100% of those who died by cardiogenic and obstructive shock, the FATE protocol added decisive information to the therapy. **Conclusion:** The results demonstrate the importance of the FATE Protocol in the management of patients with shock.

Key words: *Focused Assessment with Transthoracic Echocardiography (FATE); transthoracic echocardiogram.*

Introducción

El shock es un síndrome que se caracteriza por la incapacidad del corazón y/o de la circulación periférica de mantener la perfusión adecuada de órganos vitales. Provoca hipoxia tisular y fallo metabólico celular, bien por bajo flujo sanguíneo, o por una distribución irregular de éste. Incluye un conjunto de síntomas, signos y alteraciones analíticas y hemodinámicas que precisan una rápida identificación y tratamiento agresivo para reducir su elevada mortalidad.¹

En los últimos años, la definición, la clasificación y tratamiento del estado de shock han estado sujetos a revisiones y cambios constantes

Tradicionalmente, el estado de shock se ha definido como un estado de hipoperfusión sistémica.² Otros autores lo han descrito con mayor complejidad, como una insuficiencia global de perfusión tisular que conduce a insuficiencia del aporte de oxígeno y nutrientes para satisfacer las necesidades de tejidos.³

La clasificación, más utilizada es la propuesta por Weil y Shubin (1972),⁴ basada en el trastorno fisiopatológico subyacente e incluye cuatro tipos: hipovolémico, cardiogénico, obstructivo y distributivo. Esta clasificación tiene utilidad práctica y permite comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en cada uno de ellos, así como la lógica de las medidas terapéuticas que se recomiendan.

En este orden de ideas, en el shock hipovolémico el mecanismo central es la disminución crítica, real o relativa de la volemia, o sea el volumen sanguíneo circulante (hemorragia masiva, deshidratación severa); en el shock cardiogénico, el mecanismo principal es la falla en la bomba circulatoria que es el corazón (infarto miocárdico masivo, rotura de una cuerda tendinosa o insuficiencia valvular aguda); en el shock distributivo hay un aumento de la capacitancia vascular por vasoplejía (shock séptico o el anafiláctico) y en el shock obstructivo, como su nombre lo indica hay un obstáculo mecánico severo al flujo sanguíneo (embolia pulmonar masiva, taponamiento pericárdico). La mortalidad alcanza hasta 50% en el shock cardiogénico secundario a síndrome coronario agudo⁶ o 40% para el shock distributivo por sepsis,⁷ así como los producidos por otras causas.

En los servicios de urgencias es esencial la orientación inicial, y las pruebas complementarias deben ir orientadas a determinar el grado de afectación del paciente y el origen del shock. Los métodos diagnósticos son cada vez más desarrollados permiten hacer mejor un diagnóstico más fiable y a la vez un seguimiento de la hemodinámica, la evolución y el tratamiento del paciente en shock.^{8, 9, 10}

El ultrasonido se ha convertido en una herramienta indispensable para la evaluación del

UTILIDAD DEL PROTOCOLO FOCUSED ASSESSMENT WITH TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY (FATE) EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK

paciente en estado de shock debido a su accesibilidad, versatilidad y disponibilidad, además de ser dinámico y repetible; con obtención de imágenes en tiempo real, de alta resolución y con capacidad de registro. De esta manera, la ultrasonografía se ha distinguido como una excelente herramienta para la práctica médica en diversas áreas, como en quirófanos, unidades de urgencias médico-quirúrgicas y terapia intensiva.¹¹

En la actualidad se conoce una serie de protocolos de ultrasonido enfocados para la evaluación del paciente en falla circulatoria/shock, difiriendo en la cantidad y profundidad a la que se exploran diferentes segmentos en búsqueda de diferentes diagnósticos.¹⁴

Sin embargo, uno de los protocolos es *focused assessment with transthoracic echocardiography (FATE)*, desarrollado en los últimos 15 años, el cual permite tomar decisiones de forma fácil y rápida en situaciones de riesgo para la vida. Su aprendizaje es sencillo y es una exploración fundamentalmente torácica, que incluye 3 imágenes cardíacas (subcostal, apical y paraesternal) y una imagen de la pleura, en una secuencia rápida.

Los objetivos de este protocolo incluyen: excluir patología evidente, evaluar grosor de las paredes y dimensiones de las cavidades, evaluar la contractilidad, visualizar la pleura de ambos lados y relacionar la información con el contexto clínico.¹² Este abordaje sistemático permite una evaluación rápida de las condiciones de precarga, dimensiones y contractilidad, lo que facilita el diagnóstico y la posible intervención apropiada.

Lo anterior, es demostrado en un estudio realizado por Jensen, Sloth, Larsen y Schmidt (2004)¹³ donde el protocolo FATE proporcionó imágenes utilizables del corazón en 97% de los pacientes, 58% subcostal, 80% apical y 69% paraesternal. Las imágenes a través de una ventana se obtuvieron en 23%, a través de dos ventanas en 41% y en tres ventanas en 34%. En 97,4% de los pacientes el protocolo contribuyó positivamente, obteniendo que 24,5% de los casos la información proporcionada fuera decisiva, 37,3% fuera complementaria y en

35,6% de apoyo. Igualmente, Rincón, Hernández, Vidal, Monares, Cardonatti, Nogue y colaboradores demostraron que FATE añadió nueva información en 37,3% de los pacientes e información decisiva en 24,5%. Solamente en 2,6% de los estudios realizados, la información fue limitada para añadir algún nuevo manejo al paciente.⁸

La utilización del ultrasonido aplicado por médicos internistas no está lejos de ser un recurso habitual en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”, sin embargo, la falta de adiestramiento médico representa su mayor limitación; pese a ello, se ha notado un incremento en su interés, de ahí la importancia de demostrar en estudios como los antes mencionados los beneficios que trae su uso.

Sobre la base de lo expuesto, el shock es una patología dinámica, donde el tiempo es un factor fundamental que empeora el pronóstico si no se inician medidas terapéuticas precoces y correctas tras su diagnóstico. Se ha demostrado una disminución de la morbilidad y mortalidad en pacientes con shock si se reconoce de manera temprana y se realiza una rápida intervención, antes de que ocurran disfunciones en los diferentes órganos. Por lo tanto, queda claro que el objetivo del protocolo FATE es detectar enfermedades con riesgo vital y obtener información sobre el estado del volumen y la contractilidad del corazón.

Objetivos

Así, surgió la siguiente interrogante: ¿Es el Protocolo FATE útil en la evaluación de los pacientes en estado de shock ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”?

Métodos

El presente estudio corresponde a una investigación observacional, de tipo descriptivo y transversal.

La población estuvo conformada por todo paciente con diagnóstico de Shock que ingresó a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”,

tomando como referencia el promedio de 170 pacientes registrados durante el lapso enero-diciembre 2018, según reporte del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud de dicha institución. A través de un muestreo no probabilístico intencional se seleccionó una muestra de 30 pacientes durante el período agosto-octubre 2019, los cuales cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

-Paciente en shock de cualquier causa, definido como: PAS <90 mmHg y/o PAM $\leq$ 65 mmHg con: oligoanuria (<0.5 ml/Kg/h) y/o deterioro neurológico (Glasgow $\leq$ 13) y/o signos de hipoperfusión tisular (frialidad distal, palidez, diaforesis).

- Paciente con requerimiento de vasopresores o inotrópicos para mantener una PAM $\geq$ 65 mmHg, con o sin oligoanuria, deterioro neurológico y/o signos de hipoperfusión.
- Paciente mayor a 18 años de ambos sexos.
- Paciente con $\leq$ 24 horas del diagnóstico de shock.

Criterios de exclusión

- Paciente menor de 18 años.
- Paciente con shock de causa iatrogénica.
- Paciente con $\geq$ 24 horas de su diagnóstico.

En esta investigación se utilizó una ficha de recolección de datos, donde se anotaron los datos provenientes del interrogatorio y de los hallazgos obtenidos del ecocardiograma transtorácico de cada paciente con shock; el mismo constó de cinco partes:

- Parte I: Características demográficas: iniciales de nombre y apellido, número de historia, edad, sexo y teléfono de contacto.
- Parte II: Identificación y clasificación del estado de shock según Weil y Shubin con base en la revisión de la historia clínica, diagnósticos planteados y corroboración de los datos por el investigador en: hipovolémico, cardiogénico, obstructivo, distributivo.
- Parte III: Hallazgos ecocardiográficos según posición del transductor: cuatro

cámaras (aurícula derecha, aurícula izquierda, ventrículo derecho, ventrículo izquierdo), contractilidad y función sistólica del ventrículo izquierdo, presencia de derrame pericárdico, visualización de la pleura en las primeras 24 horas del diagnóstico.

- Parte IV: Valor cualitativo determinante de la utilidad del monitoreo por protocolo FATE en una escala de cuatro niveles: no hay imagen/información demasiado pobre, soporte de información disponible, nueva información agregada, añadida información decisiva.
- Parte V: Mortalidad a los 7 días.
- Los resultados se procesaron en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), para Windows versión 18.0, para luego elaborar los cuadros correspondientes. Por tratarse de un estudio descriptivo se utilizaron medidas de frecuencia relativa (frecuencias absolutas y porcentual) y de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar) según sea el caso.

Resultados

De los pacientes con shock ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios el grupo de edad más afectado fue de 71-80 años con 23,33%, seguido del rango de 61-70 años con 20% y con 16,67% los grupos de 41-50 años y 51-60 años, respectivamente; siendo el promedio de edad de $56,86 \pm 15,85$ años. Por otra parte, se encontró predominio del sexo masculino con 63,33%. **Tabla 1.**

De acuerdo con la clasificación según la causa del shock por Weil Shubin de los pacientes estudiados, se evidencia que 50% fueron distributivo cardiogénico con 20%, hipovolémico con 16,67% y obstructivo con 13,33%. **Grafico 1.**

En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos 33,33% de los pacientes reportaron derrame pleural bilateral, seguido de 30% derrame pleural unilateral y 23,33% derrame pericárdico. Además, 26,67% presentaron espesor patológico, 33,33% dimensiones VD-VI aumentados, 70% la contractibilidad era patológica; mientras, que 20% de los pacientes

UTILIDAD DEL PROTOCOLO FOCUSED ASSESSMENT WITH TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY (FATE) EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK

Tabla. 1

Características	Nº	%
Demográficas		
Grupos de Edad		
(Años)		
≤30	2	6,67
31-40	4	13,33
41-50	5	16,67
51-60	5	16,67
61-70	6	20
71-80	7	23,33
≥81	1	3,33
Sexo		
Masculino	19	63,33
Femenino	11	36,67
n=30		
Edad promedio	56,86±15,85	

registraron función sistólica ventricular levemente deprimida, 16,67% moderadamente y 10% severamente deprimida. Como último hallazgo se encontró que la visualización pulmonar fue patológica en 60% de los pacientes.

Gráfico 1. Clasificación de los pacientes según la causa del shock.

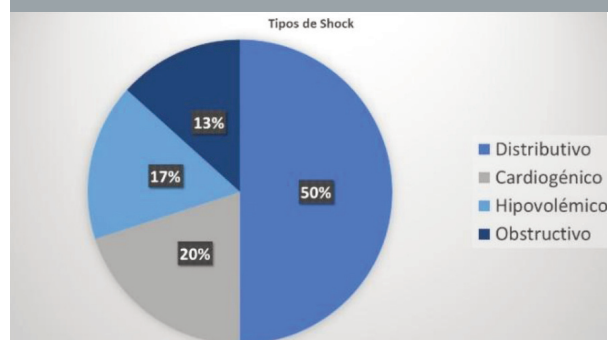


Gráfico 2. Patologías evidenciadas por FATE

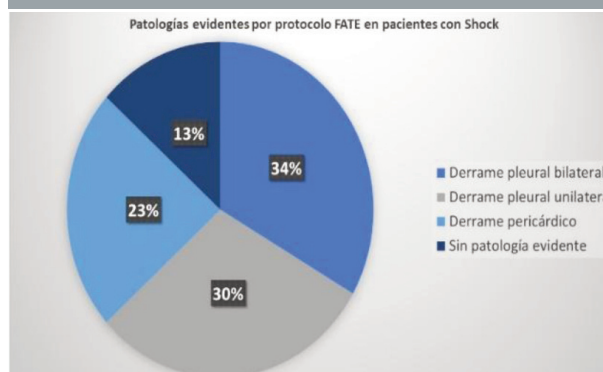


Gráfico 3. Estimación de FEVI por Teicholz en pacientes con Shock

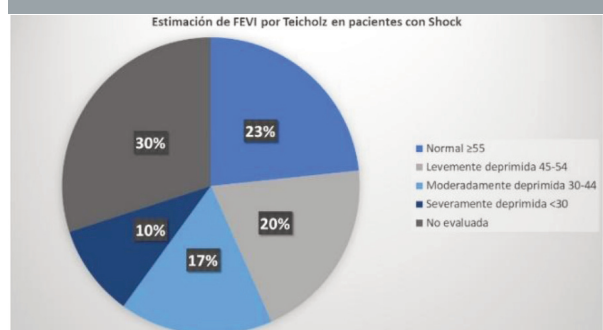


Gráfico 4. Hallazgos ecográficos relevantes por protocolo FATE en pacientes con Shock

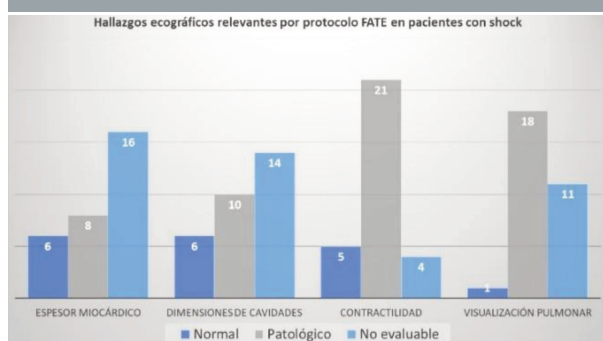


Tabla. 2

Hallazgos Ecocardiográficos	Nº	%
Patologías		
Derrame Pleural Unilateral	9	30
Derrame Pleural Bilateral	10	33,33
Derrame Pericárdico	7	23,33
Sin Patologías	4	13,33
Espesor		
Normal	6	20
Patológico	8	26,67
No evaluable	16	53,33
Dimensiones VD-VI		
Normal	6	20
Aumentada	10	33,33
No evaluable	14	46,67
Contractibilidad		
Normal	5	16,67
Patológica	21	70
No evaluable	4	13,33
Función Sistólica Ventricular		
Normal	7	23,33
Levemente Deprimida	6	20
Moderadamente Deprimida	5	16,67
Severamente Deprimida	3	10
No evaluable	9	30
Visualización Pulmonar		
Normal	1	3,33
Patológica	18	60
No Evaluable	11	36,67
n=30		

Gráfico 5. Valor cualitativo del protocolo FATE (correlación clínica)

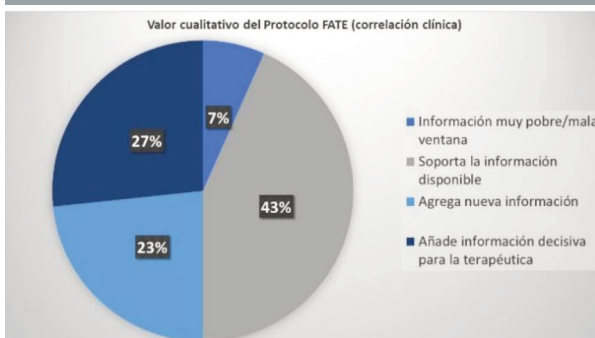
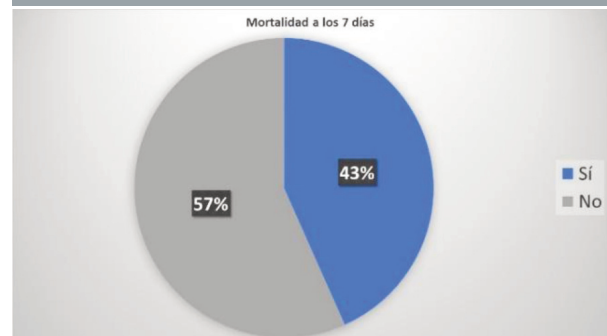


Gráfico 6. Mortalidad a los 7 días



Se aprecia el valor cualitativo del monitoreo a través de protocolo FATE en pacientes con shock resultando que 43,33% soporta la información disponible, 26,67% añade información decisiva a la terapéutica, 23,33% agrega nueva información y solo 6,67% la información fue pobre/mala ventana.

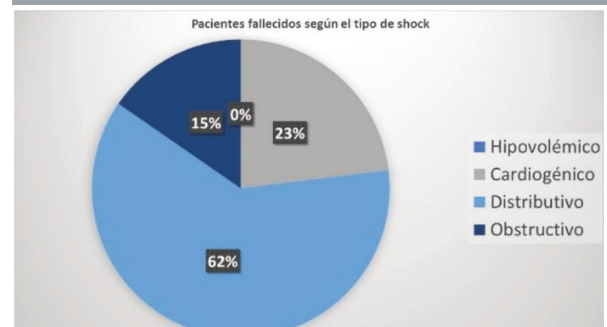
Cuadro 4/Gráfico 7: Valor cualitativo del monitoreo a través de protocolo FATE en pacientes con shock.

La mortalidad a los 7 días se reflejó en 43,33% de defunciones durante este período.

Se presenta la frecuencia de defunciones según la clasificación de Weil y Shubin, obteniendo que 61,54% fueron distributivos, seguido de cardiogénico con 23,08% y obstructivo con 15,38%, no se reportaron defunciones por shock hipovolémico. **Gráfico 7.**

Se determinó el valor cualitativo del monitoreo

Gráfico 7. Pacientes fallecidos según el tipo de Shock



UTILIDAD DEL PROTOCOLO FOCUSED ASSESSMENT WITH TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY (FATE) EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK

a través de protocolo FATE en pacientes fallecidos según causa de shock, mostrando que aquellos con shock distributivo 37,5% reportaron la información disponible y agrega información, respectivamente. En cambio, en 100% de los pacientes fallecidos por shock cardiogénico y obstructivo el protocolo FATE añadió información decisiva a la terapéutica.

Tabla 3.

Valor Cualitativo FATE	Shock Cardiogénico		Shock Distributivo		Shock Obstructivo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Información muy pobre/Mala ventana	0	0,0	1	12,5	0	0,0
Soporta la información disponible	0	0,0	3	37,5	0	0,0
Agrega nueva información	0	0,0	3	37,5	0	0,0
Añade información decisiva a la terapéutica	3	100,0	1	12,5	2	100,0
Total	3	100,0	8	100,0	2	100,0

Discusión

En los últimos años, la definición, clasificación y tratamiento del estado de shock han estado sujetos a revisiones y cambios constantes. De hecho, López, Pérez, Tapia, Paz, Ochoa, Cano, et al (2018)¹⁴ señalan que identificar a estos pacientes es vital en una sala de urgencias, antes de que el daño se vuelva sostenido e irreversible. En la actualidad, los estudios del estado de shock se han basado en buscar métodos para detectar tempranamente esta condición, así como parámetros de laboratorio que permitan una clasificación objetiva y guíen la adecuada reanimación de este, aunque al ser un síndrome, no hay un parámetro que sirva como estándar de oro.

En este sentido, la ecocardiografía transtorácica es una herramienta de diagnóstico en virtud de la rapidez, la no invasividad y la repetitividad. La evaluación enfocada con ecocardiografía transtorácica (FATE) forma una guía rápida para interpretar la información ecográfica y la relaciona con el contexto clínico. Al respecto, Nagre (2019)¹⁵ refiere que el FATE intenta evaluar la función cardíaca, incluida la contractilidad, tamaño de la cámara y la hipertrofia, la disfunción valvular, el taponamiento cardíaco y los derrames pericardíacos y pleurales.

Basado en lo anterior, se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la utilidad del protocolo FATE en la evaluación de

los pacientes en shock ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” durante el período agosto-octubre 2019. Para ello, se seleccionaron un total de 30 pacientes con shock, los cuales se caracterizaron por un promedio de edad de $56,86 \pm 15,85$ años, siendo los más afectados el grupo de 71-80 años (23,33%), seguido de 61-70 años (20%), con predominio del sexo masculino (63,33%).

Estos resultados son comparables con los obtenidos por Osorio y Ortiz (2014)¹⁶ quienes identificaron 35 pacientes con diagnóstico de shock dentro de las 24 horas previas al momento de la evaluación, de los cuales 50% eran hombres y 50% mujeres, con una edad promedio de $63,9 \pm 16,1$ años. También, Bedeker, Lachman, Borkum, Hellenberg y Cupido (2015)¹⁷ describen que la edad promedio de los pacientes estudiados fue de $50,0 \pm 20,13$ años, con ligero predominio del sexo masculino (51,43%). Mientras, Ghane, Gharib, Ebrahimi, Saeedi, Akbari-Kamrani, Rezaee y Rasouli (2015)¹⁸ seleccionaron 52 pacientes con estado de shock cuya edad media fue de 51,6 años y 53,85% eran hombres.

En pacientes con shock, la morbi-mortalidad también depende de la duración y el tratamiento rápido de la causa; sin embargo, Pérez y Franco (2015)¹⁹ mencionan que la diferenciación clínica entre shock hipovolémico, distributivo, cardiogénico u obstructivo no siempre puede realizarse correctamente, pues el examen físico solo detecta 57% de las anomalías cardíacas. Al respecto, los pacientes estudiados se clasificaron según Weil y Shubin, obteniendo que 50% fueron distributivo, 20% cardiogénico, 16,67% hipovolémico y 13,33% obstructivo. Del mismo modo, Osorio y Ortiz (2014)¹⁶ utilizaron la misma clasificación resultando que 46,88% fueron cardiogénicos, 18,75% distributivos, 21,88% obstructivos y 12,5% hipovolémicos/hemorrágicos.

Igualmente, Ghane, Gharib, Ebrahimi, Saeedi, Akbari-Kamrani, Rezaee y Rasouli (2015)¹⁸ muestran la prevalencia de diferentes tipos de shock en función de la impresión final alcanzada durante la

hospitalización. Los tipos de shock más frecuentes fueron el shock cardiogénico (23,1%) y el shock debido a múltiples etiologías, siendo los más frecuentes en este grupo shock hipovolémico y distributivo (15,38%, respectivamente), y 13,5% eran de tipo obstructivo; también, se determinó que 13,5% fallecieron antes de confirmar clínicamente la causa precisa del estado de shock y se clasificaron como "etiología no definida". Otros autores como Sánchez, Lara, Clausdorff y Guzmán (2018)²⁰ registran 60% de shock séptico, cerca de 15% a shock cardiogénico e hipovolémico, cada uno y finalmente cerca de 4% obstructivo.

Por otra parte, Macas, Maciulienė, Ovsianas, Juodviroyte y Bakoyte (2014)²¹ expresan que la ecocardiografía transtorácica evaluada con enfoque (FATE) es una herramienta complementaria eficaz. En pacientes críticamente enfermos, ofrece un enfoque sistemático y enfocado para el examen ecocardiográfico y propone un conjunto de habilidades que se pueden aprender fácil y rápidamente. Si bien, Pérez y Franco (2015)¹⁹ aseveran que el protocolo FATE centra su evaluación en la exclusión de la patología causal obvia, la evaluación de la contractilidad del ventrículo izquierdo, la estimación del grosor de la pared y las dimensiones de la cámara, la exclusión de la patología pleural y, además, la relación de la información ecocardiográfica con el contexto clínico es aportado por este método.

En este contexto, se describe en el presente estudio como hallazgos ecocardiográficos importantes que 33,33% reportaron derrame pleural bilateral, 30% derrame unilateral y 23,33% derrame pericárdico. A la par, 26,67% presentaron espesor patológico, con dimensiones VD-VI aumentados y 70% la contractibilidad era patológica; mientras, que 20% de los pacientes la función sistólica ventricular estaba levemente deprimida, 16,67% moderadamente y 10% severamente deprimida. Como último hallazgo se encontró que la visualización pulmonar fue patológica en 60%.

Con referencia a lo anterior, Breitzkreutz, Price, Steiger, Seeger, Ilper, Ackermann, Rudolph, y cols (2010)²² obtuvieron imágenes de calidad diagnósti-

ca en 96%, 35% de aquellos con un diagnóstico de ECG de asistolia, y 58% se detectó movimiento cardíaco coordinado y se asoció con una mayor supervivencia. Los hallazgos ecocardiográficos modificaron el manejo en 78% de los casos. Por su parte, Osorio y Ortiz (2014)¹⁶ reportan 14 pacientes con shock cardiogénico, utilizando el protocolo de ultrasonido enfocado, se encontró disminución en la contractilidad en 100%; también, en 92,86% presentaban evidencia de disminución en la función sistólica del ventrículo izquierdo. De igual manera, se realizó ecocardiograma por cardiología a 92,86% pacientes, todos (100%) con evidencia de disfunción sistólica, 76,9% con disminución objetiva de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI menor al 40%), 7,6% con disfunción severa del ventrículo derecho y 15,3% con FEVI normal pero que cursaban con insuficiencia mitral severa, por lo que la FEVI pudo estar sobrestimada; sin embargo, en la descripción de los hallazgos de estos 2 últimos, se encontraron trastornos segmentarios de contractilidad.

Cabe mencionar autores como Jensen, Sloth, Larsen y Schmidt (2004),¹³ quienes crearon el algoritmo conocido como FATE, el protocolo proporcionó imágenes utilizables del corazón en 97% de los pacientes, 58% subcostal, 80% apical y 69% paraesternal. Las imágenes a través de una ventana se podían obtener en 23%, a través de dos ventanas en 41% y a través de tres ventanas en 34%. En 97,4%, el protocolo de eco evaluado focalmente contribuyó positivamente. En 24,5% de los casos la información fue decisiva, en 37,3% suplementaria y en 35,6% de apoyo.

En el presente estudio, el valor cualitativo del monitoreo a través de protocolo FATE en pacientes con shock, muestra que 43,33% soporta la información disponible, 26,67% añade información decisiva a la terapéutica, 23,33% agrega nueva información y solo 6,67% la información fue pobre/mala ventana. Asimismo, Bedeker, Lachman, Borkum, Hellenberg y Cupido (2015)¹⁷ informan que los resultados reportados por el ecocardiograma tuvieron un impacto en el manejo del 84% de los pacientes. Las lesiones valvulares fueron la principal indicación y la contribución más frecuente fue la información

UTILIDAD DEL PROTOCOLO FOCUSED ASSESSMENT WITH TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY (FATE) EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK

proporcionada para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca y la evaluación del infarto de miocardio; además, 56% de los ecocardiogramas confirman el diagnóstico del médico remitente.

En otro estudio, Manasia, Nagaraj, Kodali, Croft, Oropello, Kohli, Leibowitz, y cols (2005)²³ evaluaron 90 ingresos consecutivos a una Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgicos, logrando realizar satisfactoriamente el examen en 94% de los casos, logrando una interpretación adecuada por el proveedor con entrenamiento limitado en 84% de los casos. Los hallazgos aportaron datos nuevos y cambiaron el manejo en 37% de los casos y adicionaron información considerada útil en otro 47%.

A pesar de los avances en medicina, Goldberg y Liu (2015)²⁴ informan que la mortalidad puede llegar hasta 50% en pacientes con shock. En el presente estudio, la mortalidad a los 7 días fue de 43,33%, de los cuales 61,54% fueron distributivos, lo sigue el cardiogénico con 23,08% y 15,38% obstructivo, no hubo defunciones por shock hipovolémico.

De igual manera, se comprobó el valor cualitativo del monitoreo mediante el protocolo FATE en los pacientes fallecidos según causa de shock, revelando que 37,5% de los pacientes con shock distributivo reportaron que soporta la información disponible y agrega nueva información, respectivamente. A diferencia de los pacientes fallecidos por shock cardiogénico y obstructivo, en 100% el protocolo FATE añadió información decisiva a la terapéutica.

En este orden de ideas, Si, Cao, Wu, Chen, Liu, Chen, Ouyang y Guan (2016)²⁵ realizaron un meta-análisis donde reportan que los pacientes en shock obstructivo suelen tener mayor mortalidad explicada principalmente por la baja tasa de sospecha asociada con este mecanismo, gran parte de las embolias pulmonares fatales no son detectadas clínicamente, agregando a la gravedad de la situación.

Hasta ahora, la única variable que ha mostrado ser consistente en disminuir la mortalidad, independiente de la causa del shock, es su reconocimiento y manejo precoz. Sería importante tener una idea de si el impacto clínico y los cambios en

el manejo eventualmente se traducen en mejores resultados de salud en atención primaria. En consecuencia, lo anterior sustenta la utilidad clínica de extender la aproximación inicial a los pacientes inestables con la realización de evaluaciones ecocardiográficas sistemática, no solamente como extensión diagnóstica y como el recurso principal para detectar mecanismos de shock y causas etiológicas difíciles de tamizar con la aproximación clínica y paraclínica estándar, sino que toma fuerza como una estrategia de monitoreo y soporte en el manejo del paciente con shock.

Teniendo en cuenta que el adoptar medidas específicas diseñadas a corregir la etiología del shock, para frenar la cascada fisiopatológica del deterioro multiorgánico y disminuir la mortalidad; depende de la oportunidad, disponibilidad y precisión de herramientas diagnósticas, el ultrasonido enfocado de urgencias se convierte en una estrategia económica, no invasiva, práctica y de realización en la cabecera de la cama del paciente, que será de amplio interés para el médico que se enfrenta al paciente críticamente enfermo.

Conclusiones

El uso del ultrasonido enfocado en los cuidados intermedios es de gran utilidad para optimizar el manejo de los pacientes con shock, y se debe considerar como una herramienta importante para el médico internista. Es así como basado en los resultados obtenidos en el presente estudio, se muestran las siguientes conclusiones:

1. Durante el lapso agosto-octubre 2019, 30 pacientes con diagnóstico de shock ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios, se caracterizaron por un promedio de edad de $56,86 \pm 15,85$ años, siendo los más afectados el grupo de 71-80 años y de 61-70 años, con predominio del sexo masculino.
2. Según la clasificación del shock por Weil y Shubin se encontró que la mitad de los pacientes presentó shock distributivo, todos en contexto de sepsis, seguido en orden de frecuencia por cardiogénico, hipovolémico y obstructivo.
3. Los principales hallazgos ecocardiográficos fueron presencia de derrame pleural bilate-

ral, seguido de derrame pleural unilateral y derrame pericárdico. Además, en menos de la mitad de los pacientes se pudo constatar espesor miocárdico patológico, dimensiones VD-VI aumentados, función sistólica ventricular levemente deprimida; aunque en tres cuartos de los pacientes la contractibilidad era patológica al igual que la visualización pulmonar.

4. El valor cualitativo del monitoreo a través de protocolo FATE resultó en orden de frecuencia: soporta la información disponible, añadió información decisiva a la terapéutica, seguido de agregar nueva información y solo un bajo porcentaje la información fue pobre/mala ventana.
5. La mortalidad a los 7 días fue cercana a la mitad de los pacientes, siendo más frecuente en aquellos que fueron diagnosticados con shock distributivo y en menor frecuencia cardiogénico y obstructivo, no se reportaron defunciones por shock hipovolémico.
6. Entre los valores cualitativos del protocolo FATE en pacientes fallecidos según causa de shock, se encontró que aquellos con shock distributivo se soportó la información disponible y agregó nueva información. En cambio, todos los pacientes fallecidos por shock cardiogénico y obstructivo el protocolo FATE añadió información decisiva a la terapéutica.

Los resultados demuestran la importancia del Protocolo FATE en el manejo de pacientes con shock, lo que se traduce en mejores resultados de salud en atención en la Unidad de Cuidados Intermedios. Estos efectos podrían evaluarse en un estudio de seguimiento, aparte de su impacto clínico, por lo cual deben estudiarse las implicaciones de costo de un recurso restringido.

Referencias

1. Abbas, A., Fortuin, F., Patel, B., Moreno, C., Schiller, N., Lester, S. (2004). Noninvasive measurement of systemic vascular resistance using Doppler echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*; 2010,17(8):834-837.
2. López, F., Pérez, G., Tapia, E., Paz, D., Ochoa, X., Cano, A., et al. (2018). Choque hipovolémico. *An Med (Mex)*; 63 (1): 48-54.
3. Li, Y., Chan, C., Sin, K., Chan, S., Lin, P., Chen, X., et al. (2014). Validating a pragmatic definition of shock in adult patients presenting to the ED. *Am J Emerg Med*; 32 (11): 1345-1350.
4. Weil, M., Shubin, H. (1972). Proposed reclassification of shock states with special reference to distributive defects. *The Fundamental Mechanisms of Shock*. New York. Plenum Press. p. 13-23.
5. Morales, J. (2010). Monitoreo y resucitación del paciente en estado de choque. *Acta Med Per*; 27(4): 298-301.
6. Hochman, J., Sleeper, L., Webb, J., Sanborn, T., White, H., et al. (. Early Revascularization in Acute Myocardial Infarction Complicated by Cardiogenic Shock. *New England Journal of Medicine*; 1999; 341: 625.
7. Napolitano, L. (2018) Sepsis 2018: Definitions and Guideline Changes. *Surgical Infections*; 19(2)
8. Rincón, J., Hernández, M., Vidal, E., Monares, E., Cardonatti, G., Nogue, R., et al. (2012). Ultrasonografía aplicada en medicina crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*; 26: 158-165.
9. Ayuela, J., Clau-Terré, F., Ochagavía, A., Vicho, P. (2012). Papel de la ecocardiografía en la monitorización hemodinámica de los pacientes críticos. *Med Intens*; 36: 220-232.
10. Manno, E., Navarra, M., Faccio, L., Motevallian, M., Bertolaccini, L., Mfochivè, A., et al. (2012). Deep impact of Ultrasound in the Intensive Care Unit: The "ICU-sound" protocol. *Anesthesiology*; 117: 801-809.
11. Matsushima, K., Frankel, H. (2011). Beyond focused assessment with sonography for trauma: ultrasound creep in the trauma resuscitation area and beyond. *Curr Opin Crit Care*; 17: 606-612.
12. Ayuela, J., Clau, F., Vicho, R., Guerrero, M., Carrillo, A., Ochagavía, A., et al. (2014). Documento de consenso para la formación en ecografía en Medicina Intensiva. Proceso asistencial, uso de la técnica y adquisición de competencias profesionales. *Medicina Intensiva*; 38(1): 1-64.
13. Jensen, M., Sloth, E., Larsen, K., Schmidt, M. (2004). Transthoracic echocardiography for cardiopulmonary monitoring in intensive care. *Eur J Anaesthesiol*; 21(9): 700-7.
14. López, F., Pérez, G., Tapia, E., Paz, D., Ochoa, X., Cano, A., et al. (2018). Choque hipovolémico. *An Med (Mex)*; 63 (1): 48-54.
15. Nagre, A. (2019). Ecocardiografía transtorácica evaluada con enfoque: implicaciones en cuidados perioperatorios e intensivos. *Ann Card Anaesth*; 22: 302-8
16. Osorio, J., Ortiz, G. (2014). Utilidad del Ultrasonido Enfocado en la Evaluación del Choque en Pacientes Críticamente Enfermos. Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de Especialista en Medicina Interna. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia.
17. Bedeker, W., Lachman, A., Borkum, M., Hellenberg, D., Cupido, C. (2015). Impact of basic transthoracic echocardiography at district hospital level. Disponible en: https://open.uct.ac.za/.../thesis_hsf_2015_bedeker_wiaan_francois. (Consulta: 2018, diciembre 28).
18. Ghane, M., Gharib, M., Ebrahimi, A., Saeedi, M., Akbari-Kamrani, M., Rezaee, M., Rasouli, H. (2015). Exactitud del examen de ultrasonido rápido temprano en estado de shock (RUSH) realizado por un médico de urgencias para el diagnóstico de la etiología del shock en pacientes críticos. *J Emerg Trauma Shock*; 8: 5-10.
19. Pérez, J., Franco, G. (2015). Utilidad de la ecografía en reanimación. *Rev. Colombiana de Anestesiología*; 43(4):321-330.

UTILIDAD DEL PROTOCOLO FOCUSED ASSESSMENT WITH TRANSTHORACIC ECHOCARDIOGRAPHY (FATE) EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON SHOCK

20. Sánchez, D., Lara, B., Clausdorff, H., Guzmán, A. (2018). Generalidades y manejo inicial del shock. *Rev. de Ciencias Médicas*; 43(3): 66-76.
21. Macas, A., Maciulienė, A., Ovsianovskaya, J., Juodvioryte, G., Bakoyte, G. (2014). Focus evaluó la ecocardiografía realizada por examinadores inexpertos en una unidad de cuidados intensivos cardíacos. *Proc. Letonia Acad Sci Sect B*; 68: 242-6.
22. Breitzkreutz, R., Price, S., Steiger, H., Seeger, F., Ilper, H., Ackermann, H., Rudolph, M., et al. (2010). Focused echocardiographic evaluation in life support and peri-resuscitation of emergency patients: a prospective trial. *Resuscitation*; 81(11): 1527-33.
23. Manasia, A., Nagaraj, H., Kodali, R., Croft, L., Oropello, J., Kohli, R., Leibowitz, A., et al. (2005). Feasibility and potential clinical utility of goal-directed transthoracic echocardiography performed by noncardiologist intensivists using a small hand-carried device (SonoHeart) in critically ill patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth*; 19(2): 155-9.
24. Goldberg, S., Liu, P. (2015). Undifferentiated shock. *Critical Decisions in Emergency Medicine*; 29 (3).
25. Si, X., Cao, D., Wu, J., Chen, J., Liu, Z., Chen, M., Ouyang, B., Guan, X. (2016) Diagnostic Accuracy of Transthoracic Echocardiography to Predict Fluid Responsiveness by Passive Leg Raising in the Critically Ill: A Meta-Analysis. *Open Journal of Emergency Medicine*; 4: 83-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/ojem.2016.44011> (Consulta: 2018, diciembre 28)

Hemosuccus Pancreaticus: Rara Asociación entre Pancreatitis Aguda, Alcoholismo y Lesiones Vasculares en la Circulación Esplácnica *

Angélica Del Valle Pirela Pinto, Francheska Miroslava Rodríguez Guanipa, Fernando Javier Carrera Viñoles, Anaís Dolores Tavárez Valero, Guillermo Antonio Blanco Hernández

Recibido: 03/10/2020

Aceptado: 12/10/2020

Resumen

La pancreatitis aguda o crónica puede resultar en lesiones del conducto pancreático, además, la corrosión por el jugo pancreático puede provocar la ruptura de la pared vascular periférica, lo que conduce a hemosuccus pancreático (HP) definido como el sangrado del conducto pancreático a través de la ampolla de Vater. El sangrado suele ser intermitente, repetitivo y, a menudo, no lo suficientemente grave, como para causar inestabilidad hemodinámica. La mayoría de los pacientes tiene antecedentes de enfermedades pancreáticas originales y cuando esto no se cumple, debe incluirse en el diagnóstico diferencial para alcoholistas crónicos con hemorragia digestiva alta intermitente. Presentamos una forma clínica atípica en un paciente masculino de 55 años de edad, con antecedentes de HTA, alcoholismo y aneurisma de la aorta abdominal, quien consultó por dolor tipo cólico en abdomen superior; náuseas y vómitos; luego se asoció disminución del estado de conciencia, alternando con episodios de agitación psicomotriz y primo convulsión generalizada. Una vez ingresado, sucedieron varios episodios de melena. La tomografía abdominal mostró aumento de tamaño y densidad (unidades hounsfield de 58-61) en cabeza y cuerpo del páncreas, por lo que se realizó una angiografía abdominal con protocolo de páncreas y se evidenció doble lesión aneurismática de la arteria esplénica y la arteria gástrica. Falleció en el postoperatorio.

Palabras clave: Hemosuccus Pancreaticus; Pancreatitis Hemoductal; Wirsungrragia.

Hemosuccus Pancreaticus: an unusual association of acute pancreatitis, alcoholism and vascular abnormalities of the splanchnic circulation

Angélica Del Valle Pirela Pinto, Francheska Miroslava Rodríguez Guanipa, Fernando Javier Carrera Viñoles, Anaís Dolores Tavárez Valero, Guillermo Antonio Blanco Hernández

Abstract

Acute or chronic pancreatitis can result in lesions of the pancreatic duct; in addition, corrosion by the pancreatic juice can cause the rupture of the peripheral vascular wall, which leads to pancreatic hemosuccus defined as bleeding from the pancreatic duct through the Vater ampulla. Bleeding is often intermittent, repetitive, and often not severe enough to cause hemodynamic instability. Most of the cases have a history of strictly pancreatic original diseases, when this is not the case, the PH should be included in the differential diagnosis for chronic alcoholics with intermittent upper gastrointestinal bleeding. We report here an atypical presentation in a 55-year-old male patient with a history of hypertension, alcoholism and an abdominal aortic aneurysm. He consulted for colicky abdominal pain in the upper abdomen, nausea and vomiting; subsequently he presented decreased consciousness, alternating with episodes of psychomotor agitation and generalized seizures. Once hospitalized he had several bouts of melena. The abdominal tomography showed an increase in the size and density (hounsfield units of

* Hospital José María Vargas, Servicio de Medicina Interna, Caracas, Venezuela
E-mail: Guillermo Blanco Hernandez <guillermomducv@gmail.com>

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: RARA ASOCIACIÓN ENTRE PANCREATITIS AGUDA, ALCOHOLISMO Y LESIONES VASCULARES EN LA CIRCULACIÓN ESPLÁCNICA

58-61) of the head and body of the pancreas. An abdominal angiography with a pancreas protocol was performed, which evidenced a double aneurismal lesion of the splenic and gastric arteries. The patient died after surgery.

Key words: Hemosuccus Pancreaticus; Hemoductal Pancreatitis; Wirsungrragia.

Introducción

La Hemosuccus Pancreaticus (HP) se define como el sangramiento del conducto pancreático a través de la ampolla de Vater. Desde su descripción inicial por Van Kemmel en 1960 como wirsumgrragia¹, se han descrito diferentes términos para hacer referencia a esta entidad; Sandblom propuso por primera vez el término hemosuccus pancreaticus (HP) en 1970, y Longmire y Rose utilizaron el término pancreatitis hemoductal en 1973.² Generalmente, es causado por una fuente de sangrado en el páncreas, el conducto pancreático o estructuras adyacentes al páncreas. Tanto las alteraciones estructurales pancreáticas como la pancreatitis aguda o crónica, la presencia de lesiones aneurismáticas intra o extra pancreáticas y los tumores pancreáticos e incluso las neoplasias quísticas pancreáticas, han demostrado ser algunas de sus principales causas.^{3,4}

La pancreatitis aguda o crónica puede resultar en lesiones del conducto pancreático. La corrosión del jugo pancreático puede provocar la rotura de la pared vascular periférica, lo que conduce a HP. Además, algunas causas poco frecuentes son la litiasis pancreática y los pseudoquistes del páncreas, que pueden provocar inflamación del conducto pancreático.⁵ La propensión inusual de los pseudoquistes pancreáticos asociados con aneurismas falsos sugiere que las enzimas pancreáticas desempeñan funciones patógenas.⁶ Se ha demostrado que los pseudoquistes contienen enzimas líticas activadas, principalmente elastasas. Estas enzimas ejercen una acción elastolítica sobre el componente elástico de las paredes de los vasos y provocan hemorragias.⁷ La principal limitante para su diagnóstico adecuado es el sangrado intermitente debido a la formación de coágulos en el conducto pancreático principal, lo que dificulta su diagnóstico por estar presente solo en el 33% de los casos.⁸

En algunos casos raros, es posible que no haya aneurismas; sin embargo, los exámenes patológicos o iconográficos muestran hallazgos sugestivos de malformaciones vasculares.⁹ La edad de aparición está ampliamente distribuida; el rango de edad promedio de los pacientes con HP es de 32 a 36 años. Los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar HP que las mujeres. Los síntomas y signos clínicos incluyen principalmente hemorragia digestiva alta, que podría evidenciarse por hematemesis y melena, siendo esta última la más común. Se ha descrito la rotura hacia la cavidad abdominal o el retroperitoneo. El dolor cólico característico es el resultado del aumento de la presión intraductal, que es causada por la obstrucción del conducto de Wirsung debido a la formación de coágulos.¹⁰ El sangrado suele ser intermitente, repetitivo y, a menudo, no lo suficientemente grave como para causar inestabilidad hemodinámica.

Según diversos estudios,^{11, 14} la mayoría tiene antecedentes de enfermedades originales estrictamente pancreáticas. En los pacientes sin historia previa de enfermedad estructural y/o funcional pancreática, la HP debe incluirse en el diagnóstico diferencial para alcohólicos crónicos con hemorragia digestiva alta intermitente,¹⁵ ya que se han observado antecedentes de consumo de alcohol en muchos pacientes. En algunas especulaciones adicionales, la pancreatitis alcohólica crónica asintomática podría ser un factor de riesgo de HP.¹⁶

Presentación del caso

Paciente masculino de 55 años de edad, cuyo familiar refiere inicio de enfermedad actual el día 03/06/2020 en horas de la mañana, cuando, posterior a ingesta copiosa de alimentos ricos en grasas y alcohol, comienza a presentar múltiples episodios eméticos de contenido alimentario, precedidos de náuseas, varios episodios de melena y concomitante con dolor de aparición súbita, cólico de fuerte intensidad, localizado en epigastrio, irradiado a nivel paravertebral e hipocondrio derecho; También pérdida del estado de conciencia y movimientos tónico-clónicos generalizados; no tuvo recuperación total de la conciencia, y posterior a la administración de tratamiento

anticonvulsivante, persistió desorientado, con agitación psicomotriz; los vómitos continuaron y fué traído a nuestro hospital.

Sus antecedentes personales eran HTA tratada con Losartan, Alergia al iodo y corrección quirúrgica de aneurisma de aorta abdominal en el año 2012 sin complicaciones aparentes. OH acentuados con cerveza, ron y whiskey . Pérdida de peso no cuantificada , palidez mucocutánea por 4 meses de evolución, disnea de moderados a leves esfuerzos, disfunción eréctil, somnolencia y bradipsiquia.

Examen físico: Signos vitales: FC: 90 x' FR: 28 x' TA: 105/80 mmHg TAM: 88 mmHg SatO2: 85% a FiO2: 0,21 y 98% a FiO2: 0,50. Paciente sudoroso, taquipenico, recibiendo O2 a 6 lt por minuto por mascarilla simple. Piel: Fototipo V con palidez cutáneo-mucosa acentuada, Cardiovascular: soplo mesosistólico grado II/IV en foco aórtico, Abdomen: Globoso, RsHs positivos, doloroso a la palpación en FD y FID, Neurológico: somnoliento, desorientado, lenguaje incoherente, agitación psicomotriz. Ataxia asociada a marcha inestable FM: 3/5 U ROT ++/++++, Glasgow: 12 ptos RO: 4 RV: 3RM:.⁵

A su ingreso: hematología, glicemia, urea, creatinina, ecosonograma abdominal y Rx de tórax, con los siguientes resultados: GB:18,8 NEU:85,5 LY: 11,9 HGB: 9,2 VCM:98,3 HCM: 30,2 CHCM:29,1 Hyo: 29,1 PLT:150, Glicemia: 225 mg/dl Urea:25 Cr: 3,4, serologías negativas. En los hallazgos ecográficos se evidenció: hígado con aumento de ecogenicidad difusa, compatible con esteatosis hepática, pielectasia renal derecha e imagen anecoica en polo superior de RI, sugestiva de quiste renal simple; también se evidenció líquido perihepático, periesplénico, en fondo de saco y a nivel costo- diafragmático.

Persistió atáxico durante 2 días y con elevación de las cifras tensionales. Posteriormente presentó evacuaciones líquidas, con moco, aparentemente sin sangre y fiebre de 39 grados centígrados por 2 días . Durante este periodo de tiempo se evidenció ascenso progresivo de los glóbulos blancos, descenso de las cifras de hemoglobina, proteinuria y hemoglobinuria.

Continuó con diarrea; los resultados de amilasa y lipasa fueron 78 y 368 unidades, respectivamente. El día 12/06/20 empeoró el dolor abdominal y se palpó una masa en flanco y fosa ilíaca derechos,

Figura 1. TC abdominal con contraste

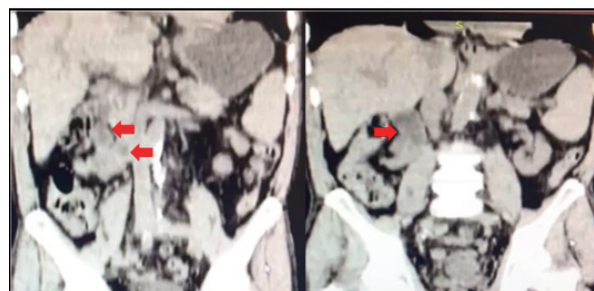
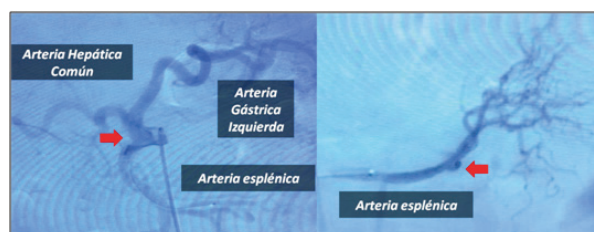


Figura 2. Resonancia Magnética abdominal con efecto angiográfico



con signos de irritación peritoneal.

Se realizó TC de abdomen con contraste (figura 1): disección sub-aguda de aorta abdominal infrarrenal, hematoma retroperitoneal de gran tamaño, prótesis aorto-iliaca bilateral, aneurisma trombosado de iliaca común izquierda, cambios sugestivos de colitis isquémica, aumento de tamaño en cabeza y cuerpo del páncreas, pérdida parcial de los contornos, a predominio de hemicara posterior, aumento de densidad glandular (unidades hounsfield de 58-61) sugestivo de contenido hemático, por lo que se realizó resonancia abdominal con efecto angiográfico en protocolo pancreático y se evidenció una disección de aorta abdominal infrarrenal, trombosis parcial de aneurisma de la arteria iliaca común izquierda y aneurismas de la arteria esplénica y gástrica (Figura N°2). El paciente fue intervenido, pero falleció posterior a exploración de la cavidad abdominal, corroborándose los hallazgos antes descritos.

HEMOSUCCUS PANCREATICUS: RARA ASOCIACIÓN ENTRE PANCREATITIS AGUDA, ALCOHOLISMO Y LESIONES VASCULARES EN LA CIRCULACIÓN ESPLÁCNICA

Discusión

La historia natural de la pancreatitis es difícil de caracterizar debido a su variabilidad de presentación y la inaccesibilidad relativa del páncreas para el estudio histológico. Los estudios sobre toxicidad inducida por alcohol en el hígado postulan que el alcohol puede ser metabolizado por las células pancreáticas para generar metabolitos que median cambios en los organelos.^{4,8} El páncreas tiene la capacidad enzimática de metabolizar el alcohol de forma eficiente por dos vías. La principal vía metabólica en el páncreas es la no oxidativa que produce ésteres de colesterol y ésteres de ácidos grasos, que aumentan el estrés oxidativo y la fragilidad de las membranas lisosomales y de los gránulos de zimógeno facilitando la activación enzimática intracelular temprana. La segunda es la vía oxidativa, que produce acetaldehído, el cual activa las células estrelladas conduciendo fibrosis. Adicionalmente el alcohol, el acetaldehído y los metabolitos de la vía no oxidativa aumentan los niveles de citoquinas que favorecen la necroinflamación y también estimulan las células estrelladas.⁵

Con el descubrimiento a finales de los 90 de la función de las células estrelladas para la necrofibrosis pancreática se plantea la hipótesis de la “colocalización”,¹¹ en la que el evento inicial es el bloqueo de la excreción de los zimógenos. Debido a que la síntesis es continua al bloquearse su excreción, hay una acumulación progresiva de zimógenos que finalmente trae como consecuencia la aproximación y la fusión entre los gránulos de zimógeno y las enzimas lisosomales en un proceso denominado colocalización; esto conduce a que las enzimas lisosomales como la catepsina B activen los zimógenos a tripsina. Esta enzima inicia el daño acinar pancreático. La retención de los gránulos de zimógeno posiblemente se debe a una alteración en la red de filamentos de actina que facilitan las funciones de secreción. Esta afirmación busca explicar el complejo mecanismo fisiopatológico por el que se ilustra como las enzimas pancreáticas y un proceso inflamatorio severo pueden producir disrupción de la pared de los vasos intra o extra pancreáticos para favorecer la fistulización del contenido del vaso hacia los canalículos intra pancreáticos a través de la formación de fibrosis

intersticial inducida por catepsina B en el Hemosuccus pancreático y su probable asociación con el consumo crónico y persistente de alcohol, que ha demostrado con creces, ser un factor de riesgo tanto para lesiones vasculares^{16,17} como para pancreatitis aguda y crónica.

Según Etienne y cols. entre 75–90% de los casos de hemosuccus pancreaticus se presentan como complicación de una pancreatitis crónica, y en más del 95% la causa determinante es un pseudoaneurisma de la arteria esplénica (60–70%), seguida por la arteria hepática común y la mesentérica; otras causas que pueden determinar esta rara entidad son los tumores pancreáticos, traumatismos o lesiones iatrogénicas por estudios endoscópicos y punciones diagnósticas. Estos datos se correlacionan con el caso presentado, al evidenciarse un aneurisma de la arteria esplénica; sin embargo, en la literatura consultada no encontramos asociación con más de una lesión aneurismática, hallazgo relevante en este caso al tener doble lesión aneurismática.

La endoscopia digestiva alta permite evidenciar el sangrado solamente en el 30% de los casos,⁴ pero en nuestro caso no se dispuso de este método diagnóstico; sin embargo, se evidenciaron episodios intermitentes de melena.

Para diagnosticar la causa se practica tomografía computarizada con contraste intravenoso, que informa de las características anatómicas del páncreas y de la arteria,^{7,11} tal como mostrado en este caso. La prueba más específica para la evaluación de la causa del hemosuccus pancreaticus es la arteriografía del tronco celiaco y de la arteria esplénica que documenta la lesión y su topografía, lo que permite objetivar la comunicación entre la arteria y los ductos pancreáticos si se realiza durante un episodio de dolor.¹⁴

Finalmente, este caso inusual destaca la importancia de la adecuada asociación clínica – imagenológica en el estudio del paciente con dolor abdominal y manifestaciones de sangrado gastrointestinal intermitente, para esclarecer formas de presentación infrecuentes de enfermedad relativamente comunes como la pancreatitis aguda.

Referencias

1. D.I. Heath, A.W. Reid, W.R. Murray, et al., Bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms in chronic pancreatitis, *Br. J. Surg.* 79 (1992) 281.
2. S. Etienne, P. Pessaux, J.J. Tuech, et al., Hemosuccus pancreaticus: a rare cause of gastrointestinal bleeding, *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2005; 29: 237–242.
3. C. Panackel, A. Kumar, N. Subhalal, et al., Education and imaging. Hepatobiliary and pancreatic: hemosuccus pancreaticus complicating calcific chronic pancreatitis, *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2017; 22:1691.
4. M. Shinzeki, et al., Mucinous cystic neoplasm of the pancreas presenting with hemosuccus pancreaticus: report of a case, *Surg. Today* 2010; 40: 470–473.
5. Y. Matsumoto, H. Miyamoto, A. Fukuya, et al., Hemosuccus pancreaticus caused by a mucinous cystic neoplasm of the pancreas, *Clin. J. Gastroenterol.* 2017; 10 (2): 1–6.
6. R. Cheruvattath, et al., Hemosuccus pancreaticus after EUS-FNA of a pancreatic tail cyst, *Gastrointest. Endosc.* 70 (2019) 817.
7. A. Rammohan, R. Palaniappan, et al., Hemosuccus pancreaticus: 15-year experience from a tertiary care GI bleed centre, *ISRN Radiol* (2017) 6.
8. T. Zuchelli, E. Alsheik, B. Bhandari, et al., A unique case of hematemesis in a 17- year-old female, *ACG Case Rep J* 1 (2014) 151.
9. M.U. Maheshwaran, J. Sathyanesan, S. Ramasamy, et al., Hemosuccus pancreaticus: 18-year experience from a tertiary care GI bleed centre in India, *HPB* 18 (2016) e784.
10. Yu P, Gong J. Hemosuccus pancreaticus: una mini revisión. *Ann Med Surg (Lond)* . 2018; 28: 45–48. Publicado el 9 de marzo de 2018 doi: 10.1016 / j.amsu.2018.03.002
11. Ülkü A, Sarıtaş AG, Topal U, Çoğal İ, Üsküdar O, Akcam AT. Hemosuccus pancreaticus A case report and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2020;91:27–34. PMID: 32180580.
12. Ulku A, Sarıtaş AG, Topal U, Cogal I, Uskudar O, Akcam AT. Hemosuccus pancreaticus A case report and review of the literature. *Ann Ital Chir.* 2019 Nov 28;8:S0003469X1903135X. Epub ahead of print. PMID: 31790368.
13. Vimalraj V, Kannan DG, Sukumar R, et al. Hemosuccus pancreaticus: diagnostic and therapeutic challenges. *HPB.* 2009;11:345–50.
14. Lermite E, Regenet N, Tuech J-J, et al. Diagnosis and treatment of hemosuccus pancreaticus: development of endovascular management. *Pancreas.* 2007;34:229–32.
15. Barge JU, Lopera JE. Vascular complications of pancreatitis: role of interventional therapy. *Korean J Radiol.* 2019;13:45–55.
16. Yokayoma, A. Hashmi, D. Srinivas, et al., Wirsungorrhagia or hemoductal pancreatitis; report of a case and review of the literature, *Am. J. Gastroenterol.* 2009; 90: 1878–800.
17. Miki S, et al. Hemosuccus pancreaticus in a patient with iodine allergy: successful diagnosis with magnetic resonance imaging and treatment with transarterial embolization using carbon dioxide as the contrast medium. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2019;32(6):1296–9.