



Colección Razetti

Volumen XXXIII



Editores:

Dr. Huniades Urbina Medina

Dr. Andrés Soyano López

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada



Colección Razetti

Volumen XXXIII

Editores:

Dr. Huniades Urbina-Medina

Dr. Andrés Soyano

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada



Colección Razetti. Volumen XXXIII.

Colección Razetti. Volumen XXXIII

Editores:

Dr. Huniades Urbina-Medina

Dr. Andrés Soyano

Compilador:

Dr. Carlos Cabrera Lozada

Depósito Legal

DC2025000448

ISBN 978-980-6905-07-8 (Colección)

ISBN 978-980-6155-14-5 (Volumen XXXIII)

Editorial Academia Nacional de Medicina Caracas.

[www. https://academianacionaldemedicina.org/](https://academianacionaldemedicina.org/)

e-mail: coleccionrazetti@gmail.com

Versión electrónica Septiembre, 2025

CONTENIDO

Prólogo	Dr. Huniades Urbina-Medina	VI
Capítulo 1.	Sesión Solemne Academia Nacional de Medicina. Conmemoración del 80 Aniversario de La Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Paraninfo del Palacio de Las Academias. Dra. María Fátima Garcés	1
Capítulo 2.	El axioma de la melena espuria, o los apuros del Conde Drácula. Tragicomedia en cinco “in-humanos” actos Dr. Rafael Muci-Mendoza	6
Capítulo 3.	El médico y la medicina ante el sufrimiento humano. Dr. Gustavo J. Villasmil Prieto	24
Capítulo 4.	Enfoque hermenéutico fenomenológico de las dimensiones física, psicoemocional y espiritual del dolor humano. Dra. Miriam Marcano Torres	30
Capítulo 5.	Arma de destrucción masiva: ausencia de estadísticas nacionales en salud Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez, Norma Marchan Pérez, Jeiv Vicente Gómez Marín, Carlos Ramón Cabrera Lozada, Pedro Faneite Antique	52

Capítulo 6.	Mpox durante el Embarazo Dras. Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Carla Elizabeth Lozada Sánchez	70
Capítulo 7.	Medicina Materno Fetal e Inteligencia Artificial: Consideraciones Docentes y Bioéticas Dres. Jeiv Vicente Gómez Marín, Yanine Palacios, Carmen Sarmiento, Marvina Romero, Alexandra Rivero Fraute, Carlos Ramón Cabrera Lozada	88
Capítulo 8.	¿Qué es la Antropología Médica? Dr. Carlos Rojas Malpica	122
Capítulo 9.	La Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Venezolana de Gastroenterología Dr. José Ramon Poleo	133
Capítulo 10.	Un Himno que nos une: El Patrimonio Histórico de Sovegastro Dra. Carla María Días De Oliveira	153
Capítulo 11.	Ética del Buen Cuidado en el Contexto Hospitalario: Un Enfoque Relacional y Humanista Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez, Jeiv Vicente Gómez Marín, Carlos Ramón Cabrera Lozada	156
Capítulo 12.	Trastornos paroxísticos no epilépticos: espasmo del sollozo Dres. Nelly del Carmen Petit de Molero, Enoe Emperatriz Medrano León, Raíza María Portillo Pérez, Gregory José Reyes Acevedo	168

Capítulo 13.	Factores de riesgo psicosociales y biológicos presentes en las adolescentes embarazadas y sus recién nacidos. Una visión de principios de siglo	186
	Dres. Raíza M Portillo-Pérez ,Nelly C Petit-Molero, Edgardo José Mengual-Moreno, Gustavo A Morales-Rincón, Enoe E Medrano Leon, Gregory José Reyes Acevedo	
Capítulo 14.	Servicios médicos obstétricos en redes sociales. Implicaciones éticas, legales y filosóficas.	200
	Dres. Freddy Bello Rodríguez ,Norma Marchan Pérez, Carlos Cabrera Lozada, Comisión de Bioética y Praxis Médica de la Academia Nacional de Medicina	
Capítulo 15.	Los principios de las 3R en la relación médico-paciente: Una perspectiva bioética	212
	Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez, Jeiv Vicente Gómez Marín, Carlos Ramón Cabrera Lozada, Pedro Faneite Antique, Sigfrido Miranda Sarabia, Comisión de Bioética y Praxis Médica de la Academia Nacional de Medicina.	

PRÓLOGO

Dr. Huniades Urbina-Medina*

Presentamos a su consideración este nuevo número de la Colección Razetti, contentivo de 15 capítulos, Este contenido es una compilación amplia y multidisciplinaria de textos que exploran diversos temas relacionados con la medicina, la bioética, antropología médica, tecnología, humanismo y salud pública en el contexto venezolano y universal.

1. Perspectiva Humanista y Ética en la Medicina

Varios capítulos ponen énfasis en la importancia de mantener un enfoque humanista en la práctica médica. Se resalta que, a pesar del avance tecnológico que permite diagnósticos y tratamientos sofisticados, la relación médico-paciente debe centrarse en la comunicación plena, la empatía y el reconocimiento del sufrimiento humano como núcleo motivador de la medicina (**capítulos 1,2, 3, 11,12**).

El debilitamiento de la anamnesis y la comunicación directa se señala como un riesgo para la correcta práctica médica. Se defiende la medicina como un arte de encuentro humano, no solo una ciencia o tecnología.

2. Dolor, Sufrimiento y Experiencia Humana

El dolor es abordado desde un enfoque hermenéutico y fenomenológico, donde se contempla su dimensión física, psicoemocional y espiritual (**capítulo 4**). Se da importancia a cómo las personas experimentan el dolor y su interacción con el entorno social y cultural.

Se reconoce la naturaleza multifacética del dolor y la eticidad necesaria para su atención.

*Pediatra-Intensivista, MD, PhD. Presidente de la Academia Nacional de Medicina
ORCID: 0000-0002-7267-5619

3. Bioética y Justicia en Salud Pública

Destacan reflexiones bioéticas profundas sobre la ausencia de estadísticas nacionales en salud (**capítulo 5**), que afecta la equidad, la planificación sanitaria basada en datos y el derecho ciudadano a la información veraz. Se plantean las implicaciones éticas, sociales y políticas de esta carencia. Se propone el fortalecimiento de los sistemas de información y auditorías ciudadanas para enfrentar este desafío.

4. Temas Específicos en Medicina Materno-Fetal y Adolescencia

Abordando enfermedades emergentes y su impacto en grupos vulnerables, como el mpox en embarazadas (**capítulo 6**), y factores de riesgo psicosociales y biológicos en adolescentes embarazadas (**capítulo 13**). Se aportan datos clínicos y epidemiológicos actuales.

5. Tecnología, Inteligencia Artificial y Educación Médica

Se dedica atención a las implicaciones docentes y bioéticas de la incorporación de la inteligencia artificial en medicina materno-fetal (**capítulo 7**). Se enfatiza superar la brecha digital y asegurar un enfoque ético que preserve la complementariedad humano-tecnológica.

6. Antropología Médica y Filosofía de la Medicina

Se reflexiona sobre la relevancia fundamental de la antropología médica para definir correctamente la medicina (**capítulo 8**). Se advierte que separarse de esta perspectiva puede llevar a la medicina a perder sentido humano y científico.

7. Historia y Patrimonio de la Medicina en Venezuela

Se incluyen memorias históricas sobre la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Venezolana de Gastroenterología (**capítulos 9 y 10**), con honores a pioneros y homenaje a mujeres profesionales. Destaca la construcción histórica del conocimiento médico y la importancia del legado cultural y social en la medicina venezolana.

8. Problemas Actuales en Prácticas Médicas y Redes Sociales

Se analiza críticamente la promoción en redes sociales de servicios médicos obstétricos con mecanismos comerciales cuestionables (**capítulo 14**). Reconociendo

que estas prácticas vulneran principios deontológicos y fomentan la violencia simbólica obstétrica. Se plantea la necesidad de regulaciones éticas estrictas y cultura profesional basada en dignidad humana y compromiso social.

9. Enfoques Bioéticos Innovadores

La adaptación de los principios de las 3R (Reemplazo, Reducción y Refinamiento) a la relación médico-paciente (**capítulo 15**) muestra una innovación ética para mejorar la atención, enfatizando respeto, dignidad y optimización de recursos.

Aspiramos que este nuevo compendio de los saberes presentados en la Academia Nacional de Medicina sea de utilidad para el acervo médico y cultural de nuestros lectores.

Sesión Solemne Academia Nacional de Medicina. Conmemoración del 80 Aniversario de La Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Paraninfo del Palacio de Las Academias. 31/10/2024

*Dra. María Fátima Garcés**

El Dr. Víctor Rago Alburjas y el equipo rectoral de la Universidad Central de Venezuela, manifiesta que la invitación a este magno acto, por parte de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, en ocasión de los 80 años de la fundación de esta última, representa un alto honor para la UCV como institución.

Estamos cronológicamente lejos de ese 28 de julio de 1944, cuando 12 profesionales de la salud en la ciudad de Caracas, crearon esa Sociedad en una vieja casona de Altagracia. No obstante, el hecho de que estemos hoy reunidos aquí, en esta sesión solemne, nos acerca desde el punto de vista intelectual y emocional, a la saga de esos visionarios que fomentaron la difusión de la historia de la medicina como una manera de aglutinar voluntades, consolidar instituciones y robustecer esa disciplina.

Ahora bien, estas efemérides que nos reúne en este paraninfo han contado con la participación de la Fundación Palacio de las Academias, la cual fue creada por las academias nacionales, el 22 de junio de 1993, para garantizar la conservación, mantenimiento y custodia del Palacio, como Patrimonio Histórico y Artístico de la Nación.

En este sentido y para exponer puntos de coincidencia entre la UCV y las Academias, se debe destacar que las 7 Academias Nacionales firmaron con el Rectorado de la UCV, un Convenio Marco de Cooperación Institucional, en

*Vicerrectora Académica de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.
Venezuela. ORCID: 0000-0002-5113-598X

nuestra Aula Magna, en el pasado mes de mayo de 2024, con un discurso del Dr. Eugenio Hernández Bretón en representación de las 7 Academias. Esta alianza UCV y Academias, es digna de ser resaltada como un punto referencial de acción de cara al futuro.

Universidad y academia, academia y universidad. La universidad nutre con sus egresados a las academias. Las academias reciben los aportes intelectuales, científicos y humanísticos de esos egresados. Consideraciones de este mismo tenor también corresponden a las sociedades científicas.

Por cierto, retomando el punto del honor para la UCV en ocasión de esta relevante efeméride, sí, ciertamente lo es para nuestra Alma Mater, pero también es un ineludible compromiso. Esta es una ocasión muy especial que reafirma los compromisos históricos e institucionales que han fortalecido a esta trilogía de corporaciones: UCV, ANM y SVHM.

Retomando nuestras consideraciones anteriores, nos apresuramos a recordar la presencia activa y entusiasta de miembros de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y de la Academia Nacional de Medicina en los más variados actos de celebración del Tricentenario de la Universidad Central de Venezuela. Estos son hechos concretos de alianzas conjuntas. Esta participación también aplica respecto a la Comisión para la Celebración del Bicentenario de la Facultad de Medicina, constituida bajo la actual gestión Rectoral y Decanal.

Y esto, sólo por expresar ejemplos muy recientes de esa trilogía entre la UCV, la ANM, y la SVHM, cuyos años fundacionales fueron 1721, 1904 y 1944, respectivamente. La ANM también fue fundada por profesionales visionarios. Tengamos presente siempre estas fechas.

Propicia la mención de estas instituciones para saludar la presencia del Decano de la Facultad de Medicina, el Dr. Mario Patiño Torres, quien junto con su equipo de trabajo, entre los cuales se encuentran los profesores José Ramón García, Marco Álvarez, Juvic Goncalves, Joel Osorio y Noris Rodríguez, como parte de los invitados a este evento, han logrado articular esfuerzos para propulsar aún más la calidad docente, asistencial e investigativa de la Facultad de Medicina, una de las 11 facultades de la UCV.

También se saluda la presencia de altas autoridades de instituciones de alcance nacional en las personas de los médicos Douglas León Natera y Mauricio Salazar, quienes conducen la Federación Médica Venezolana y la Fundación Badán, respectivamente.

Igualmente, se destaca la presencia de familiares de una figura sobresaliente de la medicina venezolana, el Dr. Emilio Conde Flores, quien fue individuo de número de la Academia Nacional de la Medicina y destacado otorrinolaringólogo, lo cual contribuye al ambiente solemne de este respetable recinto. Como dato

curioso, el día 30 de octubre, se celebró el día del otorrinolaringólogo venezolano, coincidencia que facilita rendir una parte de este acto como un sentido homenaje para ese médico otorrino.

Estoy consciente de que no se han mencionado a todas y cada una de las personas que han organizado este evento, o que contribuyen con su quehacer diario al crecimiento de esa trilogía institucional. Es imposible nombrarlos a todos. Mi más emotivo reconocimiento para quienes han concretado estos vínculos académicos y de cooperación mutua.

Una ojeada muy panorámica de los títulos de las conferencias del programa de esta sesión solemne nos hace ver que es imposible que sea más pertinente y venturosa la celebración de esta efeméride bajo la moderación del Dr. Andrés Soyano.

Luego de las palabras iniciales y contextuales del Dr. Huniades Urbina y la Dra. Aixa Müller de Soyano, presidentes respectivamente de las Juntas Directivas de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, se presentarán 3 Conferencias que en orden sucesivo abarcarán un conjunto de temas que de manera clara y exhaustiva se referirán al ámbito disciplinar de la Sociedad homenajeada en este acto con el apoyo de las Ciencias de la Información y de las Humanidades.

El Dr. Aldo González Serva realizará un significativo estudio bibliográfico de casi 80 años, del órgano difusor de la Sociedad, la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y su relevante contribución al acervo bibliográfico venezolano.

Luego, el Dr. Miguel Ángel de Lima Salas, presentará una investigación cuyo título, un tanto enigmático y sugestivo, pero seguramente esclarecedor, abordará las armonías y las disonancias ocurridas en el desarrollo de la Historia de la Medicina.

A continuación, el Dr. Rafael Muci Mendoza, ampliamente conocido por todos nosotros por sus agudas reflexiones en torno a la crisis humanística del quehacer hipocrático debido a la irrupción implacable y mal entendida de la tecnología, realizará una loa nostálgica a un viejo estetoscopio.

Me he tomado la libertad un tanto inusual de ofrecer una panorámica de las conferencias a presentarse, sólo para destacar que, en estos tiempos globalizadores y globalizantes, y, muchas veces alienantes, se hace necesaria la perspectiva clara y exhaustiva antes referida. Y todo ello para optimizar la práctica de la ciencia y para templar nuestro espíritu ante los retos y desafíos de este siglo XXI. Entre ellos, los de la generación y difusión del conocimiento científico en función de prácticas sociales necesarias para promover y fortalecer el crecimiento y desarrollo sostenible de Venezuela.

La presentación de la Coral de la Facultad de Medicina “José Gregorio Hernández” alimentará nuestros espíritus para prepararnos hacia el encuentro de diversas metas y aspiraciones, las nuevas y las viejas, las de ese ciudadano de a pie que clama y reclama por mejoras en su calidad de vida, y que nosotros, con nuestro conocimiento y nuestra práctica, podemos tenderle una mano amiga. Está demás decir que muchas veces ese ciudadano de a pie, que clama y reclama, somos nosotros mismos. No lo olvidemos. La música es un clarín, pero no de batalla, sino un clarín de esperanza que nos moviliza hacia este mundo como un mejor lugar para vivir.

La invitación y presencia de una de las autoridades de los postgrados de la Universidad Central de Venezuela el de la bibliotecóloga y Doctora en Humanidades, Edecia del Valle Hernández, Coordinadora Académica de la Maestría en Información y Comunicación para el Desarrollo, que recién se incorporó al cargo, representa una muestra de reconocimiento y retroalimentación de las sociedades científicas y de las academias nacionales hacia los estudios de postgrado ya que los profesionales especializados se articularán a los engranajes institucionales de sociedades y academias. Y desde allí, seguirán contribuyendo a la construcción de sociedades más humanas y solidarias, así como también para la generación, difusión y aplicación de conocimientos científicos y humanísticos que finalmente redunden en la mejoría de la calidad de vida de grandes segmentos de la población venezolana.

Este Vicerrectorado Académico, consciente de la realidad dinámica y de la amplia potencialidad de los Estudios de Postgrado, ha impulsado la reactivación de ésta y de otras Maestrías para así ampliar la oferta académica de postgrados ucevistas.

Desde este Vicerrectorado Académico se le desea el mayor de los éxitos a la referida Coordinadora y a su equipo de trabajo, así como al profesor José Ramón García Rodríguez, quien dirige la Coordinación de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina. Ésta, por cierto, es la que oferta la mayor cantidad de especializaciones de todas las Facultades y también ha fortalecido, de modo progresivo, los estudios de Doctorado en la Facultad, entre ellos, el de Ciencias de la Salud. Este hecho redundará de manera positiva en el quehacer científico y humanístico de esa Facultad, de la ANM y de la SVHM.

Y, finalmente, luego de todas estas reflexiones que les he compartido desde el Vicerrectorado Académico de la UCV, y recogiendo el sentir de todas las fuerzas vivas que hacemos vida en esta Alma Mater, los invito a escuchar parte del poema “Coloquio bajo la palma” escrito por el inmortal Andrés Bello -un ilustre

cumanés y ucevista, para más señas- de su obra "Giraluna" publicada en el año 1955. Sus versos iniciales comienzan así:

Comienzo de la cita

*"Lo que hay que ser es mejor,
y no decir que se es bueno,
ni que se es malo,
lo que hay que hacer es amar
lo libre en el ser humano,
lo que hay que hacer es saber,
alumbrarse ojos y manos
y corazón y cabeza
y después.... ir alumbrando....."*

Fin de la cita

Y, así alumbrando en la clave de Andrés Eloy Blanco, ¡alumbrando en la clave de los visionarios de 1904 y de 1944, y con la participación clave de todos nosotros, esta casa ha vencido, vence y seguirá venciendo la sombra!

Muchas gracias

El axioma de la melena espuria, o los apuros del Conde Drácula

Tragicomedia en cinco “in-humanos” actos

*Dr. Rafael Muci-Mendoza**

Prolegómeno...

El avance tecnológico —casi de ficción—, que ha enriquecido la medicina moderna en recientes lustros, ha forzado en la conducta del médico, la errónea idea de que ya no es importante la comunicación total con el paciente como rasgo principalísimo del proceso de diagnóstico, tratamiento y sanación. El magnetismo, casi misterioso, que ejercen en nosotros los médicos las múltiples técnicas e instrumentos maravillosos de que disponemos —que casi que nos permiten practicar una “autopsia en vida” del cuerpo enfermo—, nos ha compelido, extasiados, a relacionarnos con ellos en forma servil e irracional y a olvidar la anamnesis, ese proceso de recolectar datos concernientes a un paciente, su familia, previas residencias, experiencias y sensaciones anormales o actos observados por el enfermo o sus cercanos, con fechas de aparición y duración, así como también el resultados de algún tratamiento; o más propiamente, a la historia clínica en su totalidad como premisa para su fructuoso y oportuno empleo. No pocos errores de diagnóstico y, por ende, de tratamiento, surgen al obviar estas sólidas reglas del arte, consagradas por el paso de los siglos. Es axiomático, por tanto, el enorme valor de una total comunicación previa, de semejante a semejante, esclarecedora y sanadora como antesala a la indicación de exámenes complementarios...

En la superstición popular, un vampiro —ente chupador de sangre— es el alma en pena de un criminal, hereje o suicida, que abandona su sepulcro durante la noche y adoptando la forma de un murciélago, sale a clavar sus filosos colmillos en el cuello de sus víctimas para absorber su sangre. Antes del despuntar del alba, debe regresar a su ataúd, lleno con la tierra que le vio nacer para iniciar su diurno reposo. De acuerdo a la leyenda eslava de donde se originó, las víctimas

*Academia Nacional de Medicina, Sillón IV
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3174-0297>
rafaelmuci@gmail.com

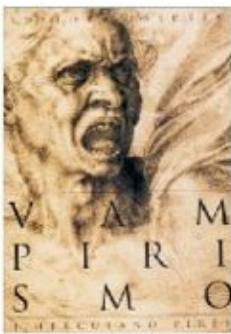
del chupador después de sus muertes, se transforman en vampiros ellas mismas. Entre todos los demonios de las antiguas tradiciones, ha sido el vampiro el que ha gozado de éxito más connotado, particularmente después de la novela gótica, *Drácula* (1897).



Nacida de la pluma del novelista irlandés Bram Stoker (1847-1912), de quien se dice basó su novela en las conversaciones que mantuvo con un erudito húngaro Arminius Vámbéry, quien le habló de un tal Vlad Drácula.

El famoso muerto-viviente revive el romance de horror. El misterioso Conde Drácula se aposenta en un solitario castillo en Transilvania, una región de Rumanía que, por tradición, está infestada de vampiros y licántropos –hombres lobo-, y donde se muestra la naturaleza del engendro, quien es cadáver de día, pero caballero elegante y cultivado por las noches – cuando no está persiguiendo a sus víctimas transformado en murciélago-.

A partir de 1931, el famoso actor rumano Bela Lugosi (1882-1956), lo dio a conocer a través del cine, y desde pequeños, todos aprendimos mucho sobre “vampirismo”: los métodos para reconocerlos –no dan origen a sombra y no son reflejados por los espejos–, o para protegernos de ellos –mostrándoles un crucifijo, un rosario o durmiendo con una ristra de ajos atada alrededor del cuello–, o conociendo los detalles de cómo deben ser eliminados -destruyendo los lugares donde duermen de día, o atravesando sus corazones con una estaca-.



¿Cómo reconocer a un vampiro...?

Delgados, como un humano pero con colmillos, con piel extremadamente pálida y dedos y uñas largas; el color de sus ojos cambia, entre rojo, negro y dorado, dependiendo de si tomaron sangre humana o animal, o si por el contrario, no la tomaron; vestimenta preferentemente negra, aunque puede variar entre rojos, morados y violetas; incluso sus capas son negras; al no tener alma, no se reflejan en los espejos ni dan origen a sombra; tienen capacidad de hacer que cambie el tiempo; pueden transformarse en murciélagos y lograr obediencia de seres repulsivos, como ratas, moscas, arañas y los murciélagos, pero también de lobos, dingos y zorros; permanecen eternamente jóvenes, con

la edad que tenían al momento de ser convertidos; poseen telepatía y control mental; están adornados de mucho talento y de una fuerza sobrehumana y velocidad sobrenatural; capacidad para convertirse en animal o niebla; pierden facultades durante el día: el vampiro huye de la luz diurna, que lo debilita pero no lo destruye: puede moverse a medio día durante un escaso período de tiempo (en la novela, el conde Drácula, aparece a plena luz del día buscando a Mina Harker); duermen en el interior de un ataúd sobre tierra traída de su lugar natal; beben sangre humana como único alimento y convierten en vampiros a quienes asesten su mordedura fatídica o bauticen con su propia sangre haciéndoles beberla. Si únicamente somos mordidos, no nos transformamos en vampiros; se les puede mantener a raya con crucifijos, ristras o flores de ajo, la Sagrada Forma consagrada y agua bendita; pero para que muera realmente, se le ha de clavar una estaca en el corazón o se lo ha de decapitar. Van Helsing menciona que sí, cuando el íncubo está dentro del ataúd, se coloca una rosa sobre la tapa de este, no podrá salir...

¡Melena no siempre se relaciona con el cabello suelto! Para los médicos, “MELENA” -del griego, negro-, es un fenómeno morboso que consiste en la expulsión de sangre por el intestino, que, al estar modificada o digerida, vira del color rojo, al negro alquitranado. Generalmente es consecutiva a un sangrado digestivo originado en el estómago o en la parte más proximal del intestino delgado. Es, por tanto, un alarmante signo clínico de reconocido valor. La falsa melena del niño, llamada también “espuria”, se aplica a las heces ennegrecidas que no proceden de su tubo digestivo, sino de la sangre originada de grietas en el pezón de la nodriza. Comer derivados de la sangre de animales -como las morcillas-, derivados del hierro o bismuto, o deglutir la propia sangre originada en la boca o nariz, producirán también heces modificadas, y de no ser que el paciente sea adecuadamente interrogado podría pasar como proveniente de alguna lesión en el tubo digestivo, dando lugar a la ejecución de exámenes molestos e innecesarios...

¡Entiendo que se sienta confundido! ¿Qué tiene que ver el infame personaje de Stoker el Conde Drácula, con algo tan innoble, repugnante y maloliente como unas heces ennegrecidas? Pues bien, el relato fabulado que usted leerá —escrito sin ánimo de hacer mofa de especialidad médica alguna—, es una crónica satírica, abundosa en exageraciones e implícitos mensajes, que únicamente desea exaltar la importancia del «saber escuchar», para que en nuestro evolutivo devenir de curadores integrales, alcancemos a ser efectivos y confiables “historiadores” de nuestros pacientes, lo que sin lugar a dudas redundará en beneficio inconmensurable para ellos y nos gratificará a nosotros, en la forma de vivencias crecedoras.

Sin más preámbulos, les contaré aquella parte de la historia que nunca fue contada...

Acto I: El ennegrecido hallazgo...



“Siendo ya notoria la fama del Conde Drácula entre las núbiles residentes de los numerosos villorrios de la brumosa Transilvania — aquellas, que entre suspiros de deseo y mea culpas de mentira, se debatían en la duda de qué hacer, de encontrarse en la noche intempesta y cara-a-cara con el lívido y libidinoso personaje—, ocurrió que cierta noche, en una de esas furtivas incursiones que seguían al advenimiento del ocaso y luego de un provechoso periplo por una comarca abundosa en jugosas doncellas, sintió el Señor Conde, urgentes movimientos abdominales y ruidos de tripas, inequívoca indicación de que debía dar de cuerpo... ¡y de inmediato! Nerviosamente miró en derredor, divisando, a no pocas varas de distancia, una tapia no muy alta, donde al resguardo de miradas indiscretas, se permitiría satisfacer su tan ¿humana?, como desesperada necesidad...

Y helo allí -distráido por naturaleza-, que completado su ingente deseo y ya dispuesto a marcharse a casa, sucedió que de soslayo miró al suelo, no pudiendo evitar el comparar su deyección con muchas otras, que, esparcidas por el lugar, tomaban obligadas el sereno en la clara noche de plenilunio... Gran temor y desconcierto se aposentaron en su alma torva al constatar, que las suyas, más parecían alquitrán que el desecho final de la dieta de aquellos otros humanos, que en aquel acantonado lugar y sigilosos también, le habían precedido en similar operación... Aprehensivo y cobarde—aunque fama de ello no tuviera—,

y sintiendo muy de cerca el acerado frío de la guadaña de la muerte, en pocos segundos, transformado en murciélago y volando como alma que el diablo lleva, completó la distancia entre la tapia —llamada “de los pujidos” —, y un remodelado castillo de los suburbios, en una de cuyas almenadas torres, en iluminado aviso multicolor podía leerse desde la distancia, “La sofisticada. Policlínica de Súper-Especialistas”. Abrigaba el Señor Conde en lo insondable de su despreciable alma, la firme convicción de que sólo, un tal profesional, podría alivianarle su tremendo desasosiego...”

¿Qué habría de ocurrirle al Conde Drácula por su ennegrecido hallazgo, por su queja tan específica, concreta y de por sí, diagnóstica? ¿Encontraría en el Súper-Especialista el bálsamo que mitigara el sufrimiento de su alma pecadora —alma al fin—? ¿Prevalecería en su caso el arte anamnético o la acción irreflexiva...?

El axioma de la melena espuria o los apuros del Conde Drácula...

-Tragicomedia en cinco “in-humanos” actos.

Acto II: El íncubo es repetidamente mancillado...

En el Acto I, exaltamos el valor semiológico de la melena o heces de color negro por la presencia de sangre digerida originada en el esófago, estómago o primeros tramos del intestino delgado. Además, enfatizamos la importancia de la comunicación y del saber escuchar en la relación médico-paciente como paso previo e inaplazable a la indicación de exámenes complementarios que, en su ausencia, pueden crearle al pobre enfermo más problemas que beneficios. En el mismo Acto I, por un albur del destino, el Conde Drácula, en las adyacencias de una tapia —llamada “de los pujidos” —, había comparado sus heces ennegrecidas con las de otros humanos que habían defecado previamente en ella. Su sorpresa y terror habían sido tales que lo encontramos movilizándose hacia un modernizado castillo, devenido en sofisticada clínica de súper-especialistas. Continuemos pues nuestra verídica y penosa historia...

-“Transmutado en murciélago y cortando raudo la pesada bruma en la denegrida noche transilvana, el señor Conde se lamentaba de su suerte: ¡Tan bien que la había pasado durante tantos siglos! Había paladeado sinnúmero de sangres

diferentes: El gustillo suave y perfumado de las mozuelas saludables, el melífero sabor de las diabéticas, el toque de amargor de las despechadas, el bilioso acento de las inquinadas, y hasta el inconfundible saborcillo a orina de las urémicas... Parecíale como si su disoluta biografía estuviera a punto de culminar, y él ¡no estaba preparado aún para ello! Miles de preguntas se agolpaban en su mente depravada ante la situación que su condición de poco observador y distraído, le había deparado. ¿Por qué negras? ¿Por qué tan diferentes? ¿Por qué tan fétidas? Y fue así, como ya transformado en gente, llegó jadeante ante una oficina del remodelado castillete donde, según rezaba en una fina placa de cobre pulido fijada a la pared, despachaba el “**DocTOR TURA**, Súper-Especialista en estómago, apéndices y aledaños”.

Las paredes del recinto estaban tapizadas de diplomas y certificados que, en extrañas lenguas, atestiguaban de sudorosos posgrados en renombradas universidades allende los mares. Ignorando a quienes primero que él, habían llegado —y que, ante el macabro porte del acelerado sujeto, optaron por no protestar—, de un empujón, sacudió la puerta del despacho y penetró en la estancia donde el especialista contaba con fruición innumerables piedras extraídas de una vesícula biliar aún tibia. Erguido ante él, le dijo con profunda y tenebrosa voz:

“-Soy el Conde Drácula, archiconocido vampiro de profesión, archisabido en grupos y subgrupos sanguíneos y ciudadano esclarecido de esta comarca... —y enseguida remató— Traigo una queja de suma urgencia y exijo inmediata atención, pues según creo, es única y mortal: Mis heces son tan negras como el petróleo y bastante más que mi alma miserable ...”

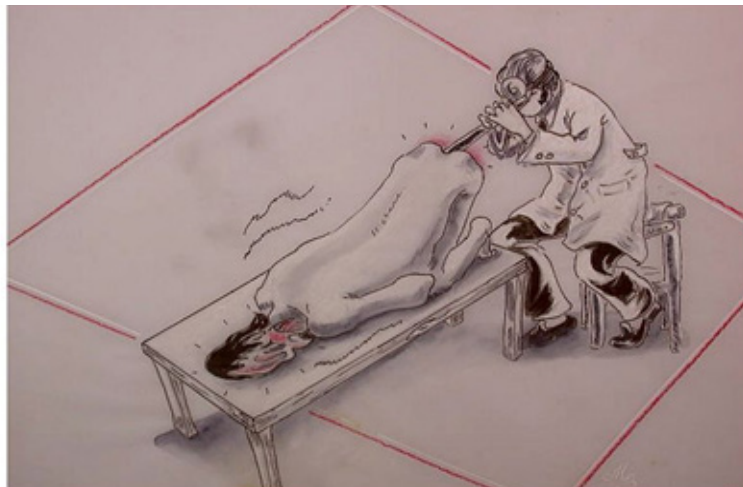
“Al oír la tan conocida queja proferida por el larguirucho y desconocido sujeto, los ojillos del cejijunto súper-especialista fulguraron, así que de inmediato le respondió, decidido y tajante: -“No me diga más nada. A quien tanto ve, con un sólo ojo le basta. De su caso por resuelto. ¡Ya yo sé lo que usted tiene...! Comenzaremos a revisarle sin preámbulo y sobre la marcha, pues todo lo demás es tan sólo pérdida de “MI” precioso tiempo. Me registré por un acabado plan de estudio o protocolo, que, en forma por demás rigurosa, seguíamos en casos tales como el suyo en la computarizada universidad, la quintaesencia de la modernidad, donde realizara mis últimos estudios de perfeccionamiento...” -“Pero...” —dijo Drácula, tratando de que se le oyera previamente-, cuando fue interrumpido en seco por su interlocutor, quien a su vez le dijo, clavando sus ojuelos iracundos en los suyos perversos, -“¡No diga una palabra más, que de súbito le examinaremos de cabo a rabo! -al tiempo que pensaba para sí, -“Qué quemo mis ambicionados títulos y certificados si no hay un vaso sanguíneo manando sangre en el tubo digestivo de este parroquiano, entre la boca y su antípoda...” .

-“Pero...” —balbuceó Drácula otra vez- Más por segunda y última ocasión le atajó el curador en tono casi rugiente: -“¡Nada de peros...!, vaya quitándose la capa, el chaleco, los pantalones y los calzoncillos, que sin tardanza hemos de comenzar por el último de los mentados...” ¿Por qué comenzar tan bajo, por donde la causa casi de seguro que no estaba? —nos preguntamos— Simplemente, ‘línea de partido’: Había que actuar en sujeción al protocolo...



Drácula, ¿hombre? ilustre y enterado, pensó —aunque extrañado— que la anamnesis era, efectivamente, cosa de tiempos pasados y que debía seguir las convicciones del otro. Y créanme, que nada tan denigrante para el Señor de la Maldad y Amo de las Tinieblas fue el verse adoptando aquella ignominiosa posición, dizque de “plegaria mahometana” en que le dispuso el exclusivista. ¡Él, cuyos clerófobos labios jamás habían pronunciado ni una oración jaculatoria!, ¡ahora estaba allí, en tan grotesca postura, en cuatro patas, cabeza abajo y ancas arriba!

Pero de pronto, sus pensamientos fueron interrumpidos al sentirse agredido por el dedo índice del galeno, que diligente y activo, mediante un tacto rectal, buscaba la enfermedad por no se no sabemos dónde... Finalizado el incómodo



Drácula en ignominiosa posición genupectoral examinado por el **súper-especialista**

asuntico, el especialista depositó el recién retirado guante de látex en un recipiente de vidrio y le puso en contacto con ácido acético, guayaco y agua oxigenada -sin importarle un pepino la negritud de los residuos al guante adheridos— y al observar el viraje a un color morado intenso, dijo complacido y frío, -“Lo que me temía, sangre ‘oculta’ positiva en las heces!” y sin pestañear, ni dejar pestañear al macilento vampiro, le introdujo, sin dolor de su alma y de un sólo golpe, macerado por el tino y la experiencia y por donde precisamente el cóccix pierde su nombre,

un rectosigmoidoscopio rígido hasta la marca de 45 centímetros, oyéndosele decir triunfal, “¡Cerca de media vara..!”.



Su instrumento, un cilindro metálico hueco con luz propia, le permitiría ver los últimos tramos del colon descendente: el sigmoides y el recto... Sacudido como fue por tan bajo golpe, Drácula para sí pensó que sabía podía ser abatido si se le clavaba una estaca en el centro de su negro corazón, pero nunca había llegado a imaginarse que tuviera que morir en tan ofensiva posición, y sobre todo de manera tan

vil, “atravesado de a por detrás y sin prevención alguna...”.

Mas, nada de eso ocurrióle... ¡No profirió alarido alguno, seguía vivo y con el raciocinio intacto! El espejo que estaba frente a la camilla de examen no reflejaba la imagen del Señor Conde, así que el instrumento se veía como suspendido en el espacio... Pero tan ocupado y ciego ante los hechos el exclusivista estaba, que sólo buscaba un vaso sanguíneo roto al cual echarle las culpas y poder fulgurarlo con su potente disparador de rayos láser...” Dejemos por un momento a Drácula solo con su doctor y volvamos más tarde...

Meditemos sobre cuántas veces nos hemos ido de bruces a realizar exploraciones irracionales, sin haber siquiera escuchado lo que el enfermo quiso decirnos, o lo que debimos haberle preguntado previamente. ¡Mea culpa!

El axioma de la melena espuria o los apuros del Conde Drácula...

-Tragicomedia en cinco “in-humanos” actos.

Acto III: Drácula es abandonado al exceso de técnica...

El **arte del diagnóstico** es uno de los ejercicios intelectuales más depurados y hermosos del acto médico, porque en él se conjuga un profundo conocimiento en materia médica y experiencia adquirida al través de la praxis, con el don de la observación crítica y fina, el razonamiento correcto para ejercer el diagnóstico

diferencial —donde el médico descarta otras enfermedades parecidas que comparten hechos similares—, la capacidad de integración y una mente abierta y plástica para no adherirse tercamente a un diagnóstico previo, sea propio o extraño.



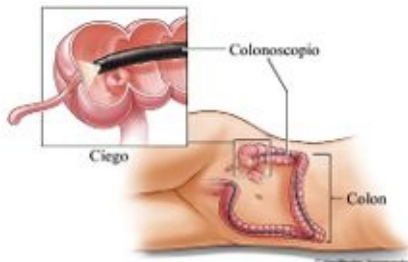
El misterioso Conde Drácula se aposenta en un solitario castillo en Transilvania, una región de Rumania que, por tradición, está infestada de vampiros y licántropos —hombres lobo—...

En los tiempos actuales y por los progresos tecnológicos que nos vienen fundamentalmente de Norteamérica, ya pareciera estar de más o *'démodé'*, enseñar a los alumnos a usar su inteligencia y conocimientos para hacer diagnósticos; por ende, este es transferido al examen complementario irresponsable, ya sea de laboratorio o por imágenes radiológicas. Este proceder, tiene a su vez, desastrosos efectos para el médico en formación: Pereza o insuficiencia para razonar o hacer un diagnóstico diferencial, indicación de exámenes sin reflexión alguna, por pura rutina —“a ver si la pega” —, desvirtuando el acto médico. La indicación de una plétora de exámenes sin justificación clínica, es un hecho por demás sintomático de la ignorancia del profesional sobre lo que le ocurre a su paciente. ¡Y es tan común en nuestros días...!

Dejamos al protagonista de nuestra sátira, el Conde Drácula, en posición genupectoral o de “plegaria mahometana” y con un rectosigmoidoscopio rígido “in situ”, con el que se buscaba —por donde seguro no estaba— el origen de su melena o heces ennegrecidas por la presencia de sangre digerida...

—“Con destreza de perro viejo, el especialista manipulaba el instrumento de un lado a otro y de adentro hacia afuera, al tiempo que exclamaba a baja voz y como quien juega a las escondidas, —“Nada por aquí, nada por allá, nada por acullá...!”—, repitiéndolo como un conjuro, una y otra vez. Y en la última, en la que

al fin lo extrajo, nuestro malhadado héroe, con los pelos erizados le oyó decir, -“No cantes victoria enfermedad, que el colon es largo y mi aparato muy corto, pero aquí te tengo una sorpresita.”— y acto seguido, de una hermosa y pulida caja de metal, extrajo un largo y flexible artefacto, que perspiraba tecnología nipona a lo largo y ancho de su cilíndrico perfil, al tiempo que se lo introducía por el recién ofendido orificio, imprimiéndole en amañada forma, movimientos de propulsión, retropulsión y torsión, que acompañaba con su ojo de observador sagaz, literalmente encolado al ocular del instrumento.



Drácula sudaba y hasta sentía que no podía tragar... y menos aún hablar, pues algo le decía que tenía como un hueso atorado en el güergüero... Al término, un grito del científico le sacó de sus cavilaciones- “¡Eureka! -gritó el galeno jubiloso— con mi flamante colonoscopio flexible, he transitado de pé-a-pá, toda la longitud del colon, llegando hasta la mismísima válvula ileocecal, que lo separa del intestino delgado y ni rastros del villano que ansío ver... —y acotó de inmediato, mientras muy confundido, se rascaba la cabeza ahogada en caspa— pero -“¡Demonios!, lo que busco ha de estar en alguna parte, y como que me llamo **DocTOR TURA**, le juro que lo conseguiré...”.

- “A ver, póngase sus calzonetas y sus pantalones y se me sienta aquí!” —le dijo el ‘súper’ en tono decidido y energético a nuestro ya pacificado paciente-. Y a pesar de que el Conde sentía que sus orejotas exangües estaban a punto de sangrarle, y de que casi “que se le iba el mundo”, tan aterrado como estaba con su presunción de grave enfermedad, que se sobrepuso y se sentó dispuesto, en la silla que el casoso le ofreciera.



Acto seguido, le introdujo un horrible aparato por las narinas, un espéculo nasal, que casi lo hizo estornudar, por donde miró de refilón, para únicamente ver una mucosa nasal sana. Luego, le ordenó desorbitado, “¡Abra la boca!” y asistido por una paleta le exploró las encías, el piso de la boca, la lengua y la garganta, sin prestar mayor atención a sus afilados y agujereados colmillos, que enrojecidos, sobresalían amenazantes de entre los otros dientes, dictando a una moderna grabadora en docto lenguaje: -“Ninguna enfermedad en las encías, excoriaciones, ulceraciones o vasos anormales. Saburra rojiza sobre la lengua. En apariencia, todo parece estar saludable...” y más rápido que un parpadeo, retiró otro luengo aparato de una singular maleta ‘*ad hoc*’, que de seguidas y sin miramientos, se lo enchufó por la boca, pidiéndole se lo tragara como si fuera un espagueti. En su fuero interno -porque aquel condenado utensilio

le impedía quejarse o hablar— el Conde pensó, -“Dígame mí... que nunca he comido espaguetis y ni tan siquiera sé cómo son...”.

Como en anteriores oportunidades, nuestro brillante especialista, se comunicaba únicamente con su grabadora, oyéndosele decir -“Esófago-gastroduodenoscopia: Esófago de superficie rosada, lisa y saludable. No veo várices, úlceras, punteado hemorrágico o evidencias de reflujo. La unión esófago-gástrica es normal. No hay hernia hiatal. Se toman las biopsias de ley...”, y de un diestro zambombazo, pasó el instrumento hacia el estómago —siempre en continuo monólogo con su grabadora—, diciéndole estar pasando por la calle gástrica, la curvatura mayor, el antro pilórico y el duodeno, dándole vueltas a aquel espagueti gigante, con su cabeza a él adherida como sanguijuela ayunosa, tomándole biopsias aquí y más allá. De improviso, y en un acto de respeto y humana convivencia, díjole el ‘súper’ a su desvencijado cliente, brindándole el ocular de su aparato: -“¡Mírese por dentro, qué maravillosa “máquina” que somos los humanos... ¿No le parece?!”

Nuestro Conde, casi que arroja el espagueti, al ver aquella anfractuosa cavidad que entonces se le antojó era asquerosa chinchurria... -“Ahora -le dijo el exclusivista tocándole el sitio—, va a sentir un pesito aquí, en la boca del estómago. Es que tengo que insuflarle más aire para no dejar de ver el ‘fundus’ de su estómago, ¡Ahh! ese cofre de sorpresas...”. Y dicho y hecho. Pero aquello fue el colmo. Por el inflamamiento, los ojos de Drácula, por naturaleza, inyectados y amarillentos, ahora parecían dos metras bolondronas purpurinas, que, dispuestas a abandonar sus cuencas, se debatían en tremendo pugilato con sus medios anatómicos de sostén, muy fuertes por cierto...

No obstante, se dijo mentalmente y para darse ánimos —aquellos que casi le habían abandonado-, “Voy circulando por el camino de la verdad asido a una mano diestra, y cualquier sacrificio será poco...” Mientras esto hacía, Tura, meditabundo y en bajo soliloquio se decía, -“¡Nunca he visto mucosa digestiva tan sana como ésta... por cierto doy que este sujeto debe comer algo muy sano, fresco, natural y definitivamente exento de aditivos y sustancias irritantes!..., pero, entonces, ¿jde dónde carajo vendrá esta maldita sangre...!?”

¿Qué acontecerá al Conde Drácula? ¿Qué nuevas exploraciones le tendrá planificadas el DocTOR TURA a fin de encontrar la ‘tubería’ rota? ¿Le deparará alivio la tecnología sin concierto al alado demonio o su situación dará un vuelco inesperado...?

El axioma de la melena espuria o los apuros del Conde Drácula...

-Tragicomedia en cinco “in-humanos” actos.

ACTO IV: EL DEMONTRE ES REDIMIDO POR ‘LA CLÍNICA’...

Si el ser humano no hablara, los médicos seríamos simples veterinarios... Cuando un murciélago se enreda en el cabello de una mujer, el hecho —se asegura— es prenuncio de muerte o desastroso noviazgo. Cuando los médicos contraponemos nuestro tiempo/nuestro beneficio, al tiempo que deberíamos destinar para una comunicación elucidaria con el paciente, el hecho es heraldo de fiasco, clarinada que avisa de una andanada de injustificadas, inconsideradas e insensatas exploraciones. Los vampiros, insatisfechos con su suerte, suelen frecuentar lugares sagrados, templos e iglesias, para orar por su salvación. El médico que desatiende su rol y su arte, abandona el templo de la sabiduría para transitar los lugares comunes de la ligereza, pereza mental y desamor por el estudio, sin una orientación clínica, tornará el atajo de la tecnología imponderada, que siendo una creación de la inteligencia humana no puede reemplazar al uso de esa misma inteligencia en la atención primaria del paciente, pues, aunque usted no me crea, mientras menos tiempo me tome yo para entender su problema y mientras más exámenes le ordene, tenga la convicción de que más lejos de la verdad me encontraré..., porque la correcta interpretación de un examen o procedimiento específico sólo será posible si se correlaciona con los hallazgos de aquello para lo cual... ¡No hay sustituto! ¡La historia y el razonamiento clínicos! Y si los resultados de los complementarios estuviesen en contradicción con las manifestaciones clínicas... ¡al cesto de la basura con ellos!

Nuestro Conde, casi que arroja el espagueti, al ver aquella anfractuosa cavidad que entonces se le antojó era asquerosa chinchurria... -“Ahora -le dijo el exclusivista tocándole el sitio—, va a sentir un pesito aquí, en la boca del estómago. Es que tengo que insuflarle más aire para no dejar de ver el ‘fundus’ de su estómago, ¡Ahh! ese cofre de sorpresas...”. Y dicho y hecho. Pero aquello fue el colmo. Por el inflamamiento, los ojos de Drácula, por naturaleza, inyectados y amarillentos, ahora parecían dos metras bolondronas purpurinas, que, dispuestas a abandonar sus cuencas, se debatían en tremendo pugilato con sus medios anatómicos de sostén, muy fuertes por cierto...

No obstante, se dijo mentalmente y para darse ánimos —aquellos que casi le habían abandonado-, “Voy circulando por el camino de la verdad asido a una mano diestra, y cualquier sacrificio será poco...” Mientras esto hacía, Tura, meditabundo y en bajo soliloquio se decía, -“¡Nunca he visto mucosa digestiva tan sana como ésta... por cierto doy que este sujeto debe comer algo muy sano, fresco, natural y definitivamente exento de aditivos y sustancias irritantes!..., pero, entonces, ¿jde dónde carajo vendrá esta maldita sangre...!?”

¿Qué acontecerá al Conde Drácula? ¿Qué nuevas exploraciones le tendrá planificadas el DocTOR TURA a fin de encontrar la ‘tubería’ rota? ¿Le deparará alivio la tecnología sin concierto al alado demonio o su situación dará un vuelco inesperado...?

El axioma de la melena espuria o los apuros del Conde Drácula...

-Tragicomedia en cinco "in-humanos" actos.

ACTO V: EL DEMONTE ES REDIMIDO POR 'LA CLÍNICA'...

Si el ser humano no hablara, los médicos seríamos simples veterinarios... Cuando un murciélago se enreda en el cabello de una mujer, el hecho —se asegura— es prenuncio de muerte o desastroso noviazgo. Cuando los médicos contraponemos nuestro tiempo/nuestro beneficio, al tiempo que deberíamos destinar para una comunicación elucidaria con el paciente, el hecho es heraldo de fiasco, clarinada que avisa de una andanada de injustificadas, inconsideradas e insensatas exploraciones. Los vampiros, insatisfechos con su suerte, suelen frecuentar lugares sagrados, templos e iglesias, para orar por su salvación. El médico que desatiende su rol y su arte, abandona el templo de la sabiduría para transitar los lugares comunes de la ligereza, pereza mental y desamor por el estudio, sin una orientación clínica, tornará el atajo de la tecnología imponderada, que siendo una creación de la inteligencia humana no puede reemplazar el uso de esa misma inteligencia en la atención primaria del paciente, pues, aunque usted no me crea, mientras menos tiempo me tome yo para entender su problema y mientras más exámenes le ordene, tenga la convicción de que más lejos de la verdad me encontraré..., porque la correcta interpretación de un examen o procedimiento específico sólo será posible si se correlaciona con los hallazgos de aquello para lo cual... ¡No hay sustituto!: ¡La historia y el razonamiento clínicos! Y si los resultados de los complementarios estuviesen en contradicción con las manifestaciones clínicas... ¡al cesto de la basura con ellos!

Hasta este momento, el pobre Conde Drácula ha sido "invadido" repetidas veces por un tecnicismo errático. Su médico tratante, el **DocTOR TURA**, un 'super-especialista' avezado en complejas técnicas, ha ignorado la anamnesis, el arte de hablar y observar a un paciente, indagando sobre su vida y enfermedad, y por tanto no encuentra el motivo de su melena o heces alquitranadas. Le habíamos dejado con el endoscopio introducido en su tubo digestivo superior, donde nada

anormal había encontrado, pero todavía seguía pensando que en algún lugar — tal vez en su imaginación- se encontraba un vaso sanguíneo dejando escapar sangre...

Así que, turbado y sin perder la compostura, retiró el bicho aquel de la ¿humanidad? de un Drácula, ya reducido a piltrafa, e ignorando que su entecada figura no originaba sombra, le dijo ceremonioso: -“Ya puede irse, mi querido amigo. Por hoy hemos terminado. No he podido identificar aún el origen del mal que lo acogota, sin embargo, mañana le realizaremos la segunda etapa del plan de estudio que nos hemos propuesto, vale decir, un no invasivo ecosonograma abdominal, una simple coledocoscopia, eventualmente una laparoscopia, para con este periscopio mirarle la barriga del lado adentro con biopsias dirigidas donde fuere menester... ¡Ah! y una resonancia magnética abdominal, el benjamín de la tecnología, que por cierto ya ha arribado a ésta, su casa, y con el que le veremos sus átomos hidrógeno interactuando con un campo magnético y reconociendo, de una vez por todas, a “ese malandrín llamado melena”... ¡Dé por seguro que desentrañaremos el misterio! Pero ahora, pase por donde mi secretaria y bájese de la... ¡Ejem!, quiero decirle por favor, sáldele 100.000 **bolívares F**, por concepto de libre acceso a mis experimentadas manos, por consumo de compuestos de alta energía por las neuronas de mis lóbulos frontales y por el uso/deterioro/depreciación de mi sofisticado instrumental japonés de a dólar innombrable...”

Drácula, que no acostumbraba a llevar en su alforja tan abultada suma de dinero, no tuvo más remedio que recurrir a su tarjeta de crédito dorada... ¡Afortunadamente, la súper-clínica estaba afiliada a ella...! Abandonó el lugar cabizbajo y todavía turulato por el efecto de las dos pre anestias que llevaba entre pecho y espalda, pero todavía peor, más aterrado que después de su casual descubrimiento, allá, en la tapia llamada “de los pujidos”. Mascullando su amargura, pudo oír tras sí la voz de su doctor, que sacudiéndose la caspa gritaba: -“¡El que sigue que vaya quitándose los calzones...!”

La ciencia médica no había podido hacer nada por él: Moriría como un vulgar mortal con esa enfermedad que tiñe las heces con el color de la noche -pensó-. En el camino se topó con una curvilínea lugareña, para ser más exactos una morena de ojos verdes, caderas insinuantes y minifalda ajustada, quien le hizo ojitos y otras carantoñas, que él, tan abatido como estaba, no alcanzó a reparar... Y créanme que hasta unas náuseas irrefrenables se apoderaban de su inmundo ser al sólo evocar una femenina figura... ¡Así sería su congoja que hasta había perdido su ancestral apetito...!

A su retorno al castillo, ansiosas le esperaban su legión de cloróticas concubinas, alineadas en estricto orden jerárquico y dispuestas a recibir su chupada de rigor... Pero, qué desconcierto y tristeza todas mostraron al ver tan perturbado a su Amo y Señor, quien inmutable y por primera vez en centurias, pasó

directo a su recámara sin siquiera tomar, aquel, su acostumbrado refrigerio de la aurora.

Y allí, en las tinieblas, permaneció casi todo lo que restaba de aquella larga noche, inclinado sobre su siempre fiel sarcófago, con sus huesudas manos hundidas en la desgredada cabellera, rumiando su inexorable destino... Pero al fin pudo verbalizar la horrible verdad que se atosigaba en su garganta — aún maltratada por la reciente intromisión tecnológica-. La favorita de su afecto conoció de ella, ésta, por cierto, una ¡médica internista! de azules ojos, piel de almendra y suaves contornos, retirada precozmente de la profesión a raíz del fatídico mordisco que aquél le propinara meses atrás, al oír la escatológica revelación, estalló en sonoras carcajadas. Con voz queda, ‘la clínica’ le tranquilizó y reconfortó diciéndole:

— “Entra en tu ataúd y duerme en paz, mi querido Señor, mi desadvertido y tan poco inquiridor Amo. ¡No habrá segunda etapa! Tú, al igual que todas nosotras, no sufres de mal alguno. Tú vivirás por siempre... Y con balsámica prosa concluyó su admonición:

— “¡Escrito está con simpleza, que todo aquel que con sangre se alimente, por ventura qué negro habrá de ensuciar..!”

¡Qué transformación tan increíble sufrió aquél abyecto despojo! Tan sólo bastaron aquellas económicas y reveladoras palabras para que Drácula, ya aliviado y con el apetito renovado, tomara en ella su merienda y durmiera todo aquel día y hasta la próxima noche, no sin antes pensar con frustración y desconsuelo: — “¡Otro simple caso de médica ligereza...! ¿Por qué TURA se peló y por qué no me interpeló previamente, sobre mis exóticas inclinaciones gastronómicas...?” No resulta exagerado el decir que esa noche con el “superespecialista” y su acabado protocolo, fue peor que aquella otra en la que al fin se puso término a su aterrador reinado secular, cuándo claváronle tremendo palo en el centro de su impío corazón, y en la que, en concomitancia, le metieron candela a su lóbrega mansión y a todo cuanto en ella se movía...

-¿Qué podemos aprender los médicos del sórdido caso de la melena espuria del Conde Drácula?, ¿Podremos oponernos al creciente avance de la tecnología empleada sin medida, oportunidad ni concierto..? ¿La moraleja...?

¡Cuántos sinsabores los que pasó el Conde Drácula de manos del doctor TURA, un galeno sordo y ciego, que le sometiera a abusivas exploraciones de sus vías digestivas buscando la causa de su melena espuria o falsa — heces de color negruzco por contener sangre digerida —, un pseudosíntoma amalgamado a su estilo de vida y extravagante alimentación! A lo largo de cuatro actos sufrimos con

el señor Conde, los pormenores de sus insólitas revisiones, que, de algún modo jocosas, en la realidad posibles... ¿Cuántas veces el enfermo cree que el uso del tecnicismo más moderno, en ausencia de una clara verbalización de sus quejas, le ahorrará tiempo, traumas y frustraciones? ¿No es muchas veces él, quien le da carta franca al médico para que abuse de la tecnología y de su confianza al decirle: -“¡Hospitalíceme doctor y hágame TODOS los exámenes...!” ¿No es este proceder un “tentar al demonio” en la forma de un resultado artefactual, un valor en la sangre que se sale un poquito fuera de la norma y que, aunque nada signifique, le aventará como a Ulises hacia los mares embravecidos de los malos entendidos, de más exámenes y hasta de innecesaria cirugía...? ¿Cuál pues es la moraleja de nuestra verídica historia...?

El gznápiro “súper-especialista” de marras, en su dilatada experiencia y tecnológica sapiencia, tan seguro como de su arte estaba, que acalló de un soplido y con su urgente deseo de hacer, lo primero que debía acometer: Aquél inaplazable ritual facultativo, el del amnésico inquirir sobre el cómo y el qué; sobre el cuándo y el dónde; sobre el por qué y el debido a que, de tan escatológica relación: los antecedentes, riesgos profesionales, gustos alimentarios y muchos otros, que tan sólo la abierta comunicación procura, sin olvidar por supuesto, la corporal revisión, desde el desgredado cabello hasta los apéndices pedales, de aquél mefistofélico y pestilente pecador...

Olvidó —o no lo sabía— que a todo aquel qué vampiro es, la melena espuria muy de cerca le acompaña, y que al igual que los que se deleitan con morcillas, o a los hipocondríacos que por pretendida anemia hierro se atapuzan por doquier, las feces de negro se le tiñen... Que menos daño al pellejo y al bolsillo se ha de hacer, si en profunda comunión con el dolido, se le puede comprender y confortar, y que ni la villanía del infame Conde Drácula, ni su sórdido currículum, justificaban de sí ese inmerecido sufrimiento que de manos de un “ducho especialista” se ganara, y del que hoy día podría dar fe en la espeluznante Transilvania, aquella noche ajetreada, nebulosa y fría, en la que al pobre chupador, en meticulosa sucesión, le fueron repetidamente deshonorados, todos sus orificios naturales...

El axioma de la melena espuria del Conde Drácula, quiso poner de manifiesto y enfatizar una patología “nostra”, una frecuente dolencia de nosotros, los médicos, en nuestra relación con el paciente: “la falta-de comunicación”, “el no-saber-escuchar” y la plétora de exámenes irreflexivos que de ello resulta, como un hecho sintomático más, de estos borrascosos tiempos en que vivimos. ¿Será que los profesores mostramos a nuestros alumnos que la vertiente científica del oficio es más importante que el real interés por el paciente al que solemos dejar de lado? ¿Será que le señalamos con la palabra o con la praxis, que el saber al dedillo la sensibilidad y especificidad de tal o cual síntoma, signo o examen complementario se antepone, o es más importante que el fomento de virtudes tales como la

comprensión, compasión, sabiduría, la medida, sensibilidad social o la afirmación de un compromiso con las necesidades primarias del enfermo? Quizás por eso, es que ya el médico no es más visto como alguien que merezca admiración y respeto. El doctor Samuel Hellman ha escrito, "El médico ha caído definitivamente de su pedestal..." De discusiones con mis colegas y pacientes, estoy convencido de que los médicos ya no somos vistos de manera diferente a los miembros de otras profesiones.

El sentimiento de que la medicina es una vocación superior, se ha desvanecido... Una reciente encuesta norteamericana informó que un 26% del público entrevistado, respetaba menos a sus médicos que diez años atrás; sólo un 14% expresó lo opuesto. Un 29% afirmó que sus médicos les dieron tiempo suficiente para expresar sus quejas, y más del 50% pensaban que el médico de hoy, mostraba menos interés por sus pacientes del que exhibían sus colegas del pasado... Atrapado pues, puede quedar el enfermo, entre la falta de comunicación y el desinterés, por una parte, y la forma irreflexiva como se indican las exploraciones complementarias por la otra.

¡De ninguna forma podríamos estar opuestos a una tecnología razonable, razonada y empleada en su oportunidad! La interpretación de exámenes modernos, complejos y costosos, únicamente es posible, si ellos encajan armoniosamente con los hallazgos de un examen clínico integral, para lo cual, como ya hemos dicho repetidas veces, ¡no existe sustituto! **La historia clínica es EL TODO**; la exploración paraclínica o complementaria es tan sólo un momento, una pequeña parte de ese todo, que nada dice, a menos que en simpatía, se articule con ella... Si el examen clínico es inteligente y refinado, tanto más útiles serán los hallazgos de laboratorio. Y es que, además, ha de tomarse en cuenta que muchos métodos de diagnósticos no siempre son inocuos, pues algunos tienen potencial para producir dolor, secuelas y aún, la muerte.

Otros, resultan en oneroso gravamen para el enfermo, lo que no siempre es apreciado por el médico en toda su magnitud, particularmente en países como el nuestro, donde la seguridad social es tan sólo un concepto abstracto... Adicionalmente, los hallazgos objetivos que se obtengan, dependerán de múltiples vectores que no siempre están en equilibrio: Equipos bien calibrados, personal auxiliar bien preparado, técnicos honestos y escrupulosos, supervisión del procedimiento por médicos de cuerpo presente, y no menos importante, la interpretación del estudio por un profesional capaz, sosegado y enterado. Por último, si el procedimiento establece la presencia de un proceso patológico definido, no quiere ello decir, que tenga valor clínico alguno para explicar las molestias del enfermo, es lo que llamamos un «**incidentaloma...**». Tal ha ocurrido en nuestros días con la incorporación de la tomografía computarizada o la resonancia magnética cerebrales. Mediante ellas, el diagnóstico de **aracnoidecele**

selar o síndrome de silla turca vacía, una condición por demás benigna -con muy escasas excepciones- y que consiste en una acumulación inocente de líquido en la silla turca de la base craneal, aun cuando suele ser un hallazgo irrelevante, sin significación de enfermedad, ha llevado a innumerables pacientes a una cirugía irreflexiva, inútil, insensata y no siempre inocua...

El **DocTOR TURA** con su hacer, nos señala cómo podemos salirnos del camino real y tomar los atajos de la sinrazón. El reconocimiento de nuestros errores encierra tal vez, las enseñanzas de más valor: Abusamos de las exploraciones sencillamente porque la historia clínica ha sido insuficiente, porque somos ignorantes o no estudiar ni queremos pensar y esto, es válido para toda especialidad médica. El médico que se hace diestro en su arte, que confía en la madre clínica y pulimenta sus habilidades y destrezas, será el que menos necesitará del procedimiento complementario; y de requerirlo, tanto más valioso será al conjugarlo a su razonamiento clínico...

El médico y la medicina ante el sufrimiento humano

*Dr. Gustavo J. Villasmil Prieto**

El gran Albert Camus en “La Peste”, su magnífico relato de 1947 ambientado en la epidemia bubónica de Orán, en la antigua Argelia francesa, nos entrega un conmovedor pasaje en el que Jean Tarrou, viajero testigo de aquel drama interroga al heroico doctor Bernard Rieux mientras le ve afanado atendiendo a sus muchos enfermos:

- “Doctor, ¿quién le ha enseñado a Ud. todo lo que sabe?”.

A lo que Rieux respondió:

- “El sufrimiento” (1)

Todo el discurso médico vigente, todo el saber en él contenido acumulado en los veinticinco siglos de historia de Occidente, todas las poderosas y eficaces técnicas para diagnosticar y curar de él derivadas; todas las realizaciones documentadas en las incontables publicaciones especializadas que por el mundo circulan, todas sus proezas y todas sus glorias, atienden a un único norte vital que justifica el privilegiado sitio que en la cultura occidental la medicina ocupa: tal norte no es otro que el del abatimiento del sufrimiento humano indisolublemente unido a la experiencia de la enfermedad. Sin conciencia de ello, la medicina no sería más que una mera tecnología del cuerpo y los médicos apenas simples operarios.

El doctor Ira Byock, médico paliativista de Hospital San José de Portland regentado por la congregación católica de las Hermanas de la Providencia en el estado de Oregón y reconocido autor en lo concerniente a los cuidados propios del fin de la vida cita, en ensayo de 2013 titulado “El mejor cuidado posible”, el diálogo suscitado entre Margaret Mead, la gran figura de la antropología del siglo pasado, y uno de sus estudiantes, quien durante una de sus conferencias

*ORCID: 0000-0003-3376-2186

*Texto íntegro de la conferencia dictada en el marco del simposio sobre
Medicina Antropológica convocado por la Academia Nacional de
Medicina el jueves 22 de mayo de 2025*

preguntara cuál había sido, en su criterio, el más grande hito civilizatorio de toda la historia. Seguramente el estudiante pensó en hitos como el dominio del fuego, la invención de la rueda o la del arado; muy por el contrario, la notable académica se dirigió a la clase mostrando un antiguo fémur fosilizado en el que destacaba, ostensible, un gran callo de fractura, evidencia de que aquel desgraciado hombre primitivo, seguramente integrante de alguna comunidad prepolítica de cazadores y recolectores para los que sobrevivencia dependía de la permanente movilidad, había sido objeto de los cuidados y de la protección de algún semejante conmovido por el infortunio de la lesión incapacitante sufrida por un semejante. El cuidado del otro, por tanto, está en las bases mismas sobre las que está construida la larga historia de las civilizaciones humanas (2).

El largo proceso histórico de conformación de la idea del sanador profesional proveedor de cuidados al enfermo prescindirá progresivamente de su antiguo carácter mágico-religioso tras su primera epifanía a partir de la medicina hipocrática (3). Con la civilización ática, la medicina se abrazará para siempre al logos griego y la enfermedad dejará de ser una manifestación de lo sagrado – una hierofanía, en el sentido de Mircea Eilade- para reducirse a una manifestación más del mundo físico, atendiendo cada vez menos a sus expresiones fenomenológicas (4). Devenida ahora en un conjunto de saberes formales surgidos en el seno de comunidades intelectuales dotadas de sistema propio de jergas especializadas y en no pocos casos, herméticas, la medicina hipocrática se hizo del privilegiado sitio que hoy conserva en tanto que, citando al Nial Ferguson, uno de los pilares fundantes, junto con el gobierno constitucional, el imperio de la ley, la economía de mercado, la racionalidad científico-técnica y la moral judeo-cristiana, del magnífico edificio civilizacional que es Occidente (5).

Pero no por ello los antiguos griegos dejaron de atender a esa especialísima dualidad de la medicina como destreza técnica, la τέχνη- tekné- al tiempo que de búsqueda de un sentido moral orientado a la excelencia, el ἀρετή - areté- que le ganaran al médico de aquel tiempo – el ιατρός -iatrós- niveles de aprecio social superiores al de los magos de las primeras civilizaciones del Mediterráneo y a la medicina un sitio de honor en lo que Jürgen Werner describiera como παιδεία –paideia- o ideal de vida de los antiguos griegos (6). Siglos más tarde será la idea vesaliana de la “fabrica humana” la que terminó por desplazar progresivamente la dimensión espiritual de la enfermedad y del enfermo reduciéndola a un mero desperfecto de los complejos mecanismos en ella integrados. Nació así la modernidad médica, que al conjuro del método experimental habría de alcanzar los confines de lo molecular y más allá, no importando que a la vera del camino quedara abandonado a su suerte el sufrimiento del hombre enfermo.

Del sufrimiento humano expresado de modo indisoluble en la llamada enfermedad somática se ocuparon los pioneros de la medicina antropológica. El

rigor académico impone la obligación de hacer mención a la obra del primero y más destacado de ellos, el suabo Viktor von Weisacker (7). Honra hoy a este servidor la brillante oportunidad que esta alta corporación le otorga para destacar, tras muchos años de injusto olvido, la obra que nos legara uno de nuestros grandes, académico de ejecutorias límpidas y de integridad humana y médica admirables: me refiero al profesor doctor Henrique Benaim Pinto, numerario que fuera de esta corporación (Sillón IX) y maestro indiscutido de la Medicina Interna venezolana. Para Benaim Pinto, la queja, expresión por antonomasia del sufrimiento humano, es “dolor, desagrado, molestia más o menos elaborada referida a los asuntos del cuerpo y del alma”. Así nos lo propone en su enjundioso ensayo titulado “Significación de la queja en la relación del médico con el paciente y del paciente con el médico”, presentado como trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina el 22 de abril de 1976 (8).

Con el surgimiento de la medicina profesional, continúa diciendo Benaim Pinto, surge la idea de urdir el “hilo de la queja” en un esfuerzo de la inteligencia por hacer objetivo lo que al mundo subjetivo pertenece. Michel Focaoult, en su ensayo “El nacimiento de la clínica” de 1963, nos lo reclama al denunciar como la anamnesis clínica, esa que con tanta dedicación y empeño aprendemos y enseñamos, no es sino una aspiración por analogar el síntoma al signo que se nos antoja a un afanado Sísifo condenado ad æternum a lidiar contra la pesada roca de lo humano (9).

La queja del quejoso, este último en tanto que sujeto -nos dice Benaim -no puede sino ser subjetiva. Los objetos no se quejan. De allí que no pueda uno sino sonreírse cada vez que algún avezado clinimetría trata con vano afán de calcular las características operativas de tal o cual síntoma a la manera como lo haría con un analito de laboratorio, con una imagen o con el registro de alguna presión vascular o cavitaria. La enfermedad deja de ser vista como el mal que inflige sufrimiento al ser humano y queda reducida a una desviación estadística respecto a una normalidad definida más o menos arbitrariamente con el apoyo de métodos cuantitativos que se erigen como fuentes indiscutidas de evidencia. Así las cosas, nada en medicina que no sea “estadísticamente significativo” tiene derecho a reclamar certeza y validez en estos tiempos.

El enfermo se queja porque sufre; sufre porque, a diferencia de plantas y animales, no solo vive, sino que existe y por tanto tiene conciencia de muerte. De allí que para Benaim Pinto el sufrimiento y el sufrir sean expresiones esencialmente existenciales más allá del alcance incluso de nuestras más sensibles tecnologías diagnósticas. Para Benaim Pinto, la queja, en tanto que expresión de sufrimiento, está en el centro de la medicina misma y en la actitud del médico hacia ella está fundada toda posibilidad de ayudar al enfermo en tanto que hombre en estado de necesidad. No hay, pues, modo alguno de objetivar el sufrimiento del quejoso sin

desnaturalizarlo transformándolo en un vínculo técnico entre quien está en posesión de unos medios diagnósticos y terapéuticos, por un lado, y quien pasivamente es objeto de la aplicación práctica de estos, por el otro. De allí entonces que el acto médico no pueda sino ser, en esencia, una relación intersubjetiva (10).

Debemos a pensadores como el francés Michel de Canguilhem la reposición en el debate de las ideas en nuestro campo de la antigua teoría vitalista de la enfermedad en contraposición a la que la entiende como un mero efecto de fenómenos del mundo físico en el fondo ajenos a la dinámica de la vida cuya cura depende, obviamente, de su remoción (11). Tan sólido paradigma se impondría victorioso en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, el trauma o las enfermedades carenciales. Apoyados en su innegable fuerza, aprendimos y enseñamos que salud y enfermedad eran una dualidad unívoca cuya línea divisoria habría de estar definida, normativamente, por la media, la mediana y el modo de la distribución gaussiana y sus dos desviaciones estándar. Bajo el ala de tan poderosa idea haríamos reiterados actos de fe en la vieja idea bernardiana de la enfermedad como desviación de una norma positiva definitoria de lo normal. Salud y enfermedad quedaban así reducidas a un juego de variables matemáticamente modelables en el que el drama profundo del hombre consciente de su condición mortal no podía aspirar a mayores consideraciones salvo que se aceptase, con arreglo a la episteme médica común, que también el espíritu es susceptible de experimentar varianzas medibles y verificables.

Ocurrió en todas las escuelas en todas las escuelas médicas; en unas antes, en otras después, pero finalmente en todas. La mayéutica hipocrática que buscó desde siempre adentrarse en el mundo del hombre enfermo fue cediendo indefensa ante el avance triunfal de los momios y las probabilidades. Será finalmente la enfermedad crónica, la que no se cura, sino que – como lo asevera la nueva jerga médica de estos tiempos- “se maneja”, la que vendría a ponernos a todos – tesis, discursos, escuelas y voceros- en nuestro debido sitio a enrostrarnos las más difíciles de todas las preguntas posibles en medicina: ¿es acaso la enfermedad una realidad cognoscible a través de las métricas de las que comúnmente nos valemos en el ejercicio clínico? Empeñados en objetivar las complejidades de la enfermedad, ¿corremos el riesgo de nunca encontrarnos – por paradójico que parezca- con el enfermo mismo?

La reivindicación de la primacía de la queja de quien sufre como piedra angular del acto médico convoca al clínico a enmendar lo que Robert Mulsant, cuyo ensayo “El hombre sin atributos” de 1930 he evocado tanto últimamente, en su día denunció como “el funesto error de oponer el espíritu al entendimiento” (12). La necedad biologicista, asistida primero por la modelación matemática a ultranza de los fenómenos clínicos y, más recientemente, por aplicaciones basadas en la llamada inteligencia artificial, amenaza con vaciar al discurso médico de su contenido más esencial: el de la ayuda de que un hombre brinda a otro que sufre. Se opone a tal

aspiración – cito aquí el notable trabajo de los académicos Rojas Malpica y De Lima recientemente publicado por esta casa- la ominosa tendencia de trivializar la enfermedad y la vida que parece estarse apoderando del espíritu médico de estos tiempos. Rojas Malpica y De Lima así lo denuncian en su crítica a lo que no dudan en calificar como “versiones simplistas de la psicología” y su “literatura insípida y superficial, enlatada en otras culturas” (13). Ninguna duda me cabe de que la misma tendencia pisa fuerte en todas las especialidades médicas, incluso en aquellas que, como la mía, históricamente han llevado a gala destacar su episteme holística. Así las cosas, la actitud médica ante el sufriente promete transformarse en un ejercicio de consultoría técnica despojado de su antiquísima actitud sanadora, olvidando que la relación entre el médico y el paciente es, en sí misma, sanadora.

Finalizo evocando la tesis de Canghillem según la cual, en el discurso médico el $\pi\acute{\alpha}\theta\omicron\varsigma$ – pathos- ha de preceder siempre al $\lambda\acute{o}\gamma\omicron\varsigma$ –logos- y no lo contrario (14). De allí entonces que la piedad, ese ejercicio de compasión por el enfermo por el cual el espíritu del médico comparte el padecer de su paciente – padece con él, literalmente- está en el fundamento último de toda la medicina. El diagnóstico más preciso y la terapéutica más acertada será siempre sucedáneos de un primer encuentro entre el médico y el paciente bajo el signo de la piedad. Oponerle al drama de la enfermedad la tremenda fuerza del logos sin la precedencia del pathos solidario es reducir la medicina y su práctica a una mera tecnología del cuerpo y la vida a un complejo integrado de servomecanismos carentes de sentido teleológico.

REFERENCIAS

1. Camus A. La peste. París: Gallimard; 1972.
2. Byock I. The best care possible: A physician's quest to transform care through the end of life. New York: Avery; 2012.
3. Villasmil Prieto G. Res medica y Ars medica en Venezuela, 1830-1936. Discurso científico e institucionalidad sanitaria en el primer siglo de la República. Caracas: Ediciones CEDICE Libertad, 2013.
4. Eliade M. The nostalgia for paradise in Mircea Eliade's quest for Homo Religiosus. Vancouver: University of British Columbia; 1974.
5. Ferguson N. Civilization: The West and the Rest. New York: Penguin Press; 2011.
6. Jaeger W. Paideia: Los ideales de la cultura griega. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1995.
7. Von Weizsäcker R. El hombre enfermo. Barcelona: Luis Miracle; 1956.

8. Benaim Pinto H. Significación de la queja en la relación del médico con el paciente, y del paciente con el médico. Caracas: Ediciones del Rectorado; 1983.
9. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores; 1980.
10. Benaim Pinto H. op.cit.
11. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.
12. Musil R. El hombre sin atributos. Barcelona: Seix Barral; 2010.
13. De Lima Salas MA, Rojas Malpica C. El pathos trágico: De Sófocles a García Márquez. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi Venturoni M, editores. Colección Raíces XXIX. Caracas: Editorial Ateproca; 2023. p. 122-133.
14. Canguilhem G. op.cit.

Enfoque hermenéutico fenomenológico de las dimensiones física, psicoemocional y espiritual del dolor humano

*Dra. Miriam Marcano Torres**

INTRODUCCIÓN

El dolor y el sufrimiento han sido acompañantes de la existencia humana desde el comienzo de la vida misma y ha recibido la atención permanente, no solo de los profesionales dedicados a la atención en salud, sino que además ha ocupado muchas líneas importantes en la literatura, tanto en prosa como poética, e incluso en diferentes expresiones del arte y de la cultura a lo largo de los siglos y en cada una de ellas, se han desarrollado diversas maneras de percibir, expresar y manejar el dolor, analizando las formas en que las personas interaccionan con el dolor físico, emocional y espiritual propio, cómo se reflejan e interpretan el dolor del prójimo e incluso interviniendo activamente en la forma en que el conglomerado universal analiza, responde e interviene en su atención.

En el año 2020, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo definió como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial que se sucede como una vivencia vital personal y cuya génesis está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, que desencadenan los diferentes mecanismos fisiopatológicos que intervienen en su aparición (1).

El dolor condiciona respuestas no sólo de orden físico sino además de tipo psicoemocional y en las dimensiones afectiva, cognitiva y sociocultural, que influyen en su percepción y expresión, con manifestaciones conductuales, que pueden conducir a alteraciones en la interpretación del síntoma doloroso y por consiguiente, en la estructuración de complejos condicionamientos que no solo

* Individuo de Número de la ANM. Sillón XXXIII

ORCID: 0009-0001-0992-0503

Trabajo presentado en el XXX Congreso Venezolano de Medicina Interna,
Caracas 14 al 17 de mayo, 2025

intervienen en la perpetuación del proceso, sino que además afectan relaciones laborales, la autoestima y el bienestar emocional, de tal manera, que su análisis clínico debe ir más allá de la simple consideración del dolor y sus características y penetrar en estos elementos que favorecen su persistencia y agravamiento, de modo que en el mediano y largo plazo representen elementos de aprendizaje significativo y duradero de la experiencia vital compleja que significa la presencia de dolor, particularmente cuando se atraviesa la etapa crónica del mismo.

En este contexto, el paciente con síndrome doloroso que se perpetúa en el tiempo requiere del equipo médico no solo su interés en producir alivio del síntoma, sino además y de particular importancia, la consideración de las manifestaciones psicoemocionales y espirituales del mismo, con la finalidad primordial de evitar el compromiso mental y psicológico, por ser factores determinantes en su evolución y pronóstico.

METODOLOGÍA

En la elaboración del presente trabajo, asumimos un proceso de investigación de tipo cualitativo, ya que no se manejaron datos numéricos ni estadísticos, puesto que nos regimos por un enfoque HERMENÉUTICO, al utilizar conocimientos expresos en textos o trabajos de investigación, mediante un proceso intelectual que permite a través del análisis del lenguaje, definir realidades trascendentales y facilitar inferencias teóricas.

Por otra parte, incluimos una comprensión FENOMENOLOGÍCA, mediante la consideración y análisis de las experiencias de vida, respecto de un suceso, en este caso el dolor y sus consecuencias, desde la perspectiva del sujeto, con la finalidad de comprender realidades experimentadas por el individuo (2).

DATOS HISTÓRICOS

Según la narrativa bíblica, encontramos que el dolor y el sufrimiento son consecuencia directas del pecado original, la imperfección humana y el mal que obra Satanás y que su entrada en la historia del ser humano ocurrió cuando Adán y Eva desobedecieron a Dios en el jardín del Edén, al comer del fruto prohibido del árbol del conocimiento del bien y del mal, originando dudas acerca del derecho de Dios a gobernar y por tanto al asumir actuaciones surgidas de su libre albedrío, decidieron por ellos mismos lo que estaba bien y lo que estaba mal, modificando así la intención inicial de la creación. (3)

De esta manera, la acción desobediente de los primeros habitantes del Edén introdujo el pecado en el mundo y originó un castigo que no se limitó a ellos, sino

que se hizo extensivo a toda la humanidad con la pérdida de la gracia original, la muerte física y una inclinación al pecado para todos sus descendientes. Como los seres humanos hemos heredado el pecado, o la imperfección, nos enfermamos, envejecemos y morimos (4) y pagamos las consecuencias de nuestros errores y de los cometidos por los demás.

“A la mujer dijo Dios: “En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti” (5).

En este orden de ideas, podemos señalar que desde las escrituras bíblicas todo sufrimiento, todo dolor y miseria se debe en última instancia al pecado de la humanidad.

Por otra parte, las diversas expresiones culturales son capaces de forjar diferentes modalidades en la percepción y expresión del dolor y de hecho existen sociedades que experimentan este síntoma desde una postura estoica, de autodomínio y fortaleza, mientras que otras lo hacen desde la vulnerabilidad y la tendencia a la emotividad y la catastrofización, particularmente cuando el malestar es persistente y se cronifica. Además, el dolor puede tener un importante efecto en la interacción familiar y social del individuo, perturbando su bienestar emocional y su interrelación con el entorno que le rodea, independiente de la connotación ansiosa y de miedo al pronóstico que puedan manifestar algunos sujetos.

En este orden de ideas, desde la antigua cultura griega asistimos a un enfoque más complejo del dolor, considerado como una experiencia consustancial a la vida, con distintas aproximaciones filosóficas sobre su origen y significado, ya que inicialmente lo contextualizaron desde una perspectiva místico-religiosa, para más tarde añadir una concepción científica y natural. Al comienzo fue interpretado como un castigo divino o la influencia negativa de fuerzas sobrenaturales y con el desarrollo de la medicina y la filosofía se conceptualizó como una alteración del equilibrio corporal y una señal de daño o enfermedad, abarcando tanto el sufrimiento físico como el emocional (6).

Desde el punto de vista filosófico ha sido concebido como una forma particular de la emoción, mientras que para otros pensadores no es más que la expresión de un disfuncionamiento de la mecánica corporal y desde la perspectiva antropológica constituye un cúmulo de experiencias vitales, preñadas de condicionamientos, contenidos trascendentes, análisis y deducciones condicionadas por la cultura y la subjetividad individual (7).

En resumen, podemos entonces señalar que cada individuo reacciona de una manera diferente ante una misma causa de dolor, ya que el umbral de sensibilidad es diferente para cada sujeto y se encuentra mediado no solo por la anatomía o

fisiología, sino además por los diversas modalidades culturales, sociales, personales o de las circunstancias vitales que atraviesa el individuo en la oportunidad que confronta la situación dolorosa y sus consecuencias.

Recientemente, el examen de modelos biomédicos para comprender el dolor, ha proporcionado avances de importante significación en el ámbito de la neurociencia del dolor humano, que la mayoría de las veces es complejo no solo en su interpretación clínica, sino además en su confrontación terapéutica, pero que en todo caso suele ser multifactorial y consiste en una delicada interacción entre lesión de un tejido específico, procesos neuropáticos periféricos, alteraciones inmunitarias, modificaciones en el procesamiento cerebral, variables psicosociales, sensibilización del sistema nervioso periférico y central, neuroplasticidad y mecanismos endógenos entre otros factores.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Existen múltiples clasificaciones del dolor atendiendo a la duración, origen, localización, curso e intensidad.

Según su origen

Nociceptivo:

Se origina por daño tisular o inflamación.

Somático: Proviene de tejidos musculoesqueléticos

Visceral: Proviene de órganos internos, se caracteriza por su localización difusa y puede desencadenar respuestas reflejas vegetativas y motoras.

Neuropático: Resulta de lesiones o enfermedades que afectan al sistema somatosensorial.

Nociplástico: Surge del procesamiento anormal de señales de dolor sin evidencia clara de daño sobre el organismo.

Psicógeno: se ve afectado por factores psicológicos.

Según el curso

Puede ser continuo o irruptivo (aparece de forma repentina).

Según la duración

Se clasifica en agudo y crónico.

Según la intensidad

Se clasifica en leve, moderado y severo.

Dolor iatrogénico

El dolor causado por tratamientos médicos.

Entre el estímulo que lo provoca y el dolor experimentado existen numerosos condicionantes que disminuyen o acentúan su intensidad, de tal manera, que en el síndrome doloroso siempre habrá un elemento que altera la relación del hombre con su entorno, que actúa como un fenómeno fisiológico que traduce el síntoma hasta la conciencia moral del individuo, condicionando de manera definitiva su expresión a nivel corporal y psicoemocional (8).

NEUROFISIOLOGÍA DEL DOLOR

El dolor humano implica la activación de varias partes funcionales del cerebro. La neurofisiología es la ciencia que se encarga de estudiar cómo el sistema nervioso procesa y transmite las señales de dolor, desde la percepción inicial hasta la experiencia consciente del mismo, a través de mecanismos de transducción, transmisión, modulación y percepción del dolor, con la participación de:

- ***Amígdala** (condicionamiento del miedo)
- ***Corteza cingulada anterior** (enfoque y concentración)
- ***Hipocampo** (memoria)
- ***Cortezas motoras y premotoras** (planificación y ejecución del movimiento)

Este procesamiento significa un cambio funcional dentro del cerebro, conocido como la **NEUROMATRIZ** del dolor, en la cual la información del dolor ocurre a través de un complejo sistema de señales sensoriales, emocionales y cognitivas.

La neuroplasticidad puede tener efectos tanto positivos como negativos. Por un lado, permite la recuperación y adaptación tras una lesión y por otro, puede contribuir a la persistencia del dolor al reforzar las vías neuronales asociadas con la percepción de este.

En la etapa inicial del dolor ocurre la transmisión de señales desde el tejido lesionado hasta el sistema nervioso central, a través de nociceptores ubicados en la piel, músculos, articulaciones y órganos internos, dando origen a un potencial de acción que inicia la señal del dolor, la cual se propaga desde el sitio de la lesión hasta el sistema nervioso central, seguido de la etapa de modulación, en la que participan la médula espinal y el cerebro, pudiendo sucederse la **amplificación o inhibición**

de las señales de dolor, gracias a la liberación de diversos neurotransmisores como las endorfinas, que reducen la percepción del síntoma.

En una tercera fase se desencadena el mecanismo de modificación que origina cambios a largo plazo, que pueden implicar tanto la estructura como la función del sistema nervioso, tales como la reorganización de las conexiones neuronales y la sensibilización central, que amplía la percepción del dolor, a través de modificaciones neuroplásticas que permiten que los órganos inicialmente implicados en la transmisión del estímulo doloroso se adapten a la presencia continua del dolor. La percepción es el reconocimiento consciente de la señal en el cerebro, en la cual participan diversas estructuras neurológicas, incluidas:

Corteza somatosensorial: Procesa la localización y la intensidad del dolor.

Corteza cingulada anterior: Involucrada en la respuesta emocional al dolor.

Corteza prefrontal: Interviene en la evaluación cognitiva del dolor y en la toma de decisiones relacionadas con la respuesta ante el síntoma (9).

En relación con su duración, el dolor puede ser agudo y crónico. El primero es de corta duración y generalmente, está determinado por una lesión o enfermedad específica y desaparece cuando dicha causa se cura. El dolor crónico es aquel que persiste más allá de tres meses e incluso sigue presente aun cuando la lesión original haya sanado. El dolor representa un mecanismo natural de defensa ante la percepción cerebral de amenaza a nuestra integridad, de tal manera, que conocer a fondo los procesos fisiopatológicos que intervienen en su aparición, resulta de particular utilidad para modificar su interpretación, y así, reducir el significado amenazador, desprendiéndose del miedo, movilizándolo el cuerpo y procurando mejor calidad de vida.

El dolor crónico es problema mundial de salud pública, ya que, aproximadamente 3 % de la población lo padece. En términos generales el dolor crónico, suele acompañarse de una situación de estrés que afecta al cuerpo, añadiendo otros síntomas físicos tales como músculos tensos, capacidad limitada para el movimiento, falta de energía y cambios en el apetito, pero además puede cursar de manera concomitante con síntomas emocionales, como depresión, rabia, ansiedad y miedo, a través de la activación del sistema de alarma ante el peligro y sus mecanismos básicos de supervivencia (10)

PSICOLOGÍA DEL DOLOR

La psicología del dolor se encarga del estudio y tratamiento de los aspectos psicológicos que influyen en la experiencia dolorosa, particularmente en su forma crónica, analizando cómo las emociones, cogniciones y comportamientos

humanos afectan la percepción y respuestas ante el dolor, es decir, coloca su foco de atención en la experiencia subjetiva del síntoma centrándose en la intensidad, la localización y la calidad del dolor.

Por otra parte, esta rama de la ciencia evalúa el efecto de factores psicoemocionales como la ansiedad, la depresión, el estrés, las creencias y las actitudes en los mecanismos fisiopatológicos del dolor, sus manifestaciones clínicas y su implicación en los resultados terapéuticos.

El dolor siempre representa un fenómeno complejo y multidimensional en el cual no sólo existe una experiencia perceptiva, sino además un componente afectivo en el cual intervienen factores de tipo biológicos, psíquicos y socioculturales y cuyos elementos cognitivos y emocionales, incluyendo ansiedad, tristeza e ira, proporcionan elementos que permiten explicar mejor las diferencias individuales en cuanto a percepción y tolerancia al dolor. Del mismo modo, nos permite conocer que cuando ocurre limitación en la expresión emocional, la experiencia dolorosa se manifiesta con mayor fuerza.

Desde el punto de vista de la integración perceptiva del dolor existen 3 componentes fundamentales:

Sensorial: cualidades neurosensitivas del dolor

Cognitivo-evaluador: significado que le da la persona al dolor. Se corresponde con su valoración consciente e incluye pensamientos, anticipaciones y predisposición de la persona ante el dolor.

Subjetivo-afectivo-emocional: incluye miedo, temor, angustia, ansiedad, que modifican el umbral del dolor e identifica y gestiona las emociones ante el mismo.

Uno de los objetivos de la psicología del dolor es ofrecer estrategias y técnicas dinámicas para procurar su alivio, particularmente en los casos en que su cronificación perturba sustancialmente la calidad de vida de la persona, enseñándoles habilidades de afrontamiento, tales como la relajación, la meditación, la terapia cognitivo-conductual y la gestión del estrés con el primordial objetivo de reducir el impacto en sus relaciones, trabajo y actividades recreativas.

De extraordinaria importancia resulta el abordaje de los problemas emocionales concomitantes como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima que se presentan como acompañantes consuetudinarios de las formas crónicas de dolor (11).

El Sistema de alarma ante el peligro activa mecanismos básicos de supervivencia para prevenir o corregir situaciones potencialmente dañinas. El dolor crónico, es una experiencia más intensa, con un componente psicoemocional que perturba de manera importante múltiples aspectos de la vida, sobre todo en los ámbitos psicológico y social. En la mayoría de los casos, la lesión en los tejidos no suele

ser la causa del dolor, sino un fallo de análisis del cerebro, que interpreta que hay daño donde no lo hay. Esta falsa interpretación suele darse con bastante frecuencia en dolor crónico.

DOLOR Y ESTRESORES CRÓNICOS

La presencia de estresores crónicos produce la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal con el consiguiente aumento en la liberación de cortisol, mientras que, la persistencia del estímulo provoca la pérdida de la retroalimentación negativa. La liberación permanente de la hormona produce cambios desadaptativos que desregulan los factores inflamatorios con disminución del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) y la neurogénesis, por efecto de las citoquinas, determinando un impacto negativo en la transmisión monoaminérgica, mientras que, por otra parte, la vía descendente del dolor, dependiente de monoaminas, pierde su capacidad de inducir analgesia.

Las investigaciones dirigidas al estudio del dolor, particularmente en su forma crónica, han demostrado que se puede experimentar el síntoma sin que exista un daño corporal demostrable, debido a una hiperexcitación mantenida del sistema nervioso acompañado de una inflamación de bajo grado, de tal manera, que se produce una respuesta amplificadora a los estímulos, el dolor aparece antes, con más intensidad, de localización más difusa y con una duración más prolongada.

DIMENSIÓN EMOCIONAL DEL DOLOR

La dimensión emocional del dolor se relaciona con los componentes subjetivo y afectivo que aparecen cuando sentimos su presencia, incluyendo sentimientos de desagrado, sufrimiento, malestar psicológico, ansiedad y tristeza, añadiendo elementos perturbadores a raíz de eventos o situaciones difíciles en nuestras vidas, que influyen negativamente en la intensidad y la forma en que percibimos el dolor, mientras que, en forma recíproca, el dolor puede afectar nuestro estado emocional. Este tipo de dolor puede ser tan intenso como de tipo físico y puede afectar significativamente diferentes áreas de nuestra vida, incluyendo emociones, pensamientos y comportamientos. No siempre es fácil de identificar o manejar y a menudo requiere tiempo y esfuerzo para superarlo.

El dolor emocional puede ser desencadenado por una variedad de factores, incluyendo:

Pérdidas, problemas en relaciones personales, familiares o laborales, experiencias traumáticas, abuso, negligencia, accidentes, problemas de salud mental como depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, problemas

económicos, autopercepciones incluyendo sentimientos de baja autoestima, autocrítica excesiva (12).

Este tipo de dolor equivale a una herida interna que, independientemente de su causa u origen, indica la ausencia de habilidades de autogestión emocional para afrontar asertivamente las situaciones vitales complejas y los cambios pertinentes para la corrección de las dinámicas negativas que confrontamos en el día a día.

Su transformación en un padecimiento crónico que distorsiona su función de alarma y tiene un impacto desfavorable en diversos ámbitos de la existencia humana y en su calidad de vida. Si entendemos que el dolor es el resultado de la interacción de factores biológicos psicológicos y sociales, entonces debe ser abordado desde una visión interdisciplinaria (13).

Las emociones tienen una función reguladora, con el propósito fundamental de favorecer nuestra adaptación al entorno y el cumplimiento de nuestras metas, siempre y cuando se mantengan en un valor standard de intensidad, pero cuando ésta se eleva o se hacen persistentes o desadaptativas, se constituyen en factores deletéreos para nuestra salud.

Las emociones pueden influir en el dolor de dos formas: 1) produciendo cambios en la intensidad, la duración y la calidad del dolor. 2) modificando el impacto del dolor en la vida diaria.

El dolor emocional puede adquirir diversas formas de presentación, incluyendo una variedad de síntomas psicoemocionales como tristeza, ira, ansiedad, soledad y baja autoestima, aislamiento social, trastornos en la concentración, dificultad para las relaciones interpersonales, sentimientos de culpa, irritabilidad e incluso en la mayoría de los casos se acompaña de síntomas físicos como fatiga, problemas de sueño y cambios en el apetito. Es una experiencia humana normal, pero puede ser muy dañina si no se confronta de manera adecuada, por ello, la identificación de las causas que lo han originado es un paso de gran valor para su abordaje a través de estrategias de afrontamiento efectivas.

El dolor emocional es una experiencia común entre los seres humanos, que ocurre como respuesta a situaciones de pérdida de algo significativo en nuestras vidas, ya sea la desaparición de un ser querido, procesos de separación de pareja, la pérdida de un trabajo entre otros. Su abordaje precisa un exacto conocimiento de sus componentes para realizarlo de manera saludable y constructiva.

El dolor emocional se instaura en dos fases:

FASE I

Ante la pérdida de un valor significativo en nuestras vidas, se inicia un proceso de duelo, que se establece en dos fases. En primer lugar, se produce una etapa de

decepción o conflicto de cualquier naturaleza para así iniciar la adaptación a la nueva situación. Es la fase del “duelo”, propiamente dicha.

En la etapa de negación, el paciente experimenta ira, negociación, depresión y aceptación, utiliza diversas estrategias para superar el dolor emocional y finalmente concluye en una fase de aprendizaje vital, en la cual obtiene provecho de la experiencia.

FASE II

Se inicia cuando el duelo de la primera fase se perpetúa en el tiempo, porque el paciente no ha podido gestionar estrategias que le permitan el adecuado manejo de las respuestas emocionales y sentimientos que le ha originado el dolor afectivo y adopta una conducta totalmente negativa y pesimista. Se percibe como una persona muy pequeña sin oportunidad de demostrar el valor que tiene, de tal modo que se activa la fase crónica del dolor emocional en la cual ocurre el agravamiento de su sintomatología (15).

La depresión en atención primaria es de 7% y 56,8% si se considera la prevalencia de vida y ocupa 3er. lugar en carga de enfermedad a nivel mundial. La relación entre dolor crónico y depresión puede ser concomitante o sucesiva con serias repercusiones en los niveles de funcionalidad, mayores índices de gravedad, empeoramiento en la percepción de salud, mayor necesidad en el uso de opioides.

Ambas patologías poseen síntomas comunes, modifican conceptos sobre sí mismo, producen cambios de humor repentinos, menos actividad, determinan modificaciones en la dinámica propia y familiar de particular envergadura. Por estas razones, identificar las causas del dolor emocional es un paso importante para encontrar estrategias de afrontamiento efectivas, para una experiencia humana normal, pero que puede hacerse debilitante si no se aborda adecuadamente.

En resumen, podemos condensar la evolución del dolor de la siguiente manera:

Negación: la resistencia ante la realidad.

Ira: canalizando la tormenta emocional.

Negociación: diálogo interno y búsqueda de sentido.

Depresión: abrazando la tristeza como parte del proceso.

Aceptación: renaciendo con aceptación (15).

Buscar apoyo profesional, como terapia psicológica, es una oportunidad muy útil para aprender a manejar el dolor emocional y mejorar la calidad de vida.

DIMENSIÓN ESPIRITUAL DEL DOLOR HUMANO

El dolor espiritual no es un dolor físico, es un dolor profundo del alma que obedece a un conflicto intrapsíquico, en el cual el ser humano confronta un particular estado de angustia por no poder encontrar significado o conexión en su vida y en el que surgen numerosas interrogantes que no consiguen la respuesta adecuada, que se repiten permanentemente, elevando el grado de ansiedad del paciente, tales como: ¿por qué?, ¿Por qué yo?

El dolor espiritual usualmente se desplaza en el terreno del sufrimiento humano, es mucho más variado y pluridimensional, es una sensación más extendida, pues al asentar en el alma humana abarca al sujeto en toda su integridad física y mental incluyendo el estado de ánimo y de diversas maneras, la voluntad y el libre albedrío de la persona e incluso llega a comprometer su entorno más cercano. En la mayoría de las veces, cuando se sufre espiritualmente es común que nadie sepa que tenemos dolor y el trastorno del bienestar se convierte en una experiencia más amplia que involucra aspectos emocionales, psicológicos y existenciales. No es un dolor físico, pero puede acompañarse con frecuencia de manifestaciones de orden corporal o emocional. Solamente el hombre, cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta ¿por qué?

Para poder percibir la verdadera respuesta al «por qué» del sufrimiento, tenemos que volver nuestra mirada a la revelación del amor divino, fuente última del sentido de todo lo existente. La persona no encuentra fuentes de significado, esperanza, propósito, amor, paz, consuelo, fortaleza o conexión en la vida.

Experimenta dudas con respecto a sus creencias religiosas o espirituales, pierde la conexión con el universo que lo rodea, con su propio yo, con su entorno familiar, laboral o relacional, con las cosas que eran motivo de su satisfacción y alegría como el arte, la música, la literatura, la naturaleza y suele atravesar por severos sentimientos de culpa y de cuestionamiento moral en medio de los cuales se cree merecedor de un castigo y muchas veces recurre a mecanismos de autoflagelación para redimir su culpa. El sufrimiento origina turbulencia emocional y conlleva al autorreconocimiento de la vulnerabilidad y debilidad del ser, además, de la conciencia cierta de la temporalidad de la vida (16).

El dolor físico nos conecta con la existencia de nuestra propia corporeidad, mientras que, el dolor espiritual lo hace con la angustia vital, tal como señala Miguel de Unamuno (17) “no nos damos cuenta de tener alma hasta que ésta nos duele” y más aún invita a la serenidad y comprensión del proceso cuando señala “Jamás desesperes, aun estando en las más sombrías aflicciones, pues de las nubes negras cae agua limpia y fecundante.”

Las consecuencias del sufrimiento comprenden el deterioro de la persona en su totalidad corpórea que tiene explicación como efecto inmediato de la enfermedad, que condiciona el compromiso del flujo vital del individuo, la pérdida de sus expectativas y la interrupción en la búsqueda de sus metas y propósitos vitales.

El sufrimiento humano suscita compasión y respeto y a su manera produce algún grado de temor. La empatía es la capacidad para entender los sentimientos y las emociones de otra persona, incluso, cuando lo está pasando mal y con frecuencia activa áreas del cerebro asociadas con emociones negativas. El límite entre uno mismo y los demás puede desdibujarse si no tenemos habilidades de autorregulación y experimentamos un “contagio emocional” llegando incluso a ocurrir un “síndrome de desgaste por empatía”, también conocido como “fatiga por compasión o estrés traumático secundario,” y se manifiesta como un estado de agotamiento físico, emocional y mental que resulta de la exposición prolongada al sufrimiento de otros (18).

Sin embargo, las situaciones dolorosas pueden ser ocasión de crecimiento emocional y espiritual, cuando el dolor nos permite adentrarnos en un proceso de toma de conciencia de quiénes somos y de nuestra realidad vital, tanto desde el punto de vista personal como social, en cuyo caso podemos hacer un juicio valorativo y constructivo acerca de nuestras creencias, temores, deseos y fragilidades y de esta manera, llegar a reconocer las fortalezas que forman parte de nuestra propia personalidad, es decir, podemos activar un mecanismo de reinención personal que nos conduzca a procesar adecuadamente el sentimiento de culpa.

Los estratos del dolor se refieren a la forma en que se clasifica o categoriza el síntoma, generalmente en base a su intensidad o duración. El dolor físico corresponde al primer estrato, sensorial, referido al yo, pero no a la persona, mientras que, dolor y sufrimiento se insertan en el cuarto estrato, no solo por su intensidad, sino por su duración. El sufrimiento devora todas las perspectivas de futuro, elimina un horizonte sin dolor y compromete el estrato espiritual y produce tristeza, de manera que, el ser humano se siente desvalido, temeroso y alterado en su ánimo, debido a la incertidumbre y la pérdida de fe.

ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO DESDE LA NEUROCIENCIA

La neurociencia ha dirigido sus esfuerzos principalmente a comprender cómo el cerebro interpreta y procesa el dolor, más allá de la lesión física y su enfoque se ha centrado en la plasticidad neuronal y la sensibilización central, demostrando además que el dolor puede perdurar en el tiempo incluso sin daño tisular continuo. En este orden de ideas, investiga los mecanismos neuronales involucrados en la

detección, transmisión, modulación y percepción del dolor, y evalúa los mecanismos neurológicos intrínsecos que participan en la forma cómo el cerebro interpreta y responde a las señales de dolor y la ya demostrada influencia e intervención de otros elementos como las emociones, las creencias y la cultura (19).

La educación en neurociencia del dolor (PNE) es una herramienta clave, que pretende modificar las percepciones erróneas sobre el dolor y empoderar a los pacientes para manejarlo activamente, de una manera más positiva, ofreciendo una alternativa que complementa el tratamiento convencional mediante una asertiva educación sobre el dolor, incluyendo la información, tanto a nivel fisiológico como psicológico (20).

La perpetuación del dolor resulta del aprendizaje de un mecanismo esencialmente “no consciente”, que se desarrolla por sensibilización y se puede memorizar a través de un proceso de neuroplasticidad, mediado por una interpretación cerebral equivocada, cuando este órgano comete un importante error apreciativo en la evaluación del evento amenazante, debido a la permanencia de un mecanismo de hipervigilancia ante la amenaza.

En este orden de ideas, la Neurociencia postula la necesidad de reeducar el sistema del dolor, señalando que en el caso de cronicidad se puede iniciar un proceso de desaprendizaje de los factores que favorecen esta transformación y reaprendiendo el modo de afrontarlo, en conjunto con actividades físicas inteligentes, terapia psicológica y algún fármaco si es necesario.

De esta forma la Neurociencia contempla una alternativa de apoyo al tratamiento convencional consistente en una correcta educación del dolor, particularmente cuando es prolongado en el tiempo, aun cuando también puede ser de utilidad en el abordaje de pacientes con las formas aguda, subaguda y perioperatoria, ya que éstos pueden presentar crisis importantes de miedo y catastrofismo y en este caso, es necesario procurar la disminución del dolor autoinformado, a partir de la premisa que señala que su presencia no es sinónimo de daño tisular y por ende, sólo el tratamiento de la lesión no resolverá el problema. En este contexto el objetivo es cambiar la percepción dolorosa y la actitud y comportamiento hacia el mismo (21).

TRATAMIENTO

La ausencia de tratamientos en la esfera psicoemocional a sujetos portadores de dolor crónico resulta incomprensible si tenemos en mente los beneficios reportados cuando el enfermo transita emociones salutogénicas como la alegría, el amor, la gratitud o la esperanza, que determinan la activación del sistema nervioso parasimpático y propicia la relajación y la liberación de sustancias analgésicas

naturales, como las endorfinas o la serotonina. Las personas que experimentan con frecuencia emociones positivas tienen un 18% menos de riesgo de desarrollar dolor crónico (21).

Entre las alternativas que pudieran ofrecerse a los pacientes con experiencias dolorosas crónicas, se encuentran las conocidas como Terapias mente cuerpo, que son prácticas que buscan mejorar la salud y el bienestar integrando la mente y el cuerpo y se fundamentan en la conexión ya demostrada en diversas investigaciones entre el cuerpo y la mente y que los pensamientos, emociones y actitudes pueden afectar la salud física y viceversa. Estas terapias mente-cuerpo, son formas seguras y eficaces de mitigar los síntomas físicos y emocionales, y de mejorar las habilidades de afrontamiento en pacientes con diversas enfermedades, entre ellas el cáncer, cuyas manifestaciones dolorosas y psicoemocionales son bien conocidas en el mundo médico universal (22)

Entre ellas se pueden mencionar:

Terapia cognitivo-conductual (TCC): Diversas investigaciones han demostrado que los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. El encuadre en los pensamientos y sentimientos, al igual que su forma de procesamiento por parte del paciente, representa la parte cognitiva de la TCC. Mientras que, el enfoque en sus acciones constituye la parte conductual.

Este tipo de terapia se concentra en la transformación de pensamientos y actitudes negativas en formas positivas, con el objeto de tranquilizar y transformar la mente, a una forma más asertiva en la asignación de significado y procesamiento del dolor y sus consecuencias (23).

Visualizaciones guiadas

Luego de la demostración de Robert Ader y Nicolas Cohen (24) que el sistema inmune puede ser manipulado de manera pavloviana, surgieron un conjunto de técnicas de sanación, destinadas a mejorar la interacción e influencia de la mente con las funciones corporales, las cuales inducen relajación y permiten recuperar la salud y el bienestar general, a través de visualizaciones guiadas, inducidas por un terapeuta.

Esta técnica utiliza la imaginación para promover la relajación y el bienestar, reducir el dolor y facilitar la curación. Consiste en inducir imágenes mentales en el paciente, con el propósito de estimular los órganos de los sentidos y trasladar a la persona a un estado de quietud y paz, que lo ayuda en la mitigación del dolor (25).

Técnicas de Relajación: su aplicación en sujetos con dolor está basada en el concepto ya establecido de que el dolor provoca tensión, contracturas musculares y frecuentemente ansiedad, lo cual favorece el aumento en la intensidad del dolor. La relajación se acompaña de una disminución de la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática que se traduce en mejoría del síntoma doloroso, aliviando los efectos del estrés en la mente y el cuerpo. Sirven para disminuir o hacer desaparecer el estrés a largo plazo, particularmente el relacionado con diversos problemas de salud, como las enfermedades cardíacas y el dolor (26).

Mindfulness o atención plena: es una terapia basada principalmente en vivir el presente, en estar atento a lo que sucede sin juzgar ni interpretar, mediante la práctica de meditaciones y ejercicios respiratorios. En otras palabras, se fundamenta en aceptar la realidad tal como es. Las personas que puntúan más alto en mindfulness sienten menos dolor, presentan una mayor calidad de vida y sufren menos emociones negativas. Suele ser una herramienta efectiva para el manejo del dolor crónico, a través de su efecto beneficioso en reducir la percepción del dolor y modificar la correspondiente respuesta emocional

La práctica de la atención plena favorece el aprendizaje y la observación directa de las sensaciones, pensamientos y emociones sin establecer juicios críticos, lo que puede determinar una apreciación más adecuada del dolor que conduzca a una mejor aceptación del dolor y a una disminución de los síntomas psicoemocionales persistentes, como la ansiedad, la depresión y el estrés (27).

Musicoterapia: Es una disciplina terapéutica que utiliza la música y sus elementos como sonido, ritmo, melodía para ayudar a las personas a mejorar su salud física, emocional, cognitiva y social. Se fundamenta en la idea de que la música es un medio de expresión y comunicación para lograr objetivos no musicales. Es una herramienta eficaz en el abordaje terapéutico del dolor, tanto físico como emocional, ya que produce modificaciones valideras en las emociones y estados de ánimo, modificando la percepción del dolor y favoreciendo la relajación, junto con la liberación de neurotransmisores con efecto analgésico como las endorfinas y mecanismos neuronales complejos que involucran al sistema inhibitorio descendente del dolor (28).

Yoga: Es una práctica oriental milenaria de tipo mente-cuerpo que permite establecer una adecuada conexión entre el cuerpo, la respiración y la mente, con el objetivo de proporcionar diversos beneficios que contribuyen a mejorar la salud integral. A través de posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación, con el objetivo de promover relajación, reducción del estrés, cambios positivos en el estado de ánimo y fomento de autoconciencia. A través de la combinación de posturas físicas, técnicas de respiración y meditación, el yoga ayuda a reducir el dolor, mejorar la flexibilidad, la movilidad, y el bienestar mental. Además, induce

la elevación del umbral del dolor y a gestionar mejor las sensaciones dolorosas, alivia la tensión muscular y reduce el estrés y la ansiedad y favorece la postura correcta y la alineación corporal (29).

Terapia de aceptación y compromiso (ACT): consiste en una serie de técnicas que persiguen aceptación del sufrimiento y dejar de practicar la evitación como estrategia de afrontamiento, además de establecer el compromiso personal con los valores u objetivos vitales, que constituyen su propósito de vida. Ayuda a las personas a manejar el dolor crónico aceptando sus experiencias internas. ACT se centra en la flexibilidad psicológica, permitiendo a los pacientes llevar una vida significativa a pesar del dolor (30).

Escritura emocional: Esta estrategia en el campo de las terapias mente cuerpo puede servir como una forma de drenaje psicológico con el fin de organizar e iniciar un análisis introspectivo de la experiencia perturbadora que el paciente confronta; sin el temor a recibir juicio crítico, constituyéndose entonces en una especie de limpieza psicoemocional de las emociones, sentimientos y actitudes dañinas. Al escribir sobre las eventualidades dolorosas, se favorece la organización de pensamientos y emociones, estimulando la comprensión y la integración de estas experiencias en la vida de la persona, de manera que pueda surgir una reducción del estrés, transformación positiva de la autoconciencia y una mayor resiliencia para asumir situaciones difíciles de una manera más congruente y asertiva (31).

Hipnoterapia: esta terapia se sustenta en la idea de que el dolor constituye una situación deletérea de orden biopsicosocial, en la que se produce la conjunción negativa de factores variados que adquieren un papel preponderante como desencadenantes de la patología dolorosa y por ello, la hipnosis como técnica promotora de cambios sustanciales en este terreno, puede resultar de utilidad para el afrontamiento efectivo de la situación, a través de la sugestión y la atención enfocada,

Contribuye a reducir la percepción y el impacto del dolor, mediante un proceso inductivo de relajación profunda, que origina la transformación de la forma en que el cerebro interpreta las señales de dolor, promoviendo no solo la relajación física sino además la distracción cognitiva, reduciendo la conexión con el dolor (32).

Ante estas perspectivas surgen varias interrogantes que requieren respuestas concisas como ¿qué conviene saber ante el dolor y la enfermedad?, ¿qué tenemos que hacer?, ¿qué ocurre cuando esta experiencia se presenta en nuestra vida?

En este orden de ideas, hay dos visiones, quien lo experimenta desde su propia subjetividad, y la perspectiva asumida por el entorno de quienes lo padecen y lo contemplan desde el matiz de la objetividad, de tal manera que en el sustrato del problema subyace un elemento de extraordinaria importancia, revelado

desde la actitud que asuma cada uno de los personajes implicados en la situación y representa la forma de experimentar la intención y propósito de afrontar esta compleja experiencia vital, teniendo en cuenta que se trata de una extraordinaria ocasión para el enriquecimiento personal y espiritual, visto desde la posibilidad de incrementar nuestro aprendizaje resiliente.

CONCLUSIONES

1. El dolor es una forma de lenguaje corporal, complejo y multidimensional, por excelencia, que incluye no solo una faceta perceptiva, sino también afectiva, determinada por la acción conjunta de múltiples elementos biológicos, psíquicos y socioculturales, que se expresan en una gran diversidad de intensidades y duración.
2. Es una experiencia individual, para la cual no estamos preparados, a pesar de que en cualquier momento de nuestras vidas podemos experimentarlo y sufrir las consecuencias que su continuidad en el tiempo puede determinar.
3. Tiene una función adaptativa, con efectos adversos sobre funcionalidad y bienestar social y psicológico, que deben considerarse de manera integral en el abordaje terapéutico del síntoma.
4. Existen formas agudas y crónicas del dolor, de acuerdo con su duración y en razón de su contenido y los elementos que lo mantienen puede ser físico, emocional y espiritual, conocido también como sufrimiento.
5. El dolor físico se asocia con frecuencia a una lesión corporal, pero puede aparecer sin que exista evidencia de daño tisular.
6. En su fisiopatología intervienen la sensibilización del sistema nervioso periférico y central, la neuroplasticidad y mecanismos endógenos.
7. El dolor significa un cambio funcional dentro del cerebro, conocido como la NEUROMATRIZ del dolor, en la cual el procesamiento de la información ocurre a través de un complejo sistema de señales sensoriales, emocionales y cognitivas.
8. El dolor crónico es aquel que se perpetúa más de 3 meses. Puede conducir a depresión, problemas de familia y aislamiento social.
9. En este tipo de dolor existe un fallo de análisis del cerebro, que interpreta que hay daño donde no lo hay.
10. El dolor emocional es un malestar psicológico que surge ante experiencias de carácter negativo. Puede manifestarse de variadas maneras, como tristeza

profunda, ansiedad, culpa o irritabilidad y puede afectar significativamente la vida de una persona.

11. El dolor emocional pasa por etapas similares a las que ocurren durante el duelo y cuando no se resuelve en la primera fase, pasa a la etapa de cronificación en la que se agravan todos los síntomas y el paciente entra en proceso de negatividad y pesimismo.
12. Puede acompañarse de múltiples síntomas orgánicos como dolor, cefalea, cansancio, decaimiento.
13. Existe un cambio en la percepción del dolor o una disminución del umbral del dolor, como origen del cuadro psicósomático.
14. El dolor espiritual no es un dolor físico, es un dolor profundo del alma, un conflicto intrapsíquico, es un sufrimiento moral, una angustia surgida porque la persona no encuentra significado o conexión en su vida.
15. Este sufrimiento es una experiencia más amplia que involucra aspectos emocionales, psicológicos y existenciales.
16. El sufrimiento humano suscita compasión y respeto y a su manera atemoriza.
17. La perpetuación del dolor resulta del aprendizaje de un mecanismo esencialmente “no consciente”, que se desarrolla por sensibilización y se puede memorizar a través de un proceso de neuroplasticidad.
18. La Neurociencia investiga los mecanismos neuronales involucrados en la detección, transmisión, modulación y percepción del dolor y evalúa los mecanismos neurológicos intrínsecos que participan en la forma cómo el cerebro interpreta y responde a las señales de dolor y la ya demostrada influencia e intervención de otros elementos como las emociones, las creencias y la cultura.
19. La educación en neurociencia del dolor (PNE) es una herramienta clave, que pretende modificar las percepciones erróneas sobre el dolor y empoderar a los pacientes para manejarlo activamente, de una manera más positiva, ofreciendo una alternativa que complementa el tratamiento convencional mediante una asertiva educación sobre el dolor, incluyendo la información, tanto a nivel fisiológico como psicológico.
20. El tratamiento de las distintas formas de dolor, debe incluir la atención del dolor físico con la administración de analgésicos de distintas clases, bien conocidos, con técnicas de fisioterapia y en todo caso, con un adecuado abordaje de la condición psicoemocional y espiritual a través de las Terapias mente cuerpo, que son prácticas que buscan mejorar la salud y

el bienestar, integrando la mente y el cuerpo, conexión ya demostrada en diversas investigaciones y enseñando que los pensamientos, emociones y actitudes pueden afectar la salud física y viceversa.

REFERENCIAS

1. Sharma, S. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) actualiza la definición de dolor. Agosto 2020. Journal of Orthopaedic& Sport Physical Therapy. Disponible en [Jospt.org/action/doSearch?AuthorTextFieldLang="Saurab+Sharma". https://doi.org/10.2519/jospt.blog.20200812d](https://doi.org/10.2519/jospt.blog.20200812d).
2. (Génesis 2:16, 17; 3:6; Romanos 5:19). en Enseñanzas bíblicas JW.org. Disponible en <https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/pecado-original/#link0>.
3. (Romanos 6:23) en Enseñanzas bíblicas JW.org. Disponible en <https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/pecado-original/#link0>.
4. (Génesis 3:16) en Enseñanzas bíblicas JW.org disponible en <https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/pecado-original/#link0>.
5. (Eclesiastés 8:9; Santiago 3:2). en Enseñanzas bíblicas JW.org. Disponible en <https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/pecado-original/#link0>.
6. Pérez-Cajaraville, J, Abejón, D, Ortiz, JR, Pérez, JR. 2005. El dolor y su tratamiento a través de la historia Rev. Soc. Esp. Dolor vol.12 no.6 Madrid ago./sep. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007#:~:text=En%20la%20Grecia%20antigua%2C%20personas%20afectadas%20por,administraban%20pociones%2C%20vendajes%20y%20energ%C3%ADas%20m%C3%ADsticas%20\(opio\).&text=Diosc%C3%B3rides%20hizo%20familiar%20el%20uso%20de%20vino,t%C3%A9cnica%20anest%C3%A9sico%2Dquir%C3%B3rgica%20por%20toda%20la%20sociedad%20griega](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000600007#:~:text=En%20la%20Grecia%20antigua%2C%20personas%20afectadas%20por,administraban%20pociones%2C%20vendajes%20y%20energ%C3%ADas%20m%C3%ADsticas%20(opio).&text=Diosc%C3%B3rides%20hizo%20familiar%20el%20uso%20de%20vino,t%C3%A9cnica%20anest%C3%A9sico%2Dquir%C3%B3rgica%20por%20toda%20la%20sociedad%20griega).
7. Bustos Domínguez, R. 2000 Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton*. (Acta Bioethica 6(1) Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2000000100008#:~:text=El%20dolor%2C%20

[como%20experiencia%20humana,:%20los%20leprosos%2C%20por%20ejemplo.](#)

8. Dolor.com. La Nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Clasificación del dolor . Disponible en <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-clasificacion-internacional-enfermedades>
9. Salus play. Neurofisiología y fisiopatología del dolor. Disponible en [Salusplay.com/apuntes/pediatria/tema-1-neurofisiologia-y-fisiopatologia-deldolor#:~:text=La%20modulación%20del%20dolor%20ocurre, reducir%20la%20percepción%20del%20dolor.](https://salusplay.com/apuntes/pediatria/tema-1-neurofisiologia-y-fisiopatologia-deldolor#:~:text=La%20modulación%20del%20dolor%20ocurre, reducir%20la%20percepción%20del%20dolor.)) Dolor crónico: problema mundial de salud pública. 3 % de la población.
10. Cleveland Clinic Dolor agudo vs. dolor crónico: patologías más frecuentes en la actualidad. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/12051-acute-vs-chronic-pain>).
11. Dolor.com Aspectos psicológicos del dolor. Disponible en <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-y-tratamiento-del-dolor/aspectos-psicologicos>).
12. Centre neurona. El dolor emocional. Disponible en <https://centroneurona.com/es/dolor-emocional/>
13. Laboratorios Farma. Las emociones y su impacto en el manejo del dolor. Disponible en laboratoriosfarma.com/las-emociones-y-el-dolor/#:~:text=bandas%20de%20resistencia.Dimensión%20emocional.modificar%20pensamientos%20negativos%20o%20catastróficos.
14. Krauss Whitbourne, S. 2024. 7 estrategias prácticas para superar el dolor emocional. Psychology Today. Disponible en <https://www.psychologytoday.com/es/blog/7-estrategias-practicas-para-superar-el-dolor-emocional#:~:text=Huesos%20rotos%20de%20p%C3%A9rdida%20y,d%C3%A1ndote%20m%C3%A1s%20tiempo%20para%20sanar.>
15. Psicomagister ¿Cuáles son las etapas del duelo?. Disponible en <https://psicomagister.com/cuales-son-las-etapas-del-duelo/#:~:text=El%20complejo%20proceso%20de%20duelo,%2C%20negociaci%C3%B3n%2C%20depresi%C3%B3n%20y%20aceptaci%C3%B3n.>
16. Aguilar Fleitas, B. 2016, Dolor y sufrimiento en medicina Rev. Urug. Cardiol. vol.31 no.1 Montevideo en scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100005n
17. Unamuno M. 1981. Del sentimiento trágico de la vida. Barcelona: Planeta.

18. Moreno, L.A, Gascón Marzal, A. 2023 Síndrome de desgaste por empatía en el personal sanitario. Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 4, No. 5. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965622#:~:text=El%20SDE%20es%20una%20respuesta,emociones%20y%20s%C3%ADntomas%20que%20generan.>
19. Clínica del dolor orofacial. Neurociencia del Dolor Crónico o persistente. Disponible en <https://www.clinicadolororofacial.es/neurociencia-del-dolor-cronico-o-persistente/#:~:text=En%20resumen%2C%20la%20neurociencia%20respalda,percepci%C3%B3n%20y%20experiencia%20del%20dolor.>
20. Casabella Abril, B, Puértolas Pérez, C, Eraso Pérez , U. 2022. Manejo del dolor crónico sin daño: educación en neurociencia del dolor. Science Direct. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria Volumen 29, Issue 9, Pages 503-507. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207222001827>)
21. Orellana Vilches, M. El dolor humano como enseñanza, liberación y encuentro. Ars Medica Revista de ciencias médicas. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/305990672_ DOI: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v29i2.337.>
22. Memorial Sloan Kettering Center. Integrative Medicine Acerca de las Terapias Mente- Cuerpo e disponible en <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/mind-body.>
23. Medline plus. Terapia cognitivo conductual para el dolor de espalda. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000415.htm#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20funciona%20la%20terapia%20cognitivo%20conductual?&text=Se%20cree%20que%20cambiar%20el,Desarrollar%20un%20pensamiento%20sano>
24. Ader R, Cohen N. 1975. Behaviorally conditioned immunosuppression. Psychosom Med. 1975;37(4)333.
25. Integrative pain Science institute. 5 pasos para aliviar el dolor con imágenes guiadas. Disponible en <https://integrativepainscienceinstitute.com/guided-imagery-5-steps/>
26. Mayo Clinic. Estilo de vida saludable. Control del estrés Técnicas de relajación. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/relaxation-technique/art-20045368Dra.>

27. De Andrés C. 10 beneficios del mindfulness para el dolor crónico. Medicina del dolor. Disponible en <https://medicinadeldolor.es/10-beneficios-del-mindfulness-para-el-dolor-cronico/#:~:text=1.,a%20la%20percepci%C3%B3n%20del%20dolor>.
28. Clasificaciones de Instituciones SCimago. Musicoterapia e intervenciones basadas en la música en el tratamiento del dolor: estado del arte. Disponible en <https://www.scielo.br/j/brjp/a/hrVHjTgQ6NGcymF85mYfYwR/?lang=en#:~:text=Este%20alivio%20parece%20estar%20relacionado,Fuentes%20de%20patrocinio:%20ninguna>.
29. Gupta, S , Surabhi, G , Kumar, G. , Arora, T , Dada, R. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Online ISSN:1741-4288 and Potential Role of Yoga Intervention in the Management of Chronic Non-malignant Pain <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2022/5448671> Alternative Medicine Online ISSN:1741-4288 Print ISSN:1741-427.
30. Feliu-Soler, A, Montesinos, F , Gutiérrez-Martínez ,O, Scott, W, McCracken, LM, Luciano, JV. Estado Actual de la terapia de aceptación y compromiso para el dolor crónico: una revisión narrativa. National Library of Medicine Disponible en [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6174685/#:~:text=1%3C/sup,\(valores%20y%20acci%C3%B3n%20comprometida\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6174685/#:~:text=1%3C/sup,(valores%20y%20acci%C3%B3n%20comprometida)).
31. Cyrulnik, B. Escribir para superar el dolor. Ethic. Disponible en <https://ethic.es/2021/04/escribir-para-superar-el-dolor/#:~:text=Escribir%20puede%20salvar%20el%20alma,el%20dolor%20o%20la%20p%C3%A9rdida>.
32. Navidi, A. Tratamiento del dolor crónico con hipnosis clínica: una introducción. Disponible en <https://evidenceinmotion.com/treating-chronic-pain-with-clinical-hypnosis/#:~:text=La%20hipnosis%20cl%C3%ADnica%20puede%20ayudar%20a%20las%20personas%20a%20alcanzar,autorregulaci%C3%B3n%20y%20control%20del%20dolor>.

Arma de destrucción masiva: ausencia de estadísticas nacionales en salud

Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez¹, Norma Marchan Pérez², Jeiv Vicente Gómez Marín³, Carlos Ramón Cabrera Lozada⁴, Pedro Faneite Antique⁵

RESUMEN

La ausencia de estadísticas nacionales en salud constituye una amenaza silenciosa que vulnera el derecho ciudadano a la información veraz, impide una planificación basada en evidencia y agrava las desigualdades sanitarias. Desde el principialismo, se evidencian violaciones a los principios de justicia distributiva, autonomía informada, beneficencia y no maleficencia. La bioética latinoamericana crítica denuncia la invisibilización de poblaciones vulnerables y la falta de participación comunitaria en la construcción del conocimiento. La opacidad estadística ha sido funcional a modelos autoritarios o negligentes, generando desconfianza institucional y afectando la salud mental colectiva, impidiendo la asignación equitativa de recursos, perpetúa la exclusión y limita la evaluación de políticas públicas. Los gobiernos son responsables en la generación, actualización y publicación de datos confiables, accesibles y protegidos. Se proponen soluciones como el fortalecimiento de sistemas de información, auditorías ciudadanas, capacitación en bioética estadística y el uso de tecnologías abiertas para democratizar el análisis.

-
1. Médico especialista en obstetricia y ginecología, bioestadística y bioética. Presidente Comité Bioética en Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos". ORCID: 0000-0001-8196-7579.
 2. Especialista en ginecología infantil juvenil, obstetricia y ginecología. ORCID: 0000-0002-3779-2430
 3. MSc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-4833-5160.
 4. PhD en Ciencias de la Salud, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Sillón VII. ORCID: 0000-0002-3133-5183.
 5. PhD en Ciencias Médicas. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Director fundador del Programa de Especialización de Perinatología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Universidad de Carabobo. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Sillón XX. ORCID: 0000-0003-1924-7663.

Palabras clave: Bioética, estadísticas nacionales, salud, arma destrucción masiva, equidad, datos, vulnerabilidad.

ABSTRACT

Absence of national health statistics constitutes a silent threat that undermines citizens' right to truthful information, obstructs evidence-based health planning, and exacerbates health inequalities in access to services. From the principlialist perspective, violations of distributive justice, informed autonomy, beneficence, and non-maleficence are evident. Latin American critical bioethics denounces the invisibilization of vulnerable populations and the lack of community participation in knowledge production. Statistical opacity has served authoritarian or negligent models, generated institutional distrust and affecting collective mental health. There is responsibility of national and regional governments to generate, update, and publish reliable, accessible, and protected data. Proposed solutions include strengthening health information systems, promoting citizen audits, training in statistical bioethics, and using open technologies to democratize analysis.

Keywords: Bioethics, national statistics, health, vulnerability, equity, data.

INTRODUCCIÓN

La salud pública de las naciones se construye sobre pilares invisibles pero fundamentales: los datos (1-5). Las estadísticas nacionales en salud no son simples cifras; son el reflejo cuantificable de vidas, sufrimientos, logros e incluso las carencias. Su ausencia constituye una forma silenciosa de violencia estructural, sistematizada y poco constructiva que impide el diagnóstico real de los problemas sanitarios, obstaculiza la planificación basada en evidencia y perpetúa desigualdades históricas (1-7) en especial las poblaciones en minusvalía.

Desde una perspectiva bioética, esta omisión no puede y jamás debe considerarse neutra. El modelo principlialista denuncia la vulneración de los principios de justicia distributiva, autonomía informada, beneficencia y no maleficencia (1-6). La bioética latinoamericana crítica, por su parte, señala que la invisibilización de poblaciones vulnerables y la falta de participación comunitaria en la construcción del conocimiento representan una negación ética del derecho a existir en los datos (1-8) y de los principios constitucionales que rigen los estados (1-8).

Históricamente, la opacidad estadística ha sido funcional a modelos autoritarios o negligentes, generando desconfianza institucional y afectando la salud mental colectiva (9,10,9). En el plano social y económico, la falta de datos impide la

asignación equitativa de recursos, limita la evaluación de políticas públicas y debilita la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias (5-8).

La bioética, como ciencia del cuidado de la vida, exige que cada número represente una historia humana, y que cada omisión sea reconocida como una herida social que demanda reparación (6-15). Esta reflexión busca no solo denunciar la ausencia de estadísticas, sino también formar conciencia ética en los profesionales de la salud y en quienes dirigen los sistemas sanitarios, para que reconozcan que gobernar con datos es gobernar con dignidad (1-5, 16-18).

DESARROLLO

Enfoque Principialista

El modelo de Beauchamp y Childress (6), propone cuatro principios fundamentales que, en el contexto de la ausencia de estadísticas nacionales en salud, revelan no solo una falla técnica, sino una herida ética profunda que vulnera derechos fundamentales y erosiona la confianza ciudadana.

El filósofo español Fernando Savater nos advierte que “la ignorancia impuesta es una forma de esclavitud moderna” — y en salud, esta esclavitud se traduce en decisiones médicas tomadas sin consentimiento real, sin contexto, sin voz. Esto se traduce, tomando en cuenta el principio de autonomía en el cual se exige que cada persona pueda tomar decisiones informadas sobre su salud, su cuerpo y su destino. Sin datos públicos, esa libertad se convierte en una ilusión. La ciudadanía queda atrapada en la niebla de la desinformación, sin brújula ni mapa (1-18). Como señala Beauchamp y Childress, la autonomía implica actuar con comprensión y sin coacción, y eso requiere acceso a información veraz (1-6).

En el corazón de la salud pública, la beneficencia no se limita a la acción de hacer el bien: implica prever el daño, anticiparse al sufrimiento y construir escenarios donde la dignidad florezca. Las estadísticas bien utilizadas son semillas de bienestar colectivo; permiten diseñar políticas que previenen enfermedades, protegen a los más vulnerables y promueven entornos saludables, equitativos y sostenibles. Su ausencia, en cambio, es una forma de indiferencia institucional que, como advirtió Octavio Paz, “es el peor de los males” —una sombra que se extiende sobre quienes más necesitan ser vistos. Cuando los datos faltan, se impide sembrar y cosechar esa justicia sanitaria que tanto anhelamos, especialmente para evitar la discriminación estructural que afecta a comunidades indígenas, personas mayores, con discapacidad o en situación de pobreza. La indiferencia estadística se convierte así en una forma de abandono silencioso, donde el olvido se disfraza de omisión técnica (1-18).

Desde la bioética clínica, Bustos Saldaña lo expresa con claridad: “La beneficencia no es solo hacer el bien, sino anticiparse al daño y construir escenarios de dignidad” (7). Esta afirmación nos recuerda que el verdadero cuidado no comienza en el hospital, sino en la voluntad política de conocer, reconocer y actuar. Porque cada dato ausente es una historia no contada, una necesidad ignorada, una vida que no entra en el mapa de decisiones. La beneficencia exige entonces una mirada ética que abrace la totalidad del ser humano, no como objeto de intervención, sino como sujeto de derechos. Y en esa mirada, el dato se convierte en puente: entre el conocimiento y la compasión, entre la técnica y la ternura, entre el Estado y su pueblo (1-7).

El principio de no maleficencia exige que ninguna acción, por omisión o negligencia, cause daño evitable a las personas. En el ámbito de la salud pública, ocultar, manipular o fragmentar los datos estadísticos no es solo una falla técnica: es una forma de violencia institucional que vulnera el alma ética de una nación (8-16). Como advierte Valdés, “el daño ético no siempre es visible, pero sus consecuencias son profundas y persistentes” (17). La opacidad estadística genera angustia colectiva, erosiona la confianza en las instituciones y conduce a decisiones erradas que pueden costar vidas, especialmente entre quienes ya habitan los márgenes: comunidades indígenas, personas mayores, con discapacidad o en situación de pobreza. Negar la verdad es negar el derecho a la protección. Simone Weil lo expresa con una lucidez conmovedora: “La verdad es una necesidad vital del alma” (18). Y en ese sentido, cada dato oculto es una herida silenciosa que asfixia la conciencia social. La no maleficencia, entonces, no se limita a evitar el daño físico: exige prevenir el sufrimiento psicológico, el abandono simbólico y la exclusión estadística. Porque cuando una vida no está registrada, no está protegida; y cuando una comunidad no aparece en los informes, no existe para las políticas públicas. La ética del cuidado nos recuerda que el silencio institucional también mata. Y que el respeto por la vida comienza por nombrarla, contarla y reconocerla. En cada cifra debe latir una historia, y en cada tabla, un compromiso. Porque el dato no es solo un número: es el eco de una necesidad, el reflejo de una dignidad, el testimonio de lo humano (1-6).

La justicia distributiva exige que los recursos en salud se asignen de forma equitativa, y eso solo es posible si los datos son precisos, públicos y actualizados. La ausencia de estadísticas perpetúa desigualdades, invisibiliza a las poblaciones vulnerables y favorece decisiones arbitrarias (1-6).

La Universidad Internacional de La Rioja (UNIR) (19), señala que los metadatos y los datos abiertos no solo son herramientas técnicas, sino pilares éticos para garantizar la transparencia, la equidad y la eficiencia en la gestión pública. En su análisis, se destaca que la simple publicación de información ya

no es suficiente: ahora se requiere una comprensión profunda de los datos, su organización inteligente y su capacidad para generar conocimiento accionable. Esta transformación implica pasar de una administración opaca y vertical a una gobernanza horizontal, donde la ciudadanía no solo accede a la información, sino que la interpreta, la cuestiona y la utiliza para exigir justicia. Los metadatos permiten detectar patrones, anticipar crisis, evaluar el desempeño institucional y visibilizar zonas de exclusión. En este nuevo paradigma, el dato deja de ser un número aislado para convertirse en un testimonio social. Como lo ejemplifica el caso de Lucía, una ingeniera de datos que, desde su escritorio, logra analizar millones de resoluciones judiciales y detectar sesgos estructurales, los ciudadanos del siglo XXI están escribiendo un nuevo capítulo en la relación entre sociedad e instituciones (19). Esta revolución silenciosa exige que los gobiernos no solo publiquen cifras, sino que habiliten mecanismos de interpretación, participación y acción. En palabras del artículo, “el futuro de la gestión pública no es solo cuestión de transparencia, sino de comprensión, predicción y acción”. Así, los metadatos se convierten en una forma de justicia anticipada, donde la ética del dato se entrelaza con la dignidad de los pueblos. El filósofo John Rawls lo resume con fuerza: “Las desigualdades son injustas a menos que beneficien a los más desfavorecidos.” Sin datos, no hay forma de saber si eso ocurre (1-6, 20).

Bioética contemporánea

La bioética latinoamericana crítica no se conforma con los principios universales: los amplía, los contextualiza y los encarna en territorios heridos por la desigualdad. Frente a la ausencia de estadísticas nacionales en salud, esta corriente exige una mirada estructural, comunitaria y profundamente humana (1-5).

Determinación social de la salud

El concepto de determinación social de la salud, desarrollado por Jaime Breilh (8), propone que los datos deben reflejar no solo enfermedades, sino las condiciones estructurales que las generan: pobreza, exclusión, violencia, degradación ambiental, afirma que “la epidemiología crítica no puede ser otra cosa que radicalmente emancipadora”. Las estadísticas, entonces, no son neutras: son instrumentos de poder simbólico que pueden transformar o perpetuar visiones del mundo. Su ausencia impide diagnosticar el alma social de una nación.

Estudios recientes han demostrado que los errores por sesgo de selección y omisión de datos pueden generar subestimaciones de hasta 400% en el consumo de alcohol entre adolescentes cuando se utilizan métodos voluntarios de recolección en lugar de estrategias obligatorias y representativas (19, 20). Asimismo, el sesgo en algoritmos médicos ha llevado a que modelos de inteligencia artificial predigan

dolor con precisión solo en pacientes blancos, ignorando el sufrimiento de personas racializadas debido a datos entrenados con prejuicios clínicos (20-22).

Estas distorsiones no son meramente técnicas: son éticas. Cuando los datos excluyen a los más vulnerables, se perpetúa una forma de injusticia epistémica que impide reconocer el sufrimiento colectivo. Como escribió el médico y escritor Paul Kalanithi: “Cada paciente lleva dentro de sí su propio médico” —pero si no está registrado, ese médico interior queda silenciado (21).

La determinación social exige entonces que las estadísticas abracen la complejidad humana, reconozcan las raíces del dolor y visibilicen las voces que históricamente han sido ignoradas. Porque en salud pública, lo que no se cuenta, no se cuida (1-5, 20-22).

Vulnerabilidad y dignidad

Desde una perspectiva filosófica, jurídica y bioética, la vulnerabilidad no representa debilidad, sino una condición ontológica que exige protección, reconocimiento y justicia. Es el punto de partida ético desde el cual se construye la dignidad humana. Vargas-Machado (9) lo expresa con claridad: “La dignidad humana no puede desvincularse de su vulnerabilidad inherente”. Esta afirmación nos recuerda que toda política pública, toda estadística y toda decisión sanitaria debe partir del respeto por lo frágil, lo diverso y lo excluido.

Cuando los datos no visibilizan a los marginados, se les niega el derecho a existir en el discurso público. La omisión estadística no es solo un error técnico: es una forma de invisibilización institucional que perpetúa el abandono. Como advierte Luciano Floridi (22), filósofo de la información, “la protección de la privacidad debe basarse directamente en la protección de la dignidad humana”. En este sentido, los datos no son propiedad del Estado, sino extensión simbólica de las personas que representan (1-5, 22).

La bioética contemporánea exige que las estadísticas abracen la diversidad humana, reconozcan las diferencias y reparen las exclusiones. Adela Cortina (23), filósofa española, propone el concepto de “aporofobia” —el rechazo al pobre— como una forma de violencia estructural que se reproduce cuando los sistemas de información ignoran a quienes no tienen voz. La ausencia de datos sobre comunidades indígenas, personas con discapacidad o adultos mayores no es casual: es reflejo de prioridades políticas que deben ser cuestionadas desde la ética.

En el ámbito médico, Paul Farmer (24), médico y antropólogo, afirmaba que “la equidad en salud comienza por reconocer que cada vida cuenta, y que cada omisión es una injusticia”. Esta visión humanista nos invita a pensar que los datos no son solo herramientas de gestión, sino actos de reconocimiento. Por ello,

evitar errores y omisiones en las autoridades sanitarias no es solo una cuestión de eficiencia: es una exigencia ética. La humanización del dato implica garantizar que cada cifra represente una historia, que cada tabla incluya a quienes han sido históricamente ignorados, y que cada informe sea un espejo justo de la realidad social

Participación comunitaria

La producción y análisis de datos en salud no puede ni debe ser un ejercicio vertical ni tecnocrático además de obedecer a las necesidades políticas regionales o nacionales de los gerentes del estado. Debe incluir voces locales, saberes populares y experiencias vividas que reflejen la diversidad cultural, territorial y espiritual de los pueblos. Ruiz Taborda y colaboradores (25), encontraron que solo el 63% de los análisis de situación de salud en América Latina incorporan participación comunitaria, y que esta suele limitarse a la socialización de resultados, sin una verdadera co-construcción del conocimiento.

La bioética crítica latinoamericana propone una “epistemología del diálogo”, donde las comunidades no sean objeto de estudio, sino sujetos de conocimiento. Porque el dato que no se construye con el pueblo, no le pertenece. Esta visión exige una transformación ética en la forma en que se recolectan, interpretan y publican los datos.

En este proceso, médicos, residentes, enfermeras y personal de salud tienen una responsabilidad ineludible: garantizar la honestidad en la recolección, evitar la repetición mecánica de informes, y rechazar la copia de datos sin verificación. La ética profesional exige que cada cifra sea fruto de una observación comprometida, contextualizada y respetuosa. Como señala el bioeticista Daniel Strech (26), “la transparencia en el uso de datos no es una opción técnica, sino una obligación moral que protege la dignidad de quienes confían en el sistema”.

El economista Karl Lauterbach (27), en su trabajo sobre integridad de datos, afirma que “la repetición de informes sin verificación es una forma de corrupción estadística que erosiona la confianza pública y perpetúa errores estructurales”

La integridad en la publicación de datos exige que los profesionales de salud reconozcan que cada informe es un acto de responsabilidad social, que no se trata de llenar casillas, sino de dar testimonio ético de lo que ocurre en los territorios. Como señala la OMS, los datos deben ser tratados como un bien público global, y su gestión debe ser ética, equitativa y participativa (28).

En palabras escritas con la sinceridad y convencimiento dado por el conocimiento, Sarah Chan (29), bioeticista de la Universidad de Edimburgo,

expresa: “La datificación del humano exige una nueva ética del cuidado, donde cada número represente una vida, y cada omisión, una injusticia”

Análisis contextual histórico, psicológico, social y económico

Las estadísticas en salud no emergen en el vacío: están atravesadas por procesos históricos, dinámicas psicosociales, estructuras de poder y decisiones económicas que configuran su producción, interpretación y omisión. Comprender este entramado es esencial para revelar cómo la ausencia de datos no es solo una negligencia técnica, sino una forma de violencia estructural.

Historia: del modelo médico-céntrico al derecho universal

Durante gran parte del siglo XX, la salud fue concebida desde un enfoque médico-céntrico, donde el saber clínico era el único legitimado y la atención se centraba en el hospital como espacio de poder (1-5, 30). Este modelo invisibilizó los determinantes sociales de la salud, relegando la salud pública a un segundo plano y despojando a las comunidades de su capacidad de agencia. Solo con el avance de los movimientos sociales, la consolidación de los derechos humanos y el reconocimiento de la salud como bien común, se comenzó a entender que la salud no es un privilegio, sino un derecho universal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (31), lo afirma con contundencia: “El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencias políticas o condición económica o social”. Esta declaración no es solo un principio ético, sino una exigencia política que obliga a los Estados a generar estadísticas accesibles, transparentes y participativas, como base para políticas públicas justas (1-5, 31).

El filósofo Rui Nunes (32) sostiene que “la universalización del derecho a la salud es una expresión de la dignidad humana y una condición para la igualdad real entre los pueblos”. Esta visión se alinea con el pensamiento de John Rawls (33), quien afirma que “las desigualdades son injustas a menos que beneficien a los más desfavorecidos”. En este nuevo paradigma, las estadísticas dejan de ser instrumentos técnicos para convertirse en actos de reconocimiento ético. Porque lo que no se cuenta, no se cuida. Y lo que no se visibiliza, no se transforma (1-5, 32, 33).

Psicología colectiva: desinformación y angustia social

La ausencia de datos confiables en salud pública genera un vacío epistémico que alimenta la desconfianza institucional, la angustia colectiva y la fragmentación del tejido social. Cuando las cifras son opacas o contradictorias, la población queda atrapada en un limbo informativo donde proliferan los rumores, las teorías

conspirativas y las decisiones médicas sin fundamento. Esta incertidumbre no solo afecta la comprensión racional de la realidad, sino también la resiliencia emocional de las comunidades (20-22, 34).

El psicólogo Peter Fonagy (34), advierte que “la alteración de la confianza epistémica socava el funcionamiento social saludable”, al impedir que las personas distinguan entre fuentes confiables y manipuladoras. Esta disrupción puede llevar a una credulidad excesiva o a un rechazo total de la información, ambos extremos que dificultan el aprendizaje social y la toma de decisiones informadas.

La psicóloga Chloe Campbell (35), en sus estudios sobre mentalización y comunicación social, señala que “la confianza epistémica se construye en entornos donde las personas se sienten comprendidas y respetadas; cuando esto falla, se activa la sospecha y el retraimiento cognitivo”. En contextos de salud pública, esto se traduce en miedo, parálisis y una erosión del vínculo entre ciudadanía y sistema sanitario.

Además, el psicólogo Brian Lyons (36), advierte que el rechazo a la orientación experta — producto de la desinformación persistente — está vinculado a fenómenos como el populismo científico, la sobreconfianza epistémica y el desprecio institucional, lo que dificulta la aceptación de correcciones y refuerza creencias erróneas.

Como escribió Seema Yasmin (37), médica y periodista: “Nuestros cerebros buscan más dopamina, más oxitocina, más información que respalde lo que ya creemos, mientras ignoran convenientemente la evidencia que lo contradice”. Esta tendencia — conocida como sesgo de confirmación — se intensifica cuando los datos oficiales son escasos o poco creíbles.

En este escenario, la psicología colectiva exige una ética del dato que no solo informe, sino que cuide. Porque en salud pública, la transparencia no es solo una virtud: es un antídoto contra el miedo (1-5, 30-37).

Condiciones sociales: migración, pobreza y violencia estructural

La calidad de los datos en salud está profundamente condicionada por fenómenos como la migración forzada, la pobreza extrema y la violencia estructural. Estos factores no solo dificultan la recolección de información, sino que también distorsionan la representatividad de los datos disponibles, generando vacíos que perpetúan la exclusión estadística (1-5, 11).

En contextos vulnerables, muchas comunidades quedan fuera del radar institucional, y cuando logran ser registradas, sus datos suelen ser interpretados desde paradigmas simplistas o estigmatizantes. La manipulación de datos basada

en conclusiones apresuradas —sin confirmación metodológica ni validación contextual— puede convertirse en una forma de violencia simbólica. Tal como se plantea en el artículo “Cuando la ciencia advierte, la ética responde” (38), publicado en 2025 por la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, los hallazgos clínicos no confirmados —como la posible mutación mitocondrial en niños migrantes— deben ser abordados desde una bioética que combine el principialismo, la justicia epistémica y la ética del cuidado, evitando prejuicios y exclusiones. El texto concluye con una afirmación poderosa: “Advertir sin excluir, investigar sin prejuzgar y cuidar sin fronteras son principios esenciales para una medicina verdaderamente humana”.

El filósofo Boaventura de Sousa Santos (39) señala que “la ignorancia estadística sobre los pobres no es casual: es parte de una epistemología de la ausencia”. Esta ausencia se traduce en políticas públicas que no ven, no oyen y no actúan. Por ello, es imperativo que los profesionales de salud —médicos, enfermeras, epidemiólogos, gestores— asuman un rol activo en la protección ética de los datos, evitando repetir informes sin verificación, y rechazando narrativas que culpabilizan a las víctimas.

Como señala Michelle Louch (40), “la forma en que se presenta la información determina cómo se entiende; y lo que se omite, también comunica”. La bioética contemporánea exige que los datos no sean solo precisos, sino justos, igualmente espera que no reproduzcan estigmas, sino que reparen silencios. Porque cada cifra mal interpretada puede convertirse en una sentencia social, y cada omisión, en una herida que se perpetúa, lo cual es difícil de sanar y olvidar.

Economía política: opacidad funcional a intereses no sanitarios

La opacidad estadística en salud no siempre es producto del descuido: en muchos casos, responde a una estrategia deliberada para ocultar el deterioro institucional, desviar recursos o justificar decisiones políticas sin evidencia. Transparencia Venezuela denunció que el país obtuvo cero puntos en el Índice de Presupuesto Abierto, evidenciando la falta total de transparencia en el manejo de datos públicos (12). Esta ausencia de información impide el control ciudadano, debilita la rendición de cuentas y erosiona la confianza en las instituciones (1-5, 12).

Desde una perspectiva bioética, esta práctica vulnera el principio de responsabilidad institucional, que exige que los gobiernos actúen como garantes del bien común. El bioeticista Polychronis Voultzos (41) advierte que “la transparencia, la inclusividad y el bien común deben ser pilares de la gobernanza de datos en salud”. Cuando los datos se ocultan o se manipulan, se rompe el pacto

ético entre Estado y ciudadanía, lo cual abre una puerta a decisiones que priorizan intereses económicos, ideológicos o geopolíticos por encima de la salud colectiva.

El médico sanitarista Paul Farmer (24), lo expresó con fuerza: “La equidad en salud comienza por reconocer que cada vida cuenta, y que cada omisión es una injusticia”. En este sentido, la opacidad estadística no solo es una falla técnica, sino una forma de violencia estructural que perpetúa el abandono de los más vulnerables.

Desde el punto de vista de gerencia en salud pública, como señala el informe de la OMS “Economic and Social Impacts and Benefits of Health Systems”, se tiene el deber de implementar mecanismos de gobernanza transparente, que incluyan auditorías, participación comunitaria y publicación de datos accesibles (42). La gestión ética de los datos no es una opción: es una obligación moral que protege la dignidad de los pueblos (1-5, 42).

En palabras de Angeliki Kerasidou (43), experta en ética de datos: “La confianza pública en las instituciones sanitarias depende de su compromiso con el bien común, no con intereses privados”. Por ello, la responsabilidad gubernamental debe incluir no solo la producción de estadísticas, sino su publicación íntegra, contextualizada y libre de sesgos.

Por ello, es urgente exhortar a todos los actores del sistema sanitario — gobiernos, médicos, residentes, enfermeras, epidemiólogos, gerentes de salud y comunicadores científicos— a sincerar, analizar y publicar las estadísticas de salud bajo los principios de las Buenas Prácticas Médicas. Estas prácticas, recogidas en las directrices del Good Publication Practice Guidelines for Company-Sponsored Biomedical Research 2022 (GPP 2022) (44), establecen que la publicación de datos debe ser transparente, precisa, contextualizada y libre de sesgos, garantizando la integridad científica y el respeto por los pacientes. La publicación honesta de estadísticas no es solo una obligación técnica: es un acto de justicia, un gesto de dignidad, y una forma de cuidado colectivo. Porque en cada cifra debe latir una vida, y en cada informe, un compromiso ético con la verdad (1-5, 44).

Posibles soluciones:

Frente a la ausencia de estadísticas confiables en salud pública, es necesario avanzar hacia un modelo ético, participativo y técnicamente robusto. Estas propuestas no solo responden a una necesidad técnica, sino a un imperativo moral: garantizar que cada dato represente una vida, una historia, una dignidad (1-5, 44, 45) .

1. Fortalecer sistemas de información en salud con enfoque intersectorial: la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone consolidar sistemas

de información que integren datos provenientes de distintos sectores: salud, educación, ambiente, justicia y protección social. Este enfoque intersectorial permite comprender la salud como fenómeno complejo y contextualizado, y no como una simple variable clínica. La OPS destaca que “los sistemas de información deben ser interoperables, éticos y orientados al bienestar colectivo”. (45)

2. Capacitar en bioética estadística a profesionales sanitarios: la formación en bioética estadística permite que médicos, residentes, enfermeras y epidemiólogos comprendan no solo cómo recolectar datos, sino cómo hacerlo con respeto, justicia y transparencia. La experiencia universitaria en la capacitación en profesionales sanitarios, permite señalar en base que “la ética estadística no es una especialidad técnica, sino una actitud profesional que protege la dignidad de los pacientes y la integridad de la investigación” (46).
3. Promover auditorías ciudadanas de datos públicos: Transparencia Venezuela propone auditorías ciudadanas como mecanismo para vigilar la calidad, veracidad y accesibilidad de los datos públicos. En su informe de 2018 (47), denuncian que el país obtuvo “cero puntos” en el Índice de Presupuesto Abierto, lo que evidencia una opacidad funcional a intereses no sanitarios. La organización afirma que “el dato oculto es una forma de corrupción silenciosa”.
4. Integrar fuentes múltiples para mejorar precisión y representatividad: El reporte Global Education Monitoring Report del Instituto de Estadística de la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (48), recomienda combinar datos administrativos, encuestas y evaluaciones para mejorar la precisión de indicadores como la tasa de no escolarización o la finalización escolar. Esta metodología propuesta por la UNESCO, evita sesgos y permite una lectura más justa de la realidad. Como señala el informe: “Lo que no se mide bien, no se puede transformar” (48).
5. Utilizar software ético y accesible como R o Jamovi para democratizar el análisis: El uso de herramientas como Jamovi y R permite que estudiantes, investigadores y profesionales puedan analizar datos sin depender de licencias costosas. Ramos Salvachúa (49) destaca que “la democratización del análisis estadístico comienza por el acceso libre a herramientas éticas y transparentes”. Jamovi, basado en R, ofrece una interfaz amigable, gratuita y potente para el análisis descriptivo, inferencial y gráfico.

CONCLUSIONES

Las estadísticas de salud... no son cifras. No son burocracia. Son los latidos silenciosos de una nación que espera ser reconocida. En cada número habita un rostro, una historia, una esperanza suspendida. Y cuando faltan, cuando se omiten, cuando se manipulan, no es solo el dato el que se pierde: es la dignidad lo que se borra. En este tiempo donde la información se vuelve espectáculo, donde lo urgente desplaza lo esencial, queremos detener... detenerte... detenernos, y preguntar al mundo entero: ¿qué significa cuidar desde el dato? ¿cómo se construye una salud verdaderamente humana? Hemos recorrido voces y pensamientos. Desde la bioética principialista hasta la crítica latinoamericana, desde los ecos de la psicología colectiva hasta los laberintos de la economía política. Hemos visto cómo el dato puede informar, pero también cómo puede herir, estigmatizar y dañar. Cómo la omisión puede convertirse en abandono, y la desinformación en angustia colectiva. Hemos reconocido que los errores sin verificación pueden estigmatizar a quienes ya cargan demasiado silencio.

Pero también hemos descubierto caminos. Caminos que no están hechos de fórmulas, sino de sinceridad, de participación, de capacitación, de software libre, de auditorías ciudadanas, de compromiso político y humano. Porque no se trata de llenar tablas, se trata de reconocer realidades. De pasar del número al nombre, del algoritmo a la ternura y convertir el dato en abrazo.

Como escribió Albert Schweitzer: "La ética es la reverencia por la vida." Y nosotros agregamos: en salud pública, esa reverencia comienza por mirar de frente, contar con rigor, y cuidar sin distinción.

Por eso hoy le hablamos a todos: a los estudiantes, que cada tabla sea lección de humildad; a médicos y enfermeras: que cada informe sea acto de compasión; a las autoridades: que cada política pública sea testimonio de justicia; y al mundo, al público, a la comunidad: que cada voz sea exigencia ética por un sistema que escuche, que vea, y que respete. Porque cuando "la ciencia advierte, la ética — mi querida compañera — responde", y cuando el dato se humaniza, la salud florece, y a la par con ella, florece el alma de los pueblos.

REFERENCIAS

1. Gómez Marín JV, Gómez IDJ, Romero D, Escalona C, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P. Mortalidad perinatal: revisión. *Gac Méd Caracas* 2024;132(3):784-800. DOI: 10.47307/GMC.2024.132.3.20.
2. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I,

- Sorgi-Venturoni M, editores. Colección Razetti. Volumen XXVII. Caracas: Editorial Ateproca. 2023. p. 139-77.
3. Gómez J, Cabrera Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. *Gac Méd Caracas*. 2023; 131(2):434-448. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.
 4. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez*. 2023; 83(4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.
 5. Gómez J, Cabrera C, Grupo de Especialistas “Red COVID-19 y gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2020; 80 (Suppl): S56-S69.
 6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press; 2013.
 7. Bustos-Saldaña R. Validación de un instrumento para la aplicación de los principios bioéticos principialistas. *Acta Bioeth*. 2024;30(1): 95
 8. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 2013 [consultado 29 de agosto de 2025]; 31(supl 1): S13-S27. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3377/1/CON-067-Breilh,%20JLa%20determinacion.pdf>.
 9. Vargas-Machado CA. Tendencias y principios en las corrientes bioéticas. *Rev Colomb Bioét*. 2021; 16(2): 119–40. DOI: 10.18270/rcb.v16i2.3077.
 10. Studocu.com [Internet]. Determinación social de la salud: análisis crítico. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2024 [consultado 27 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/promocion-en-salud/determinacion-social-de-la-salud-analisis-critico-y-transformacion/132396469>.
 11. Organización Panamericana de la Salud. Abordaje del análisis de la situación de salud. Matriz ARMAR-7 del ASIS. Washington (DC): OPS [Internet]; 2015 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/abordaje-analisis-situacion-salud.pdf>.
 12. Transparencia Venezuela. En 2018 el mundo supo sobre la gran corrupción en Venezuela. Caracas: Transparencia Venezuela [Internet]. 2019 [actualizado 07 de mayo de 2019; consultado 29

- de agosto de 2025]. Disponible en: <https://transparenciave.org/en-2018-el-mundo-supo-sobre-la-gran-corrupcion-en-venezuela/>.
13. United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization Institute for Statistics. 2022 UIS Narrative Report: Data for Sustainable Development. Montreal, Canada: UIS [Internet]; 2022 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/2022%20UIS%20Narrative%20Report.pdf>.
 14. Organización Panamericana de la Salud. OPS en el siglo XXI: liderazgo y cooperación en salud pública. Washington (DC): OPS [Internet]; 2006 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51703>.
 15. Ramos-Salvachúa A. Open data, ventajas y desventajas en el sistema sanitario. Rev. sanit. investig. [Internet]; 2022 [actualizado 24 de septiembre de 2022; consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/open-data-ventajas-y-desventajas-en-el-sistema-sanitario/>.
 16. Valdés R. La riqueza del principio de no maleficencia. Cir. Gen [Internet]. 2011 [consultado 29 de agosto de 2025]; 33(Supl. 2): S178–S185. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112q.pdf>.
 17. Weil S. Echar raíces. Barcelona, España: Editoriañ Trotta; 2002.
 18. Unir.net [Internet]. Más allá de la transparencia: cómo los metadatos redefinirán la justicia y la gestión pública. La Rioja, España: Universidad Internacional de La Rioja; 2025 [actualizado 09 de mayo de 2025; consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.unir.net/revista/derecho/mas-alla-transparencia-como-metadatos-redefiniran-justicia-y-gestion-publica/>.
 19. Cheung KL, Ten Klooster PM, Smit C, de Vries H, Pieterse ME. The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: A comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. BMC Public Health. 2017; 17(1): 276. DOI: 10.1186/s12889-017-4189-815.
 20. Ferryman K, Pitcam M. Fairness in precision medicine. Data & Society [Internet]; 2018 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://datasociety.net/library/fairness-in-precision-medicine/>.
 21. Kalanithi P. When breath becomes air. New York (NY): Random House; 2016.

22. Floridi L. On human dignity as a foundation for the right to privacy. *Philos Technol.* 2016; 29(4): 307–312. DOI: 10.1007/s13347-016-0220-8.
23. Cortina A. *Aporofobia, el rechazo al pobre: un desafío para la democracia.* Barcelona: Paidós; 2017.
24. Farmer P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* Berkeley (CA): University of California Press; 2003.
25. Ruiz-Taborda JP, Otálvaro-Castro GJ, Agudelo-García HB, Rodríguez-Ospina FL. Métodos en la elaboración del análisis de situación de salud ASIS en América Latina y el Caribe. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2024; 23(1): 1-23. DOI: 10.11144/Javeriana.rgps23.meas.
26. Van den Akker OR, Stark S, Strech D. Ethics practices associated with reusing health data: an assessment of patient registries. *BMC Med.* 2024; 22(1): 577. DOI: 10.1186/s12916-024-03799-w.
27. Lennerz JK, Schneider N, Lauterbach K. Dimensions of health data Integrity. *Eur J Epidemiol.* 2024; 39(2): 179-81. DOI: 10.1007/s10654-024-01106-8.
28. World Health Organization. Health Data as a Global Public Good. Geneva, Switzerland: WHO [Internet]; 2021 [actualizado 29 de septiembre de 2021; consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/health-data-as-a-global-public-good-a-call-for-health-data-governance-30-september>.
29. Chan S. Bioethics in the big data era: health care and beyond. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2017 [consultado 29 de agosto de 2025]; 41(1): 3–32. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n41/1886-5887-bioetica-41-00003.pdf>.
30. Márquez M. Análisis del contexto político, social y económico como base para la formación de personal técnico de salud en América Latina. *Trab Educ Saúde.* 2008; 6(3): 425–41. DOI: 1590/S1981-77462008000300002
31. World Health Organization. Health is a fundamental human right. Geneva, Switzerland: WHO [Internet]. 2017 [actualizado 10 de diciembre de 2017; consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/health-is-a-fundamental-human-right>.
32. Nunes R, Nunes SB, Rego G. Health care as a universal right. *Z Gesundh Wiss.* 2016; 25(1): 1–9. DOI: 10.1007/s10389-016-0762-3.
33. Rawls J. *A theory of justice.* Cambridge (MA): Harvard University Press; 1971.

34. Tanzer M, Campbell C, Saunders R, Booker T, Luyten P, Fonagy P. The role of epistemic trust and epistemic disruption in vaccine hesitancy, conspiracy thinking and the capacity to identify fake news. *PLOS Glob Public Health*. 2024; 4(12): e0003941. DOI: 10.1371/journal.pgph.0003941.
35. Campbell C, Allison E. Mentalizing the modern world. *Psychoanal. Psychol.* 2022; 36(3): 206–217. DOI: 10.1080/02668734.2022.2089906.
36. Lyons BA. How orientations to expertise condition the acceptance of (mis)information. *Curr Opin Psychol.* 2023; 54(1): 101714. DOI: 10.1016/j.copsyc.2023.101714.
37. Yasmin S. *What the Fact?: Finding the Truth in All the Noise*. New York (NY): Simon & Schuster; 2022.
38. Bello-Rodríguez F, Marchan-Pérez N, Cabrera-Lozada C. Cuando la Ciencia Advierte, la Ética Responde: Reflexiones ante un hallazgo clínico no comprobado y sus implicaciones migratorias. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]. 2025 [actualizado 20 de julio de 2025; consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/cuando-la-ciencia-advier-te-la-eticaresponde-reflexiones-ante-un-hallazgo-clinico-no-comprobado-y-sus-implicacionesmigratorias/>.
39. Sousa-Santos B. *Una epistemología del Sur*. México: Siglo XXI; 2009.
40. Louch ME, Pry M. Ethics and Data Manipulation. *J. Inf. Syst. Educ.* [Internet]. 2020 [consultado 29 de agosto de 2025]; 18(2): 4–13. Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1258246.pdf>.
41. Voultsov P. Ethical considerations surrounding health-related big data research. *Cuad Bioet.* 2023; 34(111): 189-218. DOI: 10.30444/CB.153.
42. Boyce T, Brown C; World Health Organization Regional Office for Europe. *Economic and social impacts and benefits of health systems: report*. Geneva, Switzerland: WHO [Internet]; 2019 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/329683>.
43. Kerasidou A, Kerasidou CX. Data-driven research and healthcare: public trust, data governance and the NHS. *BMC Med Ethics.* 2023; 24(1): 51. DOI: 10.1186/s12910-023-00922-z.
44. DeTora LM, Toroser D, Sykes A, Vanderlinden C, Plunkett FJ, Lane T, *et al.* Good Publication Practice (GPP) Guidelines for Company-Sponsored Biomedical Research: 2022 Update. *Ann Intern Med.* 2022; 175(9): 1298-1304. DOI: 10.7326/M22-1460.
45. Organización Panamericana de la Salud. *Fortaleciendo los sistemas de salud y las reformas. Una nueva agenda para la reforma del sector*

- salud. Washington (DC): OPS [Internet]; 2006 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/lachealthsys_newsletter_2006-1-esp.pdf42.
46. Aulacem.es [Internet]. Curso de actualización en bioética en el ámbito sanitario. Elche, España: Aulacem; 2021 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.aulacem.es/cursos-sanitarios-acreditados/tecnicos/actualizacion-en-bioetica-en-el-ambito-sanitario>.
47. Transparencia Venezuela. Transparencia Venezuela entrega a alcaldías y concejos municipales plan de acción para combatir la corrupción. Caracas: Transparencia Venezuela [Internet]; 2018 [actualizado 05 de junio de 2018; consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://transparenciave.org/transparencia-venezuela-entrega-alcaldias-concejos-municipales-plan-accion-combatir-la-corrupcion/>.
48. UNESCO Institute for Statistics & GEM Report. Integración de estadísticas: desafíos y soluciones a futuro. UIS/EDS/10. París, Francia: UNESCO [Internet]; 2024 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ces.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/23/2024/01/EDS-10-Integration-SP.pdf>.
49. Ramos-Salvachúa A. Utilidad de programas estadísticos para el análisis de datos en ciencias de la salud. Rev. sanit. investig. [Internet]; 2022 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/utilidad-de-programas-estadisticos-para-el-analisis-de-datos-en-ciencias-de-la-salud/>.

Mpox durante el Embarazo

Dras. Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Carla Elizabeth Lozada Sánchez***

RESUMEN

Mpox es una infección viral causada por el virus de Monkeypox, identificado el año 1958 en Dinamarca, el primer caso en humanos fue informado en la República Democrática del Congo (RDC) el año 1970. Es una enfermedad endémica en África Occidental y Central, se han presentado brotes en dichas regiones incluyendo zonas remotas y aisladas, donde se encuentran los reservorios del virus. Se considera una enfermedad reemergente, los brotes se han incrementado los últimos años, principalmente en RDC y Nigeria. El año 2022, se presentó un brote multipaís en diferentes países, principalmente Europa y las Américas, principalmente en hombres que tienen sexo con hombres, por contacto estrecho durante las relaciones sexuales. La enfermedad es similar a la viruela, pero menos grave. RDC experimenta un aumento significativo de los casos, y desde los primeros meses del año 2024 la enfermedad se ha propagado a países circunvecinos, por una nueva variante del virus de Monkeypox (MPXV). La información en las embarazadas es limitada, los estudios han mostrado: enfermedad grave en las gestantes, muerte fetal, mortinatos, incidencia elevada de abortos y partos prematuros. Se puede transmitir al recién nacido (a) durante el embarazo, parto y post parto. Sin embargo, se desconocen muchos de los eventos del mpox durante el embarazo.

Palabras clave: mpox, virus de Monkeypox (MPXV), embarazadas.

*Especialista en infectología. Hospital Universitario de Caracas.
Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.
ORCID: 0000-0002-6332-3654

**MD. PhD. Especialista en medicina interna. Profesora asociada de la
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Docente
asistencial del programa de especialización en medicina materno fetal.
Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0002-1136-7364

SUMMARY

Mpox is a viral infection caused by the Monkeypox virus, identified in 1958 in Denmark. The first human case was reported in the Democratic Republic of the Congo (DRC) in 1970. It is an endemic disease in West and Central Africa, with outbreaks occurring in these regions, including remote and isolated areas where the virus reservoirs are located. It is considered a re-emerging disease, with outbreaks increasing in recent years, primarily in the DRC and Nigeria. In 2022, a multi-country outbreak occurred in different countries, mainly in Europe and the Americas, mainly in men who have sex with men, through close contact during sexual intercourse. The DRC is experiencing a significant increase in cases, and since the early months of 2024, the disease has spread to neighboring countries due to a new variant of the Monkeypox virus (MPXV). The disease is similar to smallpox but less severe. Information on pregnant women is limited; studies have shown severe disease in pregnant women, fetal death, stillbirths, a high incidence of abortions, and premature births. It can be transmitted to the baby during pregnancy, delivery, and the postpartum period. However, many events related to mpox during pregnancy remain unknown.

Keywords: mpox, monkeypox virus (MPXV), pregnant women.

INTRODUCCIÓN

Mpox (antes viruela símica) es una zoonosis, causada por el virus Monkeypox (MPXV), descubierto en 1958 en Dinamarca, en el marco de una investigación en monos que presentaban una enfermedad vesicular. El primer caso en humanos fue en la República Democrática del Congo (RDC), África en 1970. Desde esa fecha se han presentado brotes en zonas endémicas de África (región occidental y central del país)(1). Desde hace una década en la RDC se presentan casos de mpox de forma sostenida. El año 2003, hubo un brote en Estados Unidos, por perros de la pradera que fueron infectados por ratones de diferentes especies importados de Ghana, África Occidental(2). Desde 2005, cada año se notifican miles de casos en la República Democrática del Congo. En 2017, la mpox reapareció en Nigeria, donde se sigue propagando entre personas de todo el país y en viajeros (3).

El año 2022, por primera vez mpox se presentó en forma simultánea en varios países (brote multipaís), por lo cual la OMS declaró la primera alerta de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en julio de 2022 por esta enfermedad, finalizando en mayo de 2023, por disminución de los casos. En agosto

de 2024, la OMS declara la segunda ESPII, por aumento de casos de mpox en la RDC y países circunvecinos por una nueva variante del clado I (sub clado Ib) (4).

Se desconoce el reservorio definitivo, se han implicado roedores, ardillas y pequeños primates. La mpox puede transmitirse por contacto estrecho con personas que tengan la enfermedad (contacto íntimo durante las relaciones sexuales, tocarse, besarse, por gotas de saliva al hablar), materiales contaminados (fomites como sábanas, toallas) o animales infectados (por arañazos o su consumo). Durante el embarazo, el MPXV puede transmitirse al feto (infección congénita), o al recién nacido durante o después del nacimiento (transmisión horizontal) (3).

El MPXV es un virus de ADN bicatenario, envuelto, de 200 a 250 nm del género *Orthopoxvirus* de la familia *Poxviridae*, que incluye los virus de la viruela, la viruela bovina y la vaccinia. Los dos clados virales del MPXV son el clado I (correspondiente a la Cuenca del Congo, África Central) y el clado II (correspondiente a África occidental). El clado II del MPXV se subdivide a su vez en sub clado (IIa y IIb), este último es el implicado en el brote multipaís del año 2022 (5). El clado I también tiene dos sub clados (Ia y el Ib), se asocia con una enfermedad más grave y una tasa de letalidad aproximadamente tres veces mayor que la del clado II. La nueva variante del clado I (sub clado Ib) producto de mutaciones de tipo APOBEC3 y aparición estimada alrededor de mediados de septiembre de 2023, exhibe una aparición reciente y mayor adaptación lo cual permita una transmisión sostenida de persona a persona (4).



Figura 1. Fuente: CDC. Acerca de la viruela símica (mpox), mayo 2025

El periodo de incubación es de 5 a 21 días. Las manifestaciones clínicas de mpox suelen ser de leves a moderadas. Los primeros síntomas que experimentan las pacientes son fiebre, cefalea intensa, debilidad generalizada, artralgia y linfadenopatía (ausente en la viruela) en el cuello o nivel inguinal, seguido de lesiones o erupción cutánea. Las lesiones están localizadas con mayor frecuencia en la cara, seguido de los miembros inferiores, manos, y puede haber lesiones en la boca, con afectación de la mucosa y la córnea. La erupción evoluciona secuencialmente de máculas a pápulas, vesículas, pústulas y costras, todo en la misma etapa, lo que la diferencia de erupción de varicela, en la que las lesiones ocurren en diferentes etapas (5, 6).

El número de lesiones se correlaciona directamente con la gravedad de la enfermedad. En el brote multipaís del año 2022, la clínica inicial se manifestó en el área genital y/o perianal, a veces precedida por síntomas de proctitis, pudiendo confundirse con una enfermedad de transmisión sexual. El curso clínico de la enfermedad dura de 3 a 4 semanas y generalmente es autolimitado. El paciente deja de ser transmisor de la enfermedad cuando las costras se hayan caído completamente y se observe piel sana (5,6).

La enfermedad puede ser grave en inmunodeprimidos, especialmente en coinfectados con infección avanzada de VIH, trasplantados, trastornos de inmunodeficiencia primaria, algunos trastornos autoinmunitarios graves, enfermedades que pueden debilitar el sistema inmunológico y embarazadas (7).

La información en las gestantes es limitada, la experiencia se basa en reportes e informes, principalmente de la RDC. El mpox en estas pacientes está asociado con una alta frecuencia de abortos espontáneos y partos prematuros, se ha demostrado transmisión vertical del MPXV, pero se desconoce el mecanismo exacto de transmisión (8).

Debido a la segunda alerta Internacional de Salud Pública (14 de agosto de 2024), por el sub clado Ib, del MPXV los países deben estar preparados en la vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno, atención médica y seguimiento de los contactos, con el fin de evitar la propagación de la enfermedad. Los trabajadores de la salud (TS), Incluyendo los que se encargan del cuidado de las embarazadas deben estar familiarizados con los diferentes aspectos de esta enfermedad.

Epidemiología del brote multipaís y de la nueva variante del MPXV

El brote multipaís del año 2022 - 2023, fue causado por el clado II (sub clado IIb) del MPXV, continúa circulando en el mundo y, hasta el 30 de septiembre de 2024 es el único clado detectado en las Américas. Por primera vez se presentaban casos de mpox a gran escala en varios países, principalmente en Europa y las Américas. En total, 111 países en todo el mundo han notificado más de 87.500 casos, con 141 muertes. Los 10 países más afectados a nivel global son Estados Unidos (30.194), Brasil (10.941), España (7.551), Francia (4.146), Colombia (4.090), México (4.017), Perú (n= 3.800), El Salvador. Reino Unido (n= 3.742), Alemania (n= 3.691) y Canadá (n= 1.484). Representando el 84,2% de los casos notificados a nivel mundial. Más del 94 % de los casos con datos disponibles eran hombres, con una mediana de edad de 34 años, principalmente en HSH, coinfectados con VIH en un 40 a 50%. Todavía continúan presentándose casos del MPXV del clado IIb a nivel mundial (9).

En diciembre de 2022, la RDC declaró un brote nacional de mpox en la provincia de Kivu del Sur y, en septiembre de 2023 ya se había propagado a otras provincias de ese país. Como parte de la investigación se identificó una nueva variante del clado I del MPXV que se estima emergió alrededor de la mitad de septiembre del año 2023 (4).

Desde el inicio del 2024, hasta el último reporte del 26 de julio, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo notificó 14.479 casos de viruela símica (2.715 confirmados; 11.764 sospechosos) y 455 defunciones con una tasa de letalidad de 3,1%, afectando a 25 de las 26 provincias del país. Los niños menores de 15 años representaron el 66% de los casos y el 82% de las defunciones. De los casos confirmados, el 73% eran varones (10). No se han notificado casos sospechosos de transmisión zoonótica en la provincia desde el inicio del brote (3).

El incremento de casos de mpox desde septiembre de 2023 y los primeros meses del año 2024 en RDC y países circunvecinos, es la causa de la segunda (ESPII por la OMS el 14 de agosto del mismo año (11). Se desconoce el impacto que pudiera tener esta nueva variante de MPXV a nivel mundial, el brote se mantiene circunscrito en África (con tres casos reportados fuera del continente). La situación no parece mejorar, porque se está experimentando un incremento de los dos clados del MPXV (clado I y clado II) en el Continente Africano. La OMS y la OPS recomiendan a los países activar la vigilancia de la enfermedad para contener los casos de la nueva variante que pudieran propagarse a otras regiones (11).

Viruela en las embarazadas

Los estudios de viruela antes de su erradicación en el año 1980, muestran que la enfermedad fue muy frecuente en las embarazadas, con una proporción bruta de abortos espontáneos y de partos prematuros de un 39%. Una serie de 389 casos, mostró que el 75% de las gestantes presentaron abortos espontáneos antes de las 24 semanas de gestación, La mortalidad materna por viruela fue más elevada en el tercer trimestre del embarazo. El 10% tuvo mortinatos a término. La viruela congénita se presentó en el 9% de los fetos, la tasa de mortalidad neonatal fue del 100%. Las gestantes tenían entre 2 y 4 veces mayor probabilidad de morir a causa de la infección en relación a su contraparte no embarazada. Las vacunadas tenían aproximadamente tres veces menos probabilidad de morir en relación las no vacunadas. Sin embargo, la presencia de viruela hemorrágica (caracterizada por petequias, equimosis, trombocitopenia profunda y falla multiorgánica) se informó siete veces más en embarazadas que en hombres y mujeres no embarazadas, e independientemente del estado de vacunación, tuvo una tasa de mortalidad de 100% en las gestantes (12).



Figura 2. Fuente: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud

Mpox durante el embarazo

Los estudios de mpox durante el embarazo son limitados, los expertos aducen que una de las causas se pudiera relacionar con la falta de datos, en vista de

la ocurrencia de brotes en zonas remotas. Los pocos estudios disponibles en embarazadas infectadas con MPXV, sugieren diferencias en los clados virales en relación a la mortalidad materna y evolución adversa del embarazo, asociadas principalmente al clado I del virus (13).

Un estudio realizado en la República Democrática del Congo entre 2007 y 2011, en relación a 122 pacientes con la enfermedad, informó sobre los resultados fetales de 4 embarazadas. Una de ellas tuvo un recién nacido sano a término, dos presentaron abortos espontáneos en el primer trimestre y un mortinato, el cual estaba cubierto de lesiones cutáneas maculopapulares difusas que afectaban la cabeza, el tronco y las extremidades, incluidas palmas y plantas (5). Este estudio proporcionó el primer caso confirmado por autopsia de infección fetal por MPXV, igualmente se documentó infección en la placenta, donde el virus involucró difusamente las células del estroma de las vellosidades coriónicas y confirmó la transmisión transplacentaria. Además, es el primer estudio de mpox en 4 embarazadas. el cual mostró un 75% de pérdida fetal entre mujeres embarazadas con mpox (14).

En el brote multipaís del año 2022, la OMS identificó 58 casos de mujeres con infección por mpox embarazadas o recientemente embarazadas, desde julio de 2022 al 13 de junio de 2023. La edad media fue de 28 años. La infección se presentó durante el primer trimestre en 4 casos, en el segundo trimestre en 12 casos y el tercer trimestre 10 casos, sin datos disponibles para 30 embarazadas. Además, se identificó un caso en una mujer de seis semanas post parto. Trece mujeres fueron hospitalizadas, no requirieron cuidados intensivos, no se reportó muerte materna. No obstante, se desconocen los datos de la evolución del embarazo en la vigilancia epidemiológica (15).

En Estados Unidos, durante el período del 11 de mayo al 7 de noviembre de 2022, se notificaron 21 casos de mpox durante el embarazo. Todos entre mujeres cisgénero (mujeres que viven en el género que les fue asignado al nacer): once durante el primer trimestre, cuatro durante el segundo trimestre, tres durante el tercer trimestre y dos casos posparto dentro de las tres semanas de embarazo. En todos los casos hubo erupción. En cuatro casos hubo lesión en genitales, pero no se reportaron lesiones genitales cerca del momento del parto. Cuatro fueron hospitalizadas, ninguna requirió cuidados intensivos. Se informaron abortos espontáneos a las 11 semanas de gestación en tres casos con datos de resultados del embarazo. Tres mujeres informaron síntomas dentro de los 3 a 4 días posteriores al nacimiento, y sus recién nacidos desarrollaron lesiones dentro de un plazo de una semana de aparición de los síntomas (16).

Neelam V y col, publicaron un estudio en la RDC, correspondiente a once jurisdicciones, notificaron 27 casos (14 confirmados, 13 probables) de mpox entre embarazadas o recientemente embarazadas, cuyos datos se informaron al 28 de febrero de 2023. De catorce casos con antecedentes de exposición a mpox, todas informaron contacto íntimo como vía de exposición. Todas presentaron una erupción cutánea, 22,2% informó lesiones genitales o en mamas. Once embarazadas recibieron Tecovirimat: dos en el primer trimestre, cinco en el segundo y cuatro en el tercero, no se observaron efectos adversos del tratamiento. Al 28 de febrero de 2023, dieciocho embarazos estaban en curso o no tenían un resultado informado del embarazo. De nueve casos con resultados informados, tres finalizaron con pérdida del embarazo (<20 semanas de gestación) y seis fueron nacimientos vivos. Dos de los seis bebés nacidos vivos tuvieron una erupción cutánea dentro de los diez días posteriores al nacimiento y dieron positivo para mpox. No se informó de muerte fetal o neonatal (17).

En un estudio reciente se confirmaron altas tasas de abortos espontáneos, enfermedad materna grave y mortinatos entre embarazadas con mpox por el clado I, durante el brote de 2023-2024 en la provincia de Kivu del Sur en RDC. Una cohorte de ocho embarazadas ingresadas en el hospital, cuatro tuvieron pérdidas fetales, representando una tasa de mortalidad fetal del 50%. Dos mujeres con aborto espontáneo desarrollaron síntomas clínicamente graves de mpox durante el primer trimestre (a las 10 semanas de gestación) con infección por MPXV confirmada por PCR. Una tercera embarazada positiva para VIH, desarrolló síntomas graves de mpox durante el segundo trimestre presentando aborto espontáneo. En el momento del parto, se encontró el feto macerado con erupciones cutáneas similares a las del mpox. La cuarta mujer enfermó gravemente y requirió hospitalización durante 21 días, tuvo un aborto espontáneo durante el primer trimestre de gestación, la prueba de VIH fue negativa. Todas las embarazadas estuvieron expuestas a personas infectadas con mpox a través de visitas a un bar, por tanto, es probable que el medio de transmisión haya sido por contacto íntimo durante las relaciones sexuales. No se realizaron autopsias a ninguno de los cuatro fetos y no se examinaron las placentas (18).

Los estudios anteriores, aunque son limitados muestran que el mpox puede causar enfermedad grave en la embarazada, además de cursar con un porcentaje elevado de abortos espontáneos y parto prematuros, especialmente con el clado I del MPXV. Los casos analizados anteriormente corresponden al clado I del MPXV, excepto los casos del brote multipaís que corresponden al clado II (sub clado IIb). Los casos de Kivu del Sur de la RDC, también corresponden al clado I, probablemente sub clado Ib.

Criterios de ingreso (19)

- Síntomas y signos de gravedad: afectación del sistema nervioso central, clínica respiratoria u oftalmológica, número de lesiones de piel numerosas, sobreinfección bacteriana.
- Fiebre > 38°C.
- Imposibilidad de aislamiento domiciliario
- Domicilio alejado
- Mal control del dolor, dificultad para la ingesta (por lesiones faríngeas)
- Gestación de más de 34 semanas
- Criterio obstétrico

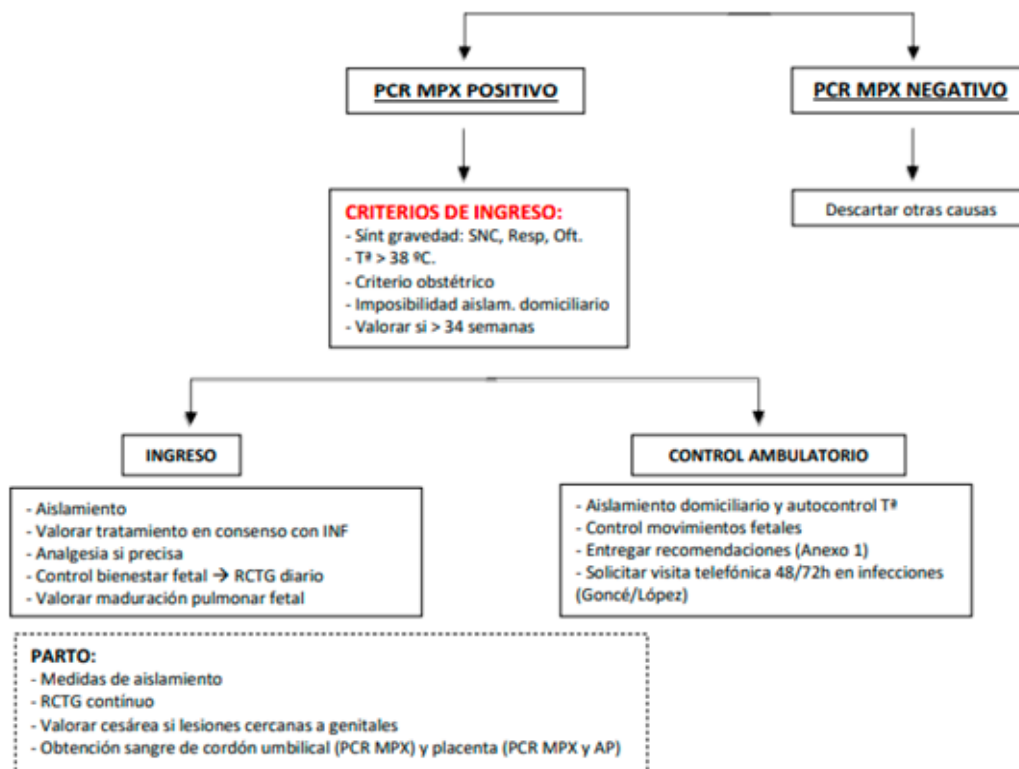


Figura 3. Fuente: Protocolo Viruela del mono y gestación. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu Universitat De Barcelona. 03.11.2022

Transmisión intra útero (20)

Los procesos específicos involucrados aún no se comprenden completamente. Los expertos han propuesto cuatro posibles vías de transmisión intra útero:

1. Ascenso desde el tracto genital (vagina, cuello uterino y fluidos) hasta la placenta (membranas coriónicas, incluidas células epiteliales y mesenquimales y trofoblastos);
2. Diseminación a través del torrente sanguíneo, que llega a la placenta a través de las arterias espirales en el útero, luego infecta la decidua, el trofoblasto extraveloso o las vellosidades placentarias y, finalmente, ingresa a la circulación fetal;
3. Infección directa de células placentarias, ya sea por una infección directa del sincitiotrofoblasto por transcitosis o una fusión con la membrana del trofoblasto); y
4. Invasión viral facilitada por la inflamación (con respuestas inmunes maternas innatas y adaptativas en la decidua que liberan citocinas que interrumpen la red de actina cortical que recubre el sincitiotrofoblasto y/o respuestas del interferón tipo 1 inducidas por el MPXV mediante la liberación de IFN- α o mediadores antivirales IFN- β).

Diagnóstico

a) Epidemiológico y clínico (20,21)

Teniendo en cuenta todas las características de mpox, debe sospecharse la enfermedad en cualquier embarazada que presente:

1. Erupción cutánea o úlcera genital inexplicables, donde se descarte patologías incluidas en el diagnóstico diferencial y tomando en cuenta los antecedentes epidemiológicos de la paciente.
2. Uno o más síntomas de fiebre, dolor de cabeza, mialgia, astenia o linfadenopatía.
3. En los últimos 21 días:
 - Un historial de viajes a países en los que se han notificado casos recientes de mpox; ó
 - Un historial de contacto cercano con una persona infectada; ó
 - Un historial de contacto sexual casual durante un viaje

b) Diagnóstico etiológico

Se basa en la identificación del MPXV mediante pruebas moleculares por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y secuenciación genética, esta última para identificar el clado y los sub clados, en presencia de una nueva variante se debe utilizar un prime específico (22).

La detección de MPXV basada en PCR en tiempo real parece rentable y accesible para las pruebas de diagnóstico de rutina. La PCR en tiempo real es el método más común utilizado para la detección del MPXV (23). Se han utilizado otros tipos de PCR como el multiplex. Otros métodos diagnósticos: test serológicos, microscopía electrónica en tejidos (Ejemplo placenta), cultivo viral. La inmunohistoquímica puede ser usada potencialmente y se utiliza para identificar antígenos en muestras de biopsia (24).

Toma de muestras a partir de las lesiones cutáneas, como costras, fluidos de las vesículas o exudado de las pústulas. En casos seleccionados, también se pueden analizar muestras de secreciones respiratorias (faringe), sangre, placenta, LCR (clínica neurológica), orina, vaginal recto, cordón umbilical y líquido amniótico (23).

En Venezuela, las muestras para investigar el MPXV deben ser enviadas al Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR), previa notificación del caso al Departamento de Epidemiología de la institución o en su defecto al Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), antes Distrito Sanitario.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye enfermedades que cursan con lesiones papulares (sífilis secundaria, erupción atópica del embarazo, sarampión, erupción medicamentosa, enfermedad mano boca pie), vesículo pustulosas (varicela zóster, Penfigoide gestacional), enfermedades de transmisión sexual (sífilis, herpes simple, chancro blando. linfogranuloma venéreo), entre otras. Es de hacer notar que puede haber coinfección con agentes de transmisión sexual como el VIH o los mencionados anteriormente o con enfermedades sistémicas como la varicela. La OMS recomienda, considerar la posibilidad de realizar pruebas diagnósticas para detectar otras afecciones, como el virus de la varicela-zóster (VVZ), sífilis y el herpes, estas últimas cuando las lesiones se encuentran en el área genital. Adicionalmente, todo paciente con mpox se debe solicitar la prueba de VIH, dado que en las personas mpox tiene un curso clínico más grave (26).

Finalización del parto

En cuanto a la vía de resolución del embarazo, la presencia de mpox no es indicación de cesárea, se sugiere realizarla, especialmente, si hay lesiones en área genital y perianal. Tomar en cuenta la presencia de lesiones de mpox en la parte baja de la espalda o en faringe para considerar o recomendar la vía de anestesia. CC). Se recomienda realizar estudio anatomopatológico y microscopía electrónica

(si está disponible) y microbiológico de la placenta (mediante prueba molecular PCR). Los TS deben usar equipo de protección personal, y por ser un contacto estrecho, debe considerarse la vacunación en este grupo poblacional (19).

Atención del recién nacido (19, 27, 28)

Después del parto, se recomienda tomar muestras para investigar el MPXV de líquido amniótico, nasofaringe, sangre del cordón umbilical, erupciones cutáneas, líquido cefalorraquídeo (si hay clínica neurológica). Si las lesiones cutáneas no están presentes se recomienda observar al recién nacido en busca de signos de lesiones cutáneas como erupciones y vesículas.

Se recomienda retrasar el pinzamiento del cordón umbilical (no antes de 1 minuto después del nacimiento) para mejorar los resultados de salud y nutrición materna e infantil. Tras un parto en contexto de infección activa por MPX, es recomendable la separación del recién nacido de la madre hasta la resolución de las lesiones cutáneas por riesgo de transmisión horizontal del virus. Con fines de observación en el recién nacido, este será considerado contacto estrecho durante 21 días.

Lactancia materna (19, 27-29)

No se recomienda contacto directo entre una madre infectada con el MPXV y su recién nacido, debido al riesgo de transmisión horizontal y la posibilidad de infección grave en neonatos en estrecho contacto con el virus. A las madres con mpox en el contexto de finalización del parto, se les aconseja separar al recién nacido en una habitación separada para prevenir la transmisión del virus, igual recomendación se hace en madres en período de lactancia. Se recomienda que las madres con mpox no amamenten hasta que se les hayan caído todas las costras y las lesiones de piel haya sanado completamente, tiempo en que cesa la transmisión del virus. En países de recursos limitados debe considerar riesgo beneficio de la lactancia materna. Si el recién nacido está infectado con el MPXV no se recomienda separarlo de la madre, excepto si la madre está gravemente enferma. Se desconoce si el virus está presente en leche materna, la pasteurización de la leche materna es una opción a considerar.

Tratamiento antiviral (19, 30, 31)

El tratamiento está dirigido al cuidado de las lesiones, control del dolor y prevención de complicaciones. Se han usado antivirales, pero no se cuenta con suficiente evidencia de su efectividad.

- Tecovirimat: aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y por la FDA como tratamiento en MPOXV, no está aceptado para su uso durante el embarazo ni la lactancia. En caso de enfermedad grave se podría valorar su utilización de forma individualizada. Se administra de forma oral a dosis de 600 mg (3 comprimidos de 200 mg) cada 12 horas durante 14 días. La información de prescripción de la FDA avisa que no se ha detectado efecto embriotóxico ni teratogénico en estudios con animales. Se sugiere realizar un ECG antes de iniciarlo en las gestantes ya que puede causar prolongación del intervalo QTc, y desencadenar “torsade de pointes” (TdP), la cual puede ser asintomática o fatal (fibrilación ventricular). Las mujeres tienen mayor riesgo porque el intervalo QTc basal es más largo en ellas que en los hombres (470 frente a 450 ms). Los macrólidos, específicamente la eritromicina, son una causa conocida de prolongación del intervalo QTc inducida por fármacos.
- Cidofovir y Brincidofovir: contraindicados durante el embarazo por efecto embriotóxico y teratogénicos en animales. Se desconoce si se excretan por la leche materna.
- La Inmunoglobulina VIG (Vaccinia Immune Globulin), podría ser utilizada en casos de inmunodepresión grave. No existen datos en el embarazo y mpox, aunque las inmunoglobulinas suelen ser seguras durante el período.

Vacunación durante el embarazo

Se ha demostrado la transmisión vertical del MPXV, lo que convierte a las embarazadas y sus hijos recién nacidos en una población de preocupación, por tanto, es una necesidad urgente explorar medios eficaces para protegerlos (32).

La vacuna JYNNEOS en Estados Unidos y MVA-BN en Europa, es una vacuna de virus vivo atenuado y no replicante, ha sido probada en estudios de toxicidad para el desarrollo en ratas y conejos. Ninguno de estos estudios informó malformaciones fetales relacionadas con la vacuna, retrasos en el desarrollo antes del destete o impactos en la fertilidad materna (33). Esta es la primera vacuna certificada por la OMS contra mpox (34).

Se recomienda la vacunación preventiva post - exposición expedita en contactos estrechos de casos confirmados con alto riesgo de enfermedad grave, como lo son personas con inmunosupresión, incluyendo infección con VIH con menos de 200 cel/ml, embarazadas en cualquier trimestre de gestación y población infantil. Aunque la evidencia preliminar sobre la vacunación en menores de 18 años y gestantes es escasa, la enfermedad puede ser más grave y causar secuelas, se recomienda

la utilización de un consentimiento informado en estos grupos de población tras realizar una evaluación individualizada del riesgo/beneficio (35).

La vacunación contra el mpox también está indicada en pre exposición en las embarazadas y madres en etapa de lactancia en situaciones de riesgo al virus. Los CDC recomiendan que la vacuna se administre en un plazo de 4 días de la fecha de exposición, a fin de prevenir la enfermedad. Si se administra de 4 a 14 días después de la fecha de la exposición, reduce los síntomas, pero puede no prevenir la enfermedad (35).

Se desconoce si la vacuna se excreta por leche materna, pero es poco probable, dado que se trata de una vacuna de virus no replicativos en humanos. Por ello, se recomienda la vacunación de mujeres lactantes, en situaciones de contacto estrecho con un caso confirmado, tras evaluación individualizada del beneficio/riesgo por el personal sanitario y consentimiento previo (35).

Áreas de investigación

Los expertos señalan que deben realizarse estudios con el fin de aclarar las brechas existentes sobre el mpox durante el embarazo, en ese sentido proponen varias áreas de investigación en diferentes aristas: factores de riesgo y dinámica de transmisión (epidemiología), mecanismos de transmisión vertical, resultados clínicos y complicaciones del embarazo, eficacia y seguridad de las vacunas durante el embarazo, evaluación del tratamiento antiviral (Tecovirimat y otras drogas antivirales) y participación comunitaria, educación y desarrollo de directrices (36).

RECOMENDACIONES (19,37)

- Notificar el caso al departamento de control de infecciones
- Hospitalizar a la embarazada en una habitación con aislamiento
- Cumplir las precauciones de seguridad estándar, de contacto y de transmisión aérea recomendadas N95, guantes y batas de protección
- Mantener barreras sociales apropiadas, como evitar el contacto cercano con personas infectadas, evitar el contacto con lesiones cutáneas de personas infectadas con el MPXV.
- Si es necesario trasladar al paciente, cubrir la erupción con una sábana y la boca y la nariz con un respirador N95 o una mascarilla quirúrgica.
- Familiarizar a los trabajadores de salud en temas relacionados con mpox.

- Brindar un trato humanizando a las embarazadas con mpox y evitar la discriminación.
- Vacunar a los TS expuestos, especialmente sino usaron EPP.

REFERENCIAS

1. Zahmatyar M, Fazlollahi A, Motamedi A, Zolfi M, Seyedi F, Nejadghaderi SA, *et al.* Human monkeypox: history, presentations, transmission, epidemiology, diagnosis, treatment, and prevention. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1157670. doi: 10.3389/fmed.2023.1157670.
2. Reed K.D., Melski J.W., Graham M.B., Regnery R.L., Sotir M.J., Wegner M.V. *et al.* The detection of monkeypox in humans in the Western Hemisphere. *N. Engl. J. Med.* 2004;350:342–350. doi: 10.1056/NEJMoa032299.
3. OMS. Viruela símica (mpox). Datos y cifras. 26 de agosto de 2024 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mpox>
4. Masirika LM, Udahemuka JC, Schuele L, Ndishimye P, Otani S, Mbiribindi JB, *et al.* Ongoing mpox outbreak in Kamituga, South Kivu province, associated with monkeypox virus of a novel Clade I sub-lineage, Democratic Republic of the Congo, 2024. *Euro Surveill.* 2024;29(11):2400106. 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.11.2400106
5. Carvajal A and Vigil-De Gracia P Monkeypox and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2022;4:100746. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100746.
6. Quarleri J, Delpino MV, Galvan V. Monkeypox: considerations for the understanding and containment of the current outbreak in nonendemic countries. *GeroScience* 2022. doi: 10.1007/s11357-022-00611-6
7. Ahmed SK, Mohamed MG, Dabou EA, Abuijlan I, Chandran D, El-Shall NA, *et al.* Monkeypox (mpox) in immunosuppressed patients. *F1000Res.* 2023;12:127. doi: 10.12688/f1000research.130272.2.
8. D'Antonio F, Pagani G, Buca D, Khalil A. Monkeypox infection in pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023;5(1):100747. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100747.
9. Fernández-Castelao S, Orviz E. Mpox global outbreak: update in epidemiology, clinical spectrum and considerations in prevention and treatment. *Rev Esp Quimioter.* 2023;36 Suppl 1(Suppl 1):29-32. doi: 10.37201/req/s01.08.2023
10. OPS/OMS. Alerta Epidemiológica Viruela símica (MPXV clado I) 8 de agosto del 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-viruela-simica-mpxv-clado-i-8-agosto-2024>
11. OMS. El Director General de la OMS declara una emergencia de salud pública de importancia internacional por el brote de viruela símica (mpox). 14 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/14-08-2024-who-director->

[general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern.](#)

12. Rao Ar, Prahlad I, Swaminathan M, Lakshmi A. Pregnancy and smallpox. *J Indian Med Assoc.* 1963 Apr 16;40:353-63. PMID: 13973041.
13. Schwartz DA, Pittman PR. Mpox (Monkeypox) in Pregnancy: Viral Clade Differences and Their Associations with Varying Obstetrical and Fetal Outcomes. *Viruses.* 2023 Jul 28;15(8):1649. doi: 10.3390/v15081649
14. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW, *et al.* Maternal and Fetal Outcomes Among Pregnant Women With Human Monkeypox Infection in the Democratic Republic of Congo. *J Infect Dis.* 2017 Oct 17;216(7):824-828. doi: 10.1093/infdis/jix260.
15. OMS. Multi-country outbreak of mpox External Situation Report 25, published 24 June 2023 Data as received by WHO national authorities by 17:00 CEST, 19 June 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--25---24-june-2023>
16. Mpox Cases Among Cisgender Women and Pregnant Persons — United States, May 11–November 7, 2022 | *MMWR.*, 2023. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7201a2.htm>
17. Neelam, V.; Olsen, E.; Roth, N.; Newton, S.; Galang, R.; Hufstetler, K.; *et al.* Pregnancy characteristics and birth outcomes in people with mpox infection during pregnancy—surveillance for emerging threats to pregnant people and infant’s network. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2024, 230, S626. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00649-X/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00649-X/fulltext)
18. Schwartz DA. High Rates of Miscarriage and Stillbirth among Pregnant Women with Clade I Mpox (Monkeypox) Are Confirmed during 2023-2024 DR Congo Outbreak in South Kivu Province. *Viruses.* 2024;16(7):1123. doi: 10.3390/v16071123
19. *Protocolos Medicina Materno Fetal. Viruela del mono y gestación.* Hospital Clínic-Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-monkeypox-y-gestacion>
20. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica Viruela símica en niños, adolescentes y mujeres embarazadas .4 de agosto de 2022.
21. Dashraath P., Alves M.P., Schwartz D.A., Nielsen-Saines K., Baud D. Potential mechanisms of intrauterine transmission of monkeypox virus. *Lancet Microbe.* 2023;4:e14. doi: 10.1016/S2666-5247(22)00260-9.
22. Schuele L, Masirika LM, Udahemuka JC, Siangoli FB, Mbiribindi JB, Ndishimye P, *et al*, and GREATLIFE MPOX group; Collaborators. Real-time PCR assay to detect the novel Clade Ib monkeypox virus, September 2023 to May 2024. *Euro Surveill.* 2024 Aug;29(32):2400486. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.32.2400486.
23. OPS/OMS. Directrices de laboratorio para la detección y el diagnóstico de la infección por el virus de mpox-27 de agosto de 2024. Disponible en: <https://www.>

paho.org/es/documentos/directrices-laboratorio-para-deteccion-diagnostico-infeccion-por-virus-mpox-27-agosto

24. Chauhan RP, Fogel R, Limson J. Overview of Diagnostic Methods, Disease Prevalence and Transmission of Mpox (Formerly Monkeypox) in Humans and Animal Reservoirs. *Microorganisms*. 2023 Apr 30;11(5):1186. doi: 10.3390/microorganisms11051186.
25. Gupta AK, Talukder M, Rosen T, Piguet V. Differential Diagnosis, Prevention, and Treatment of mpox (Monkeypox): A Review for Dermatologists. *Am J Clin Dermatol*. 2023;24(4):541-556. doi: 10.1007/s40257-023-00778-4.
26. Mitjà O, Alemany A, Marks M, Lezama Mora JI, Rodríguez-Aldama JC, *et al*. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet*. 2023. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00273-8
27. Cuérel A, Favre G, Vouga M, Pomar L. Monkeypox and Pregnancy: Latest Updates. *Viruses*. 2022 14;14(11):2520. doi: 10.3390/v14112520.
28. OPS/OMS. Actualización Epidemiológica Viruela símica en niños, adolescentes y mujeres embarazadas .4 de agosto de 2022.
29. E-lactancia. Mpox, infección materna por el virus de la viruela del mono. 21 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/mpox-maternal-infection-with-monkeypox-virus/product/>
30. Drugs. Tecovirimat Pregnancy and Breastfeeding Warnings. Disponible en: <https://www.drugs.com/pregnancy/tecovirimat.html>
31. Drugs. Brincidofovir Pregnancy and Breastfeeding Warnings. Consultado el 30 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.drugs.com/pregnancy/brincidofovir.html>
32. Rao AK, Petersen BW, Whitehill F, Razeq JH, Isaacs SN, Merchlinsky MJ, *et al* Use of JYNNEOS (Smallpox and Monkeypox Vaccine, Live, Nonreplicating) for preexposure vaccination of persons at risk for occupational exposure to orthopoxviruses: recommendations of the advisory committee on immunization practices - United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(22):734-42. doi: 10.15585/mmwr.mm7122e1.
33. CDC. Interim Clinical Considerations for Use of Vaccine for Mpox Prevention in the United States. 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html>
34. La OMS precalifica la primera vacuna contra la viruela símica (mpox). 13 de septiembre de 2024 Comunicado de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2024-who-prequalifies-the-first-vaccine-against-mpox#:~:text=El%2014%20de%20agosto%20de,mpox%20que%20supera%20los103%20000>
35. Gómez, J, Cabrera-Lozada, C, Martín Del Campo, D, Faneite, P, Cabrera Figallo, C. D. Viruela símica y embarazo: Revisión. *Gaceta Médica De Caracas*, 2022. 130(3).

Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24535

36. Nachega JB, Mohr EL, Dashraath P, Mbala-Kingebeni P, Anderson JR, Myer L, *et al.* Mpox Research Consortium (MpoxReC). Mpox in Pregnancy - Risks, Vertical Transmission, Prevention, and Treatment. *N Engl J Med.* 2024 Aug 28. doi: 10.1056/NEJMp2410045.
37. Amer F, Khalil HES, Elahmady M, ElBadawy NE, Zahran WA, Abdelnasser M, *et al.* Tash RME. Mpox: Risks and approaches to prevention. *J Infect Public Health.* 2023;16(6):901-910. doi: 10.1016/j.jiph.2023.04.001

Medicina Materno Fetal e Inteligencia Artificial: Consideraciones Docentes y Bioéticas

Dres. Jeiv Vicente Gómez Marín ¹, Yanine Palacios ², Carmen Sarmiento ³, Marvina Romero ⁴, Alexandra Rivero Fraute ⁵, Carlos Ramón Cabrera Lozada ⁶

RESUMEN

La inteligencia artificial (IA) ha irrumpido con fuerza en la era digital. Es necesario considerar en un entorno nacional caracterizado por la emergencia humanitaria compleja y una crisis educativa sin precedentes, la necesidad de consideraciones docentes y bioéticas que puedan vencer la brecha digital para una apropiada implementación en los programas de especialización en medicina materno fetal de la IA. Se requiere de un enfoque basado en el aprendizaje basado en la adquisición de competencias, el uso en conjunto con el modelo de las 4 dimensiones (conocimiento, habilidades, actitudes y metaaprendizaje), el énfasis en atributos a desarrollar, la aplicación la teoría de las inteligencias múltiples, considerando brechas educativas digitales de inequidad y la potencial transgresión de privacidad/confidencialidad,

-
1. ORCID: 0000-0003-4833-5160. M.Sc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.
 2. ORCID: 0000-0002-7745-5279. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Docente asistencial y representante profesoral del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.
 3. ORCID: 0009-0000-4004-2430. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal y perinatología. Directora del curso de perfeccionamiento profesional en medicina perinatal y coordinadora del primer año del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.
 4. ORCID: 0000-0001-6705-6349. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal y perinatología. Coordinadora docente del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.
 5. ORCID: 0000-0003-3171-6100. Especialista en obstetricia y ginecología, perinatología. Directora del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela.
 6. ORCID: 0000-0002-3133-5183. MD.PhD. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de número de la Academia Nacional de Medicina, sillón VII.

Programa de especialización en medicina materno fetal, Maternidad "Concepción Palacios".
Caracas, Distrito Capital. Universidad Central de Venezuela.

la necesidad de complementariedad humana con la IA, la integridad académica y el respeto a la propiedad intelectual.

Palabras clave: medicina materno fetal, inteligencia artificial, docencia, bioética.

SUMMARY

Artificial intelligence (AI) has forcefully entered the digital age. Teaching and bioethics considerations are necessary to consider on AI use incorporation to maternal fetal medicine specialization programs on a national context defined by a complex humanitarian emergency and educational crisis. It is required a competency-based learning, joint use of the 4-dimensions model (knowledge, skills, attitudes and meta-learning), with emphasis on development of attributes, multiple intelligences theory use, considering inequity digital gaps and potential transgression of privacy/confidentiality, the necessity for human complementarity with AI, academic integrity and respect for copyright.

Keywords: maternal fetal medicine, artificial intelligence, teaching, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La Real Academia Española definió en 2014 a la inteligencia artificial (IA) como *“una disciplina científica que se ocupa de crear programas informáticos que ejecutan operaciones comparables a las que realiza la mente humana, como el aprendizaje o el razonamiento lógico”* (1-3). La IA fue denominada como *“la palabra del año”*, en el año 2022 por la Fundación del Español Urgente (FundéuRAE). La FundéuRAE, así como la RAE reconocieron de esta forma, el uso y relevancia destacados en el ámbito lingüístico y social de la IA (1-4).

La IA ha sido definida en el Primer Simposio de IA de la Academia Nacional de Medicina (ANM) de Venezuela, realizado en el marco del XX Congreso Venezolano de Ciencias Médicas *“Dr. Antonio Clemente Heimerdinger”*, en el año 2023, como una disciplina y un conjunto de capacidades cognitivas e intelectuales expresadas por sistemas informáticos o combinaciones de algoritmos cuyo objetivo es emular la inteligencia humana (3-8). En otras palabras, se trata de una tecnología que permite a las máquinas aprender de la experiencia y realizar tareas que normalmente requerirían de inteligencia humana para llevarse a cabo (5-8).

El impacto del advenimiento del uso de la IA en las ciencias de la salud ha sido de tal grado en la era digital, que ya hay bibliografía reportando que las

respuestas de un chatbot (programas informáticos con los que se puede sostener una conversación) utilizando IA en foros de redes sociales, pueden dar de 3-4 veces mayor prevalencia de respuestas de calidad en redes sociales y 9-10 veces de respuestas empáticas o muy empáticas a preguntas relacionadas con la salud, en comparación a personal médico (8).

En Venezuela, múltiples esfuerzos en el ámbito académico, en actividades de investigación y divulgación relacionados con la IA, han sido realizados por la ANM, las sociedades científicas, incluyendo a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), las facultades universitarias de medicina y/o ciencias de la salud (2-16), acordes al cambio en la formación universitaria global de avanzada (17), venciendo la brecha digital propia de la emergencia humanitaria compleja que padece la nación según múltiples autores nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales (ONG) (2, 6, 18, 19), para estar acorde a las perspectivas de la construcción de un modelo universitario docente a futuro integrado a la IA (17).

Pese a posturas críticas iniciales entre los años 2021 y 2023 a la integración rutinaria de la IA a la MMF (20, 21), la realidad para el año 2025, al final del primer cuarto del siglo XXI, es que ya hay evidencia disponible en favor de su integración en la investigación en el origen fetal de las enfermedades del adulto (teoría de Barker o de los primeros 1000 días) (22), como respuestas a desafíos viejos como mejorar la predicción, detección y tratamiento oportunos por parte del equipo de salud perinatal de los grandes síndromes obstétricos (incluyendo los síndromes de mala adaptación vascular materna) relacionados con la actividad asistencial de la especialidad en MMF (23-28), el reforzamiento de la capacidad diagnóstica en línea y fuera de línea de utilizando ultrasonografía bidimensional, *doppler*, volumétrica, para la detección de defectos congénitos, el crecimiento fetal restringido el uso de ultrasonido materno en el sitio de cuidado (23, 29-32), el uso combinado con marcadores bioquímicos en los grandes síndromes obstétricos y patología médica asociada al embarazo (23, 33, 34).

Sin embargo, a la fecha no se han realizado publicaciones biomédicas nacionales con las consideraciones docentes y bioéticas propias de la especialidad de medicina materno fetal (MMF) en relación al uso de la IA (2-16, 18-19). El médico materno fetal, según Gómez y Cabrera (35, 36), es el especialista entrenado en la atención del binomio madre-feto para ser el primer médico del ser humano y evitar ser el último, dando el cuidado para un futuro promisorio de la salud materno-infantil.

La MMF como programa de especialización de la Universidad Central de Venezuela (UCV), con sede en la Maternidad “Concepción Palacios” (MCP), ubicada en la ciudad de Caracas, Distrito Capital (35-38), históricamente ha

observado una elevada morbilidad así como una alta incidencia de afecciones perinatales registradas en el curso del proceso gestacional, y entonces se piensa en la necesidad de buscar un cambio de la situación planteada como problema motivo de estudio, con el propósito de poner orden a la situación observada en la MCP, iniciando un movimiento de equipo asistencial, docente, motivacional, guiado desde el punto de vista epistemológico por el paradigma crítico-dialéctico, cuyo fin último es transformación-cambio, utilizando lenguaje cualitativo y cuyos resultados se corresponden con una acción social y a la vez comunicativa (39).

El comité académico del programa de especialización en MMF-UCV, con sede en MCP, está enterado de la situación de los indicadores de mortalidad perinatal y materna en el período 2019-2013 (36-38), que son de 3-5 veces mayores a las metas establecidas dentro de los Objetivos de Desarrollo sostenible de la agenda 2016-2030 de la Organización de Naciones Unidas (40), manifestando profunda preocupación al respecto, debido a la relación de dichos indicadores con la situación de emergencia humanitaria compleja nacional (36-38). Por ello ante la irrupción vertiginosa en las ciencias de la salud y la vida del uso de la IA y la presencia de cambios en la docencia universitaria en la Facultad de Medicina de la UCV, incluyendo los posgrados clínicos de especialidades médicas, como la MMF (2, 6, 35), y empleando el paradigma crítico-dialéctico que ha caracterizado históricamente al programa de especialización, mediante la reflexión-acción-reflexión, cuyo fin último es transformación-cambio de la situación actual de los indicadores de mortalidad perinatal y materna en MCP, ha decidido incluir en el contenido programático el uso de la IA (35).

Al consultar con la IA de Google LCC, Gemini Pro (41), las tendencias actuales en cuanto a las IA y/o herramientas impulsadas por IA más utilizadas tenemos:

1. ChatGPT (OpenAI): es la IA conversacional más popular y entre las más avanzadas, se utiliza para generación de texto, redacción de contenido, asistencia en programación, y soporte al cliente.
2. Midjourney: Líder en la generación de imágenes a partir de texto. Preferida por artistas, diseñadores y creadores de contenido para generar arte conceptual, ilustraciones y contenido visual.
3. Claude AI (Anthropic): empleada en el procesamiento de lenguaje natural, marca diferencias en cuanto a seguridad y la ética en la IA, siendo adoptada por grandes empresas para soluciones conversacionales y análisis de datos.
4. Google Gemini: La IA multimodal de Google cuya integración con el ecosistema informático de Google la convierte en una herramienta de productividad muy extendida.

5. Synthesia: Líder en la creación de videos generados por IA. Permite personalización de avatares y voces para presentaciones empresariales, campañas de mercadeo y contenido en múltiples idiomas.
6. Perplexity AI: motor de búsqueda basado en IA, es conocida como el “Google de las IA”, ofreciendo respuestas detalladas y/o enlaces relevantes, siendo una referencia obligatoria en cuanto a investigación y estudio reforzados por IA.
7. Runway Gen-3 / Runway ML: IA popular entre creadores de video y efectos visuales, permite la creación de escenas completas de video con solo describirlas, lo que es ideal para la industria del cine y la publicidad, así como edición avanzada de videos.
8. ElevenLabs: A la vanguardia en lo referente a síntesis de voz con IA. Genera voces realistas y expresivas, puede clonar voces y ofrece soporte en múltiples idiomas, siendo clave para doblaje y narración.
9. Microsoft Copilot: IA integrada en las herramientas de trabajo de Microsoft 365, permite la automatización de tareas cotidianas, brinda soporte en la creación de documentos, hojas de cálculo y presentaciones, así como facilitación de la programación.
10. DALL·E (OpenAI): Otra IA destacada en la generación de imágenes a partir de descripciones textuales, utilizada para crear ilustraciones y gráficos personalizados.

Aunque no mencionada por Gemini Pro (posibles sesgos de programación), destaca también Grok (xAI), IA conversacional cuya versión 4.0 está programada para maximizar la verdad y objetividad y puede responder preguntas “picantes” con respuestas ingeniosas y rebeldes, siendo conocida por emitir respuestas políticamente incorrectas, que marcan tendencias debido a la viralización en redes sociales de sus aseveraciones de profundo impacto con repercusiones sociales, políticas y económicas (42). Permite el análisis de problemas complejos paso a paso, y verifica la información antes de responder, es decir “piensa antes de hablar”, mediante la función de Deep Search como un motor de conocimiento en vivo, que analiza fuentes externas y construyendo respuestas fundamentadas en datos actualizados.

Tampoco mencionada por Gemini Pro (posibles sesgos de programación), destaca DeepSeek (DeepSeek AI), que incluso ha igualado a ChatGPT en número de descargas. Esta IA de origen chino, que ha roto el monopolio de Silicon Valley al igualar a otras IA líderes en rendimiento y razonamiento, utilizando refuerzo puro (aprende por sí mismo mediante prueba y error) destaca por su

código abierto, cualquier persona puede ver cómo funciona internamente, siendo totalmente transparente, desafiando la falsa percepción de que una de las cosas a favor del código privado y opaco de la mayoría de desarrolladoras es que la calidad de sus productos es superior (43). Su gran modelo lingüístico (GML) ayuda en el desarrollo de software, el procesamiento del lenguaje natural (PLN) y la automatización empresarial. Su principal inconveniente, es que, por sesgos de programación asociados a las políticas oficiales de la República Popular de China, debe “encarnar valores socialistas fundamentales”, conllevando un elemento de censura (43).

Además de estas herramientas específicas, es importante mencionar que las tecnologías subyacentes como el GML, el PLN, la visión por computadora (VC), el aprendizaje automático (*Machine Learning*), el aprendizaje profundo (*Deep Learning*) y la IA generativa en general, son las bases de muchas de estas aplicaciones informáticas y continúan siendo las “inteligencias” más utilizadas y en desarrollo constante.

Dentro de las innovaciones más influyentes y prometedoras con las que la IA está revolucionando a la medicina, al consultar con Gemini Pro (41), tenemos:

- A. Diagnóstico por imagen: de las más desarrolladas en aplicación de IA, especialmente las redes neuronales convolucionales (RCN), sobresale en el análisis de imágenes médicas (rayos X, ultrasonografía, tomografía, resonancia magnética, histopatología, fotografías de piel y retina) para detectar anomalías como tumores (cáncer de mama, pulmón, colon, piel), lesiones y enfermedades cardíacas con alta precisión, siendo capaz de superar al ojo humano en etapas tempranas.
- B. Descubrimiento y desarrollo de fármacos: la IA permite acelerar drásticamente la identificación de nuevas moléculas, predicción de su eficacia y toxicidad, así como optimizar los ensayos clínicos. Es particularmente útil en el análisis de vastas bases de datos, también conocidos como macrodatos, inteligencia de datos o *big data* (materia prima de la IA) de compuestos químicos y datos biológicos, permitiendo encontrar novedosas dianas terapéuticas y el diseño de fármacos con propiedades específicas.
- C. Medicina personalizada y genómica: la IA analiza grandes volúmenes de datos genómicos, proteómicos y clínicos de un paciente para identificar patrones y predecir la respuesta a tratamientos específicos. Por tanto, lleva a terapias dirigidas y personalizadas, lo cual mejora las perspectivas de tratamiento en patologías que no responden a terapéutica convencional, como es el caso de oncología y en enfermedades raras.

- D. Monitorización continua de pacientes y dispositivos vestibles (woreables): la IA integrada en dispositivos vestibles y sensores da la posibilidad de monitorear constantemente signos vitales, patrones de actividad y otros datos de salud en forma personalizada. Mediante la alerta precoz y oportuna a pacientes y médicos sobre cambios significativos, ayuda a la detección temprana de complicaciones y a la gestión de enfermedades crónicas como enfermedades cardiovasculares y metabólicas.
- E. Cirugía Asistida por Robótica e IA: los sistemas robóticos impulsados por IA (como el sistema Da Vinci) permiten a los cirujanos realizar procedimientos complejos con mayor precisión, estabilidad y menos invasión, incluso a distancia. También es de utilidad en la planificación preoperatoria y en la guía durante la cirugía.
- F. Sistemas de apoyo a la decisión clínica: estos sistemas basados en IA integran información multiparamétrica de expedientes médicos electrónicos, literatura científica y bases de datos, proporcionando a los médicos recomendaciones basadas en evidencia para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades.
- G. PLN para expedientes médicos: la IA reduce la carga administrativa del médico, analizando texto no estructurado en expedientes médicos (notas del médico, informes de laboratorio) extrayendo información relevante, identificando patrones y ayudando en la gestión de registros de salud.
- H. *Chatbots* y asistentes virtuales para pacientes: los *chatbots* impulsados por IA son de utilidad en brindar respuestas a preguntas frecuentes de los pacientes, programación de citas, recordatorio de medicamentos, proporcionar información sobre condiciones de salud y dar soporte y apoyo emocional, mejorando la calidad de la atención.
- I. Salud pública y epidemiología: la IA tiene la capacidad de analizar datos epidemiológicos mejorando la predicción de brotes de enfermedades, el rastreo de la propagación de enfermedades transmisibles (como se evidenció durante la pandemia de la nueva enfermedad por coronavirus 2019 o COVID-19) y la optimización de las campañas de salud pública, permitiendo una respuesta sanitaria con mayor rapidez y efectividad.
- J. Prevención y detección temprana de enfermedades: Más allá del diagnóstico, la IA puede identificar factores de riesgo en poblaciones o individuos y sugerir intervenciones preventivas en la fase preclínica de una enfermedad. Esto incluye el análisis de datos para predecir el riesgo de desarrollar condiciones como las enfermedades neurodegenerativas o enfermedades cardiovasculares.

El uso de la IA en las ciencias de la salud, incluida la medicina, se realiza bajo la premisa de un diseño basado en complementar y potenciar (impulsar) la labor de los profesionales de la salud, no de servir de reemplazo, mediante un enfoque colaborativo que garantice una atención segura y eficaz (1-4).

La MMF es un campo que se beneficia enormemente de la IA debido a la gran cantidad de datos generados en el ejercicio clínico de la especialidad, y la necesidad de tomar decisiones rápidas y precisas en casos de gran complejidad. Al consultar a Gemini Pro (41), tenemos entre las aplicaciones de mayor proyección en el uso de la IA:

1. Análisis de imágenes de ultrasonido obstétrico: de las aplicaciones más avanzadas y extendidas. La IA, mediante VC y RCN, ayuda en la detección de defectos congénitos, mediante la identificación de patrones sutiles, siendo de utilidad también en la estimación de edad gestacional a partir de cálculos precisos de las mediciones obtenidas en la evaluación fetal, también es de utilidad en la automatización estandarizada de mediciones de estructuras fetales, reduciendo la variabilidad humana.
2. Predicción de complicaciones del embarazo (preeclampsia, parto pretérmino, crecimiento fetal restringido, diabetes gestacional): La IA analiza datos clínicos, demográficos, genéticos y de laboratorio maternos para predecir con antelación el riesgo de desarrollar complicaciones graves lo que facilita la implementación de intervenciones preventivas tempranas y disminuyendo resultados perinatales adversos maternos y fetales-neonatales.
3. Monitoreo fetal continuo y análisis de cardiotocografías (CTG): La IA permite interpretar en forma precisa los registros de CTG para detectar signos de compromiso del bienestar fetal con mayor precisión que la interpretación manual, reduciendo los falsos positivos y negativos y ayudando a tomar decisiones clínicas oportunas sobre la resolución obstétrica.
4. Análisis genómico y genética prenatal: La IA procesa vastas cantidades de datos genéticos maternos y fetales (obtenidos de pruebas invasivas y no invasivas) para identificar riesgos de enfermedades genéticas, síndromes cromosómicos y mutaciones, ofreciendo un diagnóstico prenatal más preciso.
5. Sistemas de apoyo a la decisión clínica en MMF: Estos sistemas integran el historial médico de la paciente atendida por MMF, los resultados de sus pruebas, guías clínicas basadas en evidencia y literatura médica dirigida para proporcionar a los especialistas en MMF recomendaciones

personalizadas sobre diagnóstico, manejo y tratamiento de los procesos de salud-enfermedad durante la gestación.

6. Optimización de protocolos de reproducción asistida: Aunque no es directamente propio de la MMF, la gestación resultado de reproducción asistida, entra del campo de ejercicio de la especialidad, por lo que es apropiado entender que la IA juega un papel crucial en la fase previa, optimizando la selección de óvulos, espermatozoides y embriones, así como los protocolos de estimulación ovárica y transferencia embrionaria, aumentando las tasas de éxito en tratamientos de fertilidad.
7. Análisis de la placenta, cordón umbilical, membranas y anexos ovulares: La IA puede analizar imágenes o datos de estas estructuras (inclusive posparto) para identificar anomalías que puedan haber afectado el desarrollo fetal o que puedan predecir riesgos para la salud neonatal o materna a corto, mediano y largo plazo.
8. Detección de trastornos de salud mental materna: La IA permite el análisis de patrones en datos de salud, lenguaje (a través de *chatbots* o interacciones) y cuestionarios para identificar a madres en riesgo de desarrollar depresión postparto u otros trastornos de salud mental, permitiendo una intervención temprana multidisciplinaria.
9. Herramientas para la educación del paciente: aplicaciones y plataformas impulsadas por IA que ofrecen información personalizada sobre el embarazo, el desarrollo fetal, los signos de alarma y las opciones de tratamiento, enriqueciendo el conocimiento de la gestante y su grupo familiar, facilitando la comunicación en la relación médico-paciente.
10. Evaluación de riesgos intraparto: La IA puede analizar datos intraparto (como el progreso del trabajo de parto, las características maternas y fetales) para predecir el riesgo de distocia, necesidad de resolución obstétrica vía alta, o complicaciones neonatales, ayudando al equipo de salud perinatal a prepararse y tomar decisiones informadas en tiempo real.

Para las actividades asistenciales, docentes y de investigación propias del programa de especialización en MMF hay que tomar en consideración aspectos docentes y bioéticos indispensables de abordar para una apropiada implementación del uso de la IA en el contenido programático, relacionados con el paradigma crítico-dialéctico que ha caracterizado el desarrollo histórico de la especialidad en MCP, brindando MMF basada en evidencia con vinculación bioética apropiada, su docencia inclusiva en un modelo educativo basado en la adquisición de

competencias específicas de la MMF, y su comprensión hermenéutica del campo de acción de la especialidad, con un enfoque holístico que incluye la interacción entre las redes sociales, la sociedad del conocimiento y la información así como el *big data* y la IA, en una situación nacional de emergencia humanitaria compleja acorde a múltiples autores, nacionales e internacionales, así como diversas ONG (35, 38, 44-50).

Esto es especialmente necesario dada la transformación curricular universitaria nacional a un enfoque que favorece el uso de e-learning y las tecnologías de información y comunicación (incluyendo uso de *big data* e IA) (35, 38, 44-50), en una situación de profunda involución educativa nacional a nivel de educación primaria, secundaria y educación superior.

Hasta un 92.85% de los estudiantes de quinto año de bachillerato reprobaron comprensión lectora (9 de cada 10 estudiantes están perdiendo la capacidad de comprender), mientras que 82.47% de los estudiantes de segundo año de bachillerato tienen reprobada matemáticas, donde el rendimiento académico de sexto año de primaria a quinto año de bachillerato obtuvo calificaciones promedio de 7,84/20 en habilidad verbal y 7,51/20 en matemáticas, con base en casi 10 mil pruebas, preparadas por expertos en educación y aplicadas vía internet de forma individual entre octubre de 2023 y noviembre de 2024, según un estudio recientemente publicado por el Sistema de Evaluación de Conocimientos en Línea (SECEL) de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) (51).

Dicha situación dramática en educación primaria y secundaria, se traslada a educación superior, donde 6 de cada 10 estudiantes del primer semestre de la Facultad de Ciencias de la UCV reprobaron todas las asignaturas, en un estudio recientemente publicado (52).

En base a lo anteriormente mencionado, se realizó la presente revisión narrativa con el fin de analizar las consideraciones docentes y bioéticas con respecto al uso de la IA en MMF.

Se ejecutó una búsqueda en los motores de búsqueda de las plataformas en línea y/o bases de datos PubMed, SciELO, LILACS, Google Scholar, SaberUCV y ResearchGate, mediante un muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio de los autores, de los documentos y publicaciones en revistas biomédicas y/o libros relacionados con las consideraciones docentes y bioéticas con el uso de la IA en MMF. Los términos utilizados fueron "Medicina Materno Fetal", "Inteligencia Artificial", "Docencia" "Bioética". También se realizó búsqueda en los archivos de la Jefatura de Servicio de MMF, la Dirección y Secretaría del Programa de Especialización en MMF, relacionados con las consideraciones docentes y bioéticas con respecto al uso de la IA en MMF.

DESARROLLO

Consideraciones docentes

Como posgrado clínico de la Facultad de Medicina-UCV, el programa de especialización en MMF, con sede en MCP, históricamente se ha sustentado en una estructura administrativa y un talento humano de excelencia que se nutre del mejoramiento de la calidad académica de sus docentes, incentivando la preparación pedagógica de la generación de relevo en MMF, acorde a las políticas de gestión del Vicerrectorado Académico de la UCV y el Sistema de Actualización Docente del Profesorado (SADPRO-UCV) (35, 37, 38). El perfil del especialista egresado de programas de especialización en MMF a nivel nacional debiera basarse en la tenencia de las siguientes competencias adquiridas durante su proceso de formación como médico residente de posgrado clínico (35, 37, 38):

1.- Área asistencial (35, 37, 38):

- a. Atiende en forma continua e integral, la salud del paciente afectado por patologías congénitas o relacionadas con el embarazo desde el punto de vista bio-psico-social, tomando en cuenta su entorno socio-económico y familiar, a través de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del programa, sobre los criterios de salud-enfermedad, del perfil socio-epidemiológico de la morbimortalidad y de los conocimientos anatómicos, embriológicos, fisiológicos, semiológicos, clínicos y terapéuticos de las patologías que presentan los pacientes evaluados en servicios de atención prenatal.
- b. Realiza análisis, control, evaluación e integración de la información estadística, de los patrones de salud-enfermedad de las patologías obstétricas, para desarrollar los programas de salud necesarios para atender a la población del área geográfica donde desempeñe sus funciones como especialista en MMF.
- c. Maneja y aplica la información diagnóstica de la patología en el embarazo y evaluación de los exámenes paraclínicos respectivos a la patología, a fin de lograr una planificación terapéutica clínica o quirúrgica adecuada, para tratar de reintegrar al paciente lo más pronto posible a su entorno social y laboral, en compañía del producto de la concepción.
- d. Realiza un interrogatorio exhaustivo y un examen físico detallado de la embarazada, prestando la atención de emergencia a la paciente, manejando los equipos auxiliares, el instrumental especializado y aplicando las técnicas quirúrgicas, abordajes y procedimientos quirúrgicos determinados para cada patología que afecte al embarazo, integrando a su ejercicio profesional

las tecnologías de información y comunicación (incluyendo el uso de *big data* e IA).

- e. Posee la capacidad moral y ética completa requerida para la atención de la paciente gestante con el debido respeto, independientemente de su condición social, económica, racial, religiosa o ideológica, considerando la interacción de las 5 dimensiones de la persona (biológica, psicológica-mental, social, digital y espiritual) con la sociedad del conocimiento e información, las redes sociales y el uso de *big data* e IA.

2.- Área investigativa (35, 37, 38):

- a. Posee una competencia total e íntegra en el manejo del método científico para realizar los estudios y producción de los conocimientos prioritarios de salud en el área de la MMF, mediante la investigación bibliográfica y socio-epidemiológica de la zona donde desempeña sus labores, aplicando sus conocimientos de análisis estadístico, inglés instrumental, informática médica aplicada a la investigación (incluyendo el uso de *big data* e IA) y de investigación aplicada a la clínica, a fin de integrar la investigación, docencia y asistencia.
- b. Tiene la habilidad y capacidad requerida para manejar, aplicar y demostrar los datos estadísticos de las que afectan al embarazo, manejar y representar los datos estadísticos, las fuentes de información, informes científicos y estadísticos, supervisar y asistir la realización de trabajos de investigación profesional. a fin de estar en capacidad de asesorar la elaboración de trabajos especiales de grado.

3.- Área docente (35, 37, 38):

- a. Posee competencia efectiva en eventos científicos a fin de transmitir e intercambiar conocimientos sobre el área, obteniendo un perfeccionamiento profesional y humano continuo, a través de la integración de la docencia, asistencia e investigación y el conocimiento de los métodos y técnicas educativas aplicadas a la educación médica.
- b. Incentiva la competencia y los conocimientos adquiridos en el área, a través de los recursos audiovisuales y tecnológicos disponibles, entre los que están las tecnologías de información y comunicación (incluyendo el uso de *big data* e IA), de forma didáctica y pedagógica, a fin que el conocimiento llegue a la mayor cantidad de personas interesadas sobre el tema.

- c. Propicia la actualización permanente en MMF a fin de enriquecer el quehacer pedagógico y potenciar la actividad de investigación, creando sentido de pertenencia y compromiso con el ejercicio profesional de la especialidad.

4.- Área ético-legal-gremial (35, 37, 38):

- a. Tiene la capacidad y la competencia de manejar las normas del Código de Deontología Médica, la Ley de Ejercicio de la Medicina, Normas de la SOGV y los estatutos y reglamentos de las instituciones donde ejerza funciones como especialista en MMF, mediante el conocimiento de las respectivas normativas.
- b. Participa en actividades gremiales, culturales, sociales y de intercambio científico, mediante la presentación de informes ante sociedades científicas o gremiales relacionadas con el área de la obstetricia y ginecología, y la MMF
- c. Desarrolla las acciones respectivas a fin de promocionar la salud y prevenir las enfermedades del embarazo y control prenatal con vocación de servicio a la comunidad.

5.- Área administrativa (35, 37, 38):

- a. Presenta oportunamente y de forma fidedigna, los datos estadísticos y epidemiológicos de los pacientes evaluados y tratados con patologías gestacionales en los servicios que estén bajo su responsabilidad, mediante el manejo de los conocimientos básicos de la administración aplicados a la salud y del conocimiento de la estructura organizativa y funcional de los servicios de salud.
- b. Aplica la información estadística, mediante la elaboración de tablas, gráficos, informes, material de publicación y exposiciones de las metas alcanzadas en el servicio bajo su responsabilidad a través de los recursos audiovisuales y tecnológicos disponibles, entre los que están las tecnologías de información y comunicación (incluyendo el uso de *big data* e IA).

6.- Área de informática (35, 37, 38):

- a. Desarrolla actividades académicas teóricas, con los recursos que ofrece la informática, bajo las plataformas de reuniones como: Zoom, Google Meeting, Screencast-O-Matic, foro-chat, etc.

- b. Archiva documentos afines a la MMF en Google Drive, u otras plataformas de bases de datos, así como ejecuta servicios informáticos de acceso por servidores remotos (computación en la nube) afines a la MMF.
- c. Integra el ejercicio clínico de la MMF en la sociedad del conocimiento y la información, con vinculación apropiada a las redes sociales respetando el enfoque bioético en MMF, utilizando en forma eficiente las tecnologías de información y comunicación (incluyendo el uso de *big data* e IA).

La IA se clasifica en cuatro niveles, (53) el primer nivel es la IA limitada (ANI, por sus siglas en inglés), conocida como aprendizaje automático/ aprendizaje profundo, está diseñada para ejecutar una tarea o función específica, siendo altamente especializada e incapaz de ir más allá de la finalidad predeterminada. El segundo nivel es la IA capaz (ACI por sus siglas en inglés) con una gama más amplia y altamente potente de recursos impactantes en relación a ANI, actualmente las IA disponibles son ANI o ACI. El tercer nivel es la IA general (AGI por sus siglas en inglés), se ha planteado en forma poco convincente que las IA generativas más recientes son AGI.

La AGI tiene como objetivo imitar plenamente las habilidades cognitivas humanas, siendo capaces de entender, aprender y ejecutar cualquier tarea intelectual que un ser humano pueda hacer, la AGI permitiría la interacción fluida con los humanos, la resolución de problemas y la adaptación a nuevas situaciones. La super AI (ASI por sus siglas en inglés) superaría ampliamente la eficiencia y capacidad de los procesos de pensamiento humano. La ASI tendría originalidad de creatividad artística original, habilidades inigualables de resolución de problemas a la par de inteligencia emocional sofisticada, más allá de la comprensión humana.

En educación, las funciones tradicionales son los cuidados infantiles, la socialización, las metas educativas-estándares-currículos (donde mayor impacto tiene la IA) y la acreditación-evaluación. El *Center for Curriculum Redesign* (CRD) (53, 54), de Boston, Massachusetts, en los Estados Unidos de América, con un enfoque de ingeniería educativa donde destaca la precisión, plantea que la educación en la formación del estudiante del siglo XXI, debe darse en 4 dimensiones (conocimiento, habilidades, actitudes y metaaprendizaje) así como con cuatro “impulsores” (motivación, identidad, agencia y propósito). De esta forma, los médicos residentes en formación en el programa de especialización en MMF necesitan apoyo para aprender la especialidad implementando la IA, sin obsolescencia de la escolaridad previa, pero que tiene la necesidad adaptativa de abarcarla (35, 37, 38, 53).

Los posgrados clínicos, incluyendo los programas de especialización en MMF, son islas de estabilidad, que deben otorgar la base fundacional en la que se combina el aprendizaje tradicional con el aprendizaje impulsado por la IA, dentro del

modelo de educación basada en adquisición de competencias, para cumplir con el perfil requerido del egresado. Por tanto, deben considerar dentro del modelo de 4 dimensiones del CRD, los atributos a enfatizar por parte del especialista en MMF y el residente en formación (Tabla 1) (35, 37, 38, 53, 54).

Tabla 1. Aplicación de atributos a enfatizar en el uso de IA dentro del modelo de 4 dimensiones en medicina materno fetal. Modificado del original de Fadel y col. (53).

	Competencia	Énfasis	Justificación
Habilidades	Creatividad	Imaginación	Ante el aumento de la creatividad de la IA, el foco del especialista en MMF y/o residente en formación es a ser la imaginación, especialmente la profundidad emocional y experiencial que alimenta la inspiración y la originalidad en su ejercicio profesional.
	Pensamiento crítico	Toma de decisiones	Aprovechando la IA en MMF, el especialista en MMF y/o residente en formación deben ser más hábiles en la toma de decisiones fundamentadas sin dejárselas a la IA.
	Comunicación	Diálogo	Sin dejar de lado la escucha activa y la argumentación convincente en el ejercicio profesional, el diálogo por parte del especialista MMF y/o residente en formación, es más necesario que nunca en un mundo fragmentado.
	Colaboración	Liderazgo	La cooperación y el trabajo en equipo en MMF son esenciales, pero el mundo necesita líderes (y seguidores) para que las iniciativas sean fructíferas, siendo clave el liderazgo en gerenciar diversidad de agentes de IA.
	Curiosidad	Mente abierta	La exploración y la sensación de asombro son intrínsecas a la evolución humana del especialista en MMF y/o residente en formación. La mente abierta es de gran importancia dada la polarización en las redes sociales y los extremismos políticos, ideológicos, religiosos, entre otras influencias conflictivas.

Actitudes	Coraje	Tomar riesgos	La confianza en el especialista en MMF y/o residente en formación lleva a tomar riesgos calculados, diferenciando la evolución humana a la de la IA, siendo cada vez más necesaria para oponerse a la mente cerrada.
	Resiliencia	Ingenio	En un entorno de cambios constantes en el ejercicio de la MMF, la capacidad de crear soluciones innovadoras con sus propios medios se vuelve una necesidad.
	Ética	Justicia	Si bien la integridad es esencial y la “virtud” está mal definida, la justicia sanitaria en es el concepto ético más comprendido en MMF, aún bajo el análisis conductual más elemental.
Metaaprendizaje	Metacognición	Adaptabilidad	La reflexión en el especialista en MMF y/o residente en formación debe llevar a una mayor autoconsciencia y empatía al servicio de la adaptabilidad en un mundo en rápida y constante transformación, lo que implica aprender a aprender continuamente. La adaptabilidad es el principal diferencial en la comparación con la IA.
	Metaaprendizaje		

La transformación curricular que deben tener los programas de especialización en MMF, para el ejercicio de la especialidad en el siglo XXI, debe incluir la integración de IA en el ejercicio futuro de la MMF, mediante algoritmos de *Machine Learning* y GML con *Deep Learning* para detección y diagnóstico de defectos congénitos, modelos predictivos de resultados perinatales maternos y fetales-neonatales y vigilancia/monitoreo fetales. El *Machine Learning* se debe incluir también en la identificación de patrones indicativos de compromiso materno y fetal, herramientas de ayuda para toma de decisiones clínicas. El PLN en herramientas de ayuda para toma de decisiones clínicas y algoritmos dirigidos por IA en el análisis de datos complejos de ultrasonido fetal (23).

Aplicando un enfoque de transformación curricular en lo asistencial, docente e investigativo en MMF en la especialidad, similar a lo propuesto por el CRD, ya hay evidencia de Zhang y col. (55), aplicando exitosamente en ecocardiografía fetal la IA, mejorando significativamente el procesamiento de imágenes, biometría cardíaca y precisión diagnóstica de cardiopatías. De igual forma, la revisión de Aeberhard y col. (56), da evidencia favorable en la curación de bases de datos clínicos y codificación

en el uso de *big data* e IA en CTG en proyectos interdisciplinarios. Dubey y col. (57), aportan evidencia en el uso de RCN combinado con la regresión automatizada de densidad para incorporar apariencia y silueta en la segmentación y biometría apropiados de ultrasonido fetal, eliminando artefactos o la visualización de estructuras en condiciones adversas (obesidad materna, estática fetal, embarazo múltiple).

Sin embargo, Nieminen (58), refiere que es necesaria la precaución ante el riesgo que los modelos predictivos basados en *Machine Learning* dirijan las decisiones clínicas en forma no racional basado en expectativas no razonables de la IA acerca de la utilidad y validez de sus resultados.

Por otra parte, los estudios retrospectivos en genética/genómica y en el análisis automatizado de imágenes de Shreeve y col. (59), aportan datos prometedores en la incorporación de IA a la secuenciación complete de genoma en casos de defectos congénitos, si bien su valor agregado en la secuenciación de exomas es incierto, mientras que el trabajo de Calhoun, Uselman y Olle (60), establece una estructura confiable para establecer clasificaciones basadas en IA para imágenes de ultrasonidos fetales.

En Venezuela, el programa de especialización en MMF, con sede en MCP, es el único programa de especialización en MMF y/o perinatología con propuestas docentes publicadas en revistas biomédicas, que haciendo uso del diálogo esclarecedor en la relación docente-estudiante inclusiva del siglo XXI, incluye propuestas de aplicación de la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (45, 61-63), que favorece diversas destrezas cognitivas como fortalezas a desarrollar en el proceso de aprendizaje.

El uso de *chatbots* y otras aplicaciones impulsadas por IA ofrece retroalimentación personalizada, ambientes de aprendizaje interactivos e instrucción diferenciada que se alinean con los principios de la teoría de las inteligencias múltiples, incluyendo la inteligencia espiritual, (35, 61-64), la transformación curricular que adopte este enfoque favorece el uso de IA para el aprendizaje basado en lo lingüístico y lógico-matemático, simulaciones inmersivas para la inteligencia espacial y plataformas colaborativas para apoyar la inteligencia interpersonal, entre otras aplicaciones que son perfectamente factibles en programas de especialización en MMF.

La formación de especialistas en MMF y médicos residentes en formación integrando la IA a otras tecnologías de información y comunicación, debe comprender integración por partes, incluyendo aprendizaje basado en simulación y uso de mapas conceptuales asistido por IA. La primera, que son las nociones fundamentales (definición, niveles, enfoques), resolución de problemas y

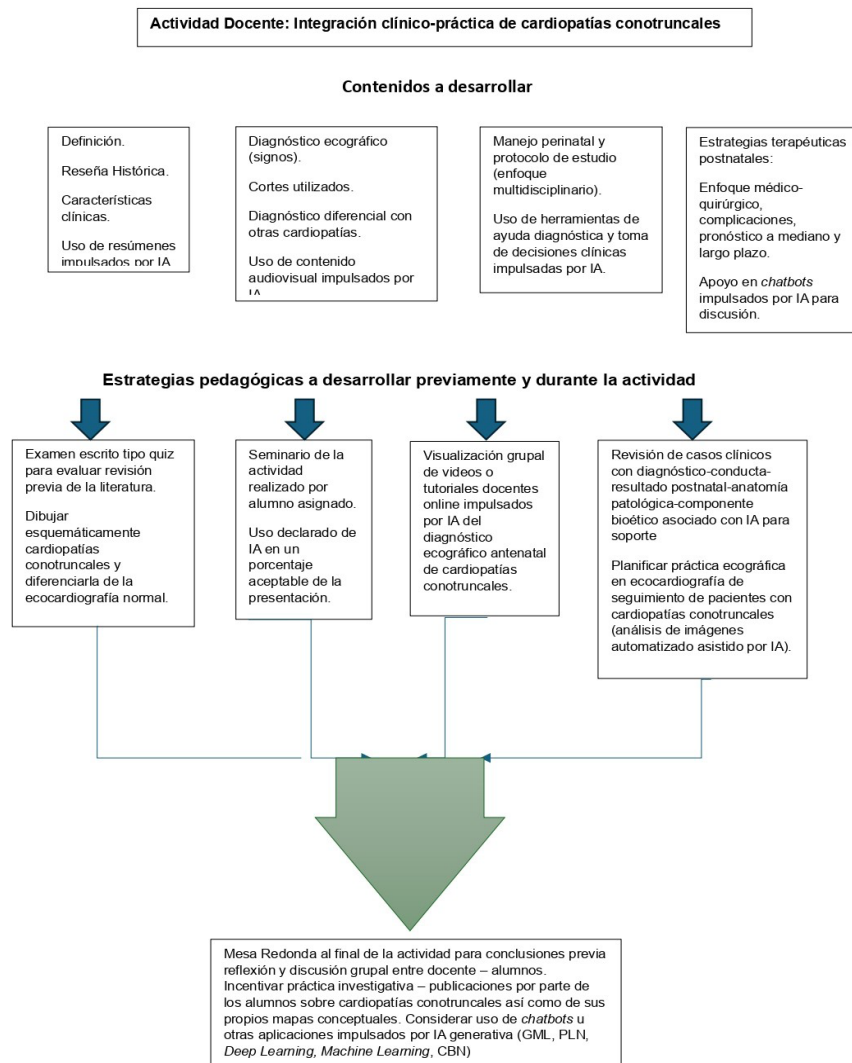
representación de conocimiento, *Machine Learning*, *Deep Learning*, RCN, PLN, GML, VC. La segunda, que son las aplicaciones médicas en MMF (herramientas de ayuda diagnóstica y toma de decisiones, diagnóstico imagenológico, modelos predictivos y monitoreo/vigilancia materna y fetal-neonatal, incluyendo discusiones en ventajas y limitaciones, adicionalmente aplicaciones en MMF personalizada a contexto específico materno fetal e investigación en MMF, salud pública en MMF (gestantes en desastres, vigilancia poblacional, riesgos ambientales y determinantes macrosociales de la salud en MMF) y administración sanitaria en MMF (optimización de flujo de pacientes, codificación y organización, reportes médicos, informes estadísticos y manejo hospitalario). La tercera parte, debe cubrir los aspectos éticos y legales del uso de IA en MMF (35, 65-70).

Dentro de la actividad académica, bien sea realizada por la ANM, los posgrados clínicos o por las sociedades científicas (como la SOGV) y las instituciones docentes asociadas a la especialidad en MMF, se critica constantemente al docente, haciéndolo responsable casi enteramente por la suerte que corren sus alumnos siendo importante resaltar el rol del mismo como un facilitador. Los talleres de capacitación docente como estrategia pedagógica bajo la asesoría de departamentos de docencia universitaria (como el Vicerrectorado Académico de la UCV y SADPRO-UCV), constituyen una herramienta de apoyo fundamental para el éxito. Las estrategias de aplicación de las inteligencias múltiples en la docencia inclusiva de MMF (incluyendo la integración con la elaboración de mapas conceptuales y el uso de IA) no son un proceso aislado sino integrado que involucra al comité académico-docente-alumno de cada programa de especialización en una dinámica cambiante que se ve afectada por la situación académico-asistencial-investigativa institucional de cada centro donde se imparta el programa de especialización, las características del diseño curricular del programa de especialización, así como del acceso institucional o particular del alumno a las tecnologías de información y comunicación como parte del proceso de enseñanza – aprendizaje, además de la creatividad innata del profesor (Figura 1).

Consideraciones bioéticas

Hay una serie de elementos que no se pueden dejar de lado en la relación profesional de salud-madre-feto en MMF con el uso de IA (35, 46-50). Es una extensión de la relación profesional de salud-paciente, con las particularidades que enmarca la medicina perinatal, dichas consideraciones bioéticas cambian constantemente a medida que aparece nuevo conocimiento producto de las investigaciones clínicas sobre las aplicaciones del uso de IA en MMF, tanto en epidemiología, fisiopatología, comportamiento clínico y paraclínico, terapéutica,

Figura 1. Ejemplo de estrategias de elaboración de mapas conceptuales relacionados al uso de inteligencia artificial y las inteligencias múltiples en docencia inclusiva de medicina materno fetal. Modificado del original de elaboración de mapas conceptuales relacionados a la aplicación de la teoría de las inteligencias múltiples en docencia inclusiva en medicina materno fetal de Gómez, Cabrera y Faneite (45).



prognosis general y por grupos específicos. Se puede entender como una relación de ayuda con las siguientes características según García (46, 71):

1. Es una relación interpersonal (dinámica, recíproca, con roles claros y bien diferenciados) la cual se pone de manifiesto a través de 3 actitudes básicas: a) Debe ser auténtica siendo la persona lo que realmente es y obrar en consecuencia. b) Debe haber aprecio, aceptación y confianza, lo que agrega una visión de conjunto. c) Debe haber comprensión empática lo que significa la capacidad de comprender desde adentro las relaciones del otro.

2. Es y debe ser siempre una relación humana.
3. Debe ser teleológica, en vista de involucrar fines y tener un sentido con búsqueda permanente de los mismos.
4. Es principista, por contener principios que son inseparables del ejercicio de la medicina aún en situaciones de desastres.
5. Está regulada desde el punto de vista ético y jurídico.
6. Debe tener un encuadre que permita una clara diferenciación entre las partes.
7. Es responsable, nadie escapa de las obligaciones y riesgos inherentes

Gil (46, 72), respecto a la comunicación con el paciente durante la relación profesional – usuario de servicios de salud, tradicionalmente concebida como médico-paciente, plantea el diálogo esclarecedor. En éstos momentos de angustia por parte de las embarazadas y sus familiares o allegados, cobra particular relevancia no olvidar su utilidad, dicho diálogo posee las siguientes funciones:

- a. Informativa: consiste en un diálogo de variable cantidad de tiempo, durante el cual se transmite aquellas nociones consideradas útiles y necesarias que conozcan el paciente o sus familiares, acorde al conocimiento más reciente, disponible y aplicable a la práctica profesional sobre los procesos salud-enfermedad en el binomio madre-feto. Se considera como un imperativo ético, un postulado de moral médica y una elemental atención del paciente como persona.
- b. Educativa: el médico especialista en MMF y/o el médico residente en formación que no educa lo es a medias, siendo necesario modelar o remodelar a la embarazada y su grupo familiar según las condiciones específicas de su particular proceso; por tanto, sitúa al paciente en su condición real, despierta su cooperación, logra colaboración con el médico, educa para proseguir la observación periódica, obvia el escollo terapéutico de la falta de cooperación del paciente o sus familiares particularmente aquellas medidas preventivas, educa sanitariamente a nivel personal, fomenta la responsabilidad del paciente, ayuda a la rehabilitación, orienta al enfermo logrando un nivel educativo general.
- c. Motivacional: a través de la actitud del especialista en MMF y/o del médico residente en formación, se genera una base de sustentación que induce al paciente a aceptar y cumplir sus indicaciones, comprendiendo su situación.

- d. Consensual: el acto médico en MMF debe ser consensuado, con un marcado compromiso ético-legal, requiriendo la labor convincente del médico para la toma de decisiones de parte del paciente o sus allegados.
- e. Psicoterapéutica: las palabras del médico especialista en MMF y/o el médico residente en formación tienen una indudable acción sobre la corporalidad del binomio madre-feto, apoyando y descargando su valor específico de agente curador, estando en forma patente la intención de beneficio para el paciente, estando orientada eventualmente hacia una psicoterapia elemental para atender aspectos emocionales.

Según D' Empaire y Parada (46, 73), durante la comunicación en la relación profesional de salud-usuario, se debe tomar en consideración que la enfermedad en la gestación, es un evento siempre inesperado, teniendo según su gravedad o pronóstico la posibilidad de desencadenar reacciones psicológicas en la paciente y/o sus familiares, tales como la regresión, la agresión, la desconfianza, la negación y la reactivación de creencias. Más allá del trabajo en conjunto con especialistas en salud mental y psicoterapia, el profesional de salud debe establecer rapport con la paciente y sus familiares para percibir la situación de forma adecuada, ayudándolos a expresar y canalizar sus emociones en aquellos casos acompañados de crisis emocionales, desencadenados por la información referente al diagnóstico y pronóstico de una patología determinada (psicoterapia breve).

Para evitar respuestas negativas, entre las que se encuentran las expectativas exageradas, rigidez, inflexibilidad, intolerancia, negativa a pedir ayuda, pasividad, tendencia a la impulsión o conductas atípicas. Entre los elementos orientadores a tomar en cuenta para la revelación de la verdad respecto a su padecimiento y su repercusión materno fetal, están el equilibrio psicológico, la gravedad de la enfermedad y estadio evolutivo, la edad del paciente y el impacto emocional sobre la parte enferma (46, 73).

Entre las consideraciones a manejar por parte del especialista en MMF y el médico residente en formación, se debe estar absolutamente seguro de lo que se revelará, tomando en cuenta que el paciente tiene derecho a conocer su situación, no existe una fórmula única para la comunicación, siendo prudente averiguar lo que el paciente sabe, quiere saber y puede saber, ofreciendo la atención incondicional y el apoyo del equipo en salud, revelando gradualmente la información, no como un acto único. Entre las estrategias comunicacionales a desarrollar por parte del especialista en MMF están: a) escuchar al afectado y sus allegados, b) realizar preguntas aclaradoras, c) responder reflexivamente al paciente haciéndole llegar la comprensión y empatía del equipo de salud, d) estimular al aquejado, e) toma de decisiones en conjunto, f) cierre adecuado del dialogo alentando al paciente y sus familiares (46, 73).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés) (74-77), dentro de sus consideraciones sobre la ética de la IA plantea ocho desafíos y siete acciones a tomar. El primer desafío, son las inequidades en el acceso a herramientas digitales, por lo que lo que los gobiernos de cada país y los organismos de cooperación multilateral, así como las ONG deben estar conscientes y tomar acciones por el empeoramiento de la creciente brecha en el entrenamiento y manejo de la IA. El segundo desafío, es superar la adaptación regulatoria nacional. El tercer desafío, es evitar la arbitraria apropiación de datos. El cuarto desafío, es que las “cajas negras” (la forma cerrada en que operan muchas IA) son proclives a sesgos. El quinto desafío, es que la IA no tiene criterio, solo reproduce patrones. El sexto desafío, es la disociación dada la falta de contexto por la IA. El séptimo desafío, es la presencia de visiones unilaterales y exclusivas por la IA (74-77). Dichos desafíos han sido también enunciados en actividades y/o publicaciones biomédicas de la ANM y la SOGV (2-7), así como autores nacionales destacados en el campo de ética y educación (9-16).

La primera acción establecida por la UNESCO es apoyar regulaciones de protección de datos nacionales y regionales. La segunda acción, es la adopción/ revisión y provisión de fondos estrategias en IA en la totalidad de los gobiernos. La tercera acción, es implementar regulaciones específicas en ética de IA. La cuarta acción, es ajustar o reforzar las leyes de propiedad intelectual existentes para regular el contenido generado por IA. La quinta acción, es desarrollar estructuras regulatorias en IA. La sexta acción, es la construcción de capacidades para el uso apropiado de IA en educación e investigación. La séptima acción, es reflejar las implicaciones a largo plazo para la educación y la investigación (74-77).

En la práctica, las consideraciones bioéticas de la IA giran alrededor de estos ocho desafíos y siete acciones. Las preocupaciones más salientes en cuanto a la docencia universitaria en MMF en nuestro medio giran alrededor de las brechas educativas digitales de inequidad propias de la emergencia humanitaria compleja venezolana y la potencial transgresión de privacidad/confidencialidad (13, 18, 47, 48). Por ende, es de capital importancia mantener un diálogo continuo entre los docentes en MMF, los desarrolladores de tecnología y los responsables políticos para asegurar que la integración de la IA en la especialidad sirva a los intereses individuales y colectivos en torno a la proyección social propia del ejercicio de la especialidad en MMF como parte de los profesionales de la salud que conforman el equipo de salud perinatal. La participación comunitaria pudiera contribuir en este sentido para generar entornos educacionalmente equitativos (13, 74-77).

Ante la creencia común derivada de la filosofía secular postmoderna, todo lo cual entra en crisis actualmente ante la irrupción generalizada de la IA y ya ha producido cambios radicales en el día a día de las personas, en la que para ser un

buen investigador hay que desprenderse de la espiritualidad, es válido hacerse eco de lo pregonado por Schmidt (78), quien afirma que la tríada fe, ciencia y bioética convocan a un nuevo paradigma de la ciencia como la mayor realización del hombre en su papel de transformador del mundo; a una prospectiva holística del conocimiento actual, con mayor tendencia al avance ante la irrupción de la IA, que dé nuevo vigor al valor del ser humano y su dignidad inherente, en la búsqueda permanente de la verdad, su interacción con la vida y la naturaleza en general, desarrollando la transdisciplinariedad, permitiendo la creación de nuevos cuestionamientos que incrementen el saber.

Asegurar que la IA respete y se adapte a diversos valores culturales requiere una aproximación deliberada en su diseño e implementación, para evitar la imposición de una visión homogénea o faltante de contexto, promoviendo la inclusión y respeto cultural (74-77).

Argumentar que es una paradoja decir que es necesaria la convivencia entre las ideas, los mitos y las religiones, en tiempos de la era digital y la IA, en una sociedad del conocimiento y la información, dominada por redes sociales, lleva a la pregunta ¿Cuántos mitos o parábolas no fueron grandes enseñanzas vigentes hoy en día? El conocimiento tiene una naturaleza dual previo a la ejecución de un estudio, un lado conocido con certeza, y un lado en el que se presume la vinculación al conocimiento existente, en la que hay incertidumbre. El especialista en MMF y el médico residente en formación debe verse motivado, a la creatividad, a la curiosidad, formulando de continuo hipótesis y validación de nuevos caminos y variables, a nivel diagnóstico y terapéutico, haciendo ciencia para la vida, para el ser humano, para la sostenibilidad de la humanidad, pensando en las generaciones futuras. En tanto que la fe motiva a la razón humana, el investigador en MMF debe tener Fé, para hacer un esfuerzo colectivo por hacer Ciencia de manera sistémica y con sentido Bio-Ético (44, 46-50, 78).

En la ética de la IA, es crucial complementar la IA con el conocimiento y experiencia humanos para un entendimiento comprensivo de fenómenos complejos, con un juicio valorativo que entienda de matices, en forma sinérgica. Los filtros y la supervisión son requeridos, para evitar que la IA consolide una estructura epistémica desconectada de los valores personales y la experiencia humana, mejorando la precisión y relevancia, combinando las fortalezas analíticas de la IA con el juicio ético e interpretativo humano, alcanzando un entendimiento sofisticado y holístico de las complejidades concernientes al ejercicio de la MMF (2-7, 9-16, 74).

Adicionalmente, es necesario demandar mayor capacidad explicativa de los sistemas de IA para estimular la confianza y la comprensión de sus procesos de

razonamiento y toma de decisiones, particularmente en MMF, donde puede llevar a impactos significativos a corto, mediano y largo plazo. Por ello, desarrollar IA que ofrezca explicaciones detalladas de cómo llegó a sus conclusiones formuladas, es clave y punto sensible en las consideraciones bioéticas de la IA, en MMF (2-7, 9-16, 74).

El plagio en la creación de contenidos, por ejemplo, debe ser monitoreado, en un momento donde han aumentado los casos de fraude académico reportados en la Facultad de Medicina de la UCV (79), como parte de la crítica situación educativa a todo nivel que padece la nación asociada a la emergencia humanitaria compleja (18, 47, 51, 52). siendo necesario crear un clima de confianza y cordialidad en el marco del cumplimiento de las normas de la UCV y la ética académica, cultivando la cultura de integridad e innovación que han caracterizado históricamente a la UCV. Utilizar algoritmos dirigidos por IA que verifiquen la originalidad de contenido (comparando con bases de datos existentes) y el respeto al derecho de propiedad intelectual, incluyendo la necesidad de declarar el uso de IA en presentaciones y publicaciones biomédicas, en porcentajes que sean razonablemente aceptables (2-7, 9-17, 74).

Por ello, apadrinar una mentalidad inquisitiva, donde cuestionar el origen, propósito y contexto de la información sea una norma, es esencial. Educar al docente y al estudiante a evaluar críticamente la credibilidad del contenido que encuentren diariamente, no limitado solo a fuentes de IA, es un paso crucial, ayudando al desarrollo de especialistas en MMF con pensamiento crítico capaces de navegar las complejidades de la información en la era digital. Lo cual, está en concordancia con el paradigma crítico-dialéctico que históricamente ha guiado al programa de especialización en MMF, con sede en MCP (35-39).

CONCLUSIONES

La IA ha irrumpido con fuerza en la era digital, caracterizada por la sociedad del conocimiento y la información y la presencia permanente de las redes sociales. En Venezuela, es patente el esfuerzo realizado en el ámbito académico, en actividades de investigación y divulgación relacionados con la IA, por la ANM, las sociedades científicas, incluyendo a la SOGV, las facultades universitarias de medicina y/o ciencias de la salud, venciendo la brecha digital propia de la emergencia humanitaria compleja venezolana, con la perspectiva de construir un modelo universitario docente a futuro integrado a la IA.

La transformación curricular, en el marco de programas de posgrados clínicos basados en aprendizaje por adquisición de competencias, que ameritan los

programas de especialización en MMF a nivel nacional, en sus áreas asistencial, investigativa, docente, ético-legal-gremial, administrativa e informática, deben tomar en cuenta consideraciones docentes y bioéticas apropiadas, siendo necesaria la integración y compromiso de comité académico-docente-alumno, para un uso de la IA que permita una docencia inclusiva en la especialidad que siga el modelo de las 4 dimensiones planteado por el CRD con un enfoque de ingeniería educativa donde destaca la precisión, donde la educación en la formación del estudiante del siglo XXI, debe darse en 4 dimensiones (conocimiento, habilidades, actitudes y metaaprendizaje) así como con cuatro “impulsores” (motivación, identidad, agencia y propósito).

En éste modelo planteado por el CRD e integrado al aprendizaje basado en adquisición de competencias en MMF, es necesario enfatizar en el uso de la IA generativa en la docencia inclusiva en MMF los atributos de imaginación, toma de decisiones, diálogo, liderazgo, mente abierta, tomar riesgos, ingenio, justicia y adaptabilidad. La transformación curricular ya aporta evidencia en el uso de algoritmos con GML, PLN, *Machine Learning*, *Deep Learning*, RCN y VC para detección y diagnóstico de defectos congénitos, modelos predictivos de resultados perinatales maternos y fetales-neonatales, incluyendo los grandes síndromes obstétricos, y vigilancia/monitoreo fetales. materno y fetal, herramientas de ayuda para toma de decisiones clínicas y en el análisis de datos complejos de ultrasonido fetal. El uso combinado con el enfoque basado en desarrollo de destrezas/fortalezas cognitivas de la teoría de las inteligencias múltiples puede favorecer el aprendizaje en un entorno educativo con uso de IA.

Es fundamental comprender en las consideraciones bioéticas que la IA no llegó para suplantar al especialista en MMF ni al médico residente en formación, sino para complementar su acción clínica. El uso de la IA en MMF, no cambia las características de la relación médico-madre-feto en MMF, así como las funciones del diálogo esclarecedor educativa, informativa, motivacional, consensual y psicoterapéutica.

La UNESCO ha planteado ocho desafíos y siete acciones dentro del uso de la IA en los ámbitos de educación e investigación. En nuestro medio, son las mayores preocupaciones brechas educativas digitales de inequidad y la potencial transgresión de privacidad/confidencialidad. Es de resaltar también la necesidad de complementariedad entre los valores y experiencia en juicio interpretativo del especialista en MMF y/o residente en formación con las fortalezas analíticas de la IA. También, abordar integridad académica y el respeto a la propiedad intelectual en cuanto a la creación de contenido es crucial, dada la profunda crisis educativa nacional a la que no escapa las facultades universitarias de medicina y/o ciencias de la salud.

En suma, en tiempos de IA el especialista en MMF y el médico residente en formación, deben fortalecer su juicio crítico en la evaluación de todas las fuentes de contenido, incluida la IA. Este accionar razonablemente es el que sacará provecho de las fortalezas de la IA en su integración a la práctica clínica de la especialidad.

REFERENCIAS

1. Gómez-Pérez A. Inteligencia artificial y lengua española. Madrid, España: Real Academia Española; 2023[actualizado 21 de mayo de 2023; consultado 07 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.rae.es/sites/default/files/2023-05/Discurso%20Ingreso%20Asuncion%20Gomez-Perez_0.pdf
2. Urbina-Medina HS. Inteligencia artificial en la educación médica en Venezuela. Superando la brecha tecnológica. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2025 [actualizado 20 de febrero de 2025; consultado 07 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=kwISvCu-WNo>.
3. Miranda-Sarabia SA. Inteligencia Artificial: ¿Dónde estamos? Y ¿adónde nos llevará? Primer Simposio de Inteligencia artificial. XX Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “Dr. Antonio Clemente Heimerdinger”. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2023 [actualizado 18 de diciembre de 2023; consultado 07 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qonZP1DcN0o&t=2891s>.
4. González-Blanco M. Inteligencia artificial. ¡La palabra del año!. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83 (1): 1-5. DOI: 10.51288/00830103.
5. Sánchez-Silva DJ. Simulación como herramienta de educación en medicina. Primer Simposio de Inteligencia artificial. XX Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “Dr. Antonio Clemente Heimerdinger”. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2023 [actualizado 18 de diciembre de 2023; consultado 07 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qonZP1DcN0o&t=2891s>.
6. Cabrera-Lozada CR. Ética e inteligencia artificial. Primer Simposio de Inteligencia artificial. XX Congreso Venezolano de Ciencias Médicas “Dr. Antonio Clemente Heimerdinger”. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2023 [actualizado 18 de diciembre de 2023; consultado 07 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qonZP1DcN0o&t=2891s>.

7. Soyano-Müller AJ. Inteligencia artificial y autonomía: potenciando la formación de profesionales de la salud en la era digital. Primer Simposio de Inteligencia artificial.
8. Ayers JW, Poliak A, Dredze M, Leas EC, Zhu Z, Kelley JB, *et al.* Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. *JAMA Intern Med.* 2023; 183(6): 589-96. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.1838.
9. López-Loyo ES. La inteligencia artificial: de lo real a lo probable. *Gac Méd Caracas* 2023;131(1):1-4. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.1.1.
10. Rojas-Malpica C, Cerceau G. Pensamiento, inteligencia artificial y medicina. *Mente y Cultura.* 2024; 5(1): 33–6. DOI: 10.17711/MyC.2683-3018.2024.003.
11. Romero-Cánovas P. Inteligencia Artificial en Medicina: Una introducción para profesionales médicos. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2023 [actualizado 05 de octubre de 2023; consultado 07 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=GhfDSNwD1nc>.
12. Duque-Rodríguez JA, Piña-Ferrer LS, Isea-Argüelles JJ. Dimensiones éticas de la inteligencia artificial en educación. *Cienciamatria. Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología.* 2025; 11(20): 27-45. DOI: 10.35381/cm.v11i20.1522.
13. Martínez-Molina OA. Ética, Inteligencia Artificial e Investigación Educativa: Un Triángulo Vital para el Futuro de la Educación: *Revista Scientific.* 2024; 9(4): 10-9. DOI: 10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2024.9.E4.0.10-19
14. Rangel-Aldao R, Moreno JA, Eduardo González-Taboada E. Aplicación de la medicina digital predictiva en la prevención y atención de enfermedades no transmisibles. López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. Colección Razetti. Volumen XXIV. Caracas: Editorial Ateproca; 2020. p.293-328.
15. Jiménez Y. Deontología en el uso de la inteligencia artificial: hacia un futuro responsable. *Dialógica.* 2024; 21(1): 66–83. DOI: 10.56219/dialgica.v21i1.2935.
16. Cervantes-López MJ, Cruz-Casados J, Cruz-Casados L. N. Inteligencia artificial en la gestión de la medicina: avances y desafíos. *Revista Venezolana De Gerencia.* 2024; 29(108): 1817-35. DOI10.52080/rvgluz.29.108.21.
17. Succi MD, Chang BS, Rao AS. Building the AI-Enabled Medical School of the Future. 2025; 333(19): 1665-6. DOI:10.1001/jama.2025.2789.
18. Gómez-Marín JV, Gómez IDJ, Romero D, Escalona C, Cabrera-Lozada CR, Faneite-Antique P. *Gac. Méd. Caracas. Mortalidad perinatal: revisión. Gac Méd Caracas* 2024; 132(3): 785-800. DOI: 10.47307/GMC.2024.132.3.20.

19. Cabrera-Lozada CR. Mortalidad perinatal. Análisis crítico-dialéctico. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2025 [actualizado 12 de abril de 2025; consultado 07 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1HlMMrFww14>.
20. Sarno S, Neola D, Carbone L, Saccone G, Carlea A, Miceli M, *et al.* Use of artificial intelligence in obstetrics: not quite ready for prime time. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023; 5(2):100792. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2022.100792.
21. Hallquist E, Gupta I, Montalbano M, Marios Loukas M. Applications of Artificial Intelligence in Medical Education: A Systematic Review. *Cureus*. 2025;17(3): e79878. DOI: 10.7759/cureus.79878.
22. Yaseen I, Rather RA. A Theoretical Exploration of Artificial Intelligence's Impact on Feto-Maternal Health from Conception to Delivery. *Int J Womens Health*. 2024; 16(1): 903-15. DOI: 10.2147/IJWH.S454127.
23. Miskeen E, Alfaiji J, Alhuian DM, Alghamdi M, Alharthi MH, Alshahrani NA, *et al.* Prospective Applications of Artificial Intelligence In Fetal Medicine: A Scoping Review of Recent Updates. *Int J Gen Med*. 2025; 18(1): 237–45. DOI: 10.2147/IJGM.S490261.
24. Horgan R, Martins JG, Saade G, Abuhamad A, Kawakita T. ChatGPT in maternal-fetal medicine practice: a primer for clinicians. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024; 6(3): 101302. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2024.101302.
25. Medjedovic E, Stanojevic M, Jonuzovic-Prosic S, Ribic E, Begic Z, Cerovac A, *et al.* Artificial intelligence as a new answer to old challenges in maternal-fetal medicine and obstetrics. *Technol Health Care*. 2024; 32(3): 1273-87. DOI: 10.3233/THC-231482.
26. Andonotopo W, Bachnas MA, Aldika-Akbar MI, Aziz MA, Dewantiningrum J, Adi-Pramono MB, *et al.* Fetal origins of adult disease: transforming prenatal care by integrating Barker's Hypothesis with AI-driven 4D ultrasound. *J Perinat Med*. 2025; 53(4): 418-38. DOI: 10.1515/jpm-2024-0617.
27. Tadepalli K, Das A, Meena T, Roy S. Bridging gaps in artificial intelligence adoption for maternal-fetal and obstetric care: Unveiling transformative capabilities and challenges. *Comput Methods Programs Biomed*. 2025;263(1): 108682. DOI: 10.1016/j.cmpb.2025.108682.
28. McAdams RM, Green TL. Equitable Artificial Intelligence in Obstetrics, Maternal-Fetal Medicine, and Neonatology. *Obstet Gynecol*. 2024 Mar 28. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005563. Epub ahead of print.
29. Zimmerman RM, Hernandez EJ, Yandell M, Tristani-Firouzi M, Silver RM, Grobman W, *et al.* AI-based analysis of fetal growth restriction in

- a prospective obstetric cohort quantifies compound risks for perinatal morbidity and mortality and identifies previously unrecognized high risk clinical scenarios. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025; 25(1): 80. DOI: 10.1186/s12884-024-07095-6.
30. Yeganegi M, Danaei M, Azizi S, Jayervand F, Bahrami R, Dastgheib SA. Research advancements in the Use of artificial intelligence for prenatal diagnosis of neural tube defects. *Front Pediatr*. 2025; 13(1): 1514447. DOI: 10.3389/fped.2025.1514447.
 31. Gimovsky AC, Eke AC, Tuuli MG. Enhancing Obstetric Ultrasonography With Artificial Intelligence in Resource-Limited Settings. *JAMA*. 2024; 332(8):626-8. DOI: 10.1001/jama.2024.14794. Ginsburg AS, Liddy Z, Alkan E, Matcheck K, May S. A survey of obstetric ultrasound uses and priorities for artificial intelligence-assisted obstetric ultrasound in low- and middle-income countries. *Sci Rep*. 2025; 15(1): 3873. DOI: 10.1038/s41598-025-87284-1.1001/jama.2024.14794.
 32. Pierucci UM, Tonni G, Pelizzo G, Paraboschi I, Werner H, Ruano R. Artificial Intelligence in Fetal Growth Restriction Management: A Narrative Review. *J Clin Ultrasound*. 2025; 53(4): 825-31. DOI: 10.1002/jcu.23918.
 33. Azizieh F, Yilmaz B, Raghupathy R. Artificial intelligence predicts pregnancy complications based on cytokine profiles. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2025; 38(1): 2498549. DOI: 10.1080/14767058.2025.2498549.
 34. Kamal-Kakish DR, Nour SA, Abusalha R, Mustafa HY, Suresh S, Kroumpouzou G. Innovations in maternal-fetal dermatology: A focus on artificial intelligence-driven diagnostics, global disparities, and transformative care. *Clin Dermatol*. 2025 May 14:S0738-081X(25)00155-5. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2025.05.013.
 35. Archivo del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Programa 2025. Caracas: MMF; 2025.
 36. Archivo del programa de especialización en Medicina Materno Fetal. Estadísticas de salud perinatal en la MCP. Periodo 2013-2025. Caracas: MMF; 2025.
 37. Cabrera-Lozada C. Medicina Materno Fetal: Aportes. Trabajo de incorporación como Individuo de Número, Sillón VII. Caracas: Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2024 [consultado 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=-5NL1HzWMzg>.
 38. Cabrera-Lozada C. Medicina Materno Fetal: Aportes. Trabajo de incorporación como Individuo de Número, Sillón VII. En: Urbina-Medina H, Soyano-López A, editores. *Trabajos de Incorporación y Discursos*

- en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXXI. Caracas: Editorial Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2024 [consultado 19 de enero de 2025]. p 1-76. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/id-trabajos-de-incorporacion-y-discursos-de-la-academia-nacional-de-medicina-tomo-xxxi-diciembre-2024/>.
39. Martín-Piñate F. Juicio crítico de la investigación: “Programa de especialización en medicina materno fetal: aportes”. Autor: Dr. Carlos Cabrera Lozada. En: Urbina Medina, H., Soyano López, A, editores. Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXXI. Caracas: Editorial Academia Nacional de Medicina [Internet]; 2024 [consultado 28 de febrero de 2025]. p. 77-80. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1SjviabVanwOE338vteI7kq7Vue9gUdQ9/view>.
 40. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. Nueva York (NY): ONU [Internet]; 2016 [actualizado 24 de mayo de 2022; consultado 07 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
 41. Google LCC. Gemini Pro. Versión 2.0 (software de aplicación móvil). Google Play; 2025.
 42. Cerullo M. Musk unveils Grok 4 update a day after xAI chatbot made antisemitic remarks. New York (NY): CBS News [Internet]; 2025 [actualizado 10 de julio de 2025; consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.cbsnews.com/news/elon-musk-grok-4-ai-chatbot-x/>.
 43. Fernández Y. DeepSeek: qué es, cómo funciona y qué opciones tiene esta inteligencia artificial. Madrid, España: Xataka [Internet]; 2025 [actualizado 29 de enero de 2025; consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.xataka.com/basics/deepseek-que-como-funciona-que-opciones-tiene-esta-inteligencia-artificial>.
 44. Cabrera C, Escudero P, Sarmiento C, Espinoza F, Rivero A, Romero M, Gómez J. Participación de la bioética y la evidencia clínica en la medicina materno fetal. *Rev. Latin. Perinat.* 2019; 22(4): 227-34.
 45. Gómez J, Cabrera C, Faneite P. Docencia inclusiva de Medicina Materno Fetal: Propuesta para la aplicación de las inteligencias múltiples. En: Lopez-Loyo E, Urbina Medina H, editores. Colección Razetti. Vol. XXV. Caracas: Editorial Ateproca; 2021. p. 297-316.
 46. Gómez J, Cabrera C, Grupo de Especialistas “Red COVID-19 y gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2020; 80 (Suppl): S56-S69.

47. Gómez J, Cabrera Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. *Gac Méd Caracas*. 2023; 131(2):434-448. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.
48. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi-Venturoni M, editores. Colección Razetti. Volumen XXVII. Caracas: Editorial Ateproca. 2023. p. 139-77.
49. Gómez J, Cabrera C. Vinculación bioética de las redes sociales y la medicina materno fetal. *Rev. Latin. Perinat*. 2021; 24(1): 2 -7.
50. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez*. 2023; 83(4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.
51. Salas JJ, Martínez L. Informe Sistema de Evaluación de Conocimientos en Línea SECEL. Diciembre 2024. Caracas: Educación UCAB [Internet]; 2025 [actualizado 17 de abril de 2025; consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://educacion.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/17/2025/04/InformeSECELAbril2025.pdf>.
52. Ramírez T; Centro de Investigación Renovación y Desarrollo Académico, Universidad Católica Andrés Bello. La falta de generación de relevo docente. Un daño colateral de la crisis educativa. V Jornadas de Innovación Docente 05, 06 y 07 de febrero de 2025. Caracas: El Ucabista [Internet]; 2025 [actualizado 17 de abril de 2025; consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://elucabista.com/wp-content/uploads/2025/02/Tulio-Ramirez-La-falta-de-generacion-de-relevo-docente.-Un-dano-colateral-de-la-crisis-educativa.pdf>.
53. Fadel C, Black A, Taylor R, Slesinski J, Dunn K. Educación para la era de la inteligencia artificial. Sao Paulo, Brasil: Fundación Santillana [Internet]; 2025 [actualizado 17 de abril de 2025; consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.fundacionsantillana.com/publicacao/educacion-para-la-era-de-la-inteligencia-artificial/>.
54. Fadel C, Bialik M, Trilling B. Educación en 4 dimensiones. Boston (MA): Center for Curriculum Redesign [Internet]; 2016 [consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://curriculumredesign.org/wp-content/uploads/Educacion-en-cuatro-dimensiones-Spanish.pdf>.
55. Zhang J, Xiao S, Zhu Y, Zhang Z, Cao H, Xie M, *et al*. Advances in the application of artificial intelligence in fetal echocardiography. *J Am Soc Echocardiography*. 2024; 37(5): 550-61. DOI: 10.1016/j.echo.2023.12.013.

56. Aeberhard JL, Radan AP, Soltani RA, Strahm KM, Schneider S, Carrié A, *et al.* Introducing Artificial Intelligence in Interpretation of Foetal Cardiotocography: Medical Dataset Curation and Preliminary Coding—An Interdisciplinary Project. *Methods Protoc.* 2024; 7(1): 5. DOI: 10.3390/mps7010005.
57. Dubey G, Srivastava S, Jayswal AK, Saraswat M, Singh P, Memoria M. Fetal ultrasound segmentation and measurements using appearance and shape prior based density regression with deep CNN and robust ellipse fitting. *J Imag Informatics Med.* 2024; 12(1): 1–21. DOI: 10.1007/s10278-023-00908-8.
58. Nieminen P. Research on the application and interpretability of predictive statistical data analysis methods in medicine. *BioMedInformatics.* 2024;4(1): 321–5. DOI: 10.3390/biomedinformatics401001.
59. Shreeve N, Sproule C, Choy KW, Dong Z, Gajewska-Knapik K, Kilby MD, *et al.* Incremental yield of whole-genome sequencing over chromosomal microarray analysis and exome sequencing for congenital anomalies in prenatal period and infancy: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2024;63(1):15–23. DOI: 10.1002/uog.27491.
60. Calhoun BC, Uselman H, Olle EW. Development of artificial intelligence image classification models for determination of umbilical cord vascular anomalies. *J Ultrasound Med.* 2024;43(5):881–897. doi: 10.1002/jum.16418.
61. Gardner H. *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century.* Nueva York (NY): Basic Books; 1999.
62. Wolman R. *Pensar con el Alma. Cómo evaluar y desarrollar la inteligencia espiritual con el método Psychomatrix.* 1a ed. Barcelona, España: Ediciones Obelisco; 2003.
63. Teijero S. *Inteligencia Espiritual: La suprema de las inteligencias.* Caracas: Saber UCV [Internet]; 2016 [citado 31 Mar 2018]. Disponible en <http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/13223/1/Libro%20Inteligencia%20Espiritual%20-%20Prof.%20Sergio%20Teijero.pdf>.
64. Pitychoutis K, Al-Rawahi A. Smart Teaching: The Synergy of Multiple Intelligences and Artificial Intelligence in English as a Foreign Language Instruction. *Forum for Linguistic Studies.* 2024; 6(6): 249-60. DOI: 10.30564/fls.v6i6.7297.
65. Pérez J, Márquez D, González F, Di Muro J, Cortés R, De Vita S, *et al.* La Simulación como estrategia de aprendizaje en el manejo de las emergencias ginecoobstétricas. *Rev. Latin. Perinat.* 2017; 20 (2): 92-6.

66. Luna V. Mapas conceptuales para favorecer el aprendizaje significativo en ciencias de la salud. *Inv Ed Med.* 2014; 3: 220-3.
67. Escontrela R, Stojanovic L. La integración de las TIC en la educación: Apuntes para un modelo pedagógico pertinente. *Rev. Ped.* 2004; 25 (74): 481-502.
68. Saneugenio A, Escontrela R. El modelo critico-reflexivo y el modelo tecnico: SUS fundamentos y efectos en la formación del docente de la educación superior. *Docencia Universitaria.* 2000; 1 (1): 11-39.
69. Escontrela R. Hacia un modelo integrador en el uso de las TIC en la educación a distancia: Apuntes y comentarios desde la investigación y la experiencia. *Revista de Investigación.* 2008; 32 (65):15-32.
70. Mihalas GI, Boru C, Cotoraci C. Teaching Artificial Intelligence to Medical Students. En: Mantas J, Hasman A, Demiris G, Saranto K, Marscholke M, Arvanitis TN, *et al.*, editores. Ebook: Digital Health and Informatics Innovations for Sustainable Health Care Systems. *Studies in Health Technology and Informatics.* Volume 316. Amsterdam, Países Bajos: IOS Press; 2024. p. 1505-9.
71. García F. La relación médico-paciente como una relación de ayuda. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 100-1.
72. Gil C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Caracas: Editorial Médica Venezolana; 1977. p. 313-42.
73. D'Empaire G, Parada M. La comunicación en la relación profesional de salud-paciente. Cómo decir la verdad y cómo dar malas noticias. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 131-47.
74. Morandín-Ahuerma F. Propuesta de la UNESCO para el uso de IA generativa en educación: ocho desafíos y siete acciones. En: Morandín-Ahuerma, editor. *Inteligencia Artificial: retos y oportunidades para la educación.* Puebla, México: CONCYTEP; 2024. p. 62-115. ISBN 978-607-8963-86-7. DOI: 10.31219/osf.io/78d3j.
75. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Guidance for Generative AI in Education and Research. Paris, Francia: UNESCO [Internet]; 2023 [consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000386693>.
76. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence Paris, Francia:

- UNESCO [Internet]; 2023 [consultado 13 de julio de 2025]. <https://www.unesco.org/en/articles/recommendation-ethics-artificial-intelligence>.
77. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. World Inequality Database on Education. Paris, Francia: UNESCO [Internet]; 2024 [consultado 13 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.education-inequalities.org/>.
78. Schmidt L. Fe, ciencia y bioética. *Rev. Latinoam. Bioet.* 2011; 11(2): 22-41.
79. Patiño M. Prevención del fraude académico: un compromiso ético en la facultad de medicina. Caracas: Consejo de la Facultad de Medicina; 2025.

¿Qué es la Antropología Médica?

Dr. Carlos Rojas Malpica*

RESUMEN

Revisar el concepto de Antropología Médica es absolutamente necesario para definir lo que debe entenderse por Medicina. No es un ejercicio retórico ni una propuesta ornamental. Si la medicina prescinde de la antropología pasaría a ser la provincia humana de la veterinaria o una suerte de ingeniería de la materia viviente. La vía para este debate es necesariamente profunda y filosófica. Se comienza por abordar la historia del concepto y su estrecha relación con el concepto de medicina. Se propone que la medicina es ciencia heterológica y heteroclita, así como idiográfica y nomotética. Una definición fuera de esa matriz epistemológica puede generar atraso científico con extravíos conceptuales y éticos de graves consecuencias.

Palabras clave: Medicina, Antropología Médica, Medicina Antropológica, Epistemología de la Medicina, Filosofía de la Medicina.

SUMMARY

Reviewing the concept of Medical Anthropology is absolutely necessary to define what should be understood by Medicine. This is not a rhetorical exercise or an ornamental proposal. If medicine dispenses with anthropology, it would become the human province of veterinary science or a kind of engineering of living matter. The path to this debate is necessarily profound and philosophical. It begins by addressing the history of the concept and its close relationship with the concept of medicine. It is proposed that medicine is a heterological and heteroclite science, as well as idiographic and nomothetic. A definition outside of this epistemological

* MD, Ph. D. Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo.
Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela.
Académico Correspondiente Extranjero de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Miembro Correspondiente de la Academia de Historia del Estado Carabobo.
Membre Associé Étranger de la Société Médico-Psychologique (Francia).
ORCID ID <https://orcid.org/0000-0001-5259-3272>

framework can lead to scientific backwardness with conceptual and ethical errors of serious consequence.

Keywords: Medicine, Medical Anthropology, Anthropological Medicine, Epistemology of Medicine, Philosophy of Medicine.

INTRODUCCIÓN

Definir lo que es la Antropología Médica (AM), no es un mero ejercicio semántico, ornamental, ni una aproximación a una parte humanística de la medicina. No se trata de una parte, sino de un componente axial, central, se podría decir que filosófico para definir el núcleo conceptual de lo que es la medicina, pues sin ese eje primordial, la medicina ya no sería ella misma. La reflexión filosófica no es nada nuevo, ni extraño a la medicina. Ya lo dijo Mario Bunge: *Los médicos filsofan todo el tiempo, casi siempre sin saberlo. Así adoptan: el realismo, cuando dan por descontado que sus pacientes son reales: el materialismo, cuando cortan por medio de la cirugía o recetan píldoras en vez de hacer conjuros o rezar; el sistemismo, cuando conciben y tratan el cuerpo humano como un sistema, no como un agregado de partes desconectadas entre sí. La filosofía en la medicina es un vasto territorio apenas explorado, casi desconocido por muchos médicos* (1). Así que es apropiado comenzar por un intento de definir la antropología y la medicina misma.

ANTROPOLOGÍA

La palabra antropología proviene del griego antiguo *ánthros* (ἄνθρωπος), que significa hombre o ser humano, y *lógos* (λόγος), que significa palabra, razón, conocimiento o estudio. En cambio, *Andrología* se forma a partir del griego *anér* (ἄνῆρ, en genitivo *andrós* ἀνδρός), que significa varón u hombre (en el sentido de masculino), y *lógos* (λόγος), razón, conocimiento o estudio. Esta aclaratoria es importante, porque un lector poco enterado podría tomar lo antropológico como una expresión del predominio masculino o patriarcal en la ciencia, cuando lo cierto es que no tiene nada que ver con eso, sino con la condición humana en general, sin distinción de género ni sexo.

La antropología es una ciencia social que estudia al ser humano en su diversidad biológica, social y cultural. Tradicionalmente, se ha encargado de analizar las diferencias y similitudes entre los grupos humanos. Se interesa por la organización social, el parentesco, el lenguaje, la religión y la adaptación al entorno. Entre sus

aportes fundamentales están el estudio transcultural, el desarrollo del relativismo cultural, la observación participante y la investigación cualitativa etnográfica como métodos de investigación. El relativismo cultural propone que las creencias y prácticas de una cultura deben entenderse en su propio contexto y no juzgarse con los valores de otra cultura. Es una idea central en la antropología moderna y permite analizar la diversidad humana sin caer en el etnocentrismo. También estudia el problema de la adaptación, es decir, los procesos mediante los cuales los seres humanos responden y se ajustan a su entorno, tanto a nivel biológico como cultural. La adaptación entraña ajustes regulativos, climatológicos y evolutivos, que reflejan la flexibilidad de la especie humana para sobrevivir en diferentes contextos ambientales y sociales (2).

Como disciplina formal, la antropología es relativamente reciente, aunque el interés por comprender la diversidad humana existe desde la Antigüedad. Pensadores como Hipócrates y Aristóteles ya reflexionaban sobre las diferencias entre los seres humanos. Sin embargo, la antropología moderna surge en Europa durante el Siglo de las Luces, en el contexto de la Ilustración, cuando se desarrollan los primeros intentos sistemáticos de estudiar el comportamiento humano desde una perspectiva científica.

Aunque Immanuel Kant no es considerado un antropólogo en sentido estricto, sus reflexiones forman parte del nacimiento de la antropología. Se le ubica en el periodo de la Ilustración, fundamental para el desarrollo de las ciencias humanas. Su obra "Antropología desde un punto de vista pragmático" propone una visión novedosa para su época, donde distingue entre una antropología fisiológica (que describe lo que la naturaleza ha hecho del hombre) y una antropología pragmática, que investiga lo que el hombre, como ser libre, puede y debe hacer de sí mismo. La antropología kantiana es "pragmática" porque se orienta hacia el bienestar humano y la comprensión de las leyes de la conducta, no sólo desde el punto de vista natural, sino en relación con la libertad y la moralidad. Para Kant, la antropología pragmática no se limita a la moral, sino que abarca todas las formas de acción humana y su vínculo con la libertad. Así, Kant conecta la reflexión sobre la condición humana con la cultura, la civilización y el destino moral del ser humano, proponiendo una especie de "ética impura" donde la experiencia y la acción son centrales. Kant distingue entre una antropología fisiológica (lo que la naturaleza hace del hombre) y una antropología pragmática, que estudia lo que el ser humano, como agente libre, puede y debe hacer de sí mismo. La antropología pragmática se centra en la acción humana, la libertad y la formación del carácter, abordando temas como la auto-ilustración, la educación, la civilización, la moralización y el cultivo personal (3,4).

Durante el siglo XIX, la antropología se institucionaliza como disciplina independiente, influida por la teoría de la evolución y el método científico. En esta etapa, se consideraba que las sociedades humanas evolucionaban de formas simples a complejas, siguiendo un modelo similar al de la biología. Autores como Herbert Spencer y Lewis Henry Morgan fueron pioneros en este enfoque evolucionista. Cronológicamente, coincide con el movimiento filosófico del positivismo. Ambos hacen parte de una nueva forma de pensar.

Entre los principales impactos del positivismo en la antropología clásica cabe destacar: 1. Impulsó la idea de que el conocimiento científico es el único conocimiento auténtico, promoviendo el uso exclusivo del método científico para estudiar los fenómenos sociales y culturales; 2. Rechazó la metafísica, la introspección y la teología, considerando que sólo la observación empírica y la verificación podían fundamentar el conocimiento sobre la humanidad; 3. Fomentó la búsqueda de leyes universales y explicaciones causales sobre el comportamiento humano y la organización social, lo que llevó a los primeros antropólogos a desarrollar teorías evolutivas y comparativas sobre las culturas y sociedades humanas; 4. Defendió la neutralidad, la objetividad y la independencia entre el sujeto y el objeto de estudio, lo que se tradujo en metodologías deductivas, cuantitativas y generalizadoras aplicadas al estudio antropológico; 5. Inspiró a los fundadores de la antropología social y cultural a tratar la sociedad como un objeto de estudio tan legítimo y regular como los fenómenos naturales, contribuyendo así a la legitimación científica de la disciplina. En síntesis, el positivismo proporcionó el marco epistemológico y metodológico que permitió a la antropología clásica constituirse como una ciencia social, orientada a la explicación, predicción y control de los fenómenos humanos, bajo principios de objetividad y universalidad (5).

Sin embargo, al positivismo se le objeta haber expulsado la subjetividad del espacio de las ciencias. No todo se puede medir ni pesar como si se tratara de cosas o de objetos a ser rebanados en trozos, mucho menos la subjetividad, que no puede ser cosificada. La gran exploración de la subjetividad iniciada por Descartes en su estudio de la consciencia es seguida y profundizada por el denominado idealismo alemán, cuya influencia en el pensamiento contemporáneo, y especialmente en la medicina, es de estudio obligatorio. El idealismo alemán, desarrollado entre finales del siglo XVIII y principios del XIX por pensadores como Kant, Fichte, Schelling y Hegel, influyó de manera decisiva en la formación de la antropología filosófica y en el pensamiento social moderno. Entre sus aportes principales a la antropología se pueden mencionar los siguientes: 1. Centralidad de la conciencia y la subjetividad. Situó a la conciencia, la razón y la subjetividad humana en el centro del análisis filosófico. Esto llevó a que la antropología se orientara hacia la comprensión del ser humano como sujeto activo, dotado de libertad y capacidad

de autotransformación, no solo como ser biológico o socialmente determinado; 2. Hizo énfasis en la praxis y la moralidad como dimensiones fundamentales del ser humano. La reflexión sobre la moralidad y la libertad fue un eje central en la constitución de la antropología filosófica, diferenciándola de enfoques meramente naturalistas o empiristas; 3. Hegel, en particular, propuso que la historia y la cultura son procesos en los que el Espíritu (o la humanidad) se realiza y se reconoce a sí mismo. Esta visión influyó en la antropología al destacar la importancia de los contextos históricos y culturales en la formación de la identidad y la conciencia humanas; 4. Propuso una crítica y superación del naturalismo, abriendo el camino para una antropología que no reduce al ser humano a lo biológico o lo material, sino que lo comprende como portador de sentido, capaz de crear cultura, instituciones y valores. Produjo notable influencia en corrientes posteriores. El pensamiento idealista alemán fue fundamental para la fenomenología, el existencialismo y la crítica social, además de influir en autores como Feuerbach y Marx, quienes desarrollaron una antropología crítica a partir de la dialéctica hegeliana. En síntesis, el idealismo alemán transformó la concepción del ser humano en la filosofía y las ciencias humanas, aportando una visión dinámica, histórica y ética que sigue siendo relevante en la antropología contemporánea (6,7).

La influencia del idealismo alemán en la medicina es muy importante, pero suele pasar inadvertida. Por ejemplo, la exploración de la consciencia y de la orientación en espacio, tiempo y persona, proceden de la filosofía kantiana, el estudio del yo se inicia con la egología de Husserl, la estratificación y reconocimiento del mundo vivencial están en deuda con Max Scheler (sentimientos sensoriales, vitales, psíquicos y espirituales), las denominadas “funciones mentales superiores” por las neurociencias cognitivas, se les puede relacionar con las formas a priori de la consciencia de Kant y la organización de las situaciones vitales y los hechos biográficos en la historia clínica, guardan relación con la filosofía de la existencia. El idealismo alemán es el núcleo conceptual de la Antropología Filosófica y la Antropología Médica, donde tampoco debe ser ignorado el papel del filósofo español Ortega y Gasset (8, 9, 10). Hoy en día, la antropología se entiende como una ciencia integradora que estudia al ser humano en relación con la sociedad y la cultura, abarcando aspectos biológicos, sociales, históricos y lingüísticos.

ANTROPOLOGÍA MÉDICA

La Antropología Médica arranca de un libro titulado sencillamente *Medizinische Anthropologie* (1929), del urólogo vienés Oswald Schwarz, apodado el urósofo por sus colegas, por su inclinación a introducir la filosofía en la medicina. Schwarz organizó a un grupo de médicos de múltiples especialidades para publicar un

libro "Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas físicos" (1925). Por otra parte, el prestigioso catedrático de Patología y Terapia Especial Ludolf von Krehl (1861-1937), de Heidelberg, evoluciona gradualmente de la fisiopatología a la medicina de la persona individual. A él se debe la conocida frase *no hay enfermedades sino personas que enferman, o también, no hay enfermedades sino enfermos*. Entre los discípulos más destacados de Von Krehl figuran Richard Siebeck (1883-1965) y Viktor von Weizsäcker (1886-1957, que junto con su maestro Von Krehl integran la Escuela de Heidelberg, caracterizada por su orientación hacia la medicina antropológica. Siebeck, sucesor de Von Krehl en la cátedra, avanza más allá del maestro hacia esa medicina, mientras que Von Weizsäcker entra de lleno en ella con audacia y empaque intelectual, influido por el fenomenólogo Max Scheler (1874-1928), padre de la antropología filosófica contemporánea. Scheler, a quien Von Weizsäcker ha conocido en persona, acomete en la última época de su vida el proyecto monumental de una antropología filosófica que lamentablemente no llegó a escribir. En esa nueva ciencia, inscribe el problema psicofísico del cuerpo y del alma (11).

En ese marco teórico es obligatorio reconocer el aporte del catedrático español Pedro Laín Entralgo (1908-2001), quien divide la historia de la patología contemporánea en cuatro estadios principales, con su punto final en la consideración del enfermo como persona. La primera etapa la preside Freud, fundador vienés del psicoanálisis. En la segunda etapa entra el Círculo de Viena formado por Schwarz, admirador de Freud. La tercera etapa comprende la época inicial de los estudiantes más distinguidos del internista y fisiopatólogo de Heidelberg Ludwig Von Krehl (1861-1937), y la cuarta etapa la concibe Laín como la madurez de la Escuela de Heidelberg, creación de Von Krehl junto al desarrollo simultáneo de la medicina psicosomática en Estados Unidos. Si se busca un elemento distintivo entre la Antropología Médica que elabora Laín y la que él mismo encuentra en los promotores del Círculo de Viena y la, así llamada por Laín, Escuela de Heidelberg, nos encontraremos el influjo filosófico de su maestro y amigo Xavier Zubiri. Para Laín Entralgo, *la Antropología Médica es un conocimiento científico del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. Ella y sólo ella es el verdadero fundamento del saber médico, aunque a veces no lo advierta el práctico de la medicina* (12, 13).

El campo de la Antropología Médica se solapa bastante con el de la Psicología Médica. Según Solanes, ambas se ocupan de:

1. Los aspectos psicológicos que tiene la actividad profesional del médico en relación con su propia persona. Rasgos comunes al gremio. Solidaridad y valores compartidos

2. Las situaciones y conflictos vitales
3. Las enfermedades
4. La curación y los aspectos antropológicos del medicamento
5. La actitud del individuo y del grupo ante la enfermedad, la salud, la muerte y el acontecer biológico en general
6. La relación entre el médico y su paciente y lo relacionado con el sistema de valores creado por la organización social y política de las instituciones prestadoras de servicio asistencial, como hospitales, seguros de salud, consultorios y servicios comunitarios
7. La relación del médico con otros profesionales de salud
8. El estudio psicológico de personalidades de la historia o de personajes de ficción en la literatura universal (14).

La reflexión sobre la antropología general y la antropología médica lleva y obliga a otra adicional sobre el concepto de medicina, y en este caso, a destacar su importancia filosófica para la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Para esta parte será inevitable recurrir a un trabajo que será publicado muy pronto.

DEFINICIÓN DE MEDICINA

La palabra medicina es un término que proviene del latín medicina, aunque también está muy vinculada a la raíz griega *Iatros* (ιατρός), que significa “médico” o “sanador”. La medicina de hoy es una disciplina científica y artística que se dedica a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades humanas. A través de la historia, la medicina ha evolucionado desde prácticas basadas en creencias religiosas y filosóficas hasta convertirse en una combinación de arte y ciencia, donde la técnica y el conocimiento científico se unen para mejorar la salud humana. Hoy en día, la medicina abarca un amplio espectro de especialidades, desde la cardiología hasta la psiquiatría, y juega un papel crucial en el mantenimiento y promoción de la salud a nivel individual y comunitario (15).

Para los efectos de una ciencia tan antigua como la medicina, es aconsejable acudir a los diccionarios para disponer de una definición de autoridades, con lo cual se evitan extravíos e improvisaciones. Según el Diccionario de la Lengua Española (DLE), se puede definir “medicina” como “la ciencia y el arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano” (15), mientras que el Diccionario de Términos Médicos (DTM), propone la siguiente definición “Disciplina científica que se ocupa

de la investigación y del conocimiento de la salud y de la enfermedad del ser humano, así como de la prevención, curación y paliación de las enfermedades de personas y poblaciones" (16), y agrega el DTM: "en la actualidad suele entenderse claramente que la medicina engloba a la cirugía...".

Es interesante que la segunda definición, mejor elaborada y más profunda, desplaza el objeto de estudio del "cuerpo" al "ser humano", al mismo tiempo, extiende su campo hasta la paliación, pues no siempre es posible curar, y además, incorpora el problema de la salud de las poblaciones. No es ocioso revisar un concepto tan importante. La medicina se ve convocada, incluso interpelada, por cantidad de saberes que pueden estar en su esencia o en su contigüidad. De inmediato surge la pregunta sobre qué cosa es la esencia y la contigüidad de la medicina, lo cual lleva a un debate de orden epistemológico y filosófico, nada desdeñable, y de cierta altura. No se puede despachar con una afirmación taxativa o un desplante personal para abordar un tema tan complejo. Es necesario un ejercicio reflexivo y crítico, pues hay muchas preguntas sin respuestas exactas ni certidumbres acabadas.

Al pasar la definición del "cuerpo" al "ser humano", se plantea un problema ontológico de la mayor importancia. Tiene consecuencias de todo tipo. En tanto que disciplina del cuerpo, su campo quedaría reducido a la naturaleza, es decir, a la *physis*, y como mera "fisiología", no podría diferenciarse bien de la medicina veterinaria. La medicina podría entonces definirse como "la provincia humana de la veterinaria" (14). En cambio, al asumirse como ciencia del "ser humano" adquiere una dimensión que está más allá de la naturaleza, es decir, exige una metafísica que no es posible comprender desde la mera biología (18).

En su raíz griega, *bios* está por vida. Y de ahí la biología. Pero la vida da de sí el mejor de sus productos, que es la subjetividad, y que no es posible reducir a "vida", pues la *psique* o *psiquis*, en tanto que vida con alma y aliento, remite a un fenómeno, manifestación y apariencia de vida, que debe ser diferenciado de *bios* y biología. La *psiquis* se hace cargo de problemas tan importantes como la consciencia, la libertad, la teleología, la razón, la esperanza y el sentido de la vida, que la medicina no puede ignorar. Extraer ese componente subjetivo o metafísico de la definición de medicina sería someterla a un profundo desamparo antropológico, incompatible con sus valores y propuestas de salud para los seres humanos (19).

Sin embargo, aunque la medicina no es, simplemente, ciencia natural, no significa por ello que desconozca las leyes y datos de la naturaleza. Todo lo contrario, el conocimiento de las lógicas de la naturaleza, esto es, de la fisiología, le da consistencia y piso firme a su *Corpus Teórico*. A partir de aquí se debe afirmar

que el conocimiento de la naturaleza es parte esencial de la medicina, y mucho más en nuestro tiempo. Otra cosa es el método que utiliza para conocer la naturaleza, fundamentalmente basado en el positivismo nacido en Francia con Auguste Comte (1798-1857), el cual impone que la verdad científica deba ser expresada en hechos medibles o cuantificables para que lleguen a adquirir el estatuto de saber validado por la ciencia. Nadie puede negar su enorme importancia en la construcción del conocimiento médico contemporáneo. Pero resulta que las ciencias y las sociedades avanzan hacia conceptos cada vez más complejos.

La Ley Orgánica de la Academia Nacional de Medicina de 1941, en su artículo 2 parece definir el propósito de la Corporación en los siguientes términos:

La Academia Nacional de Medicina se ocupará en todo lo relativo al estudio de las Ciencias Biológicas y en especial de la Patología e Higiene Nacionales, asuntos en que puede actuar como cuerpo consultor (20).

No hay duda que este concepto debe ser revisado en una nueva legislación, porque deja fallas y lagunas, pero, sobre todo, porque se presta a una definición reduccionista de la medicina, carente de orientación antropológica, que de ninguna manera puede ser considerado un detalle menor. Más avanzada se muestra la Ley de Ejercicio de la Medicina vigente, cuando propone que:

...entiende por ejercicio de la medicina la prestación de atención médica preventivo-curativa a la población, por parte de los profesionales médicos y médicas, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, reducción de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de las personas y de la colectividad en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y escolar; la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia en las ciencias médicas...(21).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Definitivamente, debe superarse una concepción de la medicina centrada exclusivamente en el cuerpo. La medicina es necesariamente antropológica. Su Corpus Teórico se alimenta tanto en las ciencias naturales como de las ciencias humanas. Las ciencias naturales estudian el cuerpo desde los principios del positivismo lógico. Los resultados de la investigación positivista son cuantitativos, pesables y medibles. Aspiran exactitud. Sin embargo, como decía Nietzsche, en toda medición hay una cantidad que se pierde. Tampoco se debe olvidar, que también la naturaleza humana es susceptible de abordaje antropológico. Por otra parte, las ciencias humanas se nutren en el estudio de la subjetividad y los procesos sociales.

La filosofía, la psicología, la sociología y la antropología alimentan un conocimiento del hombre que es indispensable para la construcción del saber en la medicina contemporánea. Sus resultados son cualitativos, porque así lo exige la región de saber que se propone estudiar. Sin embargo, ello no significa menor alcornica epistemológica. Ambas aproximaciones son axiales, no son partes desprendibles sin las cuales pueda quedar bien estructurado y coherente el saber. Una negación o descuido en cualquiera de sus componentes produce atraso científico y extravío teórico de graves consecuencias.

En estos tiempos de pensamiento complejo y transdisciplinario cabe decir, entonces, que la medicina es ciencia heteróclita y heterológica, así como idiográfica y nomotética. Heterológica, porque se nutre de los logos de las ciencias naturales y de las ciencias humanas. Heteróclita, porque a menudo no se deja aprehender por la norma común, lo cual tiene mucho que ver con la importancia que tiene la subjetividad en el acto médico. Es idiográfica porque necesariamente debe prestar atención a lo peculiar o idiosincrático de cada paciente. Ya se dijo antes... no hay enfermedades sino enfermos. Por último, es nomotética, se guía por teorías y postulados científicos, por regularidades en la conformación del saber, que tampoco pueden ser ignoradas por el médico ni en su diario quehacer ni en sus meditaciones más trascendentales.

REFERENCIAS

1. Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa; 2012.
2. Barfield T, editor. Diccionario de antropología. Madrid: Siglo XXI Editores; 2001. p. 13-22.
3. Kant I. Antropología en sentido pragmático. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
4. Kant I. Antropología en sentido pragmático. Brandt R, Stark W, editores. [Internet]. 2014 [citado 2025 Jun 25]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-13242015000200150
5. Comte A. Discurso sobre el espíritu positivo. Madrid: Aguilar; 1975.
6. Universidad Nacional Autónoma de Chiapas. Idealismo Alemán y su Influencia en el Pensamiento Social [Internet]. UNACH; 2020 [citado 2025 Jun 11]. Disponible en: <https://moodle.unach.edu.ec/mod/resource/view.php?id=3559935>
7. Ruiz Sánchez C. La crítica antropológica al idealismo hegeliano. Daímon Rev Int Filosofía. 2010;(51):211-26.

8. Martínez J. La estratificación emocional según Max Scheler y su crítica en Michel Henry. Enrahonar [Internet]. 2025 Jun 4 [citado 2025 Jun 21];75. Disponible en: <https://revistes.uab.cat/enrahonar/article/download/v75-martinez/1663-pdf-es/6898>
9. Rojas-Malpica C. El idealismo alemán y la psiquiatría. En: Villaseñor Bayardo S, coordinador. De la psiquiatría clásica a la de vanguardia en la aldea global. Jalisco: Editorial Página Seis; 2023. p. 51-68.
10. Ortega y Gasset J. Kant, Hegel y Dilthey. Madrid: Revista de Occidente; 1929.
11. Orringer NR. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo: historia y teoría. *Ars Medica Rev Humanid.* 2008; 2:190-205.
12. Piñas Mesa A. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo. Madrid: Fundación Universitaria San Pablo CEU; 2022.
13. Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat; 1986.
14. Solanes J. El campo de la Psicología Médica. Caracas: Espasaandé; 1984.
15. Rojas-Malpica C. La definición de medicina. Un cruce de la disciplina a lo transdisciplinario para promover la salud en tiempos contemporáneos. *Ágora de Heterodoxias.* 2025;11(2): [en prensa].
16. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE). 22^a ed. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
17. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de Términos Médicos. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
18. Elío-Calvo D. Pensamiento filosófico y medicina. Cuadernos Hosp Clínicas [Internet]. 2021 [citado 2025 Mar 19];62(1):101-11. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762021000100015&lng=es&tlng=es
19. Segura P. Psique. En: Ortiz-Osés A, Lanceros P, directores. Diccionario de la existencia. Barcelona: Anthropos; 2006. p. 481-5.
20. Academia Nacional de Medicina. Ley orgánica de la Academia Nacional de Medicina. Decretada por el Congreso Nacional de los Estados Unidos de Venezuela. 15 jul 1941.
21. República Bolivariana de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011.

La Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Venezolana de Gastroenterología

Reunión conjunta con motivo del LXXX Aniversario de la
Sociedad Venezolana de Gastroenterología
Caracas, Palacio de las Academias, 10 de julio de 2025

*Dr. José Ramon Poleo**

En esta Presentación haremos un pequeño recuento de los inicios de la Academia Nacional de Medicina y de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología para luego hablar brevemente de los orígenes de la Gastroenterología como especialidad y posteriormente de la evolución de la Gastroenterología venezolana para destacar los primeros servicios de esta especialidad en Venezuela, la aparición de los primeros postgrados de Gastroenterología y luego los pioneros de la Gastroenterología y su rol como iniciadores de la misma en las diferentes regiones del país, para luego citar a la primera gastroenteróloga venezolana y a las que presidieron a nuestra Sociedad, en un homenaje en el que ellas representan a todas las a todas las mujeres gastroenterólogas del país, para concluir citando a todos los gastroenterólogos que han sido miembros de la Academia Nacional de Medicina.

Los antecedentes de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela se remontan a finales del siglo antepasado, en la época en la que muchos médicos venezolanos acudían a Francia para enriquecer su formación médica. Entre ellos se encontraban en 1892 en París dos colegas con ese fin, los Dres. Luis Razetti (1862-1932) y Santos Aníbal Dominici (1869-1954), quienes comenzaron a acariciar la idea de crear una Sociedad de Médicos a su regreso a Venezuela.

Una vez en Caracas, el empeño y dedicación de ellos, junto con el Dr. Francisco A. Rísquez (1856-1941) lograron concretar la fundación en Caracas de la Sociedad de Médicos y Cirujanos, la cual duraría hasta 1989 (1).

* Individuo de Número Sillón X, Academia Nacional de Medicina
ORCID: 0000-0003-2749-8139

No se desanimó Razetti por el fracaso de esta asociación, y en 1902 redactó un proyecto de Ley para la fundación del Colegio de Médicos de Venezuela, el cual tuvo muy buena acogida y llevó a su instalación el 5 de julio del mismo año (1).

El 7 de abril de 1904 el Congreso Nacional derogó la Ley creadora del Colegio y dispuso en esa fecha que se estableciera la corporación denominada Academia Nacional de Medicina, a la cual le dio el ejecútense Cipriano Castro, presidente de la República el 8 de abril de 1904 (2).

“El 11 de junio de 1904 se instaló la academia Nacional de Medicina, se eligieron y tomaron posesión de sus cargos los integrantes de la primera Junta Directiva” (2):

Presidente: Dr. Alfredo Machado

Primer Vicepresidente: Tomás Aguerrevere Pacanins

Segundo Vicepresidente : Emilio Ochoa

Secretario perpetuo: Luis Razetti

Subsecretario: Juan de Dios Villegas Ruiz

Tesorero: Bernardo Herrera Vegas

Bibliotecario Prerpetuo: Eduardo Ferenández

La Sociedad Venezolana de Gastroenterología, en sus inicios Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Endocrinología y Nutrición (SVGEN), ya que incluía estas tres especialidades, nació, previa convocatoria del Dr. J. Valencia Parparcén, según precisa su Acta Constitutiva, el 13 de Julio de 1945.

Asistieron al Colegio de Médicos del Distrito Federal los Doctores Mario Cortés Lladó, Miguel Ron Pedrique, Alberto García Gómez, Miguel Ruiz, José Ramón Zerpa Morales, Eduardo Delgado Madrid, J. Romero Fernández, Joel Valencia Parparcén, Humberto Atencio Morillo, Amílcar Plaza, Edmundo Fernández, M. Acosta Silva, Atilio Brillembourg, Pedro González Rincones y H. Girón Rivas (3).

Los gastroenterólogos que acudieron a esa convocatoria tenían una formación bastante variada. Por ejemplo, el Dr. Manuel Acosta Silva, graduado de médico en la UCV en 1931, se formó como gastroenterólogo en México entre 1937 y 1938, y el Dr. Carlos Ottolina, no presente en esa reunión, en Berlín, en tanto que el Dr. Pedro González Rincones tenía formación de radiólogo adquirida en Europa, al igual que el Dr. Héctor Landaeta Payares, con estudios de radiología en París, mientras que el Dr. Joel Valencia Parparcén, graduado de médico en la UCV en 1936, fue un autodidacta, según palabras del Dr. Tulio Arends, electo Miembro Correspondiente de la ANM en 1984 e Individuo de Número para ocupar el sillón XXVI en 1989, con motivo de una sesión de la ANM el 27-11-86, para honrar la

memoria del Dr. Valencia, fallecido en diciembre de 1985 (4).

Decía el Dr. Arends: “En la época en que se graduó el Dr. Valencia no existían en Venezuela Servicios de Gastroenterología. La mejor solución era irse al exterior. Pero él no se va. Decide auto especializarse, es decir, se va a especializar en Gastroenterología sólo, a su propio riesgo y responsabilidad. Debe ser difícil especializarse uno mismo. Se necesita una voluntad de hierro...Y Valencia Parparcén se hizo a sí mismo Gastroenterólogo. Y Gastroenterólogo de los buenos. Se hizo un Gastroenterólogo de criterio, que manejaba correctamente los instrumentos de diagnóstico, que tenía muchos aciertos clínicos y que trataba con éxito a sus pacientes. Y la historia de la Gastroenterología en Venezuela empezó con él” (4).

Se discutió luego el Proyecto de estatutos elaborado por el Dr. Valencia Parparcén y revisado luego por éste y los Dres. Plaza y Atencio, el cual fue aprobado con modificación de algunos artículos del proyecto original, para después proceder a la elección de la Junta Directiva (3), la cual quedó constituida de la manera siguiente:

Presidente: Dr. Joel Valencia Parparcén

Vicepresidente: Dr. Pedro González Rincones

Secretario: Dr. M. Acosta Silva

Tesorero: Dr. José Ramón Zerpa Morales

Bibliotecario: Dr. Amílcar Plaza

Cuatro décadas transcurrieron entre la creación de la ANM (1904) y de la SVG (1945) , en las cuales el estado de la salud en nuestro país era bastante precario, y en el que prevalecían enfermedades como la tuberculosis, el paludismo, la fiebre amarilla, la enfermedad de Chagas y diversas parasitosis intestinales, entre ellas la bilharzia. Las anemias, no sólo por parásitos como la necatoriasis, sino también las de tipo nutricional eran frecuentes, así como el bocio endémico sobre todo en los estados andinos, e infecciones como la difteria, tosferina, lepra, linfogranuloma venéreo y algunas de carácter epidémico como el cólera, que en 1908 cobró unas 10.000 víctimas, la influenza mal llamada gripe española, española, la cual causó unas 23.000 muertes, y la viruela, en la epidemia de 1898, la cual se pudo controlar gracias a 45.000 vacunas que se distribuyeron gratuitamente, producidas por el Instituto Pasteur, fundado en 1895, primera institución científica privada de Venezuela, centro de entrenamiento de jóvenes sobre microscopía clínica y de investigaciones sobre parasitosis y enfermedades infecciosas, y donde se produjeron las vacunas contra la difteria, la rabia y la viruela (5, 6).

Baste decir que la esperanza de vida en 1941 no pasaba de 39 años para los hombres y los 41 años para las mujeres. A modo comparativo, para los

norteamericanos era de 60,8 años para los hombres y 65,2 años para las mujeres, según el Censo de los Estados Unidos de Norteamérica para 1940 (7).

No obstante, a pesar de no existir en el país la especialidad de Gastroenterología, el tratamiento de las enfermedades digestivas progresaba en nuestro país. Es así como la primera laparotomía por trauma abdominal penetrante se realizó en 1874 y se atribuye al Dr. Diego Amitesarove en Rio Chico, estado Miranda, y diversos académicos reportaron avances importantes en este campo, entre ellos el Dr. Pablo Acosta Ortiz, denominado “el príncipe de la cirugía”, quien reportó el drenaje quirúrgico de 130 abscesos amibianos con 6% de mortalidad, en una época en la que todavía no se usaba la emetina; y el Dr. Miguel Ruiz reportó la primera apendicetomía en el país. Posteriormente el Dr. Luis Razetti practicó en 1911 la primera gastro enteroanastomosis, el Dr. Salvador Córdova la primera colecistectomía en 1917, el Dr. Agustín Hernández la primera gastrectomía por úlcera péptica en Venezuela, el Dr. Manuel Acosta Silva publicaba en la Gaceta Médica de Caracas una “Contribución al estudio de las vías biliares en Venezuela” en 1935 y el Dr. Manuel Núñez Tovar identificaba al *Necator americanus*. Era una época en la que la Gastroenterología no existía como especialidad, aunque ya después de 1930 algunos especialistas en problemas digestivos existían ya en el país, como mencionamos con anterioridad (8, 9).

En este momento, cabe formular la pregunta: ¿cuando surgió la Gastroenterología?

En la niebla de los tiempos, los trastornos digestivos, deben haber sido tan frecuentes como ahora, y formaban parte de los problemas que debían ser tratados por quienes asumieran esa responsabilidad (chamanes, brujos, sacerdotes, médicos, y más adelante barberos, cirujanos etc.). Hay en el papiro de Ebers (reinado de Amenhotep, 1517 A.C.) mención a tratamientos de problemas digestivos y quizás los inicios de la coloproctología estén en el Guardián del Año, uno de los varios cortesanos de los faraones, que se ocupaba de la limpieza de la zona rectal del faraón para lo cual introducía agua soplándola a través de una caña de oro, y también trataba hemorroides y otras afecciones del recto y ano (10).

Rabí Akiva o Akiva Ben Josef (Judea 50-135 CE) fue un prominente rabino en la tradición judía, y sus enseñanzas enfatizaban la importancia de visitar a los enfermos y la santidad de la vida. Creía que no cuidar a los enfermos equivalía a derramar sangre. Si bien el propio Rabí Akiva no abordó explícitamente los tratamientos médicos, sus enseñanzas sobre la compasión y el valor de la vida humana son relevantes para la ética médica y la atención a los pacientes (11).

De la medicina griega conviene resaltar dos personajes de interés para los propósitos de esta comunicación. A uno de ellos, Empédocles (Agrigento, 495- 435 A.C.), se le atribuye haber fundado la escuela siciliana de medicina. De acuerdo con Tales de Mileto, Anaxímenes, Heráclito y Jenófanes, postuló que los cuatro principios de la realidad que eran Agua, Tierra, Fuego y Aire estaban bajo el influjo del Amor y del Odio. Estableció que la enfermedad era un fenómeno natural ante excesos o defectos de esos cuatro elementos (12).

Otro griego que requiere una mención especial es Hipócrates (Cos, 460-370 A. C). Considerado por muchos, y con razón, como el padre de la medicina, la disoció de la teúrgia y de la filosofía hacer de ella una verdadera profesión. No era una medicina basada en la anatomía ya que en la antigua Grecia no se permitía la disección de cadáveres y se basaba más en el poder curativo de la propia naturaleza, y en la creencia que las enfermedades eran el resultado del desequilibrio de los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema) en lo que señalaba como discrasias. En cuanto a la gastroenterología se refiere, fue quien primero utilizó la palabra pepsis para referirse a la digestión. La escuela hipocrática se ocupó de las enfermedades anorectales y describió en el Corpus Hipocrático el tratamiento de hemorroides mediante la cauterización y la incisión, y llegó a ligarlas para después secarlas con una plancha caliente. Se podría decir que fueron los inicios de la coloproctología y de la endoscopia digestiva, al utilizar espéculos anorectales (13- 15).

Ya durante el imperio romano, Claudio Galeno Nicon (Pérgamo 129-216 DC) mejor conocido como Galeno, fue un médico cirujano y filósofo cuya influencia en la medicina duró más de 12 siglos. Muchas de sus ideas eran incorrectas, en parte porque la disección del cuerpo humano no tenía cabida en la época en que vivió, por lo que tuvo que conformarse con disecciones y vivisecciones de animales como monos o cerdos, generalmente practicadas por sus ayudantes.

No obstante, hizo aportes fundamentales, como establecer el hecho de que por las arterias corría la sangre y no aire. En relación con las vías digestivas, proponía una primera digestión en la que los alimentos ingeridos eran convertidos en quilo, con los residuos alimenticios eliminados por las heces, una segunda digestión al ser transportado el quilo al hígado, para originar los cuatro humores, especialmente la sangre, cuyos residuos serían eliminados por la orina y una tercera digestión en la cual la sangre se convertiría en tejidos sólidos y sus excrecencias serían el sudor, las uñas, y el cabello (16).

Con el renacimiento la medicina experimentó un gran avance con la aparición de Andrés Vesalio (Bruselas 1514-1564), quien en su obra monumental *De Humanis Corpori Fábrica* de 7 volúmenes (el 4^{to}. dirigido al aparato digestivo y órganos

reproductores) sienta las bases de la anatomía moderna y acaba con las teorías de Galeno imperantes durante más de un milenio.

Autor de varios tratados anatómicos, en lo que a la parte digestiva respecta describió el apéndice vermiforme, el epiplón mayor, y sus relaciones con el estómago, bazo, colon, así como función del píloro (17).

Contemporáneo de René Descartes (1596-1650) y posiblemente influenciado por su Discurso del Método, Jan Baptist van Helmont (Bruselas 1580-1644) postuló que la digestión era ayudada por un reactivo químico o fermento (se acercó al concepto moderno de enzima). Propuso y describió 6 etapas diferentes en la digestión (ingestión, propulsión, degradación mecánica, digestión química, absorción y eliminación).

Fue el primero en introducir la palabra gas (del griego kaos) y en señalar que había diferentes gases en el aire. Describió uno que se originaba durante la fermentación del vino y durante los procesos de combustión, al observar que cuando se quemaba carbón en un recipiente cerrado, la masa resultante de la ceniza era mucho menor que la del carbón original que llamó "gas silvestre" y reconoció la existencia de otro que se acumulaba en los pantanos y en los intestinos que denominó "gas pingue", posteriormente identificados como CO₂ y metano (18).

Ya en el siglo XIX se comienzan a sustentar con mayor base fisiológica los conocimientos que tienen que ver con la digestión.

En Europa, aparece la figura de Claude Bernard (Saint-Julien 1813 - París 1878), quien fue uno de los grandes investigadores de ese siglo. Su obra más famosa fue Introducción a la Medicina Experimental (1865).

Entre sus múltiples contribuciones a la ciencia, destacan en la parte digestiva el descubrimiento de la función digestiva del páncreas y de la función glucogénica hepática (19).

Y en Inglaterra, William Maddock Bayliss y Ernest Starling se complementaron para hacer aportes fundamentales a la fisiología digestiva, cardiovascular, neurológica y renal. Bayliss en 1899 demostró el control nervioso de la actividad peristáltica intestinal y la existencia de mensajeros químicos que luego llamarían hormonas transportados por la sangre, entre ellos la hormona secretina, descubrimientos abrieron el campo para el desarrollo de la endocrinología y la gastroendocrinología (20- 22).

Los aportes más importantes descritos por estos personajes son Principles of General Physiology (Bayliss) y Principles of Human Physiology (Starling).

Un comentario aparte, se dedica a William Beaumont (Lebanon, Connecticut 1785- 1853), quien fue un médico militar destacado en Fort Mackinnac (Michigan), a quien le correspondió atender en 1822 a un joven francocanadiense de 19 años, de nombre Alexis St Martin, con severa herida de escopeta, el cual, a pesar de su pobre pronóstico no fallece pero queda con una fístula gastrocutánea, la cual le permitió a Beaumont hacer estudios de la secreción gástrica durante los 13 años siguientes. Estas observaciones las publicó como *Experiments and Observations on the Gastric Juice and Physiology of Digestion* (2 tomos, 238 páginas). En ellas describía muy acertadamente el jugo gástrico, el papel del HCl en la función del mismo, su diferencia con la secreción del moco gástrico, la influencia que las emociones tenían sobre la misma, y otros varios aspectos como la motilidad gástrica. Algunos lo consideran el padre de la Gastroenterología norteamericana (23- 25).

Carl Philipp Adolf Konrad Kußmaul (Graben-Neudorf, 1822 - Heidelberg, 1902) ha sido señalado como el padre de la endoscopia digestiva. Kussmaul fue antes que todo un gran clínico. Describió la respiración de Kussmaul, observable en la cetoacidosis severa, el signo de Kussmaul, indicador de un aumento paradójico de la presión venosa yugular observable en la pericarditis constrictiva o en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, describió la parálisis bulbar progresiva, la poliarteritis nodosa (llamada enfermedad de Kussmaul- Mayer) y la afasia de Kussmaul (mutismo selectivo), así como la dislexia (a la que denominó word blindness).

Es considerado el padre de la endoscopia digestiva después que en Erlangen trató de seguir los pasos de Antonin Desormeaux quien años antes en Francia había probado exitosamente el primer instrumento endoscópico para visualizar exitosamente la uretra y la vejiga de hombres. Para ello, Kussmaul diseñó un endoscopio rígido de 47 cms de longitud y 13 mm de diámetro dotado de un obturador flexible con una lámpara externa de gasolina cuya luz se reflejaba mediante espejos. Escogió como primer paciente a un profesional tragador de espadas de ferias. Pudo visualizar el esófago y fundus gástrico, pero en forma muy limitada por la inadecuada fuente de luz y abundante secreción salival. Curiosamente, a pesar de lo que representaba, un primer gran paso en la endoscopia digestiva, Kussmaul nunca publicó esa experiencia, quizás por un exceso de autocrítica al considerarlo poco práctico y sin importancia (26). Describió además un método de dilatación gástrica con balón para el tratamiento de obstrucciones de vaciamiento gástrico.

Sería Johann von Mikulicz, un exitoso cirujano alemán que describió la enfermedad de von Mikuliz (hiperplasia linfocitocitaria benigna de parótidas y glándulas lacrimales), y quien hizo aportes muy significativos en la cirugía, sobre

todo del aparato digestivo, al ser el primero en suturar una úlcera gástrica perforada (1885), restablecer quirúrgicamente una parte del esófago (1886), y extirpar una lesión maligna de colon (1903), quien en 1881 utilizaría con éxito un endoscopio rígido, y pocos años después en 1885, durante la International Exhibition of Electricity llevada a cabo en Viena, un asociado de von Mikulicz, Joseph Leiter, fabricante de instrumentos médicos, vio la demostración de la lámpara eléctrica incandescente de Edison, la cual, incorporada a los endoscopios, mejoró la visión a través de los mismos. Von Mikulicz murió a los 55 años a consecuencia de un cáncer gástrico (27- 29).

Ya los conocimientos sobre fisiología digestiva y aportes clínicos significativos conformaban los cimientos de la especialidad de Gastroenterología, la cual va a ser estructurada en Alemania.

Carl Anton Ewald (Berlín 1845- 1915) fue un pionero de la Gastroenterología. Jefe del departamento de medicina del hospital Augusta de Berlín, hizo de este un centro para el estudio de problemas digestivos. Publicó diversos trabajos sobre la digestión, y también sobre enfermedades tiroideas, sobre todo mixedema, y sobre otros temas. Preconizaba el uso de sales de bismuto en el tratamiento de la úlcera péptica. Dos de sus libros más conocidos traducidos al inglés fueron "The Diseases of the Stomach", primer tratado sistemático sobre enfermedades digestivas, publicado en 1892 en 3 volúmenes, y "Lectures on Digestion" .

Introdujo la intubación para sus estudios de secreción gástrica. Diseñó un tubo epónimo, el "tubo de Ewald" para el vaciamiento del contenido gástrico, todavía en uso en muchos hospitales (30).

Ismar Isidor Boas (Exin -Prusia- 1858- 1938 Viena), es considerado por muchos como el padre de la Gastroenterología.

Fue una autoridad en gastroenterología. Estableció en Berlín la primera clínica dedicada al estudio y tratamiento de problemas digestivos. Fundador en 1895 de Archiv für Verdauunas-Krankheiten (Archivos de Enfermedades Digestivas) , primera revista dedicada a temas gastroenterológicos, en 1913 fundó la Sociedad Alemana de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs-und.Stoffwechselkrankheiten) (31,32).

Siendo judío, en 1936 despojado de su cátedra en la Universidad de Berlín y de su clínica gastroenterológica, se radicó en Viena. Cuando los nazis se anexaron Austria en 1938 (el llamado Anschluss) se suicidó con una sobredosis de Veronal (barbital).

En honor de Adolf Kussmaul, Carl Ant Ewald y de Ismar Isidor Boas existe una placa en el porche de entrada del anfiteatro del Lennox Hill Hospital de

Nueva York. Si tuviera que declarar a alguien como padres de la Gastroenterología moderna, tendría que pronunciarlos por Ewald y Boas, y de la endoscopia digestiva a Kussmaul y von Mikulicz.

¿Y qué se puede decir en relación con los orígenes de la gastroenterología venezolana?

Sin historia no hay pasado. El pasado es importante para valorar mejor nuestro presente y en cierta manera, para determinar hacia donde vamos.

Conocer los orígenes de nuestras instituciones nos permite entender mejor las mismas, valorar los aportes que nos han llevado a lo que somos y mantener en nuestra memoria a aquellos que de una u otra manera, contribuyeron al inicio y desarrollo de ellas 33. En el caso de la historia de la Gastroenterología en nuestro país, esta pasa, inevitablemente, en sus inicios, por los Servicios de GE del Hospital Vargas y del Hospital Carlos J. Bello de la CRV, y por el Dr. Joel Valencia Parpacén a quien no dudo en declarar padre de la Gastroenterología venezolana (33).

El Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas comenzó a funcionar bajo la jefatura de Carlos Ottolina, con el Dr. Joel Valencia Parpacén como Adjunto Médico el Dr. Fernando Rubén Coronil como Adjunto Quirúrgico, y el Dr. Manuel Girón Rivas como segundo Adjunto Médico.

Un año más tarde, en 1943 el servicio, en vez de ser un médico-quirúrgico, se transformó en un médico, bajo la dirección del Dr. Valencia, y con los Dres. Amílcar Plaza, Humberto Atencio Morillo y Manuel Girón Rivas. Como Adjuntos” (34).

En sus inicios el Servicio de Gastroenterología logró contar con un equipo de Rayos X General Electric como unidad propia para el Servicio, una Unidad de Laboratorio en el cual se desempeñó la Srta. Margot Lepervanche quien había seguido cursos especializados en el Hospital Walter Reed de Washington y la Unidad de Endoscopia, relataba el Dr. Valencia (34).

La gastroscopia se practicaba con variantes del instrumento semiflexible de Rudolf Schindler en los inicios del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas, y se usaba el esofagoscopio de Edder Hufford, otro instrumento rígido, para extraer cuerpos extraños del esófago y para el diagnóstico de várices esofágicas, así como el dilatador de Starck para el tratamiento de la acalasia.

En opinión del Dr. Valencia, “... los profesores Rudolph Jaffé, como gran patólogo de Berlín; Manuel Corachán como gran cirujano catalán y Pedro González Rincones como gran radiólogo venezolano, fueron los pilares que permitieron estructurar el servicio de Gastroenterología.”

Se inició la historia básica, la biográfica de Seguí y se comenzaron los registros para las distintas enfermedades.

En 1943 apareció el libro "Gastroenterology" de H. L. Bockus, en 3 volúmenes; en 1945 llegó la obra de Seguí, el ilustre psiquiatra peruano; y en 1947 el famoso libro de Walter Alvarez, de la Clínica Mayo, titulado "Nerviosidad, Indigestión y Dolor".

Según Valencia, "Así fue como se logró una nueva reestructuración del servicio recién fundado dos años antes por Ottolina y como pude yo concebir la estructura y función de un Servicio de Gastroenterología haciendo la publicación correspondiente en la revista G.E.N., órgano de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología" (35).

Es propicia la ocasión para reconocer a la revista GEN 'orgullo de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología por sus 80 años de ininterrumpida circulación, publicando en sus páginas todos los progresos de la gastroenterología venezolana. En sus páginas está la historia de esa especialidad (36).

El Dr. Joel Valencia Parparcén fue Jefe del Servicio de Gastroenterología desde 1943 hasta 1957, año en que se trasladó al Hospital Universitario de Caracas para fundar el Departamento de Gastroenterología y la Cátedra de Clínica Gastroenterológica de la Escuela de Medicina Luis Razetti de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Fue reemplazado en la jefatura del Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas por el Dr. Humberto Atencio Morillo.

En la Sección Noticias de la revista GEN (1957: XII 1 y 2 julio-diciembre: 177) se informaba la inauguración del Departamento de Gastroenterología del Hospital Universitario, como así se denominaba entonces, donde funcionaría la Cátedra de Clínica Gastroenterológica de la Universidad Central de Venezuela (37).

La Cátedra y el Departamento contaban con el siguiente personal: Dr. Joel Valencia Parparcén, Profesor Jefe de Cátedra y Departamento, Profesores Drs. J. R. Zerpa Morales, Emilio Candia Candia, Asistentes Dres. Ciro Caraballo González, César E. Louis, Simón Beker, Manuel Kizer, Samuel Bronfenmajer, Ricardo Salomón y Residentes : Drs. Víctor Madureri y Marcos Matos.

Hasta la última visita que hice al servicio de Gastroenterología , se encontraba allí el óleo de 1957 del pintor Roberto Fantuzzi, que retrataba a la Cátedra de Gastroenterología en sus inicios. En el se pueden ver sentados de izquierda a derecha a los Dres. Samuel Bronfenmajer, José Antonio Araujo, Manuel Kizer, César Louis, Ciro Caraballo González, Emilio Candia Candia, Joel Valencia Parparcén y

José Ramón Zerpa Morales, y de pie, de izquierda a derecha, a los Dres.: Víctor Madureri, Ricardo Salomón, Marcos Matos Villalobos y Simón Beker.

En cuanto al Hospital Vargas respecta, construido bajo la presidencia de Juan Pablo Rojas Paúl, fue Inaugurado el 5 de julio de 1991, durante la presidencia de Raimundo Andueza Palacios, fue la sede de la enseñanza médica de la Universidad Central de Venezuela y teatro de los grandes aportes a la Medicina venezolana, producto de la llamada Generación Renovadora, entre los cuales se encontraban Luis Razetti, Santos Dominici., Pablo Acosta Ortiz, Francisco Antonio Rísquez y tantos otros, muchos de ellos miembros de la Academia Nacional de Medicina.

El 2 de marzo de 1954, Marcos Pérez Jiménez inauguró la Plaza Cubierta, el Aula Magna y la Biblioteca Central de la Ciudad Universitaria, con motivo de la celebración de la X Conferencia Iberoamericana en Caracas, y posteriormente, la Universidad Central con su Facultad de Medicina fue trasladada a su nueva sede. Quedaba así el Hospital Vargas relegado a un segundo plano con la amenaza de perder su tradición docente médica que ostentaba desde 1895.

Se ocasionó así la reacción de un grupo de médicos y profesores para evitar que ello ocurriera y que el Hospital Vargas perdiera su condición docente. Entre ellos se puede mencionar a Francisco Montbrun, Fernando Rubén Coronil, Jacinto Convit, Otto Lima Gómez, Eduardo Carbonell, Blas Bruni Celli y Francisco Kerdel Vegas y Luis Manzanilla (38).

Sin embargo, bajo la presión sostenida ante la Facultad por la demanda estudiantil que solicitaba ingreso a la Facultad de Medicina, se mantuvo la actividad docente con estudiantes asignados por la Facultad para cumplir con actividades sus actividades clínicas de 4°, 5° y 6° años de Medicina en el Hospital Vargas, y se comenzó a promover la creación de otra escuela de medicina con sede clínica en este hospital (38).

En agosto de 1960 la Facultad de Medicina designó oficialmente la Comisión planificadora de la nueva Escuela, la cual quedó integrada por los Dres. José Rafael Neri, José Ignacio Baldó, Alfredo Borjas, Fernando Rubén Coronil, Francisco Montbrún y Otto Lima Gómez, todos miembros de la Academia Nacional de Medicina.

El 1° de noviembre de 1960 se abrió el Primer Curso con *Pensum* completo de 1° a 6° año de estudios médicos en la nueva Escuela Vargas, con el Dr. Luis Manuel Manzanilla como su primer Director.

“ No sería sino algunos años después cuando el 27 de octubre de 1965 el Dr. Luis Plaza Izquierdo Vice-rector Secretario del Consejo Universitario de la Universidad Central de Venezuela, remitió comunicación N° CU-1109 al

Decano de la Facultad de Medicina para enviarle anexa la comunicación N° CNU. 598 suscrita por el Ciudadano Secretario del Consejo Nacional de Universidades en la que se aprobaba la creación de la Escuela de Medicina “José María Vargas” adscrita a la Facultad de Medicina de la U.C.V” (38).

¿Y que pasó con el Servicio de Gastroenterología del Hospital Vargas?

Para 1959 este servicio, después del traslado del Dr. Valencia al Hospital Universitario, estaba integrado por los Dres. Humberto Atencio Morillo como Jefe del Servicio, y por los Dres. Feliciano Acevedo Gallegos, Clemente Mizrahi, Andrés Abreu Araujo, Natalio Szotlender y Alfredo Mata Benítez como Adjuntos (39).

En los inicios de la Escuela de Medicina de Medicina José María Vargas, no existían cátedras de especialidades, tan sólo Clínicas adscritas al Departamento de Medicina de la misma, las cuales fueron aprobadas como Cátedras en 1967. El Dr. Otto Lima Gómez era Jefe del Departamento de Medicina, y la Cátedra de Clínica gastroenterológica estaba constituida por el Dr. Feliciano Acevedo Gallegos, quien figuraba como Profesor y Alfredo Mata Benítez como Instructor, adscritos al Departamento de Medicina (40).

La Escuela Vargas fue aprobada por el CNU el 27 de octubre de 1965, aunque desde 1960 inició clases del 1° al 6° año de medicina, y el 22 de octubre de 1969 fueron aprobadas las Cátedras de Cardiología, Gastroenterología, Dermatología y Neurología.

En lo que a gastroenterólogos respecta, seis, aparte de quien suscribe esta comunicación, han sido miembros de nuestra Academia Nacional de Medicina desde su fundación, los cuales enumero a continuación:

Joel Valencia Parparcén (1913- 1985). Elegido Miembro Correspondiente, puesto N° 13, el 12 de julio de 1956, e Individuo de Número Sillón XXVII el 28 de julio de 1960. Doctor en Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela en 1936, con la Tesis doctoral “La prueba de la excreción vesicular provocada en el diagnóstico y en el tratamiento de las afecciones hepatobiliares”.

En el Hospital Vargas de Caracas fue Segundo Adjunto del Servicio de Medicina No. 1, 1936, Médico Residente (1936 y por concurso, 1939), Médico de Consulta, 1937-1940, Primer Adjunto del Servicio de Gastroenterología, 1940-1943 y Jefe de este Servicio desde 1943 a 1957. En el Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana ejerció como Médico de Consulta, 1936-1940, y Jefe del Servicio de Gastroenterología, 1943-1957. En el Hospital Universitario de Caracas, se

desempeñó Jefe del Servicio de Gastroenterología desde 1957 hasta su jubilación y Jefe del Departamento de Medicina, 1962-1965. Fue designado Profesor Agregado de Clínica Gastroenterológica en 1955, y ascendió en el escalafón docente hasta Profesor Titular. Fue Jefe de la Cátedra de la Clínica con sede en el Hospital Universitario Gastroenterológica hasta su jubilación en 1965 Fundador presidente de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología en 1945, y Director de la Revista GEN de esta sociedad durante 20 años. Fue Presidente de la Organización Mundial de Gastroenterología. Condecorado con la Orden del Libertador, la de José María Vargas y la de Diego de Losada. Fue además Presidente del Consejo Nacional Electoral en 1945. Se puede afirmar, sin lugar a dudas, que fue el Padre de la Gastroenterología venezolana (41).

Carlos Ottolina (1903-1960). En 1928 se graduó de Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad Central del Venezuela. El 12 de julio de 1951 fue elegido para el Puesto # 43 como Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Federal, primero en ocupar ese puesto. El 22/10/1953 fue elegido Individuo de Número, Sillón XXIII. Su trabajo de incorporación, "El Miracidio del *Schistosoma mansoni*" fue un excelente trabajo, producto de una completa y esmerada investigación. Sus investigaciones sobre la *Bilharzia* tuvieron repercusiones internacionales. Suyo es un método diagnóstico de dicha infección mediante la biopsia rectoscópica por transparencia, 1945-1946.

Refieren los Dres. L. Briceño I. y F. Plaza, que a los pocos años de graduado viajó a Europa en estudios de perfeccionamiento. En Berlín fue asistente voluntario al Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital de la Charité. y se formó en gastroenterología con la profesora Frick, en el hospital "Moabit". En Greifswald, hizo cirugía y anatomía patológica, fue discípulo aventajado de Konjetzny. En Hamburgo, se familiarizó con todas las dependencias del Servicio del Profesor Hans Heinrich Berg, pionero en el diagnóstico por rayos X del tracto gastrointestinal. En 1958 fue uno de los pocos alemanes después de Adolf Kußmaul, Wilhelm v. Leube, Carl Anton Ewald, Ismar Boas y Bernhard Naunyn recibieron la membresía honoraria de la Asociación Americana de Gastroenterología. Sus adelantos en esta materia y su conocimiento de la lengua alemana, le permitieron ser colaborador del *Zentralblatt für die Gesamte Raadiologie*. Posteriormente se trasladó a París y a Londres. Debido a sus grandes relaciones en Berlín, Ottolina jugó papel decisivo en la venida a Venezuela del Profesor Jaffé y en la visita del Profesor Berg. Fue de los Miembros Fundadores de la Asociación Cultural Humboldt. Varias son las revistas médicas, alemanas e inglesas, que traen citas de las investigaciones de Ottolina.

Fue un inquieto y polifacético profesional. En Venezuela se dedicó a la radiología y a la neurocirugía. Fundador del primer servicio de neurocirugía en Venezuela,

en el Hospital Municipal Psiquiátrico de Caracas, donde practicó las primeras 20 encefalografías que se practicaron en el país, así como varias lobotomías frontales.

En 1943 fue designado Jefe del Servicio de Gastroenterología que se fundó en el Hospital Vargas, con los Dres. Fernando Rubén Coronil y Joel Valencia Parparcén como adjuntos. Posteriormente decidió dedicarse por completo a la investigación parasitológica. Falleció en Hamburgo en 1960 (41).

Hector Landaeta Payares (1895-1962). Graduado de Doctor en Ciencias Médicas en la Universidad Central de Venezuela en 1920, el 28 de julio de 1949 fue elegido como Miembro Correspondiente de la Academia, puesto N° 29. Jefe del Servicio de Medicina del "Hospital Chiquinquirá" en 1926-1927 viajó a Europa y durante cuatro años realizó cursos de perfeccionamiento en París, en electro-radiología, en el Instituto de Radium "Pierre Curie", con el Dr. Antoine Beclère y cursos de curieterapia y radioterapia, en el Hospital Tenen con el profesor Proust, hasta 1924. Fue, y Médico Adjunto al Servicio de Medicina del "Hospital de La Beneficencia" en 1928. A fines de 1929, se radicó definitivamente en Caracas. Fue Miembro Fundador de la "Policlínica Caracas", en febrero de 1930 y allí instaló su consultorio privado, para definirse como especialista en gastroenterología y radiología. En el Hospital Vargas, estuvo en el Servicio de Radiología en 1931, en el de Electro-Radiología en 1935-1948 y en el Servicio de Medicina N° 1; llegó a ser Sub-director del mismo, Director Interino y finalmente Director Titular en 1937. Fue Jefe de Servicio en el Instituto Anticanceroso "Luis Razetti" y Jefe de Servicio del Instituto de Oncología "Luis Razetti". Fue Jefe del Servicio de radiología del "Hospital J. M. de los Ríos" En la docencia universitaria se inició como Jefe de Trabajos Prácticos de Histología Normal, 1929-1930; Profesor de Clínica Médica, 1935; Profesor de Clínica Médica en la "Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad Central, 1935. Jefe de Clínica Semiológica interino, 1936-1937 y Jefe de Clínica de la Cátedra libre de Electro Radiología, 1936-1948; Profesor Honorario de la Universidad Central de Venezuela. Miembro fundador de la Sociedad Venezolana de Oncología, Fundador y Presidente de la Sociedad Venezolana de Radiología; miembro Fundador y Presidente de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología (41).

Manuel Acosta Silva (1906-1996). Doctor en Ciencias Médicas, Universidad Central de Venezuela en 1931. El 28 de marzo de 1935 fue elegido para ocupar el Puesto # 31 de Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Federal, primero en ocupar ese puesto. En 1936 fue expulsado del país por el Presidente López Contreras y viajó a México donde fue médico del Servicio de Gastroenterología del hospital General, 1937- 1938. Gastroenterólogo del Centro de Asistencia Médica, México DF 1937-1938. Profesor de Postgrado en Gastroenterología en el Centro de Asistencia Médica (CAMED), 1938. Socio numerario de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, 1937. Miembro fundador de la Sociedad Venezolana de

Gastroenterología 1945 donde fue su primer Secretario. Fue Director del Instituto Venezolano del Seguro Social 1945-1946 (41).

Pedro González Rincones (1895- 1968). Cursó sus estudios de medicina en la “Escuela privada de Medicina en Caracas”(La UCV estuvo cerrada entre 1910 y 1920 cuando la dictadura de Juan Vicente Gómez) durante y recibió el título de Doctor en Ciencias Médicas el 20 de julio de 1920. Elegido directamente como Individuo de Número para ocupar el Sillón XX em 2 de octubre de 1931, su incorporación tuvo lugar el 25 de febrero de 1932.

Viajó a Europa para realizar estudios de posgrado en radiología (1920-1925). Inspector de Hospitales Civiles del Distrito Federal (1934) y “Director de Asistencia Social (1935-1936). Dentro de esta actividad, otro de sus grandes logros fue la transformación y modernización del Hospital Psiquiátrico (1935).

En 1937 fue nombrado Jefe de Servicio de Electro-Radiología del Hospital Vargas de Caracas. Después fue el fundador del Servicio y de la Cátedra de Clínica Radiológica en el Hospital Universitario de Caracas (1956-1966).

En la Junta Directiva de la Academia fue Segundo Vicepresidente de 1934 a 1936, Primer Vicepresidente de 1942 a 1948, y a la muerte del Dr. Jesús Rafael Rísquez en 1947 se encargó de la Presidencia de esta corporación, la cual la ejerció hasta 1950 (por elección). Fue Director de la Gaceta Médica de Caracas fue 1950-1952.

Fue miembro fundador y Vicepresidente de la 1ª Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, fue Presidente de la misma en 1948. Fundador y primer Presidente de la Sociedad Venezolana de Radiología.

Profesor Titular de la Cátedra de Radiología, Decano de la Facultad de Medicina (1953-1954) y Rector de la Universidad Central de Venezuela 1953-1956.

Fue un Ilustre médico, investigador y precursor en la aplicación clínica del Radiodiagnóstico en Venezuela (41).

Ricardo Salomón Cadenas (1929-2009) Graduado de Médico Cirujano en la Universidad Central de Venezuela en 1954. El 16 de junio de 2005 fue elegido Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina Puesto # 33 por Caracas “Enfermedad inflamatoria del intestino: colitis ulcerativa”, y Doctor en Ciencias Médicas, UCV, en 1958 con su tesis “Valor de la biopsia hepática por punción en el diagnóstico de las ictericias”.

Su carrera docente comenzó en 1955 como Profesor Asistente de Semiología Médica de la Cátedra de Medicina I de la UCV, Escuela Luis Razetti (1955-1956); Profesor Asistente de la Cátedra de Clínica Gastroenterológica de la Escuela Luis Razetti desde 1957 pasando rigurosamente por todos los escalafones hasta llegar a

Profesor Titular en 1965; Jefe de la Cátedra de Gastroenterología, 1977-1982 y 1983-1987; se jubiló en 1999. Fue además Médico del Servicio de Medicina I del Hospital Vargas de Caracas. 1955-1956; del Servicio de Medicina I del Hospital Universitario, 1956-1957 y desde entonces Médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas hasta su jubilación en 1999. Médico Adjunto al Servicio de Vías Digestivas del Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana 1954-1960. Fue Secretario de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, 1960-1962 y Presidente de la misma 1966-1968; Miembro del Comité de Redacción de la Revista GEN en 1960., Orden José María Vargas de la UCV, 1979 (41).

La enseñanza formal de la Gastroenterología en Caracas se desarrolló en 3 hospitales, que fueron inicialmente el Hospital Vargas de Caracas y el Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana, y en el Hospital Universitario cuando la Facultad de Medicina se trasladó a la Ciudad Universitaria, todos bajo la dirección del Dr. Joel Valencia Parparcén, donde se creó el primer postgrado de Gastroenterología, mientras que en el Vargas inicialmente se daba una credencial de haber terminado los dos años de residencia asistencial en Gastroenterología.

Posteriormente se fueron desarrollando otros centros para el entrenamiento de postgrado en Gastroenterología, como el del Seguro Social Obligatorio dirigido por el Dr. José Angel Ortega y ubicado en locales del Hospital Militar Carlos Arvelo, el fundado por el Dr. Isidoro Zaidman en el Hospital Oncológico Padre Machado y el del Hospital General del Oeste, bajo la dirección del Dr. Simón Beker y luego de Moisés Guelrud. También comenzó a funcionar uno con sede en el Hospital Militar, con el Dr. Miguel Römer como director, una vez que el Dr. Ortega se trasladó con su servicio al Miguel Pérez Carreño. A medida que se fueron creando nuevos hospitales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales como el Domingo Luciani y el Miguel Pérez Carreño aparecieron nuevos centros de entrenamiento para residentes en Gastroenterología, igual pasó en el Hospital Oncológico Luis Razetti, bajo la dirección del Dr. Alfonzo, y en el Jesús Yerena de Lídice. Mención especial requiere el trabajo realizado por el Dr. Hans Romer en el Hospital de Niños J. M. de los Ríos, a quien con toda razón hay que reconocerle como el padre de la Gastroenterología pediátrica en Venezuela.

Fue así como Venezuela se fue poblando de médicos especialistas en Gastroenterología, hasta cubrir todos los estados y territorios federales de la geografía venezolana. En este momento, hay que hacer mención de todos aquellos gastroenterólogos que propagaron la Gastroenterología en sus momentos iniciales en nuestro país: Dres. Fernando Bravo Conde (Anzoátegui), Francisco Siger (Aragua), José Vicente Arenas (Carabobo), José Luis Vethencourt (Lara), José Humberto Ocariz (Mérida), Pedro Cardier (Monagas) Walter Oliver (Táchira) y Enrique Molina (Zulia).

De los 22 médicos fundadores de la Sociedad, según cifras de la actual Presidenta Dra. Lucy Dager los miembros activos y asociados llegamos a unos 1000.

En este escrito quiero hacerle un homenaje a todas las gastroenterólogas de nuestra Sociedad, representadas dignamente por aquellas que han ejercido la presidencia de la misma.

Son 5 destacadas colegas que han sido Presidentas de la Sociedad: Mercedes Alvarado (1992- 1994), Judith Salazar (2000-2002), Maribel Lizárzábal (2006- 2008), Carla Días (2022- 2024) y la actual Lucy Dager, para el período 2025 – 2026, y cada una de ellas han hecho aportes fundamentales para el progreso de la Sociedad.

Tendría que alargar mucho más esta presentación si tuviera que relatar todos los progresos de la Gastroenterología en los casi 60 años transcurridos desde entonces. Baste con decir que actualmente mediante endoscopia y técnicas de imágenes tenemos acceso a cualquier órgano del tubo digestivo, así como al hígado y al páncreas, para fines diagnósticos y terapéuticos, y que los avances en el tratamiento de las enfermedades del tubo digestivo y de sus glándulas anexas han permitido el adecuado tratamiento, por vías farmacológicas o endoscópicas, de enfermedades que hace 80 años hubiera sido imposible controlar.

Para terminar, quiero expresar que tanto la Academia Nacional de Medicina como la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, en sus 120 y 80 años de existencia respectivamente, han sido instituciones que han aportado mucho en las personas de sus miembros a la prestación de servicios de salud en Venezuela, superando dificultades de diversa índole, siempre en atención a sus principios y valores, en una búsqueda permanente de progreso y de servicio a la comunidad. Sea propicia esta ocasión para reafirmar las relaciones entre ambas instituciones.

Gracias por su atención.

REFERENCIAS

1. Página oficial de la Academia Nacional de Medicina, <https://academianacionaldemedicina.org/>.
2. Plaza Izquierdo F, Plaza Rivas F. Los fundadores de la Academia Nacional de Medicina. Gac Méd Caracas 2002; .110 (N°.2).
3. G.E.N. 1947; Volumen I, Número 1.

4. Poleo JR. Inicios de las Cátedras de Gastroenterología de las Cátedras de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. GEN 2012; 66: 215-9.
5. Bengoa JM. La sanidad y la nutrición en Venezuela a mediados del siglo XX, Anales Venezolanos de Nutrición. 2004; 17 (1):42- 44.
6. DonisRiosM. ESHISTORIA:Situación Sanitaria de La Venezuela Republicana Del Siglo XIX. blogbanesco.com Publicado por Comunicaciones UCAB | May 6, 2020.
7. Censo de los Estados Unidos de Norteamérica para 1940.
8. Doctores Venezolanos de la Academia Nacional de Medicina. Datos biográficos (segunda edición) Por los doctores Leopoldo Briceño-Iragorry y Francisco Plaza Rivas.
9. Plaza F. La primera laparotomía en Venezuela. Rev Ven Cir. 1987; 40(2): 125-126.
10. Historia National Geographic <https://historia.nationalgeographic.com.es>. El Guardián del Año del Faraón, Medicina en el Antiguo Egipto. 2022; Nov 3.
11. Akiva ben Iosef. Wikipedia. Bajado el 8 de mayo de 2025.
12. Lan CE, Cordero, NL (1985). Los filósofos presocráticos 2. España: Gredos.p. 426. ISBN 9788424935320.
13. Garrison, Fielding H. (1966), pg. 99, History of Medicine, W.B. Saunder Company, Filadelfia.
14. Jóhannsson, Helgi Örn (2005), Haemorrhoids: Aspects of Symptoms and Results after Surgery, Uppsala University, ISBN 91-554-6399-1.
15. Mann, Charles V. (2002), Surgical Treatment of Haemorrhoids, Springer, ISBN 1852334967.
16. Debru A. "Galen on Pharmacology: Philosophy, History, and Medicine : Proceedings of the Vth International Galen Colloquium", Lille, 16-18 March 1995 Brill, 1997, ISBN 978-90-04-10403-7.
17. Gumpert Martin. Vesalio, descubridor del cuerpo humano. Scientific American 1948; 178 (5): 24-31.
18. Foster, Michael (1970) [1901]. Lectures on the History of Physiology. New York: Dover Publications. pp. 136-144. ISBN 978-0-486-62380-1.

19. Escarpa Sánchez-Garnica, D: "Las pasiones del laboratorio: Claude Bernard y el nacimiento de la medicina experimental", en González Recio ed. El Taller de las ideas. Diez lecciones de Historia de la Ciencia, Plaza y Valdés, 2004.
20. Modlin, I M; Kidd, M (2001), "Ernest Starling and the discovery of secretin", *J. Clin. Gastroenterol.*, vol. 32, no. 3 (published March 2001), pp. 187–92, doi:10.1097/00004836-200103000-00001, PMID 11246341.
21. Modlin, I M; Kidd, M; Farhadi, J (2000), "Bayliss and Starling and the nascence of endocrinology", *Regul. Pept.*, vol. 93, no. 1–3 (published 25 September 2000), pp. 109–23, doi:10.1016/S0167-0115(00)00182-8, PMID 11033058, S2CID 22052112.
22. Zárate, Arturo; Saucedo, Renata (2005), "[On the centennial of hormones. A tribute to Ernest H. Starling and William M. Bayliss]", *Gaceta Médica de México*, vol. 141, no. 5, pp. 437–9, PMID 16353891.
23. Dubois, A.; Johnson L. F. (December 1985). «William Beaumont: frontier physician and founding father of gastric physiology». *J. Clin. Gastroenterol.* 7 (6): 472-4.
24. Walker HK, Hall WD, Hurst JW Editores. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990.
25. Cummiskey, R. D.; O'Leary J. P. (August 1996). «William Beaumont». *The American Surgeon* 62 (8): 690-1.
26. Matteson EL, Kluge FJ (January 2003). «Think clearly, be sincere, act calmly: Adolf Kussmaul (22 February 1822 - 28 May 1902) and his relevance to medicine in the 21st century». *Curr Opin Rheumatol* 15 (1): 29-34.
27. Johnson SK, Naidu RK, Ostopowicz RC, et al. Adolf Kussmaul: distinguished clinician and medical pioneer. *Clin Med Res* 2009; 7: 107–112. [
28. Young P, Finn B, Bruetman J, Bbuzzi A, Zylberman M. Adolf Kussmaul (1822-1902), su biografía y descripciones. *Rev Med Chile* 2012; 140:538-544.
29. De la Torre BA. Breve historia de la endoscopia. Crónica de una hazaña. *Rev Gastroenterol Méx* 1987; 52:179- 186.
30. Obituario, *Br Med J*. 1915 Nov 27; 2(2865): 797.
31. Avery, Harold (1958). "Tribute to Ismar Boas (1858-1938)". *Digestion*. 90 (1): 49–53. doi:10.1159/000201865 (inactive 2024-08-18). ISSN 0012-2823. PMID 13598025.

32. Hoenig, Leonard J.; Boyle, James D. (1988). "The Life and Death of Ismar Boas". *Journal of Clinical Gastroenterology*. 10 (1): 16–24. doi:10.1097/00004836-198802000-00006. ISSN 0192-0790. PMID 3282002.
33. Poleo JR. Inicios de las Cátedras de Gastroenterología de las Cátedras de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. *GEN* 2012; 66: 215-9.
34. Joel Valencia Parparcén. La Iberia fascinante y una América unida. Consejo de Profesores Universitarios Jubilados y Fondo de Jubilaciones del Profesorado de la U. C. V. Talleres del Consejo de Profesores Universitarios Jubilados de la U. C. V. Caracas 1983.
35. Valencia Parparcén Joel. Estructura y Función de un Servicio de Gastroenterología. *GEN* 1948; II (Enero, Febrero y Marzo): 5-45.
36. Poleo JR. La Gastroenterología venezolana en sus inicios. Recuento de la historia de la Revista *GEN*. Sus diez primeros años. *GEN* 2006; 60: 212-7.
37. *GEN* (1957: XII 1 y 2 Julio-Diciembre: 177. Sección Noticias.
38. Alvarez A, Ciarletta E. Una Escuela ...Una Historia. Talleres Gráficos de FEPUVA-UCV. Caracas, 1999.
39. Personal Médico del Hospital Vargas, Archivos del Hospital Vargas 1959; 1: 2-3.
40. Montbrún F. Folleto Divulgativo "La Escuela de Medicina de Medicina José María Vargas" , 1964, Asociación para el desarrollo de la Escuela José Vargas.
41. Briceño Iragorry L, Plaza Rivas F, Plaza Izquierdo F. Doctores Venezolanos de la Academia Nacional de Medicina. .Datos Biográficos. Segunda Edición. Edcitorial Ateproca. 2013.

Un Himno que nos une: El Patrimonio Histórico de Sovegastro

*Dra. Carla María Días De Oliveira**

INTRODUCCIÓN

El 10 de julio del presente año, en el contexto de la sesión especial de la Academia Nacional de Medicina con motivo del octogésimo aniversario de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología (SOVEGASTRO), la Dra. Carla María Días de Oliveira, en su calidad de presidenta de SOVEGASTRO durante el período 2022-2024, llevó a cabo la presentación oficial del Himno Oficial de la Sociedad. Esta iniciativa, concebida bajo su visión de consolidar un legado perdurable, constituye un significativo patrimonio histórico de su gestión.

El Valor de Soñar Proyectos

La materialización del Himno Oficial de SOVEGASTRO es el reflejo de una profunda visión, un ideal forjado en el compromiso y la aspiración. La génesis de este proyecto reside en la convicción de que los sueños, cuando son cultivados con dedicación, se erigen en pilares fundamentales para el progreso institucional.

Este himno, más que una composición musical, es la expresión de un propósito trascendente. Su creación simboliza la motivación intrínseca que impulsa la consecución de metas elevadas, así como la claridad de objetivos que orienta el desarrollo de una institución. En su esencia, el himno encarna la innovación y la resiliencia, valores que cimentan el crecimiento sostenido y otorgan un profundo sentido de pertenencia y realización a la comunidad de gastroenterólogos. La Dra. Carla Días, al impulsar esta iniciativa, dejó a SOVEGASTRO un símbolo perdurable de su identidad y aspiraciones. Los proyectos nacen de sueños, y soñar

* *Presidenta Sociedad Venezolana de Gastroenterología 2022-2024*
Presidenta Sección Intestino Delgado SOVEGASTRO 2024-2026
conferenciasdracarla@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3359-3132

nos impulsa. Es fuente de motivación, claridad de objetivos y crecimiento. Fomenta la innovación, refuerza la resiliencia, y da sentido de propósito y realización.

El Himno: Más Que Música

El Himno Oficial de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología (SOVEGASTRO) trasciende la mera composición musical para erigirse como la expresión más elevada del espíritu institucional. En su esencia, sintetiza los valores fundamentales que rigen la sociedad, rinde homenaje a sus distinguidos maestros y consolida la identidad colectiva que define la vocación médica y científica de sus miembros.

Cada estrofa, fruto de la inspiración y visión de la Dra. Carla María Días de Oliveira, fue concebida con la deliberada intención de transmitir la pasión y dedicación que los miembros de SOVEGASTRO comparten por la gastroenterología. Asimismo, el himno sirve como un recordatorio perenne del compromiso inquebrantable con la excelencia, la investigación y el bienestar de los pacientes. Su ejecución y difusión refuerzan la cohesión gremial y proyectan los ideales que guían el quehacer de la sociedad.

Proceso Creativo y Colaboración

La música, a lo largo de la historia, ha servido como un vehículo trascendente para la expresión de emociones y el establecimiento de conexiones humanas. Es en este contexto que, partiendo de una visión anhelada desde el inicio de mi gestión presidencial, y mediante un esfuerzo colaborativo que involucró a los Dres. Maribel Lizarzábal, José Ramón Poleo y Guillermo Veitia, así como al Licenciado Nixon Bermúdez, el Ingeniero Neuro Bracho, el arreglista Gabriel Fernández y el Maestro Víctor López, se logró materializar el Himno Oficial de SOVEGASTRO.

Letra del Himno

Coro

SOVEGASTRO es Escudo y Bandera, de Lucha y Pasión, es Ciencia y Lumbera, Academia y Nación SOVEGASTRO, SOVEGASTRO Somos todos la fuerza y la unión..

Estrofa I

El Respeto, Lealtad, Tolerancia, Son valores de la Sociedad Que permiten servir con confianza, Optimismo, Fervor y Hermandad.

Estrofa II

Gracias damos a ilustres Maestros Que han formado la generación Y sembraron los nuevos cimientos Para el Gremio de nuestra institución.

Estrofa III

Luminarias pusieron esmero Dando origen a su fundación Convirtiéndose en el semillero De un Equipo con Fe y Vocación.

Un Legado que Inspira

Este himno, más que una melodía, es un vibrante testimonio de los valores de respeto, lealtad, tolerancia y hermandad que nos definen. Celebra nuestra rica historia, honra a nuestros fundadores, y reafirma nuestro compromiso inquebrantable con la excelencia académica, científica y humana. Que cada nota de este himno resuene como un eco de inspiración, impulsándonos a trascender y a construir un futuro donde la pasión por la gastroenterología siga siendo nuestro motor y guía.

Ética del Buen Cuidado en el Contexto Hospitalario: Un Enfoque Relacional y Humanista

*Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez¹, Jeiv Vicente Gómez Marín²,
Carlos Ramón Cabrera Lozada³*

RESUMEN

La ética del buen cuidado representa un paradigma fundamental en la transformación de la práctica médica. El paciente, dentro de este modelo, deja de ser visto como un objeto pasivo de intervención clínica para convertirse en un sujeto integral, cuyas emociones, historia y necesidades deben ser contempladas en la toma de decisiones. Debe integrarse en la formación médica y en la estructura organizativa de los hospitales. La capacitación en habilidades comunicativas y sensibilidad clínica, el desarrollo de protocolos de acompañamiento humanizado y la creación de comités de bioética relacional son medidas indispensables para garantizar que la atención en salud incorpore una visión profundamente ética y normativa. La ética del buen cuidado debe consolidarse como pilar esencial en la educación médica y en la gestión hospitalaria, La medicina no puede limitarse a la curación de enfermedades; debe garantizar una práctica donde el cuidado sea real, efectivo y profundamente humano.

Palabras clave: Ética del buen cuidado, Práctica médica, Hospital

-
1. *Médico especialista en obstetricia y ginecología, bioestadística y bioética. Presidente Comité Bioética en Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos". ORCID: 0000-0001-8196-7579.*
 2. *MSc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-4833-5160.*
 3. *PhD en Ciencias de la Salud, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Sillón VII. ORCID: 0000-0002-3133-5183.*

ABSTRACT

The ethics of good care represents a fundamental paradigm in the transformation of medical practice. Within this model, the patient is no longer viewed as a passive object of clinical intervention but rather as an integral subject, whose emotions, history, and needs must be considered in decision-making. Must be integrated into medical training and the organizational structure of hospitals. Training in communication skills and clinical sensitivity, the development of humanized support protocols, and the creation of relational bioethics committees are essential measures to ensure that healthcare incorporates a deeply ethical and normative vision. Ultimately, the ethics of good care must be consolidated as an essential pillar in medical education and hospital management. Medicine cannot be limited to the cure of diseases; it must guarantee a practice where care is real, effective, and deeply human.

Keywords: Ethics of good care, Medical practice, Hospital

INTRODUCCIÓN

La atención médica ha estado históricamente influenciada por principios éticos fundamentales como la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, los cuales guían la práctica clínica y la toma de decisiones (1-4). Sin embargo, en las últimas décadas, la ética del buen cuidado, dentro del contexto de la bioética latinoamericana en salud pública en la sociedad del conocimiento y la información, ha emergido como un enfoque que reivindica la importancia de las relaciones humanas, la empatía y el compromiso moral en la prestación de servicios de salud (1-5). Esta perspectiva, basada en los trabajos de Gilligan (5) y Tronto (6), destaca que la práctica médica no debe reducirse a una aplicación técnica de normas, sino que debe integrar la vulnerabilidad compartida entre médicos, pacientes y familiares dentro de un marco relacional.

Además de beneficiar a los pacientes, la ética del cuidado también involucra el bienestar y la responsabilidad moral del personal de salud. La medicina, como disciplina, implica no solo conocimientos científicos, sino un compromiso ético profundo, en el que los profesionales deben equilibrar competencia técnica con sensibilidad humana. Estudios como los de Ruddick (7), han señalado que el agotamiento profesional y la deshumanización del trabajo médico pueden afectar la calidad de atención, resaltando la necesidad de reforzar valores morales en los equipos clínicos. Asimismo, Pellegrino y Thomasma (8), han enfatizado que la virtud en la práctica médica debe ir más allá de la mera aplicación de conocimientos, promoviendo una ética basada en la compasión y el respeto por la dignidad del paciente.

Este escrito explorará los fundamentos filosóficos de la ética del buen cuidado, su impacto en la relación médico-paciente-familia y las estrategias de implementación en hospitales, considerando aspectos bioéticos y sus aplicaciones en la formación del personal de salud.

Fundamentos filosóficos de la ética del buen cuidado

La ética del cuidado surge en respuesta a enfoques normativos tradicionales, como el utilitarismo y la ética deontológica kantiana, los cuales han predominado en la filosofía moral y la bioética médica. Estos enfoques, aunque fundamentales para la toma de decisiones en salud, tienden a enfatizar principios universales y reglas abstractas, dejando poco margen para la complejidad de las relaciones humanas. ¿Es suficiente basar la ética médica solo en el cumplimiento de normas sin considerar la interdependencia humana? Es aquí donde la ética del cuidado cobra relevancia, pues plantea una moralidad que no solo busca la corrección de acciones, sino que integra la empatía, la vulnerabilidad y la atención personalizada dentro de los procesos de decisión médica.

Carol Gilligan (5), en *In a Different Voice*, en 1982, expone una crítica a las teorías clásicas de la justicia moral, argumentando que estos enfoques omiten la importancia del compromiso afectivo y relacional en la ética. En el ámbito hospitalario, esta visión desafía la idea de que los médicos deben actuar desde un enfoque meramente normativo, proponiendo que la protección, el acompañamiento y la sensibilidad hacia el sufrimiento sean valores centrales en la interacción con los pacientes. Un médico no solo debe diagnosticar y tratar enfermedades, sino también comprender el miedo, la incertidumbre y la fragilidad que el paciente experimenta en cada fase de su atención.

Por otro lado, Joan Tronto (6), en *Moral Boundaries*, en 1993, expande la ética del cuidado hacia el plano político y social, argumentando que el cuidado es un acto profundamente ético y político. En un hospital, esto implica que las decisiones médicas no pueden tomarse al margen de la realidad de cada paciente: su historia, su entorno social y su familia son elementos que deben considerarse en la práctica médica. ¿Qué sucede cuando la medicina se vuelve exclusivamente técnica y pierde de vista el vínculo humano con el paciente? En muchos casos, la distancia entre el profesional de salud y el paciente crea un ambiente frío e impersonal, generando desconfianza y afectando la adherencia terapéutica.

Un ejemplo que ilustra este dilema es el trato hacia pacientes con enfermedades terminales. Mientras que algunos modelos médicos priorizan criterios de eficiencia y costo, la ética del cuidado enfatiza la importancia de la dignidad y la calidad

de vida en el proceso de atención. La pregunta que surge es: ¿es moralmente aceptable valorar exclusivamente el beneficio médico sin considerar el sufrimiento emocional del paciente y su familia? La respuesta desde la ética del buen cuidado es clara: el bienestar del paciente debe entenderse más allá de su cuadro clínico, abarcando su historia, emociones y relaciones.

Esta perspectiva también es relevante para el personal médico. Pellegrino y Thomasma (8), argumentan que la virtud en la práctica médica no se limita a la pericia técnica, sino que debe incluir valores como la compasión y la responsabilidad moral en el ejercicio clínico. Un médico agotado y deshumanizado difícilmente podrá ofrecer un cuidado genuino, lo que refuerza la necesidad de una ética que también proteja la integridad emocional de los profesionales de salud.

DESARROLLO

APLICACIÓN EN EL CONTEXTO MÉDICO: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA

Paciente como sujeto de cuidado y no objeto de intervención

La relación médico-paciente ha sido tradicionalmente concebida desde un paradigma biomédico, donde el paciente es visto como un receptor de intervenciones clínicas más que como un sujeto integral con historia, emociones y vulnerabilidad. ¿Es posible ofrecer una atención genuinamente ética sin considerar la dimensión humana del paciente en cada decisión? La ética del buen cuidado propone una alternativa a esta visión reduccionista, estableciendo un modelo en el que el paciente es un participante activo en su proceso de atención, en lugar de un objeto de tratamiento (1-5).

Desde esta perspectiva, la medicina no debe limitarse a la aplicación de protocolos técnicos, sino que debe integrar el acompañamiento y el compromiso afectivo, reconociendo que cada paciente enfrenta su enfermedad desde un contexto personal y social único. Como señala Gilligan (5), la moralidad basada en la responsabilidad relacional es esencial para la construcción de una atención médica centrada en la persona. Esto se traduce en tres principios fundamentales:

Escucha activa más allá del diagnóstico:

Comprender al paciente no es solo conocer su historial clínico, sino también atender sus inquietudes, temores y expectativas. En estudios sobre la adherencia terapéutica, se ha demostrado que la calidad de la comunicación médico-paciente influye directamente en los resultados clínicos y en la percepción de bienestar durante la hospitalización (7).

Validación de emociones en momentos críticos:

En situaciones de diagnóstico grave o procedimientos invasivos, el paciente atraviesa un proceso de adaptación psicológica que no puede ser ignorado. Tronto (6), enfatiza que el cuidado implica reconocer la fragilidad humana no como un obstáculo, sino como una base para la construcción de relaciones éticas.

Transparencia en la comunicación sobre opciones de tratamiento:

La información médica debe presentarse con un lenguaje claro y accesible, evitando la despersonalización que a menudo ocurre en entornos hospitalarios. Pellegrino y Thomasma (8), subrayan que el principio de autonomía del paciente debe incluir la capacidad real de entender y participar en decisiones médicas, y no solo el consentimiento formal.

El impacto de la ética del cuidado no solo se limita al bienestar del paciente, sino que también transforma la labor del profesional de salud, permitiéndole ejercer la medicina con mayor sentido de propósito. En última instancia, esta perspectiva plantea una pregunta clave para la práctica clínica: ¿Es suficiente conocer la enfermedad sin entender la experiencia de quien la padece? Si el objetivo es humanizar la medicina, el cuidado relacional debe convertirse en un principio central del ejercicio profesional.

Rol de la familia en el cuidado hospitalario

La familia desempeña un papel fundamental en el proceso de atención médica, no solo como acompañante del paciente, sino como un actor clave en la toma de decisiones y en la estabilidad emocional durante la enfermedad. Sin embargo, en muchos modelos de atención, su rol es limitado, visto únicamente como un soporte secundario o un facilitador de procesos administrativos. ¿Es realmente posible concebir un cuidado integral sin la presencia activa de la familia en momentos críticos?

Desde la perspectiva de la ética del buen cuidado, la relación entre el equipo médico, el paciente y su familia debe construirse desde la colaboración y el respeto mutuo, reconociendo que los vínculos afectivos juegan un papel determinante en la recuperación y calidad de vida del paciente (6). En este sentido, se pueden distinguir tres dimensiones esenciales de la participación familiar:

Toma de decisiones médicas respetando la autonomía del paciente:

Aunque el principio de autonomía es fundamental en bioética, la ética del cuidado reconoce que las decisiones médicas no ocurren en un vacío individual.

El paciente, especialmente en situaciones de alta complejidad, puede necesitar el apoyo de su entorno afectivo para evaluar opciones terapéuticas y tomar decisiones informadas (1-5). En este contexto, el respeto por la voluntad del paciente debe coexistir con la posibilidad de diálogos éticos entre médicos y familiares, buscando siempre un equilibrio entre autonomía y acompañamiento moral (9).

Contención emocional en enfermedades crónicas o terminales:

Cuando un paciente enfrenta un diagnóstico grave, la presencia familiar no solo impacta su estado emocional, sino también su respuesta al tratamiento. Epstein y Street (10), en 2007, reportaron que pacientes con redes familiares activas presentan mayor estabilidad psicológica y adherencia terapéutica. La pregunta clave aquí es: ¿cómo puede el sistema hospitalario facilitar este acompañamiento sin que interfiera con la autonomía del paciente ni con la eficiencia médica? Una posible respuesta es promover espacios más flexibles para el contacto familiar, permitiendo que los hospitales sean entornos menos rígidos y más humanizados.

Mediación de conflictos entre el equipo médico y el paciente:

La incertidumbre, el estrés y la carga emocional de una enfermedad pueden generar tensiones en la comunicación entre médicos y pacientes. En muchos casos, los familiares actúan como mediadores al facilitar la comprensión del diagnóstico o al suavizar diferencias en la percepción del tratamiento (8). La ética del cuidado insta a que los hospitales integren mecanismos de comunicación más efectivos, donde la familia no sea vista como un obstáculo, sino como un recurso para mejorar la calidad del proceso médico (1-5, 9).

Estrategias de implementación en el ámbito hospitalario

La ética del buen cuidado no puede quedar en el plano teórico; su verdadero impacto se encuentra en la capacidad de transformar la práctica médica cotidiana. En un entorno hospitalario, donde las decisiones clínicas a menudo se ven presionadas por tiempos reducidos y protocolos estrictos, ¿cómo puede la ética del cuidado convertirse en una realidad tangible? La respuesta radica en una reconfiguración estructural y cultural de la medicina, integrando el compromiso humano en cada interacción clínica (1-5).

La ética del buen cuidado debe traducirse en medidas concretas dentro de los hospitales, reforzando la formación moral del personal médico, la humanización de la atención y el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia. Morales Matute y col. (11), en 2021, reportaron Diversos estudios han demostrado que la ética del cuidado no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino también la

satisfacción laboral del equipo médico (Morales-Matute y col, en 2021, (11). Para garantizar su implementación efectiva.

Las siguientes estrategias no son solo recomendaciones, sino imperativos morales que deben guiar la evolución del sistema de salud hacia una práctica más ética, humana y normativa.

Capacitación en comunicación y empatía

La comunicación empática es una herramienta esencial en el ejercicio médico, ya que influye directamente en la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado. Se ha demostrado que médicos con entrenamiento en comunicación centrada en el paciente generan niveles más altos de confianza y adherencia al tratamiento (1-7, 10).

La comunicación es el puente entre el conocimiento técnico y la comprensión emocional del paciente. Un médico puede tener un diagnóstico impecable, pero si su comunicación es fría o distante, la efectividad del tratamiento y la confianza del paciente se ven comprometidas (4). La formación en escucha activa, empatía y lenguaje accesible debe convertirse en un pilar obligatorio en la educación médica.

Las estrategias clave y los programas de formación médica y asistencial, deben incluir:

- a. Talleres de habilidades comunicativas para el personal de salud, enfatizando la escucha activa, lenguaje comprensible y manejo de emociones.
- b. Simulaciones clínicas que permitan a los médicos desarrollar respuestas empáticas con capacitación en comunicación efectiva de noticias difíciles, asegurando que el proceso sea sensitivo, transparente y respetuoso, especialmente ejemplificando situaciones de crisis, mejorando la interacción con pacientes y familiares. Simulaciones clínicas centradas en la relación médico-paciente bajo programas de humanización médica que incluyan el estudio de narrativas de pacientes, permitiendo que los médicos comprendan la experiencia del enfermo más allá de su diagnóstico clínico, donde los profesionales entrenen no solo respuestas técnicas, sino también emocionales. (Pellegrino & Thomasma, 1993) (8, 9).
- c. Estudios de casos sobre ética del cuidado, integrando situaciones reales donde la humanización de la práctica médica ha resultado en una mejora significativa en la recuperación del paciente (10).

Un ejemplo exitoso es el modelo de atención de Cleveland Clinic, donde la formación en empatía ha demostrado mejoras en la adherencia al tratamiento y satisfacción del paciente, otra institución pionera en este enfoque es el Hospital John Hopkins, donde la formación en empatía ha demostrado un impacto positivo en la reducción de estrés hospitalario y en la percepción de calidad de atención (10).

Protocolos de acompañamiento humanizado

El cuidado médico no puede ser concebido como un proceso exclusivamente clínico; debe integrar una dimensión afectiva que permita al paciente sentirse acompañado. De hecho, la percepción de soporte emocional por parte del personal médico y la familia influye directamente en la evolución de los tratamientos (10-13). La presencia de familiares no debe ser considerada una interferencia, sino un recurso terapéutico. Estudios publicados décadas atrás, han demostrado que la participación activa de la familia en el proceso de hospitalización reduce la ansiedad del paciente, mejora su respuesta inmunológica y fortalece la adherencia terapéutica (6).

Para garantizar que el entorno hospitalario refleje una ética del cuidado integral, se deben establecer:

1. Horarios flexibles de visita que permitan a los pacientes mantener el contacto cercano con sus seres queridos en momentos críticos, esta flexibilización de los protocolos de visita, asegura no solo que la familia pueda mantener contacto con el paciente en momentos difíciles, sino que se establezca una relación de consenso e integración entre el personal y los familiares.
2. Espacios de acompañamiento emocional, donde pacientes y familiares puedan expresar inquietudes sin barreras burocráticas y donde el paciente pueda expresar sus inquietudes con médicos y familiares.
3. Protocolos de intervención familiar en cuidados paliativos, asegurando que el paciente tenga derecho a vivir sus últimos días con apoyo afectivo.

El hospital Mount Sinai ha integrado estos principios en su programa de atención humanizada, generando una reducción del estrés hospitalario en un 32%, según informes clínicos recientes igualmente el Instituto Karolinska (14), en Suecia, ha implementado un modelo de atención basado en la ética del buen cuidado, logrando una mejora del 35 % en la calidad de vida percibida por los pacientes hospitalizados dado que equipos de investigación combinan herramientas de la psicología experimental, la neurobiología, la farmacología y la medicina clínica, produciendo conocimiento aplicado de alta calidad, así como, conciliar el modelo biomédico con una comprensión más amplia del sufrimiento psíquico, que

incorpore variables sociales, culturales y existenciales, en palabras simples, es un faro en el cruce entre la medicina, la psicología y la salud pública.

4.- Creación de comités de bioética relacional:

Los dilemas éticos en medicina no pueden resolverse desde un enfoque aislado, sino que requieren una perspectiva multidisciplinaria donde se evalúe cada caso con sensibilidad y profundidad. Los comités de bioética relacional no deben limitarse a análisis normativos, sino que deben incluir la voz de los pacientes y sus familiares. Los dilemas éticos en medicina no pueden ser resueltos únicamente desde la normativa tradicional, sino que requieren un enfoque relacional y participativo que incluya la perspectiva del paciente y su familia (5).

Las estrategias para fortalecer estos espacios incluyen:

- A. Integración de pacientes y familiares en deliberaciones bioéticas, asegurando que las decisiones sean transparentes, participativas y sus preocupaciones sean consideradas en decisiones críticas.
- B. Desarrollo de protocolos éticos en situaciones de alta complejidad médica, garantizando que la atención no se reduzca a criterios técnicos, sino que sea equilibrada, inclusiva y considerada con la dignidad humana.
- C. Capacitación ética del personal médico y asistencial, enfatizando la responsabilidad relacional y el compromiso moral, promoviendo así una visión más humanística en el ejercicio médico.

LA ÉTICA DEL BUEN CUIDADO COMO PILAR DE LA INTEGRIDAD MÉDICA

La medicina no es solo una ciencia, sino una vocación moral, un compromiso inquebrantable con el bienestar del ser humano. Un médico no solo cura enfermedades, no es solo un técnico en enfermedades, sino un guardián de la dignidad humana, un profesional que debe ejercer la medicina con compromiso moral, sensibilidad ética y profunda empatía., sino que restaura esa dignidad, alivia el sufrimiento y acompaña la fragilidad de la vida misma. La ética del buen cuidado no es un concepto abstracto, sino la esencia que define la labor médica como un acto de respeto, empatía y entrega total, es el principio que debe impregnar cada decisión médica, no como una opción, sino como una obligación moral y normativa (1-6, 10-14).

Cada decisión en el ámbito hospitalario debe estar guiada por principios de justicia y humanidad, reconociendo que la verdadera excelencia en la práctica médica no reside únicamente en la destreza técnica, sino en la capacidad de ver

y tratar al paciente como un ser humano completo, con emociones, angustias y esperanzas. Un hospital no es solo un lugar de tratamiento, sino un espacio de confianza y restauración, donde el paciente debe sentir que está siendo atendido con compromiso genuino. La formación médica y la estructura hospitalaria deben adaptarse a esta visión, permitiendo que los profesionales de salud actúen desde un lugar de compasión y ética genuina (1-6).

La responsabilidad del profesional de la salud trasciende el cumplimiento normativo; implica una ética basada en la presencia real en cada interacción con el paciente. Cada palabra, cada gesto y cada decisión médica construyen la historia de cuidado que define el ejercicio profesional. En este sentido, la educación médica debe ser reformulada, no solo para formar expertos en diagnósticos, sino para cultivar médicos con una visión ética arraigada en la compasión y el respeto por la vida (8).

Las instituciones de salud tienen el deber de asegurar que sus estructuras operativas reflejen estos valores. La rigidez administrativa, la burocratización del cuidado y la deshumanización del trato deben ser reemplazadas por protocolos de atención centrados en la persona. No es suficiente que un médico sea técnicamente competente; su verdadera grandeza radica en su capacidad de cuidar con profundidad y autenticidad (6).

Un paciente no recuerda únicamente los procedimientos que recibe, sino la manera en que fue tratado durante su enfermedad. La medicina debe recuperar el alma del cuidado, el principio fundamental que hace que cada consulta, cada tratamiento y cada acompañamiento hospitalario sea un acto profundamente humano.

CONCLUSIONES

La integridad en el campo de la medicina no se define solo por habilidades técnicas, sino también por el compromiso con la humanidad, el respeto a la dignidad y la capacidad para identificar en cada paciente un ser humano completo. Principalmente, la medicina es una expresión de amor que uno siente hacia el ser humano como un reflejo de su propia esencia.

La ética del buen cuidado es el principio rector que debe impregnar cada rincón del ejercicio médico. No como una opción, sino como la obligación moral de quienes dedican su vida a sanar y acompañar. No se trata solo de salvar vidas, sino de hacer que cada paciente se sienta valioso, escuchado y respetado hasta el último instante de su existencia.

El médico es más que un especialista en enfermedades. Es un custodio de la dignidad humana, un defensor del bienestar y un actor clave en la construcción de una sociedad más justa y compasiva. La medicina es, ante todo, un acto de amor al ser humano.

REFERENCIAS

1. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2023; 83 (4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.
2. Gómez J, Cabrera-Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. *Digievolución. Gac Méd Caracas* 2023;131(2): 434-48. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.
3. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi Venturoni M, editores. *Colección Razetti. Volumen XXVII*. Caracas: Editorial Ateproca; 2023.p.139-77. DOI:10.59542/CRANM.2023.XXVII.9.
4. Gómez J, Cabrera C; Grupo de Especialistas “Red Covid-19 y Gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2020; 80 (Sup1): S56 - S69.
5. Gilligan C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development. Cambridge: Harvard University Press [Internet]; 1982 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275714106_In_A_Different_Voice_Psychological_Theory_and_Women’s_Development/citation/download.
6. Tronto J. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London, United Kingdom: Routledge [Internet]; 1993 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/moralboundariesp0000tron>.
7. Ruddick S. *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press [Internet]; 1989 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/maternalthinking0000rudd>.
8. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. New York (NY): Oxford University Press; 1993.
9. Noddings N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley (CA): University of California Press; 1984.

10. Epstein RM, Street RL. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. *PsycEXTRA Dataset*. 2007; DOI: 10.1037/E481972008-001.
11. Morales-Matute MG, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA. Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2021; 40(3): 264-73. DOI: 10.5281/zenodo.5039424.
12. Yáñez-Flores K, Rivas-Riveros E, Campillay-Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2021; 10(1): 3-17. DOI:10.22235/ech.v10i1.2124.
13. Rodríguez-Abrahantes TN, Rodríguez-Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2018 [consultado 10 de julio de 2025]; 34(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192018000300017&lng=es. Epub 01-Sep-2018.
14. Psiconetwork.com [Internet]. Instituto Karolinska: neurociencia, salud mental y psicología médica desde Suecia. Santiago de Chile, Chile: Psiconetwork [Internet]; 2025 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.psiconetwork.com/instituto-karolinska-neurociencia-salud-mental-y-psicologia-medica-desde-suecia/>.

Trastornos paroxísticos no epilépticos: espasmo del sollozo

Dres. Nelly del Carmen Petit de Molero¹, Enoe Emperatriz Medrano León ²,
Raíza María Portillo Pérez ³, TSU Gregory José Reyes Acevedo ⁴

RESUMEN

Objetivo: Dar a conocer las características de los trastornos paroxísticos no epilépticos o espasmo del sollozo. **Materiales y Métodos:** se realizó una investigación de tipo descriptiva y retrospectiva, transversal y de campo, no experimental y una muestra constituida por 30 historias de pacientes que reunían los criterios de inclusión, con edades entre 1 mes y 5 años que acudieron a la consulta de neurología pediátrica del hospital General del Sur y Hospital de Niños de Maracaibo, entre enero 2016 y diciembre 2020. **Resultados:** en relación con las características epidemiológicas en 83,33% de los pacientes la edad de aparición del trastorno osciló entre los 6 y 24 meses y un 60% de la muestra eran del sexo masculino. El 73,33 % manifestó como motivo de consulta cianosis y en igual porcentaje el evento desencadenante fue el llanto. Entre de las manifestaciones clínicas la mayoría presentó más de un síntoma, 83,33% de los pacientes con apnea, y 76,67% cianosis. Dentro de los paraclínicos 80% de los casos evidenció anemia y un 100,00% tuvo resultados de electroencefalograma normal. Respecto a la clasificación por tipo 73,33% de la

¹.Pediatra Puericultor. Dra. Ciencias Médicas. Profesora Asociada al Instituto de Investigaciones Biológicas "Dr. Orlando Castejón Sandoval" Facultad de Medicina. Academia de Medicina del Zulia; +58(04146131780)

E-mail: nelcapetit61@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-2786-0329>

².Neuro-Pediatra. Dra. Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Hospital General del Sur. Maracaibo. Estado Zulia. Email: enoe.medrano@gmail.com.

<https://orcid.org/0009-0003-8914-8107>

³. Pediatra Puericultor. Dra. Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Centro Médico de Occidente. Maracaibo, Estado Zulia. Email: raizaportillo20@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9018-9323>

⁴. TSU. Universidad del Zulia. Postgrado de Medicina.

Email : postgradodemedicinagregory@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3906-6498>

muestra presentó el tipo cianótico y según la gravedad con un 70,00% de frecuencia se encontró el simple. Haciendo mención a las características el 73,33% tuvo una duración entre 1 y 5 minutos por episodio, con una frecuencia semanal entre 1 y 5 veces para el 63,33% de la muestra. En relación con la evolución no hubo complicaciones y el 60% de los pacientes presentó desaparición de los episodios entre los 19 y 24 meses. **Conclusión:** el espasmo del sollozo es una condición frecuente entre los lactantes, que por sus características puede generar confusiones diagnósticas y tratamientos inadecuados por lo cual, hace falta la capacitación de los pediatras en este tema.

Palabras clave: Trastornos paroxísticos no epilépticos, espasmo del sollozo. características.

ABSTRACT

Objective: To make known the characteristics of the psychogenic non-epileptic seizures: Breath-holding spell. **Materials and Methods:** a descriptive and retrospective, cross-sectional and field, non-experimental research was carried out, and a sample made up of 30 records of patients who met the inclusion criteria, with ages between 1 month and 5 years who attended the consultation of pediatric neurology in the southern general hospital and children`s hospital of Maracaibo, between January 2016 and December 2020. **Results:** in relation to the epidemiological characteristics in 83.33% of the patients, the age of onset of the disorder ranged between 6 and 24 months and 60% of the sample was male. 73.33% manifested cyanosis as the reason for consultation and in the same percentage the triggering event was crying. Among the clinical manifestations, the majority presented more than one symptom, 83.33% of the patients with apnea, and 76.67% cyanosis. Within the paraclinical tests, 80% of the cases showed anemia and 100.00% had normal electroencephalogram results. Regarding the classification by type, 73.33% of the samples presented the cyanotic type and according to severity, the simple one was found with a 70.00% frequency. Mentioning the characteristics, 73.33% lasted between 1 and 5 minutes per episode, with a weekly frequency between 1 and 5 times for 63.33% of the sample. Regarding the evolution, there were no complications and 60% of the patient`s presented disappearance of the episodes between 19 and 24 months. **Conclusion:** sobbing spasm is a frequent condition among infants, which due to its characteristics can generate diagnostic confusion and inadequate treatments; therefore, it is necessary to train pediatricians in this matter.

Keywords: Psychogenic non-epileptic, Breath-holding spell, characteristics

INTRODUCCIÓN

Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE), son un conjunto de trastornos de origen neurológico que se caracterizan por ser de carácter benigno y no estar asociados a descarga neuronal excesiva, se presentan con una alta tasa de frecuencia en la edad pediátrica que puede llegar al 20%, siendo 10 veces más comunes que los trastornos epilépticos. Son de inicio brusco y sorpresivo, duración variable y resolución espontánea cuyas manifestaciones varían según el área funcional que se vea afectada, confundándose la mayoría de las veces con crisis epilépticas (1).

Un espasmo del sollozo es un episodio en el que el niño deja de respirar de manera involuntaria y pierde la consciencia durante un breve periodo inmediatamente después de un episodio atemorizador o inquietante desde el punto de vista emocional o de una experiencia dolorosa (1). Dependiendo del origen de este se pueden clasificar en 6 tipos secundario a anoxia-hipoxia cerebral, secundaria a enfermedades sistémicas, psicógenas, relacionadas con el sueño, con trastornos motores y misceláneas (2,3).

Históricamente el espasmo del sollozo ha sido reconocido por varios nombres, entre ellos, apnea emocional, síncope infantil reflejo y ataques vágales no epilépticos, por nombrar algunos.

Estos episodios, se remontan al siglo XXVII, en una de las obras del botánico Nicholas Culpepper; pero no es hasta el siglo XVIII, cuando se detalla como un episodio aparte de los trastornos convulsivos y no es a mediados del siglo pasado cuando se despierta mayor interés por esta condición y se inician investigaciones clínicas encaminadas a dilucidar su origen y fisiopatología (4).

La primera referencia de los espasmos infantiles que se encuentra en la literatura médica es la descripción magistral del Dr. William West, de Londres escrita en 1841 en una carta al editor del *Lancet*: Se calcula que, la incidencia de los espasmos infantiles es de 1:5000 de los recién nacidos vivientes. No se conoce preponderancia por determinado sexo, raza o zona geográfica. Hay raros casos en una misma familia (5).

Se presenta en ambos sexos y se ha determinado cierta inclinación por el sexo masculino. Por lo general se presenta en niños sanos sin antecedentes patológicos, se estima que entre un 20 a un 30% de los pacientes con espasmo del sollozo tiene historia familiar de primer grado con este trastorno, y el hecho de mayor frecuencia hijos en padres consanguíneos ha llevado a sospechar que un patrón de herencia autosómica dominante con penetración incompleta se hace presente en los pacientes con formas severas (6).

En lo que corresponde a la clasificación existen en la actualidad dos formas de clasificar al espasmo del sollozo según las manifestaciones presentadas por el

paciente durante el episodio, según su tipo, se basa en la coloración que adopta el niño durante el evento y se divide en cianótico, al presentarse con cianosis central (6); pálido cuando es signo evidente la acentuada palidez mucocutánea, por lo general hay un tipo predominante, aunque hay casos, donde el niño presenta el tipo mixto, con presentación de episodios tanto cianóticos como pálidos. El tipo cianótico (72%), es la forma más común de las tres, seguida por el tipo pálido (6,7).

Durante un espasmo del sollozo pálido, la estimulación vagal enlentece intensamente la frecuencia cardíaca. El niño deja de respirar, pierde la consciencia rápidamente, y presenta palidez y flacidez. Si el espasmo persiste más de algunos segundos, aumenta el tono muscular y puede haber una convulsión e incontinencia. Tras el espasmo, el corazón vuelve a acelerarse, se reanuda la respiración y se recupera la consciencia, sin ningún tratamiento. Como esta forma es rara, puede requerirse evaluación diagnóstica adicional y tratamiento si los episodios son frecuentes. El ECG y electroencefalografía (EEG) simultáneos pueden ayudar a diferenciar causas cardíacas y neurológicas (1).

Respecto a su gravedad se distinguen los simples o leves donde se presenta el cambio de coloración hacia la palidez o cianosis sin pérdida de la conciencia, mientras que el complejo o severo que representa el 15% de los casos (3); se caracteriza por alteraciones de la coloración más pérdida de la conciencia con o sin presencia de convulsiones asociadas, por hipoxia (8).

Otra clasificación menos utilizada de gravedad es por grados, correspondiendo: grado I, aquellos donde se presenta apnea más cianosis; grado II, aquellos pacientes que presentan apnea, cianosis y pérdida de la conciencia y grado III que suma una presentación grado II más convulsiones (9).

La fisiopatología involucrada en el espasmo del sollozo, hasta los momentos no se ha determinado con claridad, sin embargo, la disfunción del sistema nervioso autónomo juega un papel crucial en el desarrollo de los episodios (6), y el sistema nervioso parasimpático, lleva a hiperreactividad vagal, en el caso del tipo pálido con bradicardia, asistolia y síncope reflejo, mientras que un estímulo simpático e hiporreactividad vagal, que condiciona una apnea espiratoria y posterior síncope se considera responsable de los eventos cianóticos, siendo posible la coexistencia de ambos mecanismos en un mismo evento (2,3,8).

Los espasmos del sollozo son más comunes en los niños con:

- Afecciones genéticas, como el síndrome de Riley-Day y el síndrome de Rett.
- Anemia ferropénica
- Cuando los padres han tenido espasmos del sollozo similares cuando eran niños (10).

La disautonomía familiar, también conocida como síndrome de Riley-Day, es un trastorno del sistema nervioso autónomo con herencia autosómica recesiva. Se observa una reducción o pérdida de fibras amielínicas y pequeñas mielínicas, como resultado de una disminución de la dopamina beta-hidroxilasa en sangre. El diagnóstico se basa en las características clínicas: disminución del lagrimeo, insensibilidad al dolor, mal control de la temperatura, abolición de los reflejos osteotendinosos, hipotensión postural, episodios de vómitos, mala coordinación motora y retraso mental. El tratamiento es sintomático y muchos niños fallecen durante los primeros años de vida, generalmente como resultado de neumonía por aspiración repetida (11).

La anemia ferropénica ha sido mencionada como factor precipitante del espasmo del sollozo de tipo cianótico, debido a la hipoxemia además de un estado de ánimo más irritable propio de la anemia, que vuelven más susceptible a niños con este tipo de trastorno paroxístico, a presentar situaciones detonantes (12). Afirmación que se ve fortalecida por el hecho de encontrar cierta disminución en la frecuencia de los episodios al iniciar tratamiento con hierro suplementario en pacientes con coexistencia de espasmo del sollozo y anemia ferropénica. Debido a la falta de éxito en todos los casos, donde se ha utilizado la suplementación con hierro como tratamiento, se propone la ferropenia como factor predisponente y no desencadenante (2,6,13,14).

En el mismo orden de ideas y apoyado en el hecho de una resolución temprana del paroxismo por espasmo del sollozo, por lo general antes de terminar la edad preescolar, se ha planteado la falta de madurez cerebral por retraso en la mielinización de la corteza cerebral como factor involucrado en la presentación de los episodios (4,13). Si bien es cierto que, aún faltan delimitar las causas exactas que rodean el origen de esta condición es muy clara la combinación de predisposición genética en un sistema nervioso inmaduro en la mayoría de los casos (15,16).

Las manifestaciones clínicas con la típica secuencia de eventos, que inicia con un desencadenante que generalmente es el llanto provocado por una situación con tinte emocional (rabia, miedo, o susto), seguido de espiración ruidosa y cambios de coloración que se acompañan luego de resolución o mantenimiento del evento que lleva a alteración del tono postural, pérdida de la conciencia por disminución del flujo sanguíneo cerebral y en el más grave de los casos convulsiones, son claves para establecer el diagnóstico el cual es meramente clínico y de exclusión, hacen importante realizar diagnóstico diferencial con patologías como epilepsia, enfermedades cardíacas congénitas, síncope vasovagal, alargamiento del intervalo QT, entre otros (3, 10,12,13).

Por lo general la duración del episodio es menor a los tres minutos y suele tener recuperación espontánea, su frecuencia puede llegar a ser tan variable con

presentaciones esporádicas de una vez al mes hasta llegar a presentarse varias veces en un mismo día. En los casos más graves es importante establecer diagnóstico diferencial, con entidades más complejas (3).

Los espasmos del sollozo afectan al 0,1-5% de niños por lo demás sanos. Por lo general, comienzan durante el primer año de vida y alcanzan un máximo a los 2 años. Desaparecen hacia los 4 años de edad en el 50% de los casos, y hacia los 8 años en alrededor del 83%. El resto puede continuar con episodios hasta la adultez. Los espasmos de sollozo no parecen ser factores de riesgo para la verdadera epilepsia, pero pueden estar asociados con un mayor riesgo de desmayos en la edad adulta (6).

El diagnóstico es clínico, por lo general cuando el paciente en cuestión es valorado por el profesional de la salud el evento ha resuelto, por lo que es importante la recolección de la información que refiere la secuencia típica que ocurre solo en vigilia: detonante, llanto con espiración ruidosa, cambios de coloración con o sin alteración de la conciencia que puede ir acompañado de convulsiones, y alteración del tono postural. La descripción de eventos similares previos, su recuperación espontánea y en oportunidades el antecedente familiar de espasmo del sollozo son claves en el diagnóstico (3,6).

Algunos autores, rechazan la necesidad de paraclínicos para su diagnóstico, pero es necesario, establecer diagnóstico diferencial con patologías menos benignas que son susceptibles a complicaciones y afortunadamente a tratamiento en la mayoría de los casos, entre los cuales tenemos causas cardíacas como arritmias, prolongación del intervalo QT y neurológicas como las epilepsias y las apneas centrales (3,12,15).

Con la realización de paraclínicos como electrocardiograma y holter se descartan las arritmias y otras patologías cardíacas, por su parte con el electroencefalograma, que en la mayoría de los casos es normal, orienta al diagnóstico de epilepsia si fuere el caso, aunque su normalidad no lo descarta por completo, y termina la clínica siendo el factor predominante (6,14).

Es importante acotar, que se ha demostrado cierta relación entre el espasmo del sollozo tipo cianótico y la existencia de arritmia sinusal respiratoria, ya que se han encontrado estudios de casos y controles donde esta es notablemente más frecuente en pacientes con este tipo de espasmo del sollozo en comparación con el grupo control sano, sin diferencias en el sexo y edad (7).

Posterior al inicio de los episodios, la resolución espontánea es la evolución esperada, en la mayoría de los casos antes de los 4 años de edad, sin secuelas ni complicaciones o necesidad de tratamientos prolongados o invasivos. Hasta la actualidad no se han reportado alteraciones del desarrollo a mediano o largo plazo en estos pacientes, así como tampoco se asocia al espasmo del sollozo como factor

de riesgo para trastornos epilépticos (17).

Esta naturaleza benigna que es característica en la definición del espasmo del sollozo hace posible que su tratamiento vaya dirigido principalmente al acompañamiento y orientación de los padres para lograr tranquilizarlos y mantengan la calma durante el evento, evitando maniobras innecesarias y a veces peligrosas como las sacudidas vigorosas y los castigos como herramientas de modulación conductual (3,4).

Respecto a la suplementación con hierro, que se ha ido aplicando de forma efectiva, en los pacientes donde coalescen ambas condiciones espasmo del sollozo más anemia ferropénica ha tenido notable éxito, demostrando que el factor predisponente para los episodios no es la anemia por sí sola, sino el déficit de hierro, ya que se cree está involucrado en el proceso regulatorio del sistema autónomo. Debido a la alta prevalencia de anemia ferropénica, se recomienda la suplementación empírica con hierro a 6mg/kg/día en todos los casos de anemia en pacientes con espasmo del sollozo (3).

Se ha observado que el espasmo cianótico responde a la ferrotterapia, aun en ausencia de anemia, y al tratamiento de la apnea obstructiva del sueño (cuando está presente) (18).

Para aliviar a los pacientes con espasmo del sollozo complejo, que presentan muy alta frecuencia, se han desarrollado pautas de tratamiento con fluoxetina, que ha demostrado en algunos casos disminución de la frecuencia de los episodios e incluso hasta la resolución de los mismos. Varios estudios exitosos con teofilina, atropina y glicopirrolato se han presentado y concluido que es una forma segura de dar resolución a casos severos y recurrentes de espasmo del sollozo tipo pálido (14,17).

Otro fármaco que ha sido utilizado es el piracetam, a dosis de 40-60mg/kg/día, con reportes de seguridad y efectividad. Sin embargo, estos tratamientos aun experimentales se ven ensombrecidos en su eficacia por la tendencia autorresolutiva del espasmo del sollozo a lo largo del tiempo (3,17).

En los casos muy complicados y refractarios se ha indicado la colocación de marcapasos^{2, 3, 14}. En estos pacientes la implantación de estos dispositivos se realiza con la finalidad de corregir la bradicardia intensa e incluso asistolia durante los episodios que se presentan sobre todo en el tipo pálido (3,4,7,17,19).

Las terapias tradicionales para los espasmos del lactante pueden ser cualquiera de las siguientes:

ACTH puede administrarse por vía IM todos los días en una dosis alta (150 unidades/m²) o baja (20 unidades/m²) de ACTH. El Pediatric Epilepsy Research

Consortium (PERC) recomienda la dosis más alta durante 2 semanas, que a continuación se disminuye cada 3 días hasta completar los 29 días de tratamiento. Si se intenta el tratamiento con dosis bajas y no se han detenido los espasmos en 2 semanas, se usa la dosis más alta.

Se administran corticosteroides (p. ej., prednisona) durante 4-7 semanas. Un régimen recomendado por el PERC utiliza prednisolona por vía oral (20,21).

Aunque de pronóstico favorable el espasmo del sollozo es una condición que causa gran estrés en los padres y el núcleo familiar, pudiendo ser aterradora, sobre todo en los episodios más severos y prolongados, es importante disminuir la angustia que los mismos provocan. Aunado a esto se debe hacer hincapié acerca del origen orgánico de los episodios, y aclarar que no se trata, como se creía anteriormente, de episodios voluntarios, que buscan “llamar la atención” de padres y cuidadores (15,22).

En vista de lo interesante del tema, es necesario darlo a conocer a los médicos en general y a los padres, planteándose el siguiente objetivo: Dar a conocer las características de los trastornos paroxísticos no epilépticos o espasmos del sollozo

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, transversal, no experimental y de campo. La población objeto de estudio estuvo representada por 30 niños entre 1 mes y 5 años, de ambos sexos, que acudieron al servicio de neurología pediátrica del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” y Hospital de Niños con diagnóstico de espasmo del sollozo, en Maracaibo, estado Zulia, entre los meses de enero de 2016 a diciembre de 2022. La muestra correspondió a un total de 30 historias clínicas, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se excluyeron del estudio a aquellos niños menores de 1 mes y mayores de 5 años de edad, así como aquellos que tenían patología neurológica de base.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de un instrumento diseñado y elaborado por el autor. Mediante el instrumento se determinó las características epidemiológicas clínicas, motivos de consultas, evolución y manejo de pacientes que acudieron a la consulta de neurología pediátrica del Hospital General del Sur y Hospital de Niños de Maracaibo, por presentar espasmo del sollozo, y su manejo fue de forma ética, resguardando la confidencialidad del paciente, propio de cada acto médico.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante la tabulación de los mismos en función de las variables en estudio en una hoja de cálculo del programa Excel de office, posteriormente cálculo de las frecuencias absolutas y porcentajes,

y representación en tablas. Para el análisis se aplicaron determinaciones de estadística descriptiva. La técnica de análisis de los resultados de esta investigación aplicó razonamientos estadísticos de tipo descriptivos y se analizaron por el cálculo de la distribución numérica y porcentual de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento. Se plantea la discusión, conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Se determinó que según las características epidemiológicas (Tabla I) el grupo de edad más frecuente de debut del espasmo de sollozo es entre los lactantes menores, presentándose en un 83,33% entre los 6 y 12 meses de edad, lo cual representa 25 pacientes de la muestra seguido de un 16,67% en menores de 6 meses (5 pacientes). Respecto al sexo, se evidenció cierta inclinación hacia el masculino, con un 60,00% (18 pacientes), frente a un 40,00% representado por el sexo femenino, equivalente a 12 pacientes.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	N°	%
EDAD DE APARICIÓN		
<6 MESES	5	16,67
6 - 12 MESES	25	83,33
SEXO		
MASCULINO	18	60,00
FEMENINO	12	40,00

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

En cuanto a otras características epidemiológicas (Tabla II), los motivos de consulta entre estos pacientes fueron cianosis en un 73,33% (22 pacientes), seguido de palidez con 26,67% (8 pacientes) y muy cercano a este la apnea con 23,33% (7 pacientes). Dejando en evidencia, que algunos pacientes presentaron dos o más motivos de consulta. Por su parte, el factor que más frecuentemente se asoció como desencadenante de los episodios fue el llanto con 73,33% que representaba a 22 pacientes, así mismo la frustración con 23,33% equivalente a 7 pacientes y miedo o susto 20%, que respecta a 6 pacientes.

TABLA II
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OTRAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Nº	%
MOTIVO DE CONSULTA		
APNEA	7	13,33
PALIDEZ	8	26,67
CIANOSIS	22	73,33
DESENCADENANTES		
LLANTO	22	73,33
SUSTO	6	20,00
FRUSTRACIÓN	7	23,33

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

De acuerdo a las manifestaciones clínicas (Tabla III) se encontró apnea se presentó en un 83,33% de los casos (25 pacientes), cianosis en 76,67% (23 pacientes), seguido de pérdida de la conciencia 30,00% (9 pacientes), palidez con 23,33% (7 pacientes) y movimientos tónico-clónicos 3,33% (1 paciente). Se observó que la apnea y la cianosis se presentaron conjuntamente en la mayoría de los casos.

TABLA III
DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANIFESTACIONES CLÍNICAS

MANIFESTACIONES CLINICAS	Nº	%
APNEA	25	83,33
CIANOSIS	23	76,67
PERDIDA DE LA CONCIENCIA	9	30,00
PALIDEZ	7	23,33
MOVIMIENTO TÓNICO-CLÓNICO	1	3,33

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

En lo que respecta a los paraclínicos (Tabla IV), se obtuvo resultados de hemoglobina sérica y un 80,00% presentó anemia leve (24 pacientes), 13,33% anemia moderada (4 pacientes), y solo 6,67 no presentaba anemia (2 pacientes). Todos los pacientes elegidos para la muestra tenían como paraclínico solicitado electroencefalograma sin hallazgo patológico 100,00% (30 pacientes).

De acuerdo a la clasificación (tabla V) según el tipo se encontró como predominante el tipo cianótico con 73,33% lo que es igual a 22 pacientes, seguido

TABLA IV
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARACLÍNICOS DE LOS PACIENTES

PARACLÍNICOS	Nº	%
HEMOGLOBINA		
NORMAL	2	6,67
ANEMIA LEVE	24	80,00
ANEMIA MODERADA	4	13,33
ELECTROENCEFALOGRAMA		
NORMAL	30	100,00

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

por el tipo pálido con 23,33% con 7 pacientes y con menor frecuencia el tipo mixto con solo 3,33% equivalente a 1 paciente. En lo que se refiere a la gravedad, en un 70,00% (21 pacientes) los episodios fueron simples, en contraste con el 30% (9 pacientes) que tuvieron episodios complejos.

TABLA V
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL ESPASMO DEL SOLLOZO

CLASIFICACIÓN	Nº	%
TIPO		
CIANOTICO	22	73,33
PALIDO	7	23,33
MIXTO	1	3,33
SEVERIDAD		
SIMPLE	21	70,00
COMPLEJO	9	30,00

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

Según las características (Tabla VI) del episodio un 73,33% (22 pacientes) tuvieron una duración que osciló entre 1 y 5 minutos, seguido de un 23,33% (7 pacientes) cuya duración fue menor de un minuto, y un 3,33% (1 paciente) cuyos episodios se prolongaron más de 5 minutos. En lo relacionado a la frecuencia semanal 63,33% lo que equivale a 19 pacientes presentaron entre 1 y 5 episodios. Un 23,33% (7 pacientes) tuvieron una frecuencia semanal mayor a 5 episodios y solo un 13,33% 4 pacientes presentaron menos de un episodio a la semana.

En referencia a la evolución (Tabla VII), ninguno de los pacientes presentó complicaciones y el 100% evidenciaron resolución de los episodios con la siguiente

TABLA VI
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESPASMO DEL SOLLOZO

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
DURACIÓN		
<1 MINUTO	7	23,33
1-5 MINUTOS	22	73,33
>5 MINUTOS	1	3,33
FRECUENCIA SEMANAL		
< 1 EN LA SEMANA	4	13,33
1-5 EN LA SEMANA	19	63,33
>5 EN LA SEMANA	7	23,33

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

TABLA VII
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

EVOLUCIÓN	Nº	%
COMPLICACIONES		
NINGUNA	30	100,00
RESOLUCIÓN		
12 A 18 MESES	8	26,67
19 A 24 MESES	18	60,00
24 A 36 MESES	4	13,33

n 30

Hospital de Niños. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

distribución por edades 60,00% entre los 19 a 24 meses, equivalente a 18 pacientes de la muestra, 26,67% (8 pacientes) entre los 12 y 18 meses y sólo 13,33% (4 pacientes) lograron la desaparición de los eventos entre los 25 y 36 meses, ninguno presento síntomas de espasmo del sollozo más allá de los 3 años de edad.

El espasmo del sollozo es una condición frecuente en la infancia, que se caracteriza por una pausa respiratoria involuntaria, que puede, en pocas ocasiones culminar en pérdida de la conciencia, generalmente asociado a estímulos, que generan malestar en el niño. Eventos cotidianos y simples pueden en estos pacientes generar la aparición del episodio causando gran incomodidad y preocupación en las familias (12).

A pesar de su frecuencia, es un trastorno que es poco conocido entre el personal de atención primaria por lo que este trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar las características del espasmo del sollozo en la infancia.

Entre las características demográficas se determinó que el 100% de los casos estudiados debutó en el período de lactante menor, resultado que se asemeja con el observado en una investigación realizada, donde determinaron que la edad de inicio de los síntomas se ubicaba entre los 5 y 24 meses de edad (23). Hallazgos similares en otro estudio, en el cual encontraron que la edad media para su aparición fueron los 9 meses (13).

Respecto a la distribución por sexo, se observó que más de la mitad de los pacientes correspondían al sexo masculino, resultados que coinciden con lo reportado en otra investigación, donde establecen, que el 59,5% de los pacientes eran masculinos (12), de igual manera un 72,2% encontrados en otro estudio (24).

Haciendo mención del motivo de consulta más frecuente se obtuvieron resultados donde casi tres cuartas partes correspondían a la cianosis, igualmente reportado en otra investigación donde el 71,88% presentó cianosis (12). Hallazgo similar encontrado en un 89,7% (13).

Por su parte el factor desencadenante de los episodios fue en más del 70% relacionado al llanto, hallazgo que se ve apoyado con el 75 % de los pacientes en otro estudio (7).

Tomando en cuenta las manifestaciones clínicas la cianosis estuvo presente en tres cuartas partes de la muestra, y la palidez llegó a representar casi una cuarta parte; hallazgos también evidenciados por otros investigadores donde el 71, 88% presentó cianosis y casi el 29% manifestó palidez (25).

En lo que hace referencia a la pérdida de la conciencia estuvo en una tercera parte de la muestra, hallazgos parecidos en un estudio donde un 20% aproximadamente de los pacientes presentó pérdida de la conciencia y convulsiones, este último hallazgo difiere de los resultados de la presente investigación ya que menos del 5% de la muestra presentó movimientos tónico-clónicos asociados a convulsiones (26).

En lo que respecta a los paraclínicos el 80% de los pacientes presentaron anemia, cifra superior a la expresada en otra documentación, en donde solo la mitad de la muestra presentaba anemia (7). Mientras que, para los hallazgos de electroencefalograma, todos los pacientes de la muestra fueron normales, en contraste con lo encontrado por otros autores, donde un tercio de la muestra presentaba anomalías en el estudio (25).

En un estudio realizado en Turquía, el déficit de hierro representó un factor de riesgo para los espasmos del sollozo. Determinándose anemia por déficit de hierro en el 82,4% (n = 257) (27).

La terapia con hierro oral se puede administrar en casos de convulsiones con apnea, independientemente de si el paciente está anémico o no (28,29).

En la presente investigación, predominó el tipo cianótico y el grado leve de gravedad en tres cuartas partes de la muestra, lo cual concuerda con otros autores, donde señalan, al tipo cianótico con una frecuencia casi del 90%, dejando el resto para dividirse entre el tipo mixto y pálido con un 6,6% y 3,3% respectivamente; y el grado leve de gravedad para esta investigación representó el 70%, difiriendo con el estudio antes mencionado que reporta más de la mitad de los casos como complejos (13), así como otros autores señalan el predominio del tipo simple en más de la mitad de los casos (24).

Según la duración del episodio se obtuvo que alrededor de tres cuartas partes de los episodios hubo una duración que oscilaba entre 1 y 5 minutos, similar a lo encontrado en otra investigación (12), donde la duración promedio del episodio fue de 3,4 minutos, con hallazgos discordantes respecto a las complicaciones, ya que, en la presente investigación, no se evidenciaron complicaciones en el desarrollo, mientras que, en la anteriormente mencionada se reportan alteraciones como retraso del lenguaje y motor (12, 30).

En lo que respecta a la frecuencia semanal dos terceras partes presentaron entre 1 y 5 episodios en contraste con lo demostrado por otros autores, quienes encontraron una frecuencia semanal predominante mayor a 5 episodios (25).

CONCLUSIONES

- El espasmo del sollozo es una condición que se inicia en edades precoces, principalmente en lactantes menores a partir de los 6 meses de edad.
- Se presenta en ambos sexos, con ligera inclinación al sexo masculino, sin que este represente un verdadero factor de riesgo.
- El motivo de consulta que manifiestan los padres y cuidadores con más frecuencia es la cianosis, a pesar de presentar otras manifestaciones, probablemente por lo alarmante y notable del cambio de coloración.
- El evento desencadenante predominante y por amplia ventaja es el llanto, independientemente de la causa, seguido de la frustración, dos situaciones, que en esas edades pediátricas no solo son inevitables, sino que suelen ser más frecuentes.
- La gran mayoría de los pacientes presentó alteración del tono muscular y apnea, independientemente del tipo y gravedad. Con margen estrecho les sigue la cianosis, esperable por la frecuencia con la que se presenta el tipo cianótico.

- En lo que respecta a la aparición de movimientos tónico clónico se demostró que su frecuencia es muy baja.
- La anemia estuvo presente en un alto porcentaje de casos y en vista de la prevalencia de anemia ferropénica se podría establecer relación causal.
- Aunque no se encontraron hallazgos patológicos en los electroencefalogramas, su normalidad no permite confirmar el diagnóstico, pero si descartar otras patologías.
- La forma más frecuente de presentación es el tipo cianótico simple.
- Son eventos que causan mucha ansiedad en el núcleo familiar, ya que mientras más prolongada la hipoxia, mayores manifestaciones y en gran número de los casos, los episodios tenían una variabilidad en la duración entre 1 y 5 minutos, y en lo referente a la frecuencia predominaron varios episodios semanales.
- Se determinó que es un evento benigno, autorresolutivo que no acarrea trastornos posteriores en el neurodesarrollo y los eventos suelen desaparecer en la edad preescolar antes de los 4 años.

RECOMENDACIONES

- Formar y capacitar al personal sanitario, principalmente a los pediatras a cerca de la existencia de trastornos paroxísticos no epilépticos, especialmente para reconocer al espasmo del sollozo como trastorno frecuente y benigno, para realizar derivaciones oportunas evitando gastos extras en paraclínicos innecesarios y someter a los efectos adversos de tratamientos sin eficacia demostrada.
- Orientar a padres y cuidadores para mantener la calma y actuar de forma asertiva, evitando medidas sin comprobados beneficios y a veces peligrosas como sacudidas.
- Educar a la población general a cerca de la relación entre el espasmo del sollozo como trastorno orgánico, que escapa del control del paciente pediátrico.
- Tratar la deficiencia de hierro con suplementos de sulfato ferroso en pacientes con anemia comprobada, y espasmo del sollozo, debido a la alta prevalencia de anemia ferropénica en nuestro medio.
- Realización de electrocardiograma y electroencefalograma para descartar patologías con mayores complicaciones y susceptibles a tratamiento médico, como epilepsias y arritmias.

- Derivación oportuna a neurología pediátrica.
- Evitar el uso de anticonvulsivantes de rutina en la prevención de episodios debido a la alta prevalencia de casos leves.

REFERENCIAS

1. Brian Sulkes S, Pekarsky A. Espasmos del sollozo. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/preocupaciones-y-problemas-relacionados-con-la-conducta-en-ni%C3%B1os/espasmos-del-sollozo?ruleredirectid=760>.
2. Sánchez S, García O, Verdú A, Villaizan C. Revista Formación activa en pediatría de atención primaria, "Episodios paroxísticos no epiléptico". 2014; 7: 187-193.
3. Ruiz García M. Acta Pediátrica Mexicana, "Espasmo del Sollozo". 2014;35: 166-169.
4. Suescún J, Pereira R, Luna T, Pinzón J. Revista Colombiana de Pediatría, "Espasmo del Sollozo". 2017; 6: 5-24.
5. Gómez M R. Espasmos Infantiles Vs Crisis Parciales. Rev Binass .313-314. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/apc/v7supl/art112.pdf>.
6. Leung AKC, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Current Pediatrics, Reviews, "Breath-Holding Spells in Pediatrics: A Narrative Review of the Current Evidence". 2019; 15 (1):22-29.
7. Seham A, Ahmed S, Saleh, Safaa S, Mona E, Wafaa E, Mohamed A, Eman B y col. Medicene, "Novel Findings in Breath-Holding Spells". 2015; 94 (28): 1-7.
8. Dai A, Demiryürek A. Effectiveness Oral theophylline, piracetam and iron treatments un childrem whit simple breath holdings spells. Journal of Chile Neurology 2020;(5): 25-30.
9. González M, Bottoso C, Loeckx A, Mascart I. Cardiology in the young, Efficacy of treatment with belladonna in children with severe pallid breath-holding spells. 2018;28(7): 922-927.
10. Mikati MA, Obeid MM. Conditions that mimic seizures. In: eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020: 612.
11. Tonholo-Silva ER, Takahashi SI, Yoshinaga L. Disautonomía familiar (síndrome de Riley-Day). Arq. Neuropsiquiatria. 1994; 52(1): 103-105. DOI: 10.1590/s0004-282x1994000100021.

12. Abdabrou A, Mohamed A, Ahmed M, El-Zahraa M, Ahmed R. Electronic Physician, "Clinico-laboratory profile of breath-holding spells in children in Sohag University Hospital, Upper Egypt". 2016;8 (4):2227-2231.
13. Yilmas U, Onder D, Tanju C, Gulsin A, Timur M, Tuba Y. Pakistan Journal of Medical Sciences Online, "The Value of Neurologic and Cardiologic Assessment in Breath Holding Spells". 2014; 30:59-64.
14. Hussein A, Shaima A. Journal of Pharmaceutical Science and Research "The Role of Phenobarbital on treatment of severe Breath Holding Attack". 2018; 10:298-299.
15. Goldman R. Child Health Update. "Breath-Holding spells in infants". 2015;61:149-150.
16. Sebahattin V, Abdulbaki K, Sukru M, Oguzhan P, Halil O, Mustafa Y, Oguzhan, G, Bulent B, Akin R. Journal of clinical Neurophysiology. "Breath-Holding Spells may be associated with maturational delay in myelination of brain stem". 2014;31: 99-101.
17. Williams J, Nicole C. Pediatrics, "Reported Case of Successful treatment of Pallid Breath Holding Spells with Glycopyrrolate". 2015;135: 1308-1312.
18. Hamed SA, Gad EF, Sherif TK. Iron deficiency and cyanotic breath-holding spells: The effectiveness of iron therapy. *Pediatr Hematol Oncol*. 2018;35(3):186–195.doi: 10.1080/08880018.2018.1491659
19. Hernández M, Esquivel N, López M. *Revista Chilena de Pediatría*, "Fisiopatología, diagnóstico diferencial y tratamiento de la apnea emotiva grave". A propósito de un caso clínico. 2014;85: 481-485.
20. Knupp KG, Coryell J, Nickels KC, et al. Response to treatment in a prospective national infantile spasms cohort. *Ann Neural*. 2016;79(3):475–484. doi: 10.1002/ana.24594.
21. Mehta V, Ferrie CD, Cros JH, Vadlamani G. Corticosteroids including ACTH for childhood epilepsy other than epileptic spasms. *Cochrane Database of systematic Reviews*. 2015;6. https://www.cochrane.org/es/evidence/CD005222_corticosteroids-including-acth-adrenocorticotrophin-hormone-childhood-epilepsy-other-epileptic.
22. Gliksman DO, MPH FAAN, Bernard L M. Hechizos de retención de la respiración. Disponible en: <https://www.medlink.com/articles/breath-holding-spells>.
23. Tomoum H, Habeeb N, Elagouza, L, Mobarez H. *Acta Pediátrica* "Paediatric breath-holding spells are associated with autonomic dysfunction and iron deficiency may play a role". 2017;107: 653-657.

24. Mustafa C, Dokumaci D, Sarikaya S, Mahmut D, Ilhan I, Caya K, Kandemir ZH. Neuropsychiatric Disease and Treatment, "Brain metabolite values in children with breath holding spells". 2017;13: 1655-1660.
25. Abosdera M, Mahmoud S, Abdel-Moneim E. American Journal of Research Communication, "Breath Holding Spells; its relation to iron deficiency anemia, and electroencephalogram findings". 2016; 4, (12): 35-45.
26. Abbaskhanian A, Ehteshami S, Sadegh S, Mohammad R. Iranian journal of Child Neurology, "Effects of Piracetam on Pediatric Breath. 2012.
27. Holowach J Thurston DL. Espasmos del sollozo y anemia. N Engl J Med. 1963; 268:21-23. doi: 10.1056/NEJM196301032680105.
28. Gurbuz G, Perk P, Cokyaman T, Berfu T O, Gurbuz OB. Se deben administrar suplementos de hierro en caso de espasmos del sollozo, independientemente de la anemia. Turk J Med Sci. 2019; 49(1):230-237. doi: 10.3906/sag-1805-92
29. Jain R, Omanakuttan D, Singh A, Jajoo M. Efecto de la suplementación con hierro en niños con espasmos del sollozo. J. Paediatr. Salud Infantil. 2017;53:749-753. doi: 10.1111/jpc.13556.
30. Roddy SM. Breath-holding spells and reflex anoxic seizures. In: Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, et al, eds. Swaiman's Pediatric Neurology: Principles and Practice. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:85

Factores de riesgo psicosociales y biológicos presentes en las adolescentes embarazadas y sus recién nacidos. Una visión de principios de siglo

*Dres. Raíza M Portillo-Pérez¹, Nelly C Petit-Molero², Edgardo José Mengual-Moreno³,
Gustavo A Morales-Rincón⁴, Enoe E Medrano Leon⁵, TSU. Gregory José Reyes Acevedo⁶*

RESUMEN

El embarazo en la adolescente constituye un problema social y económico en países desarrollados y subdesarrollados por las complicaciones que acarrea. Es una situación multifactorial, factores psicosociales y biológicos se han asociado con patología en el embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente. Las consecuencias del embarazo en este grupo son devastadoras porque refuerzan el círculo de pobreza que impacta negativamente el desarrollo de estos niños. Se realizó un estudio prospectivo en 458 adolescentes embarazadas, atendidas en la Maternidad Armando Castillo Plaza, en el lapso mayo 2000- mayo 2003. Se elaboró un instrumento basado en el cuestionario HEADSS, al cual se le anexaron las patologías antes enumeradas. El desconocimiento de métodos anticonceptivos y la deserción escolar antes del embarazo encabezaron la lista de factores de riesgo

¹Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Unidad de Neonatología Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo Maracaibo, Venezuela

Teléfono +58 414 616- 0567. raizaportillo20@gmail.com

²Dra. Ciencias Médicas. Profesora Asociada al Instituto de Investigaciones Biológicas "Dr. Orlando Castejón Sandoval" Facultad de Medicina. Academia de Medicina del Zulia. <https://orcid.org/0000-0003-2786-0329>

³Docente Universidad del Zulia. Instituto de Investigaciones Biológica" Dr. Orlando Castejón Sandoval". Facultad de Medicina. <https://orcid.org/0000-0002-9872-5186>

⁴Gineco-Obstetra. Dr. Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Departamento de Cirugía Hospital de Nuestra Señora de la Chiquinquirá. Maracaibo. Edo Zulia. <https://orcid.org/0009-0003-0557-7204>

⁵Neuro-Pediatra. Dra. Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Hospital General del Sur. Maracaibo. Edo Zulia. <https://orcid.org/0009-0003-8914-8107>

⁶TSU. Universidad del Zulia. Postgrado de Medicina. <https://orcid.org/0009-0006-3906-6498>

psicosociales, con un 94,5 % y 94,3% respectivamente. El abuso sexual fue referido por el 33,4% de las pacientes y el 57,5% correspondió al abuso sexual en menores de 13 años. El 82,8% eran primigestas de 13-15 años. Más de la mitad tuvo un control prenatal tardío, no se practicó serología y comenzó las relaciones sexuales entre 13-15 años. La anemia (46,5%), la cesárea (19,9%) y el nacimiento pretérmino (12,5%) fueron las patologías más frecuentemente encontradas en el grupo estudiado. Los hallazgos de este estudio confirman la asociación de factores biopsicosociales con patología en estas jóvenes embarazadas. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo a través de la aplicación de un instrumento en el contexto de la consulta prenatal, para ofrecer una atención integral a la adolescente embarazada y realizar intervenciones oportunas que reduzcan las complicaciones perinatales

Palabras clave: factores de riesgo, embarazo, adolescente, patología, recién nacido

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is an economic and social problem in developed and underdeveloped countries because of the complications that it produces. It is a multifactorial situation, psychosocial and biological factors have been associated with pathology in pregnancy, delivery and newborn of the pregnant adolescent. The consequences of pregnancy in this group are devastating because it reinforces the cycle of poverty that negatively impacts the development of these children. We made a prospective study on 458 pregnant adolescents treated at the Armando Castillo Plaza maternity hospital, during the period from May 2000 to May 2003. A structured questionnaire, modified HEADSS, was applied in order to register the psychosocial and biological factors related to pathologies listed above. Lack of knowledge of contraceptive occupied first place on the list of psychosocial risk factors, taking place on 94.5% of the cases. School desertion before pregnancy followed with 94.3%. It is important to highlight that sexual abuse was reported by 33.4% of the patients, the most frequent age group was under 13 years old by 57.5%. 82.8% were primigravidas, between 13-15 years old. More than half had late prenatal care, did not undergo serology, and began sexual relations between 13-15 years old. Anemia (46.5%), cesarean section (19.9%) and preterm births (12.5%) were the most frequent pathologies. Our objective is to identify the psychosocial and biological risk factors that relate to pathologies in pregnant adolescents through the application of an instrument that will be applied in the prenatal consultation to offer comprehensive care to pregnant adolescents, allow for timely intervention in high risk adolescent and reduce perinatal complications that are common in this group.

Key words: risk factors, pregnancy, adolescent, pathology, newborn

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; se han fijado sus límites entre los 10 y los 19 años. Es una etapa de crecimiento y desarrollo caracterizada por complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que necesitan atención. El final de la adolescencia estaría marcado por el logro de la independencia emocional de los padres, la independencia económica, la elección ocupacional, elaboración de una escala de valores y preparación para una relación de pareja estable (1-4). Tomando en cuenta las diferentes necesidades y percepciones en las diversas etapas de su desarrollo, se divide la adolescencia en dos subgrupos: el subgrupo de 10 a 14 años (adolescencia temprana) y el subgrupo de 15 a 19 años (adolescencia tardía) (5,6). Estos períodos tienen límites poco definidos y su duración está condicionada por factores no solo biológicos, sino de índole cultural, social, psíquica y económica (1-3,6).

Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 20 años, La población mundial actual de adolescentes viene sobrepasando los mil millones, de los cuales, cerca del 90% vive en los países subdesarrollados. En América Latina y el Caribe, la mitad de la población se sitúa por debajo de los 20 años de edad, esta realidad refleja la proporción de jóvenes en edad fértil (7). Venezuela es un país que se caracteriza por tener una población joven, el 60% de los venezolanos que se encuentran en situación de pobreza son adolescentes, siendo el grupo etario con mayor riesgo de embarazo no planificado, reportándose año tras año un incremento creciente de embarazos en adolescentes, cuyas características físicas y psíquicas no le permitirán afrontar las exigencias de una maternidad (8). El inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva y poco tiempo después de la menarquia incide sobre la aparición de embarazos a temprana edad, constituyendo un serio problema de salud pública. Existen numerosos problemas de salud que afectan a los adolescentes, entre los cuales es de especial interés el embarazo, por sus consecuencias a corto y a largo plazo, que involucran no solo a la madre, sino también a su pareja y al producto de ambos (2,3). El embarazo en la adolescente constituye un problema social y económico tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, en vista de que genera una serie de situaciones que atentan contra la salud de la madre y su hijo, las cuales deben ser abordados en términos del presente y del futuro, por las complicaciones que acarrea (7-9). Se destaca que Estados Unidos es el país industrializado con una mayor tasa de adolescentes embarazadas, mientras que Canadá, Suecia y Reino Unido han presentado un acusado descenso debido probablemente al mayor uso de contraceptivos (10). La tasa de fecundidad es muy alta en las clases sociales

menos favorecidas, donde existe un deterioro de las condiciones socioeconómicas y una escasa cobertura de la inversión en salud lo cual potencia la magnitud de este problema (7,9,11,12). No hay duda de que éste es un fenómeno susceptible de intervención. La maduración temprana, el desconocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva, el inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva y poco tiempo después de la menarquia, incide sobre la aparición de embarazos a temprana edad, constituyéndose en un problema de salud pública (10,11). La tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya se han convertido en madres en América Latina y el Caribe (11). Las consecuencias del embarazo en la madre adolescente suelen ser devastadoras: la deserción escolar, el rechazo familiar y social, las escasas posibilidades laborales por la baja capacitación y la promiscuidad agravan el circuito de pobreza, lo cual ensombrece el desarrollo de su hijo (13-16).

En la morbilidad de la gestación, la anemia, la infección urinaria, la hipertensión inducida por el embarazo, hemorragias, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro son preponderantes. La desproporción feto-pélvica es común en el período del parto. La malnutrición materna suele ser un factor coadyuvante. En relación con el neonato, el bajo peso al nacer y el nacimiento pretérmino son condiciones frecuentes (7,12,15-17). Existen múltiples factores psicosociales y biológicos que se han involucrado en la aparición de patología en el embarazo, parto y recién nacidos de la gestante adolescente. El bajo nivel socioeconómico, una pobre escolaridad, el abuso sexual, la actividad sexual precoz y el consumo de drogas guardan relación directa con estas patologías. La mayoría de los programas de salud reproductiva y planificación familiar no han prestado suficiente atención a las necesidades del adolescente, el cual carece de información básica, inicia tempranamente las relaciones sexuales, estableciendo contactos sexuales tempranos e irresponsables, lo que lo coloca en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA (10,18-22). La posibilidad de morir una embarazada de 15-19 años es dos veces mayor que la mujer de 20 años y esta posibilidad es cinco veces mayor si la edad es menor de 15 años. La mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil exhiben tasas más altas en las madres menores de 20 años (7,10).

En Venezuela de cada 20 jóvenes entre 15 y 24 años, 12 han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, pero de ellos solo cinco habrán utilizado algún método anticonceptivo; uno de cada cuatro jóvenes menores de 15 años ya ha iniciado su actividad sexual (20). Las estadísticas limitadas disponibles demuestran los elevados índices de embarazos no deseados en este grupo, que terminan en aborto, así mismo, las adolescentes tienen también más probabilidades de sufrir abuso sexual e incesto⁸. En nuestro país el porcentaje reportado de adolescentes embarazadas atendidas en el año 2000 se encuentra entre un 20 y 25%,

correspondiéndole el mayor número a Cojedes y Yaracuy; así mismo, del total de embarazadas atendidas en la Maternidad Armando Castillo Plaza, Centro de Referencia del Zulia, las adolescentes representaron el 20% en la consulta prenatal y el 25% del total de partos (23). El embarazo en la adolescente es una situación multifactorial, se considera un problema de salud pública debido a su repercusión sobre la morbilidad perinatal y al impacto socioeconómico que genera en los estratos más desposeídos del país (4,8,12,17).

Es nuestro objetivo identificar los factores de riesgo psicosociales y biológicos a través de la aplicación de un instrumento en la consulta prenatal que permitirá seleccionar el grupo de mayor vulnerabilidad y poder aplicar intervenciones oportunas.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, de corte longitudinal en 458 adolescentes embarazadas, cuyas edades oscilaban entre 10 y 19 años, atendidas por un equipo multidisciplinario en la Maternidad Armando Castillo Plaza, Departamento de Gineco-Obstetricia del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), Estado Zulia, en el lapso mayo 2000-mayo 2003. Se elaboró un instrumento basado en el cuestionario HEADSS, utilizado internacionalmente para la entrevista del adolescente y adaptado a sus características psicosociales y biológicas. Al cuestionario se le anexaron las patologías del embarazo, parto y recién nacido, con el objeto de registrar las variables dependientes e independientes. Se excluyeron 5 adolescentes de 19 años de edad, que tenían diagnóstico de comorbilidades, tales como, Diabetes (1/463), Lupus Eritematoso Sistémico (1/463) y Epilepsia (3/463), que representaban por sí mismas un factor de riesgo biológico. 458 adolescentes embarazadas cumplieron los criterios de inclusión y representaron el 100% de la muestra (n=458). La información obtenida fue validada con la historia clínica y transferida a un formulario común precodificado, con el cual se construyó una base de datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se aplicaron medidas de frecuencia y porcentajes para expresar los resultados.

RESULTADOS

Dentro de los factores de riesgo psicosociales el desconocimiento de métodos anticonceptivos ocupó el primer lugar, se presentó en el 94,5% de los casos. La deserción escolar antes del embarazo representó el 94,3%. El 60% de las pacientes refirió maltrato físico y verbal. El 50,6% de las familias de origen se ubicó en el

Graffar IV. Con respecto al nivel de escolaridad, sólo el 49,5% alcanzó la secundaria incompleta y el 6,3% eran analfabetas. Es importante resaltar que el abuso sexual fue referido por el 33,4% de las gestantes, correspondiendo a la manipulación el 60,78% y el 8,49% a violación, mientras que más de la mitad de las pacientes abusadas eran menores de 13 años. El 8,5% de las pacientes refirieron ideas suicidas.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y BIOLÓGICOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Riesgo Psicosocial	n	%	Riesgo Biológico	n	%
Desconoce anticonceptivos	433	94,5	Edad 10 – 14a	29	7,6
Deserción escolar antes del embarazo	432	94,3	15 – 19a	42,9	92,4
Maltrato físico y verbal, Graffar	275	60	Talla >=1,50	395	86,2
IV	232	50,6	Primigesta 13 – 15a	379	82,8
V	178	38,8	Edad ginecológica < 5a	296	64,6
Nivel de escolaridad			Menarquia < 13a	285	62,2
Secundaria incompleta	227	49,5	No practicó serología	273	59,6
Primaria incompleta	85	18,5	Edad inicio Relaciones, Sex.: 13 - 15a	250	54,6
Analfabetismo	29	6,3	Control Prenatal tardío	156	54,7
Embarazo no deseado	227	49,5	Parejas sexuales = 2	87	19
Abuso sexual	153	33,4	> 2	13	2,8
Actos lascivos	47	30,71	Embarazo anterior	79	17,2
Manipulación	93	60,78	Consumo de alcohol, tabaco, otras	60	13
Violación	13	8,49			
Edad abuso sexual					
< 13 a	88	57,51			
13 – 15 a	53	34,64			
16 – 19 a	12	7,8			
Intención de aborto	55	12			
Suicidio					
Ideas	39	8,5			
Intentos	7	1,5			

n = número (Total 458)

En cuanto a los factores de riesgo biológicos, se consiguió que el grupo etario más frecuentemente encontrado fue el de 15 a 19 años (92,4%); el 82,8% de las pacientes fueron primigestas entre 13-15 años. La edad ginecológica menor de cinco años alcanzó un 64,6% y el 54,6% de las pacientes inició las relaciones sexuales entre 13 y 15 años. El 54,7% cumplió un control prenatal tardío, así mismo, el 59,6% no se practicó la serología HIV/VDRL. El 19% de las adolescentes habían tenido dos parejas sexuales y el 13% consumían alcohol, tabaco y otras sustancias (Tabla 1).

En la Tabla 2 aparecen las patologías del embarazo, parto y recién nacido. Destacan la anemia (46,5%), la vulvovaginitis (32,3%) y la infección urinaria (30,1%); la hipertensión inducida por el embarazo se presentó en el 10% de las pacientes y las enfermedades de transmisión sexual representaron el 4,3% de los casos, correspondiéndole al VPH el 60% de las mismas. La vía de resolución de los embarazos fue la cesárea en el 19,9% de los casos, predominaron el sufrimiento fetal y circular de cordón, cada uno con un 5,9% y presentación podálica con un 5,2%.

En los neonatos estudiados los hallazgos más resaltantes fueron: recién nacidos pretérmino (12,5%), pequeños para su edad gestacional (11,7%) y bajo peso al nacer (11,4%), seguidos de síndrome de dificultad respiratoria de diversa etiología (7,4%) e hipoxia perinatal (6,3%).

TABLA 2. PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

EMBARAZO	n	%	PARTO	n	%	RECIÉN NACIDOS	n	%
Anemia	213	46,5	Via de resolución Cesárea	91	19,9	Pre término	58	12,5
Vulvovaginitis	148	32,3	Sufrimiento Fetal	27	5,9	Pequeño para su EG	54	11,7
Infección Urinaria	138	30,1	Circular de Cordón	27	5,9	Bajo peso al nacer	53	11,4
Hipertensión inducida por el embarazo.	46	10	Presentación Podálica	24	5,2	Síndrome de DR	34	7,4
Amenaza de parto prematuro	32	7	Desproporción Feto – pélvica	11	2,4	Membrana Hialina	11	2,4
Enfermedades de Transmisión sexual	20	4,8	Procidencia de Cordón	10	2,2	Taquipnea transitoria	11	2,4
VPH	12	60	Retención de restos	10	2,2	Aspiración meconio	8	1,7
VTH	7	35	Mortalidad fetal	5	1,1	Neumonía	4	0,9
Sífilis	1	5,0	Distocia de Dilatación	2	0,4	Hipoxia Perinatal	29	6,3
Ruptura prematura de membranas.	19	4,1				Malformación congénita	9	1,9
RCIU	18	3,9				Mortalidad Neonatal	6	1,3
Hemorragias	7	1,5				Sepsis Neonatal	6	1,3
1a. mitad	5	1,1				Ictericia	4	0,9
2a. mitad	2	0,4						

n = número (Total 458)

DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ocurre en todos los estratos sociales, influenciado por múltiples factores de orden psicosocial y biológico, por tanto, exige la toma de medidas preventivas basadas en políticas de Estado tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, programas de educación sexual y la oportuna implementación de métodos de anticoncepción. En una adolescente el embarazo puede significar el fin de sus aspiraciones personales y educativas, así como tener que enfrentarse a riesgos de salud, esta situación envuelve también al padre adolescente y al hijo de ambos (2). La prevención del embarazo en este grupo etario representa la estrategia más efectiva e implica la intervención integrada de gobiernos y sociedad, en aras de lograr la detección de las jóvenes en riesgo (7,9,12,14-16).

Los estudios hablan de que existen criterios de riesgo psicosocial y biológico que se consideran de alta significación, entre ellos: gestos suicidas, baja escolaridad, falta o distorsión de la información, disfunción familiar, abuso sexual, maltrato, suicidio, actividad sexual temprana, relaciones sin anticoncepción, número de parejas sexuales y consumo de drogas (3,14,17,23-26). Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado con una relación débil de pareja, rechazo y ocultamiento de la situación por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control tardío o insuficiente (2,3,6,16,26). Estos factores referidos en la literatura estuvieron presentes en la población estudiada como se refleja en la tabla 1, destacándose el desconocimiento de anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico, abuso sexual en <13 años de edad, primigestas entre 13-15 años, edad ginecológica <5 años y control prenatal tardío. Se ha reportado que de un 73 a un 93% de las adolescentes son primigestas, resultado también referido en esta investigación (82.8%).

Se ha agrupado la patología del embarazo en la adolescente en trimestres, siendo la hiperémesis y los abortos espontáneos problemas frecuentes del primer

trimestre. Algunos autores refieren un 12% de abortos en adolescentes¹³, sin embargo, en nuestro país este tipo de información suele estar sesgada por la práctica ilegal del aborto; en el presente estudio se registró un porcentaje mucho más bajo (1,9%). Para el segundo y tercer trimestre, la anemia, las infecciones urinarias, la amenaza de parto prematuro, la hipertensión inducida por el embarazo, el crecimiento intrauterino retardado (RCIU) son patologías frecuentes. La distocia de presentación, la desproporción feto pélvica, la utilización de maniobras instrumentales, el parto prematuro y el bajo peso al nacer, se presentan comúnmente y determinan la elevación de la morbilidad materna y neonatal (7,12,17,27-29).

La anemia, junto con la vulvovaginitis y la infección urinaria encabezaron nuestra lista de patologías, resultados acordes con los referidos en la literatura (17,28,29). Los trastornos hipertensivos en el embarazo se relacionan con prematuridad, RCIU, mortalidad materna y fetal (3,7,12,17,30). Esta entidad es cinco veces más frecuente en la adolescente embarazada. El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente. La hipertensión inducida por el embarazo es más frecuente en embarazadas jóvenes en su primer embarazo con un bajo nivel socioeconómico, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes gestantes (1,3,10,11) y ha sido denominada por algunos como “enfermedad social”. En las adolescentes estudiadas, los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo se ubicaron en el cuarto lugar dentro de las patologías del embarazo, correspondiéndole el 10%, cifra acorde con lo reportado por autores colombianos (17), a diferencia de lo reportado por autores chilenos y mexicanos^{27,28,30} que señalan una cifra superior: 28,6%; mientras que autores cubanos (29) hablan de una cifra mucho menor: 4,2%.

La adolescente embarazada más joven, sobre todo la menor de 15 años es más susceptible a presentar alteraciones en el parto, debido a la falta de desarrollo de la pelvis materna que genera mayor incidencia de desproporción feto pélvica, trabajos de parto prolongados; además, la estrechez del canal origina desgarros de vagina y periné. El crecimiento esquelético no es completo hasta los 18 años de edad y el canal de parto estará maduro alrededor de los 20 años; el desarrollo incompleto de la pelvis genera distocias, trauma obstétrico y cesárea (7,10,12,17,25,27). Nuestros hallazgos indican que el sufrimiento fetal es la primera condición patológica asociada al parto, resultados que son compartidos por la mayoría de los autores revisados. La vía de resolución por cesárea despierta controversia en los autores consultados, algunos señalan que la incidencia de cesárea es mayor en la gestante adolescente con respecto a la gestante mayor de 20 años²⁸, reportando un 35,7%, cifra por encima de lo estipulado por la OMS, lo cual difiere de la nuestra: un 19,9%, cifra similar a la señalada por autores chilenos (27), mientras otros grupos (17) han reportado cifras más bajas (10,3%).

En las patologías del recién nacido es donde se encuentra una mayor uniformidad de criterios entre los autores. La prematuridad, el bajo peso al nacer y los pequeños para su edad gestacional son patologías relacionadas con la inmadurez biológica de la adolescente, las alteraciones estructurales del cuello uterino, la talla baja, el déficit nutricional, las infecciones, la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo, la drogadicción, el control prenatal deficiente y el bajo nivel socio económico, todas éstas son condiciones responsables de muchos de los resultados adversos en este grupo; además, múltiples estudios previos han reportado que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tienen un impacto directo sobre la salud del feto de madres adolescentes (18,27,31), resultados que son compartidos por nuestro análisis.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) refleja un incremento en las últimas décadas, especialmente en adolescentes, la OMS reporta que uno de cada veinte adolescentes contrae una ETS y que el 25% de las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años, lo que significa que probablemente tuvieron su contacto en la etapa de la adolescencia^{10,11}. La maduración sexual más temprana (edad promedio menarquia en la niña venezolana= 12,3 años) dispara el impulso sexual efervescente. Las adolescentes inician tempranamente relaciones sexuales riesgosas, lo que implica la aparición de varios compañeros sexuales, haciéndose más susceptibles de padecer infecciones por virus del papiloma humano (VPH), *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia tracomatis*, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la hepatitis C (7,11,12,30-32). Los tejidos cérvico-uterinos son más susceptibles a la acción de carcinógenos, el riesgo de lesión intraepitelial es mayor cuando el primer coito se experimenta por debajo de los 17 años; estas adolescentes infectadas por VPH tienen una posibilidad cuarenta veces mayor de presentar carcinoma cervical en la edad adulta, no hay duda de que la infección persistente por VPH es el principal factor de riesgo asociado a cáncer de cuello uterino (7,10,12,20-22,33). Las ETS se presentaron en un 4,3% de nuestras gestantes (20/458), correspondiendo a VPH el mayor número de casos (12/458), VIH (7/458) y sífilis (1/458). Estos valores no están acordes con cifras superiores reportadas por otros autores, las nuestras pudieran atribuirse a ese 80,41% de pacientes que no se practicó la serología HIV/VDRL, hecho que pudiera explicar este resultado; ante la imposibilidad de recolectar la data necesaria, se sugiere formalizar otros estudios que proporcionen más información al respecto (34,35).

En la Tabla 2 figuran las patologías registradas en el embarazo, en el parto y en el recién nacido de las adolescentes estudiadas.

Las niñas menores de 10 años y las adolescentes tienen más probabilidades de sufrir abuso sexual. En países como Chile, Costa Rica y Panamá alrededor de un 40% de las adolescentes entre 16 y 19 años experimentaron al menos un episodio de abuso, pudiendo elevarse este porcentaje a 74% en las menores de 14 años. En Perú

se estima que el 90% de los embarazos en niñas entre 12 y 16 años son producto de violación (11,17,29,32,36). Investigaciones recientes reportan que el abuso en menores de 13 años se asocia fuertemente a bajo nivel socioeconómico, consumo de drogas, hipertensión inducida por el embarazo, cesárea, prematuridad, bajo peso al nacer, pequeños para su edad gestacional e hipoxia perinatal (25,26). Los resultados de este estudio revelan asociaciones similares de abuso sexual con los factores reportados por estos autores. El 33,4 % de las pacientes sufrieron algún tipo de abuso sexual en el transcurso de su vida, es relevante señalar que las niñas menores de 13 años fueron el grupo mayormente afectado.

Los innumerables cambios físicos y psíquicos en la adolescencia perturban emocionalmente a la gestante adolescente, pudiendo presentarse cuadros depresivos, sentimientos de poca valía y de culpa excesiva, si a esto se añade el abuso sexual y la violencia doméstica, esto puede explicar por qué algunas pacientes hayan manifestado ideas o intentos suicidas; en nuestro caso las ideas suicidas representaron un 8,5% y el 1,5% refirió intento de suicidio, cifras inferiores a las reportadas por otros autores (36,38). El maltrato físico y verbal referido por el 60% de nuestro grupo de adolescentes, las coloca en un estado de extrema vulnerabilidad, por tanto, la gestante no recibirá un adecuado control prenatal, no tendrá un apoyo familiar o de pareja ni un buen soporte nutricional, y muy probablemente, estará consumiendo sustancias ilícitas (2,7,10,12,29,30,36). En la última década los organismos internacionales han manifestado una enorme preocupación por los países sumidos en la pobreza, donde la suma de varios factores de riesgo atacan de manera muy particular a las gestantes embarazadas, pero las medidas recomendadas no han tenido impacto en esta problemática tanto social como económica (3,7,12,37-39). Nuestros datos expresan la magnitud de la problemática de la adolescente, sobre todo, en las niñas menores de 13 años, las cuales se ven inmersas en un mar de circunstancias nocivas, con carencias nutricionales en mayor o menor grado que dificultan aún más el resultado exitoso de su embarazo (40).

Nuestros hallazgos confirman que los factores psicosociales y biológicos referidos interactúan entre sí y representan variables de riesgo para la aparición de patologías del embarazo, parto y recién nacido de la adolescente embarazada. Para ofrecer una atención integral a la gestante adolescente es necesario utilizar una estrategia de enfoque de riesgo, la cual toma en cuenta los factores psicosociales y biológicos, casi siempre combinados, así como factores protectores, para lograr implementar una intervención oportuna que pueda evitar la morbimortalidad materna y neonatal. Es imprescindible investigar los factores de riesgo en el contexto de la consulta prenatal, a través de la implementación de un instrumento, como el que fue utilizado en este estudio, el cual recoge los aspectos biopsicosociales presentes en la embarazada. Este enfoque de riesgo es preventivo e integral.

Se considera que los factores protectores para los adolescentes son: una familia funcional, la escolaridad, la educación sexual, amigos con buena conducta, la presencia de un adulto referente, desarrollo de actividades relacionadas con el arte y el deporte. Potenciar estos parámetros podrá contribuir eficazmente a prevenir el embarazo en este grupo etario y, por ende, las consecuencias que genera (40).

Es importante resaltar que esta revisión retrata la situación socioeconómica de nuestras adolescentes a principios de siglo. La observación de la situación actual ofrece un panorama poco alentador debido a que las variables estudiadas en este estudio siguen impactando en forma negativa en la situación de salud de Venezuela. Se requieren políticas de Estado que implementen soluciones efectivas a los problemas básicos de alimentación, vivienda, servicios públicos, educación y salud de la población. Esta visión holística debe ser asumida por todos los Estados del mundo y todas las organizaciones internacionales competentes, que en forma integrada enarboleden como baluarte fundamental la concepción humanística del individuo en aras de alcanzar el auténtico desarrollo de los pueblos del planeta.

Es necesario revelar y enfatizar los diversos factores que, en el período antenatal, intraparto y neonatal afectan a la embarazada, feto y neonato. También, conocer la utilidad del sistema identificador, para detectar embarazos a riesgo. Debemos luchar por aumentar la cobertura de la consulta prenatal e incrementar la vigilancia del parto, éstas son estrategias válidas y clásicas en beneficio del binomio materno-fetal (40).

Debemos analizar los trabajos de investigación con un criterio integral, amplio, mirada de conjunto hacia un grupo poblacional frágil y básico dentro de toda sociedad: las madres y recién nacidos. Si bien no hay un incremento morfológico de desnutrición materna y neonatal, con toda seguridad hay una desnutrición oculta, a nivel bio-celular, la cual debe ser atendida y estudiada en sus diversas facetas, sobre todo en las adolescentes embarazadas (41,42).

REFERENCIAS

1. Peláez J: Adolescente embarazada: Características físicas y riesgos. Disponible en: <http://www.cemera.uchile.d/IIIadolescente.doc>.
2. Issler J: Embarazo en la adolescencia. Rev. Postgrad Cáted VI. Medic. 2001; 107: 11-12.
3. Uzcátegui O: Embarazo de la adolescente precoz. Rev. Obstet Ginecol. 1997;57 (1):19-27.
4. Sileo E, Fernández M, Millán M, Urdaneta J: Medicina del adolescente. Aproximación al adolescente sano. Caracas: publicaciones de OPS, OMS, MSAS; 1992:17-22.

5. Andino N. Salud y estilos saludables de vida en los jóvenes y adolescentes. En: Memorias Parlamento Latinoamericano. Sao Paulo, Brasil.1999.
6. Silber T, Munist M, Magdalena M, Suarez R, Manual de Medicina de la adolescencia. Publicaciones de la OPS, Oficina Regional de la OMS, 1992.
7. Reinoso C, Alcalá M: Leyes y políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FEVAP). División para América Latina y Caribe. 1999. Disponible en http://www.sexualidadjoven.cl/legislación/legislación_monitoreo_cairo_beijing.htm.
8. Dirección de Información Social y Estadísticas. Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social. Registro1998.
9. Florez L, Moya M, Niebles G: Elaboración e Implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y prevención en adolescentes gestantes. Unidad de Investigaciones Departamento de Psicología Universidad Católica de Colombia. Proyecto Docente, 1997.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos. 51º Asamblea Mundial de la Salud, 1998.
11. Embarazo Adolescente. Tasa de fertilidad. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 1995, Disponible en: <http://www.uniceflac.org/español/infancia/embara.htm>
12. Harrison A: Adolescent sexuality and reproductive health within social conflict and reconstruction in South America. Proposal 98222. World Health Organization Social Science Research Initiative on Adolescent Sexual and Reproductive Health. WHO/RHR. WHO, 2001.
13. Díaz E, Polanco E: Incidencia de Aborto en embarazadas adolescentes. 2000. Disponible en: <http://indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/Venezuela/cardon/edicion4ginecologia/embarazo.htm>.
14. Rísquez J. Factores de riesgo biológicos durante la adolescencia. El adolescente y el alto riesgo. En: Memorias XXX Jornadas Nacionales de Pediatría. San Cristóbal, Venezuela.1993.
15. Araujo Agrote M, Arenas S, Portillo F, Becerra A, Gaiti J: Factores biológicos y psicosociales que inciden en el embarazo precoz en adolescentes del municipio Maracaibo. En: Memorias. XXXV Jornadas Nacionales de Pediatría, Maracaibo, Venezuela. 2000.
16. Alatorre J, Taquín L: El embarazo adolescente y la pobreza. En: Bonfil P, Salles C. Eds. Mujeres pobres: Salud y trabajo. México: Gimtrap; 1998:13-130.

17. Monterrosa A, Bello A: Atención Obstétrica en adolescentes menores de 15 años. *Rev. Obstet Ginecol Colomb.* 1996;47(1): 15-21. <https://doi.org/10.18597/rcog.1290>.
18. Sáez García I. Adolescencia y alto riesgo psicosocial. En: *Memorias XXX Jornadas Nacionales de Pediatría, San Cristóbal, Venezuela.*1993.
19. Sileo E. Adolescente y Alto riesgo. En: *Memorias XXX Jornadas Nacionales de Pediatría. San Cristóbal, Venezuela.*1993.
20. Sileo E. Adolescencia etapa de mayor riesgo para enfermedades de transmisión sexual. En: *Memorias XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría, Puerto La Cruz, Venezuela.* 1994.
21. Mondolfi M. Factores biopsicosociales tendientes a un alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En: *Memorias XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría. Puerto La Cruz, Venezuela.*1994.
22. Olivera D. Aspectos relevantes de la clínica y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. En: *Memorias XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría. Puerto La Cruz, Venezuela.* 1994.
23. Dirección Regional de Salud del Estado Zulia Epidemiología: Unidad de Análisis de Situación de Salud. Anuario 2001.
24. Velásquez J. Embarazos en adolescentes en Nueva Esparta. En: *Memorias XXIX Jornadas Nacionales de Pediatría. Porlamar, Venezuela.*1992.
25. Molina L, Rojas M, Díaz A, Sileo E. Factores de riesgo en los adolescentes de la calle. En: *Memorias XXXIII Jornadas Nacionales de Pediatría.1 Lecherías, Venezuela,* 1997.
26. Molina R, Luengo X, Pérez A, Donoso R. Salud sexual y reproductiva del adolescente. *Publicaciones Técnicas Mediterráneo;* 1992:46-60.
27. Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T: Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev Soc Chil Obstet.* 1998; 5 (1):17-28.
28. Vázquez A, Guerra C, Herrera V, De la Cruz F, Almirall A: Embarazo y adolescencia. Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. *Rev Cuban Obstet Ginecol,* 2001; 27 (2): 158-164.
29. Moysen J, Martínez Y, Lechuga A, Ruiz R: Terrones A: Situación psicosocial de las adolescentes y la toxemia del embarazo. *Salud Pública Mex;* 2000:99-105.
30. Núñez H, Rojas A: Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescente en Costa Rica con énfasis en comunidades urbanas pobres. *Rev. Costarr Salud Pública,* 1998; 7(13): 38-54.

31. Shawky S, Milaat W: Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2000; 6(1): 46-54.
32. González A, Sánchez A, Salazar R, Rodríguez Y, Hernández A, Guanipa J, Medina M. El nivel de información sexual y el inicio de la función sexual en adolescentes femeninas. En: *Memorias de XXXV Jornadas Nacionales de Pediatría*. Maracaibo Venezuela. 2000.
33. Goldenring J, Cohen R: Getting into adolescent heads. *Contemporary Pediatrics*, 1998: 75-90.
34. Sáez García I. Magnitud de un enemigo silencioso: enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. En: *Memorias de las XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría*, Puerto La Cruz, Venezuela. 1994.
35. Valdez A, Yáñez G, González C, Vielma H, Padrón Y, Machado R: Adolescencia y sexualidad. *SENEFA*; 1996: 61-71.
36. Galué M, Garófalo N, Nardo A, Rodríguez E, Valenzuela E. Díaz M. El abuso sexual y violación en menores de 15 años de edad. En: *Memorias XXXIII. Jornadas Nacionales de Pediatría, Lecherías, Venezuela*, 1997.
37. Shuster M, Bell R, Petersen L, Kanous D: Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1996; 150: 906-91.
38. Stern C: The meaning and implications of adolescent pregnancy in different socio-cultural contexts in Mexico. Proposal 98127. World Health Organization Social Science Research Initiative on adolescent sexual and reproductive health, WHO/RHR, WHO. 2021.
39. Ehrman W, Matson S: Evaluación de adolescentes respecto a situaciones graves o confidenciales. *Clin Ped NA*, 1998; (2): 169-183.
40. Faneite P, Delgado P, Sablone S, Faneite J, Jesús J, Fagúndez M. ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal? *Rev. Obstet Ginecol Venez* 2003;63(2):61-66.
41. Faneite P, Rivera C, González M, Faneite J, Gómez R, Álvarez L, Linares M. Estudio Nutricional de la embarazada y su neonato. *Rev. Obstet Ginecol*. 2003;63(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000200002.
42. Viegas D. Nutrición durante el embarazo. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. *Clínica Obstétrica*. Editorial Disinlimed CA. 2001:145-155.

Servicios médicos obstétricos en redes sociales. Implicaciones éticas, legales y filosóficas

Dres. Freddy Bello Rodríguez¹, Norma Marchan Pérez², Carlos Cabrera Lozada³,
[Comisión de Bioética y Praxis Médica de la Academia Nacional de Medicina](#)

RESUMEN

La creciente promoción de rifas y concursos en redes sociales para ofrecer servicios médicos obstétricos en moneda extranjera ha generado preocupación ética, gremial y legal en Venezuela. Esta práctica, que convierte el acto médico en objeto de consumo, vulnera principios fundamentales del Código de Deontología Médica, la Ley del Ejercicio de la Medicina y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. El objetivo de este análisis es examinar las implicaciones éticas, filosóficas y jurídicas de tales publicaciones, considerando además el impacto simbólico y social que conllevan. Se empleó una metodología hermenéutica y documental, con revisión normativa nacional e internacional, análisis de contenido gremial y reflexión bioética desde una perspectiva personalista e intercultural. Los resultados evidencian que estas prácticas constituyen una forma de violencia obstétrica simbólica, deshumanizan el acto médico, violan el secreto profesional y promueven desigualdad en el acceso a la salud. La discusión plantea que la medicina no puede ser reducida a transacción ni espectáculo, sino que debe mantenerse como vocación de servicio, guiada por la dignidad humana, el respeto a la autonomía del paciente y el compromiso social. Se concluye que es urgente reforzar la vigilancia ética, actualizar las normativas sobre publicidad médica y promover una cultura profesional centrada en valores humanistas.

Palabras clave: ética médica, violencia obstétrica, bioética intercultural, publicidad médica, dignidad humana

¹ Médico Obstetra Ginecólogo. Investigador. Docente Ad honorem UCS. Presidente Comité de Bioética Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos
<https://orcid.org/0000-0001-8196-7579>

² Ginecóloga Infantil Juvenil. Obstetra Ginecóloga.
<https://orcid.org/0000-0002-3779-2430>

³ PhD. Individuo de Número Sillón VII. Academia Nacional de Medicina
<https://orcid.org/0000-0002-3133-5183>

SUMMARY

The growing promotion of raffles and contests on social media offering obstetric medical services in foreign currency has raised ethical, professional, and legal concerns in Venezuela. This practice, which turns the medical act into a consumer object, violates fundamental principles of the Medical Code of Ethics, the Law on the Practice of Medicine, and the Organic Law on the Right of Women to a Life Free from Violence. The aim of this analysis is to examine the ethical, philosophical, and legal implications of such publications, while also considering their symbolic and social impact. A hermeneutic and documentary methodology was employed, including a review of national and international regulations, professional content analysis, and bioethical reflection from a personalist and intercultural perspective. The results show that these practices constitute a form of symbolic obstetric violence, dehumanize the medical act, breach professional confidentiality, and promote inequality in access to healthcare. The discussion argues that medicine cannot be reduced to a transaction or spectacle, but must remain a vocation of service, guided by human dignity, respect for patient autonomy, and social commitment. It is concluded that there is an urgent need to strengthen ethical oversight, update regulations on medical advertising, and promote a professional culture centered on humanistic values.

Keywords: medical ethics, obstetric violence, intercultural bioethics, medical advertising, human dignity.

INTRODUCCIÓN

En la última semana, se ha observado en redes sociales la proliferación de publicaciones que promueven rifas, concursos y ofertas de servicios médicos obstétricos —incluyendo consultas, ecografías e intervenciones quirúrgicas— en moneda extranjera. Esta práctica ha generado preocupación en el gremio médico, especialmente tras el pronunciamiento del Tribunal Disciplinario del Colegio de Médicos del Estado Aragua, que reafirma el carácter ético, humanista y no lucrativo de la medicina como profesión. El presente análisis tiene como objetivo examinar las implicaciones éticas, legales, filosóficas y sociales de esta práctica, a la luz del Código de Deontología Médica, la Ley del Ejercicio de la Medicina, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la legislación cambiaria venezolana y los principios fundamentales de la bioética.

Violaciones al Código de Deontología Médica

El Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana no es simplemente un conjunto de normas; es la expresión viva de un pacto moral

que vincula al médico con la humanidad. En sus principios se consagra una ética del cuidado, fundada en la honestidad, el respeto irrestricto a la dignidad humana, la responsabilidad social y una vocación de servicio que trasciende el interés individual (1). En este marco, la promoción de rifas, concursos y ofertas comerciales para servicios médicos obstétricos representa una ruptura profunda con el *ethos* profesional.

La mercantilización del acto médico —al convertirlo en objeto de consumo o premio— despoja al encuentro clínico de su dimensión humana (base de nuestra profesión) y lo reduce a una transacción. El acto médico no puede ser rifado, sorteado ni ofertado como si se tratara de un bien fungible. Cada consulta, cada intervención quirúrgica, cada diagnóstico, implica una responsabilidad ética que nace del reconocimiento del otro como sujeto de derechos, no como cliente.

La publicidad engañosa y antiética, al inducir al público a solicitar procedimientos sin evaluación profesional previa, vulnera el principio de prudencia clínica. La medicina no se ejerce desde el espectáculo ni desde la seducción comercial, sino desde la escucha, el discernimiento y la indicación responsable. Promover servicios médicos como parte de un “combo” o “descuento” trivializa la complejidad del diagnóstico y el tratamiento, y pone en riesgo la salud de quienes confían en tales ofertas.

La violación del secreto médico es aún más grave cuando se expone públicamente la posibilidad de acceder a servicios personalizados mediante rifas. La confidencialidad no es un formalismo: es el resguardo ético de la intimidad del paciente, el espacio donde se deposita la vulnerabilidad humana. Rifar la dignidad de la mujer y del producto de la concepción es profanar ese espacio.

Finalmente, el desprestigio gremial que estas prácticas generan no solo afecta la imagen del médico individual, sino que erosiona la confianza social en la medicina como profesión. Cuando el acto médico se banaliza, toda la comunidad médica se ve comprometida. La medicina no puede perder su rostro humano ni su voz ética. Debe mantenerse como una práctica noble, guiada por principios que no se negocian ni se sortean.

En tiempos donde la lógica del mercado amenaza con colonizar todos los espacios, el médico está llamado a resistir desde la ética, a recordar que sus saberes, conocimientos y competencias no son una mercancía, sino servicio público digno y honorable; que su vocación no es espectáculo de exhibición y mercadotecnia, sino entrega; y que su compromiso no es con el lucro, sino con los seres humanos y primordialmente con la vida.

Infracciones a la Ley del Ejercicio de la Medicina

La Ley del Ejercicio de la Medicina, promulgada como instrumento jurídico para preservar la integridad de la práctica médica en Venezuela, consagra la medicina como un servicio público de interés social, orientado al bienestar colectivo y no al beneficio económico individual (2). Esta ley no solo regula el acceso al ejercicio profesional, sino que establece un marco ético que protege la relación médico-paciente como vínculo de confianza, responsabilidad y respeto. En este contexto, la promoción de rifas, concursos y ofertas comerciales para servicios médicos obstétricos representa una transgresión directa a su espíritu y letra que dio origen a su concepción.

El Artículo 2 de la ley define el ejercicio médico como la prestación de atención médica preventivo-curativa [...] mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, reducción de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social [...] la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia en las ciencias médicas. Por lo tanto, como una actividad de interés social, lo que implica que su finalidad no puede estar subordinada a fines comerciales. La medicina, en tanto servicio esencial, no puede ser instrumentalizada como estrategia de mercado. Rifarla es despojarla de su carácter público y convertirla en objeto de consumo, lo cual contradice su naturaleza jurídica y ética.

El Artículo 4 establece que la práctica médica debe regirse por principios científicos, éticos y competencias profesionales estableciendo los requisitos de quienes debe ejercer como agentes de salud, la exigencia de múltiples inscripciones institucionales refuerza la legalidad del ejercicio, pero también puede excluir a quienes ejercen desde saberes ancestrales o comunitarios sin títulos universitarios. Esto abre una ventana para discutir justicia epistémica y pluralismo médico. Esto excluye cualquier forma de promoción que trivialice el acto médico o lo presente como recompensa azarosa. La indicación médica no puede depender de una rifa ni de una oferta, sino de una evaluación clínica rigurosa, contextualizada y personalizada. Convertir procedimientos médicos en premios es una forma de banalización que pone en riesgo la salud y la dignidad del paciente.

El Artículo 8 prohíbe el ejercicio médico sin el cumplimiento de los requisitos legales y gremiales, entre ellos la adhesión al Código de Deontología Médica. Las promociones en redes sociales que ofrecen servicios médicos sin control institucional ni respaldo ético constituyen una práctica irregular que vulnera el orden profesional y expone al paciente a riesgos innecesarios.

En cuanto a la publicidad médica, la ley guarda silencio sobre su uso en contextos comerciales, lo que debe interpretarse como una prohibición implícita.

La ausencia de regulación específica no autoriza la promoción indiscriminada de servicios médicos como parte de concursos o rifas. Por el contrario, refuerza la necesidad de actuar con prudencia, sobriedad y respeto por la dignidad del acto médico.

La medicina no es espectáculo ni mercancía, es una práctica regulada por leyes que buscan proteger la vida, la salud y la confianza de la población. Cuando se vulnera ese marco legal, no solo se infringe una norma: se traiciona el pacto social que sostiene la profesión médica como vocación de servicio y compromiso con el bien común.

Transgresiones a la Ley de Parto Humanizado y Violencia Obstétrica

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (3) reconoce la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género, visibilizando prácticas que históricamente han sido normalizadas en el ámbito médico. En su artículo 15, numeral 13, esta ley define la violencia obstétrica como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, mediante prácticas que vulneran su autonomía y capacidad de decisión”. Esta definición no solo denuncia el abuso físico o verbal, sino también las formas simbólicas y estructurales de dominación que se ejercen bajo el ropaje de la atención médica. Las rifas y promociones obstétricas constituyen una forma insidiosa de esta violencia, al inducir a mujeres a someterse a procedimientos sin una evaluación clínica rigurosa ni un consentimiento informado genuino. El consentimiento, en tanto expresión de autonomía, debe ser libre, consciente y contextualizado; no puede ser sustituido por la ilusión de un premio ni por la presión de una oferta comercial. Esta práctica vulnera el principio bioético de autonomía, uno de los pilares *prima facie* que exige respetar la capacidad de decisión de cada persona sobre su cuerpo y su salud.

La deshumanización del parto se manifiesta cuando el proceso de dar vida se convierte en objeto de transacción. Al mercantilizar la atención obstétrica, se despoja a la mujer de su protagonismo, reduciendo su experiencia a una prestación técnica desligada de su dimensión emocional, espiritual y cultural. Esto contraviene el principio de beneficencia, que exige procurar el bien del paciente en todas sus dimensiones, y el de no maleficencia, que obliga a evitar daños físicos, psicológicos y simbólicos.

La instrumentalización del cuerpo femenino bajo lógicas de mercado refuerza patrones de violencia estructural que perpetúan la desigualdad de género [4]. En lugar de promover el cuidado, se promueve el consumo; en lugar de acompañar, se oferta. Esta distorsión ética atenta contra el principio de justicia, que demanda equidad en el acceso, trato y respeto a los derechos de todas las personas, especialmente de aquellas históricamente vulneradas.

Consideraciones Filosóficas y Morales

Desde una perspectiva de bioética personalista, el acto médico no es una prestación técnica, sino un encuentro entre personas que se reconocen mutuamente en su dignidad. La atención obstétrica, en particular, debe ser guiada por el respeto profundo a la mujer como sujeto de derechos, portadora de vida y protagonista de su proceso reproductivo. Rificarla, promocionarla o trivializarla equivale a desfigurar su sentido ético y humano.

Dignidad humana: La salud no puede ser objeto de espectáculo ni de comercio. Convertirla en premio es banalizar la vida, despojarla de su sacralidad y reducirla a una mercancía. El principio de respeto por la dignidad exige que cada acto médico sea realizado con reverencia por la vida y por la historia de cada paciente. En el contexto digital contemporáneo, la dignidad humana se presenta como un principio ético y jurídico irrenunciable, incluso frente a publicaciones no científicas que circulan libremente en redes sociales. Esta condición no depende del medio ni del formato, sino de su carácter inherente a la persona. El Código Civil del Perú establece que “el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad, al honor y demás inherentes a la persona humana son irrenunciables y no pueden ser objeto de cesión” (art. 5), lo que reafirma que la dignidad no puede ser negociada ni trivializada, aun en espacios informales de comunicación pública [5].

La dignidad humana, como fundamento de los derechos humanos, exige ser reconocida en toda forma de expresión, incluyendo aquellas que no se ajustan a criterios científicos. Sánchez Rubio propone una mirada intercultural y no colonial de los derechos humanos, advirtiendo que su universalidad no debe reducirse a una visión normativista occidental, sino abrirse a formas diversas de lucha por la dignidad desde las culturas locales [6]. En este sentido, las publicaciones en redes sociales, aunque no académicas, pueden ser vehículos legítimos de reivindicación ética, siempre que respeten la inviolabilidad de lo humano. La Universidad Carlos III de Madrid subraya que “el valor de la dignidad humana es irrenunciable” y debe orientar toda interacción, incluso en entornos digitales marcados por la brevedad y la viralidad [7]. La velocidad de las redes sociales no justifica la banalización de los principios éticos; al contrario, exige una conciencia crítica que permita transformar estos espacios en escenarios de respeto. Reconocer la dignidad como principio no negociable implica asumir una responsabilidad ética en cada publicación, sin importar su carácter científico o informal. La dignidad humana, como valor supremo del orden jurídico venezolano, ha sido abordada por diversos autores desde perspectivas hermenéuticas y constitucionales. Abello García (2023) [8] sostiene que la dignidad constituye la base de los derechos humanos y exige reconocimiento universal, incluso en espacios informales como las redes sociales, donde su vulneración puede ocurrir bajo discursos no científicos que trivializan lo humano. Esta visión se articula con el artículo 2 de la Constitución de la República

Bolivariana de Venezuela, que consagra la preeminencia de los derechos humanos como valor supremo del Estado.

Desde una mirada más filosófica y teológica, González Tubiñez (2025) propone una meta síntesis que vincula la dignidad humana con el Magisterio de la Iglesia y el ordenamiento constitucional venezolano. Afirma que la dignidad no es una noción clasificatoria ni negociable, sino la fuente moral de todos los derechos fundamentales, cuya protección exige cambios internos y externos en la sociedad, incluyendo los espacios digitales donde circulan discursos públicos no científicos. [9]

Por su parte, Sosa Gómez (2020) destaca que los principios y valores constitucionales venezolanos deben acompañar toda argumentación sobre violaciones a los derechos humanos. En este sentido, la dignidad humana no puede ser relativizada por el tipo de medio o formato de publicación, ya que constituye un eje normativo transversal que impregna la identidad democrática del país [10]

Responsabilidad moral del médico: Más allá de la ley, el profesional de la salud tiene un compromiso ético con la comunidad. Este compromiso implica actuar con prudencia, sensibilidad y educación, reconociendo que cada intervención médica es también una intervención en la biografía de una persona. La ética médica no se limita al cumplimiento normativo, sino que se expresa en la calidad del cuidado, en la escucha activa y en la presencia respetuosa.

Sabiduría popular: Refranes como “la salud no se vende, se cuida” condensan una ética comunitaria que resiste la lógica mercantilista. Estos saberes, transmitidos oralmente, reflejan una comprensión profunda del cuidado como acto de amor, reciprocidad y responsabilidad. Integrar esta sabiduría en la práctica médica es reconocer que la ética no solo se aprende en libros, sino también en la voz del pueblo.

En suma, la promoción comercial de servicios obstétricos no solo infringe leyes, sino que vulnera principios éticos fundamentales. La bioética contemporánea, en diálogo con la sabiduría popular, nos recuerda que el buen cuidado no se oferta: se cultiva con respeto, se ejerce con moral a toda prueba, y se enseña con filosofía encarnada en cada gesto clínico.

Implicaciones Legales del Uso de Moneda Extranjera en Promociones Médicas

En el marco constitucional venezolano, el uso de moneda extranjera en actividades comerciales, especialmente en el ámbito de la salud, debe ser abordado con extrema cautela y conocimiento riguroso del ordenamiento jurídico vigente. El Artículo 318 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece

de manera inequívoca que el Bolívar es la unidad monetaria de curso legal en el país (11). Esta disposición no es meramente simbólica: constituye un principio rector de la política económica nacional, orientado a preservar la soberanía monetaria y garantizar la transparencia en las transacciones.

Si bien el **Convenio Cambiario N° 1** permite la libre convertibilidad de divisas dentro de ciertos márgenes legales (12), ello no implica una liberalización absoluta ni una autorización tácita para su uso indiscriminado en promociones comerciales. En el caso específico de los servicios médicos, el uso de divisas extranjeras como medio de promoción o pago debe ser evaluado bajo el prisma de la legalidad, la equidad y la ética profesional.

Ilícitos cambiarios: La Ley del Régimen Cambiario y sus Ilícitos establece que toda operación comercial en moneda extranjera debe contar con la debida autorización del Banco Central de Venezuela. Promocionar servicios médicos en divisas sin este respaldo constituye una infracción que puede ser sancionada administrativa o penalmente. Es imperativo que los profesionales de la salud conozcan estas disposiciones, no solo para evitar consecuencias legales, sino para preservar la legitimidad de su ejercicio profesional.

Publicidad engañosa: Ofrecer servicios médicos en moneda extranjera sin una regulación clara puede inducir al público a asumir costos que no están protegidos por ninguna garantía institucional. Esta práctica vulnera el derecho del paciente a recibir información veraz, completa y transparente, y puede configurar una forma de publicidad engañosa, sancionable bajo la legislación de protección al consumidor. En el ámbito médico, donde la confianza es un pilar fundamental, este tipo de prácticas erosiona la relación médico-paciente y compromete la ética del cuidado.

Desigualdad social: La promoción de servicios médicos en divisas excluye de facto a amplios sectores de la población que no tienen acceso a moneda extranjera. Esta exclusión contradice el principio de equidad en salud, consagrado en múltiples instrumentos legales y bioéticos, que exige garantizar el acceso universal, justo y proporcional a los servicios sanitarios. En un país marcado por profundas desigualdades económicas, esta práctica no solo es legalmente cuestionable, sino moralmente reprochable.

En este sentido, se hace un llamado respetuoso pero firme a todos los actores del sistema de salud —profesionales, instituciones, comunicadores y promotores— a conocer y respetar el marco legal vigente. La ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento, y en el ámbito médico, donde se custodia la vida y la dignidad humana, el respeto a la normativa debe ser absoluto. Promover servicios médicos en moneda extranjera sin el debido respaldo legal no es solo una infracción administrativa: es una forma de desvirtuar el carácter público, ético

y equitativo de la medicina. La ley no es un obstáculo, sino una guía para ejercer con responsabilidad, justicia y respeto por el bien común.

RECOMENDACIONES:

Ante la creciente proliferación de prácticas que desvirtúan el ejercicio médico —como la promoción comercial de servicios obstétricos mediante rifas, concursos o el uso de moneda extranjera— se impone un llamado urgente, no solo a la corrección normativa, sino a la renovación ética y educativa de todos los actores involucrados en el cuidado de la salud. La medicina no puede ser reducida a una transacción ni a una estrategia de mercado. Es, ante todo, una vocación de servicio, una práctica guiada por la dignidad humana, el respeto profundo y una moral a toda prueba.

- *A los gremios médicos y de salud*

Los colegios, asociaciones y federaciones médicas y de salud que tienen la responsabilidad histórica de custodiar la ética profesional. No basta con emitir comunicados: se requiere fortalecer los mecanismos de vigilancia, establecer protocolos claros de sanción ante prácticas antiéticas y promover espacios de reflexión continua sobre el sentido moral del ejercicio médico. La ética no es un apéndice del conocimiento técnico, sino su fundamento. Los gremios deben ser guardianes de ese fundamento, actuando con firmeza, justicia y pedagogía.

- *A las universidades y sociedades científicas*

La formación médica debe trascender lo técnico y lo biomédico. Es urgente incorporar en los planes de estudio contenidos sólidos en bioética intercultural, parto humanizado, ética profesional y derechos humanos en salud. La educación médica debe formar profesionales capaces de pensar críticamente, dialogar con la diversidad cultural, y ejercer con sensibilidad social. Las sociedades científicas, por su parte, deben promover investigaciones que visibilicen las prácticas éticas y denunciar aquellas que vulneran la dignidad del paciente. La ciencia sin conciencia es una forma de poder sin alma.

- *A los legisladores*

El marco legal que regula la publicidad médica y el comercio en salud requiere una revisión profunda y actualizada. Las nuevas dinámicas digitales, el uso de redes sociales y la dolarización informal han generado vacíos normativos que deben ser abordados con urgencia. Se necesita una legislación que proteja al paciente, regule la promoción de servicios médicos, y sancione las prácticas que atenten contra la equidad, la transparencia y la ética. Pero más allá de la ley, se requiere voluntad

política para colocar la salud como prioridad pública y no como oportunidad de negocio.

- *A la sociedad civil*

La ciudadanía tiene un papel fundamental en la construcción de una cultura de respeto hacia la salud. Promover el cuidado como derecho humano, denunciar las prácticas que lo mercantilizan, y exigir servicios médicos éticos y humanizados son formas de participación activa. La sabiduría popular, expresada en refranes como “la salud no se vende, se cuida”, debe ser reivindicada como ética comunitaria. La salud no es un lujo ni un premio: es un bien común que debe ser protegido por todos.

- *Una ética del cuidado como horizonte*

Este llamado no busca señalar culpables, sino despertar conciencias. La medicina, en su forma más noble, es un acto de cuidado, de encuentro humano, de responsabilidad compartida. Requiere educación continua, respeto profundo y una moral que no se negocia. En tiempos de crisis, la ética no es un lujo: es el faro que nos permite seguir siendo médicos, no solo por título, sino por convicción.

CONCLUSIÓN

La rifa de servicios médicos obstétricos en redes sociales no es una simple irregularidad: es una manifestación alarmante de la pérdida de sentido ético en el ejercicio profesional. Esta práctica vulnera no solo normas legales y gremiales, sino también los fundamentos filosóficos que sostienen la medicina como vocación de servicio, encuentro humano y acto de cuidado. Convertir el acto médico en espectáculo o mercancía es despojarlo de su esencia, trivializar la vida y erosionar la confianza que la sociedad deposita en quienes han jurado protegerla.

La medicina, en su forma más elevada, no se negocia ni se promociona: se honra. Es una práctica que exige educación continua, respeto profundo y una moral que no se doblega ante las modas ni las presiones del mercado. El profesional de la salud no es un comerciante de servicios, sino un custodio de la dignidad humana. Cada consulta, cada parto, cada gesto clínico debe ser expresión de ese compromiso irrevocable con la vida, la justicia y el bien común.

Desde una perspectiva bioética personalista y contemporánea, el acto médico debe ser guiado por los principios *prima facie* de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, pero también por una ética del cuidado que reconozca la dimensión espiritual, cultural y comunitaria del paciente. En este sentido, la sabiduría popular, los valores humanistas y la filosofía del respeto deben ser parte integral de la formación y la praxis médica.

Como expresó San Juan Pablo II, en una de sus más profundas reflexiones sobre la dignidad humana:

“La dignidad de la persona humana no se pierde nunca, ni siquiera cuando se encuentra en situaciones de sufrimiento, marginación o enfermedad. Es precisamente entonces cuando debe ser reconocida con mayor fuerza.” — Evangelium Vitae, 1995 [13]

Esta cita nos interpela como médicos, como educadores, como ciudadanos. Nos recuerda que la dignidad no es un concepto abstracto, sino una realidad viva que debe ser protegida en cada acto clínico, en cada decisión profesional, en cada palabra que pronunciamos. Rifarla, comercializarla o banalizarla es traicionar nuestra vocación.

Por ello, esta revisión documental no solo denuncia una práctica, sino que propone una renovación ética, educativa y cultural del ejercicio médico. Una medicina que vuelva a mirar al paciente como persona, al parto como acto sagrado, y al cuidado como expresión de amor y responsabilidad. Porque en tiempos de confusión, la ética no es una opción: es el camino que nos permite seguir siendo verdaderamente humanos.

REFERENCIAS

1. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Caracas: FMV; 2003. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-de-deontologia-medica.pdf>.
2. República Bolivariana de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 3.002; 1982. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/estatales/miranda/leyes/ley-de-ejercicio-de-la-medicina-1982.pdf>.
3. República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial N° 38.668; 2007.
4. González Blanco M, Toro Merlo J. Atención de parto respetado en Venezuela: fundamentos legales. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(3):329–334. DOI: 10.51288/00840314. 1.
5. Universidad Carlos III de Madrid. El irrenunciable valor de la dignidad humana [Internet]. Madrid: UC3M; [fecha desconocida].
6. Sánchez Rubio D. Derechos humanos, no colonialidad y otras luchas por la dignidad: una mirada parcial y situada. Campo Jurídico: Revista de Direito Agroambiental e Teoria do Direito. 2015;3(1):181–213.

7. Pacheco Zerga. La irrenunciabilidad de derechos en el nuevo modelo procesal laboral [Internet]. Universidad de Piura; 2019.
8. González Tubiñez J. Dignidad y Derechos Humanos: Una metasíntesis en el contexto venezolano. En: Memoria de la Jornada Técnico Científica Universidad Rafael Urdaneta. Libros URU; 2025. p. 181–189.
9. Abello García LE. La dignidad humana. Una aproximación hermenéutica de lo ético jurídico de los Derechos Humanos al Estado democrático social de derecho y de justicia. *Iurídica*. 2023;7.
10. Sosa Gómez C. Los principios y valores constitucionales aseguran la vigencia de la Constitución y de los derechos humanos. *Revista Derecho Público*. 2020;(163–164):302–308.
11. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 36.860; 1999.
12. Banco Central de Venezuela. Convenio Cambiario N° 1. Caracas: BCV; 2018. Disponible en: https://www.bcv.org.ve/system/files/documentos_juridicos/convenio_cambiario_ndeg_1_de_fecha_7-09-2018_1.pdf.
13. Juan Pablo II. *Evangelium Vitae*: sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana; 1995. Disponible en: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html.

Los principios de las 3R en la relación médico-paciente: Una perspectiva bioética

Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez¹, Jelv Vicente Gómez Marín²,
Carlos Ramón Cabrera Lozada³, Pedro Faneite Antigue⁴, Sigfrido Miranda Sarabia⁵
[Comisión de Bioética y Praxis Médica de la Academia Nacional de Medicina](#)

RESUMEN

La medicina no es solo ciencia, es arte, es encuentro, es diálogo. 3R—Reemplazo, Reducción y Refinamiento—originalmente concebidos para la ética en la experimentación animal, pueden adaptarse para fortalecer la interacción clínica desde una perspectiva bioética; su esencia puede trasladarse al ámbito clínico para fortalecer la atención médica basada en la dignidad, el respeto y la optimización de recursos. La integración de estos principios en la era digital, fortalece la autonomía del paciente, optimiza recursos y mejora la calidad de la atención, alineándose con los valores fundamentales de la bioética.

Palabras clave: bioética, 3R, relación médico-paciente, reemplazo, reducción, refinamiento.

-
1. Médico especialista en obstetricia y ginecología, bioestadística y bioética. Presidente Comité Bioética en Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramos”. ORCID: 0000-0001-8196-7579.
 2. MSc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-4833-5160.
 3. PhD en Ciencias de la Salud, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Sillón VII. ORCID: 0000-0002-3133-5183.
 4. PhD en Ciencias Médicas. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Director fundador del Programa de Especialización de Perinatología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Universidad de Carabobo. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Sillón XX. ORCID: 0000-0003-1924-7663.
 5. Médico Especialista en Oftalmología, Presidente de la Sociedad de Oftalmología de Venezuela. Maestrante en Bioética, CENABI. ORCID: 0000-0002-5051-1752

SUMMARY

Medicine is not just science, is art, is an encounter, is about dialogue. 3R-Replacement, Reduction and Refinement- originally conceived for ethics in animal research, may be adapted to strengthen the clinical interaction since a bioethical perspective; its essence can be translated to the clinical practice reinforcing the medical care based on dignity, respect and resource optimization. This principles integration, fortifies patient's autonomy, optimizes resources and improves the quality of care, aligning with bioethics fundamental values.

Keywords: bioethics, 3R, physician-patient relationship, replacement, reduction, refinement.

INTRODUCCIÓN

La medicina no es solo ciencia; es arte, es encuentro, es diálogo, más aún en la sociedad del conocimiento y la información, bajo el influjo de las redes sociales con las características propias de la práctica profesional en América Latina y el Caribe (1-5). En cada consulta, en cada mirada compartida entre médico y paciente, se teje una historia cargada de emociones y sentimientos nobles que va más allá de diagnósticos y tratamientos. En el presente, esta relación se ha vuelto más dinámica, influenciada por las redes sociales, tecnologías digitales e inteligencia artificial (IA) (1-5). Es aquí donde los principios de las 3R—Reemplazo, Reducción y Refinamiento—pueden iluminar el camino hacia una práctica más ética y humana (6).

La relación médico-paciente es el eje central de la práctica médica y debe sustentarse en principios éticos que garanticen el respeto, la dignidad y la eficiencia en la atención. En este contexto, los principios de las 3R—Reemplazo, Reducción y Refinamiento—originalmente concebidos para la ética en la experimentación animal (6), pueden adaptarse para fortalecer la interacción clínica desde una perspectiva bioética; su esencia puede trasladarse al ámbito clínico para fortalecer la atención médica basada en la dignidad, el respeto y la optimización de recursos. La conexión con la bioética radica en la necesidad de que cada acción médica respete los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (1-5).

DESARROLLO

1. **Reemplazo:** más allá de la técnica, hacia la humanización digital.

En este sentido, imagina a un médico que, en lugar de limitarse a protocolos rígidos, busca alternativas que respeten la dignidad del paciente que ha depositado

en él su confianza y fe. Reemplazar no significa abandonar la ciencia, sino integrarla con la empatía. Es el médico que, en lugar de una batería de pruebas innecesarias, escucha con atención y permite que la historia clínica guíe el diagnóstico. Hoy las consultas virtuales, los algoritmos predictivos y las aplicaciones de salud permiten un acceso más equitativo a la atención médica reduciendo barreras geográficas y económicas; sin embargo, la digitalización no debe sustituir el contacto humano, sino complementarlo, asegurando que la tecnología sirva como un puente y no como un obstáculo en la relación médico-paciente. Es el uso de tecnologías que minimizan el dolor, la promoción de decisiones compartidas y el respeto por la autonomía del paciente (1-5).

El principio de reemplazo implica sustituir prácticas que puedan generar sufrimiento innecesario por enfoques más humanistas y centrados en la autonomía del paciente (6). En la medicina clínica, esto se traduce en la promoción de herramientas digitales, modelos predictivos y estrategias de comunicación efectiva que minimicen intervenciones invasivas y favorezcan decisiones informadas.

En el contexto médico-paciente, este reemplazo puede traducirse en la transición hacia métodos más humanistas y menos invasivos. Implica sustituir enfoques tradicionales que puedan generar sufrimiento por alternativas más compasivas y centradas en la autonomía del paciente (1-8). Por ejemplo, promover herramientas digitales y modelos predictivos para minimizar intervenciones invasivas cuando sea posible.

2. Reducción: arte de la prudencia, minimización de riesgos, medicalización y, sobre todo, medicina basada en evidencia:

La reducción no es solo una cuestión de eficiencia, sino de ética (6).

En un mundo donde la medicalización excesiva amenaza con convertir la salud en un mercado, el médico prudente sabe que menos puede ser más, que quiere y debe escuchar con atención, analizar con rigor y actuar con equilibrio. Sabe que cada decisión suya impacta vidas y por ello, combina ciencia con humanidad, recordando que su guía es la ética, su herramienta el conocimiento y su mayor virtud la empatía (1-5).

Es el cirujano que evita una intervención innecesaria, el clínico que no receta por inercia, el especialista que reconoce que la salud no siempre se encuentra en una pastilla. La IA ha demostrado ser una herramienta poderosa para optimizar diagnósticos y tratamientos, reduciendo pruebas innecesarias y mejorando la precisión clínica. Por ejemplo, los sistemas de autoaprendizaje automático pueden analizar grandes volúmenes de datos para identificar patrones de enfermedades, evitando sobrecarga de exámenes y procedimientos invasivos. No obstante, la

supervisión humana sigue siendo el norte o paradigma en el cual las decisiones médicas básicamente sean éticamente responsables y centradas en el paciente (1-5, 7, 8).

Reducir es respetar el cuerpo, la historia y la voluntad del paciente, evitando el sufrimiento innecesario. Este principio se vincula con la necesidad de minimizar riesgos y procedimientos innecesarios, evitando la medicalización excesiva y promoviendo una medicina basada en evidencia. En la relación médico-paciente, significa reducir pruebas diagnósticas innecesarias, tratamientos excesivos y la prolongación artificial de la vida cuando no hay beneficios reales, respetando el principio de proporcionalidad terapéutica (7, 8).

Reducir procedimientos innecesarios es clave para evitar la sobrecarga terapéutica y la medicalización excesiva. La bioética exige que cada intervención sea proporcional y basada en evidencia, evitando pruebas diagnósticas redundantes y tratamientos sin beneficio real. Este enfoque optimiza recursos y protege la integridad del paciente (1-5, 7, 8).

3. Refinamiento: excelencia en el encuentro humano, calidad en la atención y empatía.

Aquí entra la mejora continua en la calidad del trato, la comunicación efectiva y la personalización de la atención. Refinar la relación médico-paciente implica un compromiso con la empatía, la educación y la creación de un ambiente de confianza y respeto mutuo, asegurando que las intervenciones sean intervenciones sean lo más prolijo (1-6). El refinamiento se relaciona con la mejora continua en la calidad del trato médico. La comunicación efectiva, la educación del paciente y la creación de un ambiente de confianza son esenciales para garantizar una atención ética y respetuosa. La bioética exige que el médico no solo cure, sino que también consuele y acompañe al paciente en su proceso de salud (7, 8).

Refinar la relación médico-paciente es reconocer que cada consulta es un acto único de confianza, ahora amplificado por las redes sociales y plataformas digitales; la educación médica ha encontrado en estas herramientas un aliado para la divulgación científica y prevención de las enfermedades. Sin embargo, también han surgido desafíos, como la proliferación de información médica no verificada y la necesidad de proteger la privacidad del paciente de los entornos digitales (1-5).

La ética médica exige a los profesionales que dominen estas tecnologías, asegurando que la comunicación digital sea clara, accesible y basada en evidencia. . Es el médico que no solo cura, sino que consuela. Es la enfermera que, con una palabra amable, transforma la experiencia del paciente. Es el especialista que explica con claridad, que educa, que acompaña. Refinar es mejorar la comunicación, es

hacer de cada encuentro una oportunidad para fortalecer la relación terapéutica (1-5).

CONCLUSIONES

La aplicación de los principios de las 3R (Reducir, Reutilizar, Reciclar) en la relación médico-paciente en la era digital promueve una medicina más humana, ética y eficaz, mejorando la autonomía del paciente, optimizando el uso de recursos y fortaleciendo la confianza, lo que resulta en una atención más centrada en la persona de forma equitativa.

La Humanidad en la Medicina Digital

- **La medicina no es solo técnica:**

Los principios de las 3R nos recuerdan que la medicina es fundamentalmente una actividad humana, incluso en un contexto digital.

- **Ética y compromiso:**

La validación de la práctica médica debe incluir un compromiso ético que priorice los valores y la dignidad del paciente.

Fortalecimiento de la Relación Médico-Paciente

- **Autonomía del paciente:**

La integración de las 3R fortalece la capacidad de los pacientes para participar activamente en las decisiones sobre su salud.

- **Optimización de recursos:**

Se optimizan los recursos de salud, lo que se alinea con el principio de bioética de la justicia.

- **Mejora de la calidad:**

La aplicación de estos principios mejora la calidad general de la atención médica.

Tecnología como Herramienta

- **Herramienta de confianza y precisión:**

La tecnología debe ser utilizada para fortalecer la confianza entre médico y paciente, y para mejorar la precisión en el diagnóstico y tratamiento.

- **Atención equitativa:**

La tecnología puede ser una herramienta para garantizar una atención médica más equitativa, donde los beneficios lleguen a todos.

Un Acto de Responsabilidad Ética

- **Compromiso con la dignidad:**

Aplicar las 3R en la relación médico-paciente es un acto de responsabilidad ética, demostrando un compromiso con la dignidad y el bienestar del paciente.

REFERENCIAS

1. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi-Venturoni M, editores. Colección Razetti. Volumen XXVII. Caracas: Editorial Ateproca. 2023. p. 139-77.
2. Gómez J, Cabrera Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. *Gac Méd Caracas*. 2023; 131(2):434-448. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.
3. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez*. 2023; 83(4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.
4. Gómez J, Cabrera C, Grupo de Especialistas “Red COVID-19 y gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2020; 80 (Suppl): S56-S69.
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press; 2013.
6. Pontificia Universidad Católica de Chile. Principios de las 3Rs. Ética y seguridad en investigación. Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet] 2025 [consultado 29 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://eticayseguridad.uc.cl/programa-cuidado-animal/principio-3-rs.html>.
7. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. peru. ginecol. obstet*. [Internet]. 2017 [consultado 29 de agosto de 2025]; 63(4): 555-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007&lng=es.

8. Pfeiffer ML, Molinari L. Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina. *Rev. amer. med. respiratoria* [Internet]. 2013 [consultado 29 de agosto de 2025]; 13(3): 152-5. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2013000300007&lng=es.