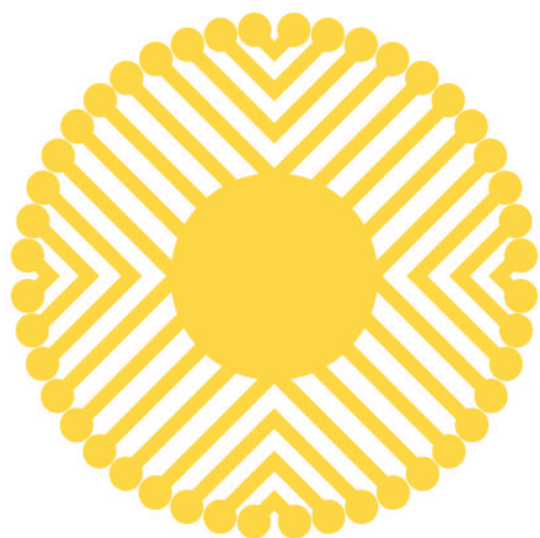




Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna

Fundada en Abril de 1985

Volumen 37

CONTENIDO Nº 2

2021

EDITORIALES

1. Primer Congreso Virtual de la SVMI. Una nueva experiencia.

Virginia A. Salazar Matos31 - 32

2. La Autonomía Universitaria en la Historia.

A trescientos años de la creación de la Universidad Central de Venezuela,
la “Universidad de Caracas”

Alberto Navas Blanco33 - 37

GALERÍA DE IMÁGENES CLÍNICAS

Incidentaloma Craneal en mujer de 61 años con clínica de focalización neurológica transitoria

Salvatore Verlezza, Raymi Rosario, Laura de la Rosa.....38

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Impacto psicológico de la COVID-19 en la psique de los médicos

Miriam Marcano.....39 - 46

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

La medicina y sus desafíos. Retos en los tiempos de pandemia.

Repercusión sanitaria, social y económica de la enfermedad COVID-19

José Félix Oletta L.47 - 57

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Seroprevalencia de SARS-CoV-2 en Trabajadores de Salud del Hospital Universitario de Caracas

Hernández M. Elizabeth, Patiño T. Mario, Maluenga Jhonnys, Indriago Jean, Hurtado Lynn,
Andrea Bonelli, Flores Yirys, Chirimelli Robert, Duque Julio, Basanta Victoria, Hurtado Daineth,
Rodríguez Ledwin, Villanueva Mariana, Suárez Diana, Villasmil Gustavo, Ugel Eunice58 - 65

MITOLOGÍA Y MEDICINA

Presencia de Apolo, Quirón y Asclepio en la relación médico paciente

Samir Kabbabe.....66 - 72

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

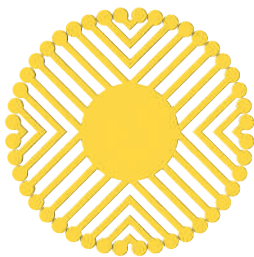
Tumor neuroendocrino del intestino delgado

Edinson Escalante Gómez, Yamileth Aponte López, Ricardo Andrés Escalante,
José Solana.....73 - 77

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORESII

Revista Indizada en LILACS.

Depósito legal: ppi201502DC4593; pp198502DF405. ISSN: 2443-4396; 0798-0418



**Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Junta Directiva Nacional
2021 - 2023

Presidente
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS

Vicepresidente
MARIFLOR VERA

Secretaria General
ZULLY ANDREINA RÉQUIZ

Secretario de Actas
JOSÉ ROLANDO AYALA

Tesorera
LISETTE CORTÉS

Bibliotecaria
YEMINA FIGUERA

Vocales
REBECA VILORIA PÁRRAGA
VICTORIA STEPENKA
ENRIQUE VERA
ALEXANDRA MARCANO
CARMEN ROSA NAIME

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
MARÍA EVELYN MONSALVE V.
JOSÉ ANTONIO PAREJO ADRIÁN
TRINA MARÍA NAVAS BLANCO
MARIO PATIÑO TORRES
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS
MARITZA DURÁN CASTILLO
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA
YEMINA FIGUERA
ELISANNY SÁNCHEZ
CARLA LOZADA

Consejo consultivo permanente
Presidentes de los capítulos

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

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

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

Medicina Interna

**Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Fundada en Abril de 1985

Volumen 37

Nº 2

2021

C O N T E N I D O

EDITORIALES

1. Primer Congreso Virtual de la SVMi. Una nueva experiencia
Virginia A. Salazar Matos.....31-32

2. La Autonomía Universitaria en la Historia. A trescientos años de la creación de la Universidad Central de Venezuela, la “Universidad de Caracas”
Alberto Navas Blanco.....33-37

GALERÍA DE IMÁGENES CLÍNICAS

Incidentaloma Craneal en mujer de 61 años con clínica de focalización neurológica transitoria
Salvatore Verlezza, Raymi Rosario, Laura de la Rosa.....38

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Impacto psicológico de la COVID-19 en la psique de los médicos
Miriam Marciano.....39-46

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

La medicina y sus desafíos. Retos en los tiempos de pandemia. Repercusión sanitaria, social y económica de la enfermedad COVID-19
José Félix Oletta L.....47-57

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Seroprevalencia de SARS-CoV-2 en Trabajadores de Salud del Hospital Universitario de Caracas
Hernández M. Elizabeth, Patiño T. Mario, Maluenga Jhonnys, Indriago Jean, Hurtado Lynn, Andrea Bonelli, Flores Yirys, Chirimelli Robert, Duque Julio, Basanta Victoria, Hurtado Daineth, Rodríguez Ledwin, Villanueva Mariana, Suárez Diana, Villasmil Gustavo, Ugel Eunice.....58-65

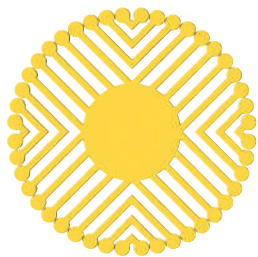
MITOLOGÍA Y MEDICINA

Presencia de Apolo, Quirón y Asclepio en la relación médico paciente
Samir Kabbabe.....66-72

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Tumor neuroendocrino del intestino delgado
Edinson Escalante Gómez, Yamileth Aponte López, Ricardo Andrés Escalante, José Solana73-77

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORESII



**Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Junta Directiva Nacional
2021 - 2023

Presidente
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS

Vicepresidente
MARIFLOR VERA

Secretaria General
ZULLY ANDREINA RÉQUIZ

Secretario de Actas
JOSÉ ROLANDO AYALA

Tesorera
LISETTE CORTÉS

Bibliotecaria
YEMINA FIGUERA

Vocales
REBECA VILORIA PÁRRAGA
VICTORIA STEPENKA
ENRIQUE VERA
ALEXANDRA MARCANO
CARMEN ROSA NAIME

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORIA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
MARÍA EVELYN MONSALVE V.
JOSÉ ANTONIO PAREJO ADRIÁN
TRINA MARÍA NAVAS BLANCO
MARIO PATIÑO TORRES
VIRGINIA A. SALAZAR MATOS
MARITZA DURÁN CASTILLO
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA
YEMINA FIGUERA
ELISANNY SÁNCHEZ
CARLA LOZADA

Consejo consultivo permanente
Presidentes de los capítulos

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

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

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

Medicina Interna

**Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Established April 1985

Volume 37

Number 2

2021

CONTENTS

EDITORIALS

**1. The First Congress on-line of the Venezuelan Society
of Internal Medicine. A New Experience.**

Virginia A. Salazar Matos31-32

**2. The University Autonomy in our History, three hundred years
after the Founding of the Universidad Central de Venezuela
as "the University of Caracas"**

Alberto Navas Blanco.....33-37

CLINICAL IMAGES

**Craneal Incidentaloma in a 61-year-old woman presenting with
transient neurological focalization**

Salvatore Verlezza, Raymi Rosario, Laura de la Rosa.....38

REVIEW ARTICLE

The Psychologic Impact of COVID- 19 on Physicians Psyche

Miriam Marcano.....39-46

INTERNAL MEDICINE, MEDICAL EDUCATION AND COMMUNITY

**Challenges of Internal Medicine in the time of Pandemics,
Sanitary, social and economic repercussions of COVID 19**

José Félix Oletta L.....47-57

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF INTERNAL MEDICINE IN VENEZUELA

**Seroprevalence of de SARS-CoV-2 in Health Workers
of the Hospital Universitario de Caracas**

Hernández M. Elizabeth, Patiño T. Mario, Maluenga Jhonnys,
Indriago Jean, Hurtado Lynn, Andrea Bonelli, Flores Yirys,
Chirimelli Robert, Duque Julio, Basanta Victoria, Hurtado Daineth,
Rodríguez Ledwin, Villanueva Mariana, Suárez Diana, Villasmil
Gustavo, Ugel Eunice.....58-65

MYTHOLOGY AND MEDICINE

**The presence of Apollo, Quiron and Asclepius in the
physician-patient relationship**

Samir Kabbabe M66-72

CLINICAL CASES

Neuroendocrine tumor of the small intestine.

A diagnostic and therapeutic approach

Edinson Escalante Gómez, Yamileth Aponte López,
Ricardo Andrés Escalante, José Solana73-77

INFORMATION FOR AUTHORSII

Medicina Interna

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Política Editorial

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

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

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

Los trabajos que publica pueden ser de autores nacionales o extranjeros, residentes o no en Venezuela, escritos en castellano o en inglés, que deben ser enviados electrónicamente a los e-mails de la revista

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

Una vez recibido el artículo, el autor será notificado por correo electrónico de la recepción del mismo. La res-

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

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

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

2. Manuscritos para la publicación

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

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

2.2. Instrucciones a los autores

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

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

concepción o contribuir con nuevas experiencias.

Este tipo de artículo debe tener el siguiente formato: tamaño carta, a doble espacio, con márgenes de 25 mm, la letra será N° 11 y espacio interlineado de 1,5 con un máximo de 15 páginas, en formato word, y 8 tablas como máximo. Todas las tablas y figuras deben ser reportadas en el texto y organizadas en números arábigos consecutivos.

Se aconseja el siguiente orden:

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

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

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

Métodos: Los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los lineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2013 y el consentimiento de los individuos participantes. Igualmente, para animales (código de ética) y además, toma como referencia también los principios publicados por el Committee on Publication Ethics (COPE) en el Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors (Código de Conducta y Mejores Prácticas Directrices para Editores de Revistas) (<https://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

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

Resultados: Deben presentarse siguiendo una secuencia lógica y deben describirse los datos los más relevantes, detallados en las tablas o las ilustraciones. Las tablas deben

ser impresas en el texto, y deben ir, siempre que sea posible, a continuación del texto al cual hacen referencia, identificadas con números arábigos. Esto es válido también para los gráficos, los cuales no deben repetir resultados de las Tablas ni viceversa. Las ilustraciones deben estar dibujadas o fotografiadas en forma profesional e identificadas con números arábigos, bien contrastadas y con un tamaño que no exceda los 203 x 254 mm.

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

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

La cita del contenido original de otras investigaciones, artículos o autores, cuyo contenido exacto es importante para la investigación, debe ir estrictamente entre comillas (""), nunca deben copiarse total o parcialmente otros contenidos para ser incluidos en la investigación de forma diferente a la especificada.

Agradecimiento: A personas o instituciones por su colaboración en la realización del estudio. **Dirección:** Para solicitud de separatas y envío de correspondencia.

Referencias: Deben numerarse en forma consecutiva según el orden de aparición y reportarse como números arábigos entre paréntesis en el texto, según las normas de Vancouver. Para estilo de la cita ver más adelante.

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

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

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

Deben estar escritos, preferentemente por especialistas

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

3. Estilo de las Referencias.

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

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

4. Ejemplos de referencias usadas con mayor frecuencia:

4.1. Artículos de revistas periódicas:

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

4.2. Referencias de libros:

Con autor (es) de libros: Wallace DJ, Dubois EL. *Lupus Erythematosus*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1987.

Con editores recopiladores: Norman IJ, Redfern SJ, Eds. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

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

4.3. Referencias electrónicas:

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

4.4 Otras referencias:

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

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

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

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

Dirección para recepción de los artículos:

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

E-mails: medicinainternarevista@gmail.com

y revistamedicinainterna@svmi.web.ve



Medicina Interna

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

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

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

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

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

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

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

Primer Congreso Virtual de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Una nueva experiencia

*Virginia A. Salazar Matos**

En la actualidad, la enfermedad COVID-19 es sin duda, el mayor desafío que enfrenta la humanidad. Son múltiples las repercusiones que la pandemia COVID-19 ha generado a nivel mundial. Los problemas sanitarios son una triste realidad dentro un conjunto de dificultades que se presentan en el ámbito social, económico, político, cultural y profesional. La desbordante cantidad de casos sospechosos de coronavirus congestiona las emergencias de los centros hospitalarios, sobrecarga los servicios de atención médica y aumenta el riesgo de contagio de la enfermedad entre los profesionales de la salud, al asistir a los hospitales o centros privados para cumplir sus obligaciones académicas y/o asistenciales.

La rápida expansión de la tecnología en comunicación en los últimos años, ha ofrecido nuevas oportunidades de acción en diferentes sectores de la sociedad. La telemedicina es considerada una herramienta tecnológica útil para ser empleada integralmente en la atención personalizada del enfermo, así como para la distribución de servicios e información de salud por vía electrónica y de telecomunicaciones. Por ello, ante la pandemia por COVID-19 y un coronavirus SARS-CoV-2 altamente contagioso, la implementación de la telemedicina se ha precipitado como una opción, en lo que respecta a la prestación de servicios médicos y a la educación médica a distancia, a nivel mundial y en nuestro país.

El Congreso Venezolano de Medicina Interna es el evento científico más importante que organiza anualmente la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI) y que tiene como propósito contribuir con el perfeccionamiento de la formación profesional del joven estudiante y del especialista, al propiciar el intercambio de experiencias, fomentar la difusión de conocimientos científicos actualizados en el campo de la Medicina Interna, estimular la investigación y la práctica clínica basadas en el análisis y el pensamiento reflexivo; logra así un profesional competente para la atención integral de la población adulta.

Este año 2021, la Junta Directiva Nacional (JDN) de la SVMI y el Comité Científico del XXVI Congreso Venezolano de Medicina Interna, titulado “La Medicina y sus desafíos: Retos en tiempos de Pandemia”, presidido por la Dra. Elizabeth Hernández, ante la oportunidad que nos ofrece esta herramienta tecnológica y con la intención de mantenernos apegados al formato tradicional de nuestro Congreso Nacional, decide realizarlo, por primera vez, en la modalidad virtual. Se planifica inicialmente los días 29 y 30 de Julio, la XXIX Sesión Científica del American College of Physicians (ACP) en una sala virtual, para luego continuar del 04 al 07 de Agosto, organizados en 3 salas virtuales, con actividades científicas variadas y simultáneas, durante la mañana y la tarde, que incluyen: simposia, conferencias, conferencias magistrales, intertips, actividad interactiva: perlas clínicas discusión de casos clínicos como club de medicina interna, residente e internista en acción y

* Médico Internista. Presidente de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

PRIMER CONGRESO VIRTUAL DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA. UNA NUEVA EXPERIENCIA

reunión anatomoclínica; así mismo se realizó la Ponencia Central, eje esencial del Congreso; se presentan los trabajos de investigación ante un jurado evaluador (Jornada Nacional de Egresados Dr. Eddie Kaswan y la Sesión de trabajos libres Dr. Israel Montes de Oca); se realiza la Asamblea General Ordinaria de la SVMI, con votación en línea entre los miembros solventes y se llevó a cabo la juramentación de la nueva JDN 2021-2023 ante la Comisión Electoral y los miembros asistentes conectados; además, se realizó una actividad cultural con un recital on line, llamada Sonidos de Latinoamérica, como evento inaugural.

Por otra parte y complementaria a la actividad académica, se instaló un área comercial virtual, donde cada laboratorio patrocinante dispone de un stand comercial interactivo, para ser visitado virtualmente por los asistentes.

La organización de éste Congreso, en un nuevo formato, fue una experiencia ardua pero satisfactoria. Fue imprescindible el cuidado extremo de los detalles de conexión a internet, especialmente en el transmisor de la señal, por lo que se utilizó una red de telecomunicación adecuada, con un sistema de transmisión digital con un ancho de banda óptima, y se solicitó que todas las conferencias fuesen grabadas previamente a la presentación y enviadas con antelación al equipo técnico, para asegurar su transmisión durante el evento. Además, debido a la necesidad del uso de la plataforma digital, solicitamos la asistencia técnica especializada para la ejecución de las múltiples tareas, en un mismo lugar, requiriendo varias reuniones para tal fin.

Igualmente, un componente de gran preocupación que atendimos, fue garantizar el suministro de electricidad con respaldo, por planta eléctrica, para lograr una ininterrumpida conexión por inter-

net. Todo este esmero y dedicación se reflejó finalmente en un evento de elevada calidad científica y técnica, fluido, de fácil acceso y conexión, con algunos innegables contratiempos.

Nos complace lo exitoso de nuestro Congreso, en modalidad virtual. sin igual a ningún otro evento científico de la misma magnitud, realizado hasta el momento en nuestro país. Hubo 1349 personas registradas y 934 visitas al área comercial. Disfrutamos de 115 conferencias con invitados nacionales y 23 internacionales, contamos con la participación de 5 Sociedades científicas internacionales: Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna (SOLAMI), Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT), Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI), Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y el Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIA-EM). Fue un evento científico ambicioso y de gran aceptación.

Haber logrado realizar el XXVI Congreso Venezolano de Medicina Interna bajo una situación de salud sin precedente a nivel mundial, como lo es la pandemia por COVID-19, nos permite ratificar que es en momentos difíciles cuando se muestran las mayores fortalezas de una Institución y de los miembros que la componen. La constancia, creatividad, voluntad, compromiso con el país y trabajo en equipo son las claves esenciales para alcanzar este cometido.

La Autonomía Universitaria en la Historia*

A trescientos años de la creación de la Universidad Central de Venezuela, la “Universidad de Caracas”

*Alberto Navas Blanco**

Para entender el concepto de “Autonomía Universitaria” es indispensable conocer su historia y ubicarla en el contexto de la historia de la humanidad en lo que usualmente llamamos el “Mundo Occidental”. Así como también conocer la historia del Derecho tradicional y romano, en cuanto a su evolución desde la Edad Media hasta nuestros días.

La Autonomía Universitaria es un Privilegio Positivo, es decir, una forma particular de derecho, según la cual la institución que genera, conserva y difunde los saberes, le corresponde la capacidad de regularse a sí misma para garantizar el ejercicio crítico y creativo del conocimiento, pero siempre en armonía con el contexto al que le presta el servicio de su saber científico. En consecuencia, no se trata de un privilegio excluyente, sino de una facultad que debe ser reconocida por el Estado, la Iglesia, los sectores privados y por todos los entes o poderes externos al Estudio Universitario. Todo ello bajo el funcionamiento de doctrinas jurídicas, leyes y jurisprudencia que impliquen el mutuo respeto entre dichas entidades externas y la propia Universidad. La Autonomía tampoco es un antojo reciente de las autoridades, del personal docente y de Investigación, de sus estudiantes y egresados. Es una forma antigua, que ya cuenta con mil años de existencia, y que ha sido una de las principales bases del origen y desarrollo de las instituciones

republicanas y democráticas, modernas y contemporáneas del mundo Occidental.

Por lo tanto, lo que hoy entendemos como “Autonomía Universitaria” tiene sus raíces originarias y profundas en el carácter corporativo de muchas de las instituciones en el período clásico de la Edad Media, especialmente en el brillante siglo XII, época del resurgimiento de las ciudades, del nuevo comercio y finanzas precapitalistas, del colorido y luminoso arte gótico, de consolidación de la literatura y lenguas nacionales. Pero, principalmente, por la aparición de las universidades, como una especie de primavera del conocimiento que brotaba en todas partes de la Europa. Se observaba igualmente, el cómo la “Revolución Agraria” iniciada con el siglo XII (según el Profesor Jacques Le Goff) impulsó un significativo e inusitado crecimiento demográfico que se apoyaba en la creciente producción de alimentos, gracias al redescubrimiento del arado de hierro (de origen romano), la nueva rotación trienal de los cultivos, la renovada potencia del arnés de pecho en el arado y el transporte, el invento del eje delantero oscilante en las carretas, las nuevas roturaciones, etc. Fue realmente un tiempo excepcional, como una especie de “primer renacimiento” europeo y gótico, en el que las Universidades en Bolonia, Salerno, Oxford y París, se elevaron sobre la base de las anteriores Escuelas catedráticas, abaciales o de índole municipal, siendo tales escuelas unas entidades que ya venían gozando de una cierta autonomía previa en sus “cátedras”, una autonomía privilegiada positiva y derivada principalmente del carácter también

* Coordinador de la celebración de los trescientos años de la creación de la Universidad Central de Venezuela.

* Correo electrónico: Alberto Navas:navasyblanco@gmail.com

* Por solicitud del Comité Editorial de la Revista Medicina Interna, Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA EN LA HISTORIA A TRESCIENTOS AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, LA “UNIVERSIDAD DE CARACAS”

corporativo con el que se articulaba la institucionalidad de la iglesia católica, como una de las principales promotoras de dichos estudios superiores, así como también una autonomía derivada, al mismo tiempo, desde la protección y el control ejercido por los reyes, quienes en cartas o cédulas decretaban tales privilegios para proteger los derechos propios de algunas ciudades, actividades comerciales y gremios artesanales. Por ello, siendo la universidad, era un gremio o “ayuntamiento” de estudiantes y profesores para el cultivo y “esplendor” de los Saberes, por lo tanto también le correspondía poseer un fuero protector para desarrollar una legislación interna propia, dentro del marco jurídico general, aprobado tanto por el poder temporal de los reyes que venían emergiendo desde el propio siglo XII por encima de la nobleza feudal, como por el poder espiritual y pontificio de la Iglesia católica, que pretendía poseer una jurisdicción universal.

La antigua Universidad de Bolonia ya había sido fundada en 1088, es decir a fines del siglo XI, hace hoy un milenio; convirtiéndose rápidamente en modelo escolar para el resto de las universidades meridionales de Europa medieval, siendo en consecuencia, el modelo que posteriormente se siguió para la creación de la española Universidad de Salamanca, en cuya fundación en el año de 1218, por don Alfonso IX de León, lo que la convirtió progresivamente en el modelo a seguir por las siguientes fundaciones de universidades en España, pero también, tres siglos más tarde -lo que es más importante para nosotros- del siglo XVI, el primado Estudio Salmantino se erigió como modelo institucional principal para la mayoría de las 32 universidades creadas en la América Hispana entre los siglos XVI y XIX, entre ellas nuestra Real y pontificia Universidad de Caracas.

En rigor, podremos ver que la autonomía de las universidades partió de la convergencia de factores culturales muy complejos y antiguos, en un ejercicio de protección y control sobre este nuevo nivel de gestión del conocimiento que sería de gran utilidad para la formación de cuadros eclesiásticos y del funcionariado de los respectivos reyes, necesitados de la formación de una especie de “nobleza

de Toga” profesional, con más eficiencia y lealtad que la nobleza tradicional. Por todo ello, el “Studium” más tarde denominado Universidad, era un cuerpo autónomo en cuanto la soberanía interna ejercida por el Claustro de Doctores y Maestros de cada instituto, organizándose en las distintas facultades por tipo de conocimiento y los correspondientes Grados que podían otorgar a sus estudiantes como bachilleres, Licenciados, Maestros y Doctores, y con ello ejerciendo la docencia de los Saberes en las diferentes Cátedras, reguladas internamente por sus propias normas y autoridades: Rector, Vicerrector, Cancelario, Secretario, etc. Conforme a ello, observamos cómo lo hubo de definir, en la real cédula Alfonso X, El Sabio de Castilla, dándole los Estatutos de Salamanca el 8 de mayo de 1254, un documento en el que definieron las Facultades de Derecho Civil, Derecho Canónico, las de Lógica y Gramática (artes o filosofía, hoy humanidades) y la de Física que hoy identificamos con la Medicina. Todas ellas sustentadas en sus respectivas Cátedras.

Aquellas Universidades tempranas eran estructuradas, según fuese su tipo, como: “Universitas Magistrorum” (iniciativa de profesores, como la de París) o “Scholarium” (iniciativa de Estudiantes, como el caso de Bolonia o Salamanca) pero siempre como un “ayuntamiento de estudiantes y profesores”, quienes ejercían a su manera el fuero de soberanía dentro de la universidad, siendo una especie de repúblicas del conocimiento, con fueros propios en lo académico, lo administrativo, lo político y lo penal. Por lo que los universitarios solo podían ser juzgados por sus faltas únicamente por los tribunales de la universidad, mejor conocidos como el tribunal y la cárcel escolásticos. A las principales autoridades ya mencionadas, se le agregaban los claustros de Consiliarios, y les seguían una serie de funcionarios menores desde el Secretario, el Administrador, el bedel (especie de ayudante general), el maestro de ceremonias y muchos otros. En este contexto el Rey que delegaba su soberanía al Claustro y la Iglesia representada en el Cancelario (canciller, normalmente era el Maestrescuela de la Catedral), eran parte integrante de la Universidad y, por lo tanto, sus acciones sobre ella no podían ser consideradas como intervenciones tal y como las

conocemos en tiempos más recientes, sino como la acción de una instancia superior inherente a la naturaleza real y pontificia de cada Universidad. Inicialmente y por bastante tiempo, el Cancelario era la figura política y académica de mayor poder en la Universidad, por ello era él quien confería los grados mayores de Licenciado, Maestro y Doctor, mientras que el Rector otorgaba solamente los grados menores de Bachiller, siendo también que en el caso de la Universidad de Salamanca, que los estudiantes podían ser elegidos como rectores de la Universidad hasta el siglo XVIII, cuando las reformas de Carlos III limitaron esa elección exclusivamente para graduados.

Buena parte de la autonomía se fundamentaba en la capacidad de autofinanciamiento de la Universidad, sobre todo con la generación de rentas propias (aranceles y negocios rentales), pero también con el traspaso de algunos ingresos de la Iglesia en beneficio de la Universidad, sobre todo por disposición real, como lo fueron las denominadas “Tercias Reales” del Obispado de Salamanca, que anteriormente eran dedicadas a financiar la guerra contra los musulmanes en la Reconquista de España. Se complementaban así la principal autonomía académica con sus fueros y privilegios especiales, con la autonomía financiera dada por las rentas que garantizaban la dotación de las cátedras y los gastos en el funcionamiento de las instituciones. Sin la dotación de recursos financieros propios la autonomía académica quedaría sin una base real de gestión y vulnerable a cualquier ente externo como posible financiador de sus actividades.

Como bien sabemos, nuestra Real Universidad de Caracas nació un 22 de diciembre de 1721 por una Real Cédula dada por don Felipe V de Borbón, firmada durante una estancia de la Corte en el Palacio Ducal de la ciudad amurallada de Lerma (Burgos), siendo esta Universidad erigida sobre la base del antiguo Colegio Seminario de Santa Rosa de Lima de Caracas, creado anteriormente por el Obispo de Caracas, el Dr. Antonio González de Acuña, en 1673. Sobre el modelo, privilegios y prerrogativas, iguales a los de la Universidad de Santo Domingo (Isla de la Española) e indirectamente -se entiende- a los de la de Salamanca, y,

siendo reconocida también dicha erección en 1722, como Universidad Pontificia, por el Papa Inocencio XIII, lo que convertía nuestra Alma Mater en una Universidad Mayor bajo la denominación oficial de “Real y Pontificia Universidad de Caracas”, bajo el patronato de Santa Rosa de Lima. Nuestra Universidad colonial y caraqueña (caraquense) se desempeñó entre 1725 y 1783 bajo la autoridad soberana de un Claustro Pleno muy celoso de sus facultades y privilegios, estando casi siempre respaldado por los reyes de España en las apelaciones elevadas a él por algunos suscitados conflictos con la Iglesia, el ayuntamiento u otros entes: inclusive reyes como Felipe V, Luis I, Fernando VI, Carlos III, y Carlos IV, observaron un notable respeto por la autoridad del Claustro Pleno, cosa que no se puede decir del nefasto Fernando VII. El punto culminante de esta evolución política y académica se alcanzó con la Real Cédula dada por el rey Carlos III en 1784, cuando se le otorgó al Claustro Pleno la facultad de elegir al Rector de la Universidad, despojando al Obispo de este privilegio; con lo que, curiosamente, el Rey de España estableció para Venezuela dos principios políticos republicanos mucho antes de la independencia venezolana declarada en 1811. Siendo ellos el principio de elección de la autoridad universitaria y el principio de alternabilidad en el cargo rectoral, pues ello obligaba que el Rector no podía ser siempre un eclesiástico, sino que debía de alternarse con algún lego al finalizar la gestión rectoral del eclesiástico.

La emancipación de Venezuela estuvo inicialmente más ligada a la Universidad y los ayuntamientos que a los ejércitos, sobre todo entre 1810 y 1812, pues figuras como Francisco de Miranda, Andrés Bello, José M.^a Vargas, Juan Germán Roscio y muchos otros pasaron por sus aulas y la mayoría de ellos se graduaron en la Capilla Universitaria de Santa Rosa de Lima (que aún existe como museo adyacente al Palacio Municipal de Caracas), sitio donde se reunió el Congreso de Venezuela para la sesión y posterior firma del Acta de la Independencia el 5 de julio de 1811. Por efectos de la Guerra de Independencia y el poder despótico de Fernando VII y de la llamada Regencia, el Capitán Domingo de Monteverde en 1812 y el

LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA EN LA HISTORIA A TRESCIENTOS AÑOS DE LA CREACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, LA “UNIVERSIDAD DE CARACAS”

general don Pablo Morillo en 1815, ocuparon e intervinieron la Real Universidad de Caracas violando sus fueros autonómicos e imponiendo decisiones y autoridades. Pero en compensación, entre 1810 y 1814, los patriotas republicanos al ocupar el poder en Caracas demostraron un elevado respeto por los fueros reales de la Universidad, en especial el caso del Libertador Simón Bolívar, quien esperó prudentemente hasta 1827 para participar directamente junto al Rector José María Vargas y con el Claustro pleno de la Universidad para la elaboración y aprobación de los nuevos Estatutos Republicanos de dicho año, en lo que sería desde entonces la Universidad Central de Venezuela, conforme a la Ley de la Unión Colombiana de 1826, que también creó universidades centrales en Quito y Bogotá. Además del reconocimiento autonómico, se le asignaron a la U.C.V. recursos adicionales para garantizar sus rentas y autonomía financiera y administrativa, en especial las rentas de valiosas haciendas de cacao y caña de azúcar, entre ellas la célebre Hacienda Chuao que producía, según los entendidos, el mejor cacao del mundo.

Más tarde, en el desarrollo del siglo XIX republicano, la Universidad de Caracas se mudó de su vieja sede original frente a la Plaza Mayor (actual Palacio Municipal frente a la hoy plaza Bolívar) hacia su segunda sede, una cuadra más al Sur, ubicándose en el antiguo Convento de San Francisco, pero también sufrió, sobre todo después de 1880, la intervención y violación de su autonomía académica y administrativa, por parte del régimen autocrático del Licenciado en Derecho y general Antonio Guzmán Blanco; siendo despojada de la facultad de elegir sus propias autoridades, un derecho consagrado desde 1784 por el Rey de España y siendo también expropiada de sus bienes y rentas propios, contraviniendo la voluntad del Libertador de 1827, pese al “Culto Bolivariano” instalado por Guzmán. Desde entonces la Universidad Central de Venezuela ha evolucionado hasta la fecha de hoy con precarios recursos financieros, luchando siempre contra el encierro del presupuesto nacional impuesto por Guzmán Blanco y defendiéndose en su autonomía académica de las tiranías siguientes. Cómo lo fueron las de los generales Cipriano Castro, Juan Vicente Gómez y Marcos Pérez

Jiménez. La República, que tanto le debía a la Universidad en los logros de su construcción institucional e independencia de España, le arrebató a su Alma Mater, bajo pretextos “Liberales”, lo que la Monarquía le había concedido un siglo antes.

Finalmente, tras 78 años de aquella intervención inicial “republicana” del siglo XIX, y llegado el año de 1958, luego del derrocamiento de la dictadura militar del general Pérez Jiménez, la nueva Junta de Gobierno que reinició el camino hacia la democracia, reestableció formalmente la autonomía universitaria, siendo el Dr. Francisco De Venanzi el primer Rector de la democracia y la autonomía. Hasta nuestros días, mucho se ha luchado desde 1958 hasta 2021, por desarrollar aquellos principios autonómicos heredados de tiempos de Carlos III, Simón Bolívar y el Dr. José M.^a Vargas, pero progresivamente el cerco político, administrativo y presupuestario se ha ido cerrando nuevamente, sobre todo desde la intervención y ocupación de la U.C.V. bajo el gobierno del presidente Rafael Caldera en 1970, para enfrentar a los grupos anárquicos atrincherados en la Ciudad Universitaria de Caracas, una situación que se ha venido proyectando hasta nuestros días del siglo XXI, cuando en nuestro país se desarrolla una severa crisis política, social, económica y humanitaria. Esta se agravó estructuralmente, tanto por la crisis eléctrica iniciada en el año 2019 y la gravísima situación sanitaria derivada de la pandemia del COVID-19, que ha paralizado la gran mayoría del sistema de Universidades Autónomas Venezolanas y ha desmovilizado la capacidad de movilización y protesta que siempre les ha caracterizado.

Pero hoy, la Universidad venezolana y en especial la Universidad Central de Venezuela, cuenta con la reserva moral de que ha sabido sobreponerse y resurgir de situaciones muy graves en el pasado, ante las guerras más cruentas como la de la emancipación (1812-1821) y la Guerra Federal (1859-1863), las pestes más mortales de nuestro tiempo (como la Gripe Española de 1918 y el cólera anteriormente, etc.), los destructivos terremotos de los siglos XVIII, XIX y XX, y sobre las tiranías intervencionistas tan fatales como la del general Juan Vicente Gómez, de la violencia delictiva que

hoy nos azota, de los cercos presupuestarios que nos asfixian y de la plaga de la ignorancia de muchos gobernantes y gobernados Creemos que no ha nacido aún el personaje tiránico quien pueda acabar con la Universidad venezolana, que fue anterior y causa de nuestra República, pues la autonomía esta en el alma del universitario, sea estudiante, profesor o egresado, y no hay barrotes ni castigos que detengan el alma. Trescientos años de historia ucevista lo han demostrado.

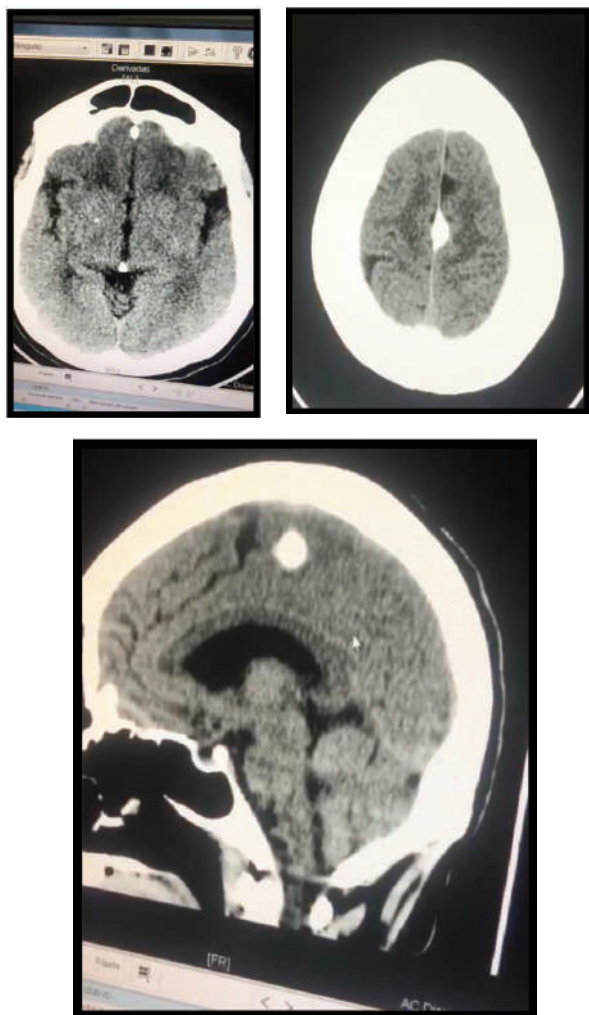
Incidentaloma craneal en mujer de 61 años con focalización neurológica transitoria

Salvatore Verlezza, Raymi Rosario, Laura de la Rosa

Recibido: 31 Agosto 2021

Aceptado: 30 septiembre 2021

Imágenes



Paciente MJRS, 61 años, hipertensa por 35 años y con DM1 por 15 años. Antecedentes de IM en el 2019 y 2020, así como ECV isquémico en TACMD, sin secuelas motoras. Recibe el siguiente tratamiento en forma irregular: Losartan, Amlodipina, Carvedilol, Clopidogrel, ASA, Metformina e Insulina. Consume remedios herbarios. Consultó la 1ª vez a otra institución por cefalea hemisférica derecha, de 24 horas de evolución, con relajación de esfínteres y pérdida de la conciencia por 3 horas. No presentó focalización neurológica y egresó con orden para TC de cráneo.

Consultó el Hospital General del Oeste el 20/9/2021 por cefalea persistente de predominio derecho, encontrándose cifras elevadas de PA y glucemia. Ambas patologías fueron tratadas. Los exámenes físico y neurológico no mostraron anomalías, y fué hospitalizada con los diagnósticos probables de hemorragia subaracnoidea vs ECV hemorrágico. El ECG mostró una lesión subendocárdica en la cara lateral y HVI.

En la TC se observa lesión correspondiente a Calcificación de la Hoz Cerebral, y atrofia de las circunvoluciones. No hay otra lesión, por lo cual se concluye que la lesión señalada corresponde a una variante presente en 20 % de autopsias, y que no está relacionada con la cefalea de esta paciente, por lo cual no debe ser confundida con otras imágenes patológicas similares desde el punto de vista tomográfico, pero sin traducción clínica.

* Servicio de Medicina Interna. Hospital General del Oeste. Los Magallanes de Catia, Caracas, Venezuela.

* Correo electrónico: Verelezza@gmail.com

Impacto psicológico de la COVID-19 en la psique de los médicos*

Myriam Marcano Torres**

En Diciembre de 2019, la humanidad entera resultó profundamente impactada por la aparición en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China central, de una severa infección viral producida por el virus SARS COV-2, altamente contagiosa, de fácil propagación y potencialmente mortal a través de un severo síndrome respiratorio de carácter agudo¹ cuya rápida expansión produjo un absoluto desbordamiento de los hospitales en todos los países, con un foco de particular significación epidemiológica en la provincia de Lombardía en Italia.^{2,3}

La posibilidad que una sola persona pudiera contagiar un número importante de sujetos, las facilidades para el transporte local e internacional, la falta de información oportuna por parte de las autoridades sanitarias de China y de la OMS, la ausencia de mecanismos de contención en las primeras etapas de la epidemia y la aparición simultánea de casos en la mayor parte de países del planeta, determinó que en el mes de marzo 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara a la infección por COVID-19 como una pandemia.⁴ El 20 de Agosto 2021, la OMS confirma la ocurrencia de 210.112.064 casos acumulados globalmente, incluyendo, 4.403.765 fallecimientos, con una contribución de la región de las Américas de 39 y 47%, respectivamente.⁵

Además del aumento de la morbimortalidad en cada uno de los continentes, la pandemia ha tenido consecuencias significativas en el diario acontecer del planeta entero, como el deterioro notable en la economía de las naciones, problemas en la distribución de alimentos, abandono de las aulas escolares, la dificultad para la realización de las actividades laborales y el surgimiento del teletrabajo.

Por otra parte, se ha producido una alteración evidente e incontrolable de las dinámicas de la vida cotidiana y el aislamiento, como consecuencia directa de la cuarentena, ha originado malestar y cambios en el comportamiento psicoemocional de los seres humanos, con un incremento de la violencia doméstica y los índices de suicidio en las diferentes naciones. La falta de comunicación y la aparición de una sociedad que se desenvuelve en medio del silencio, afecta la estabilidad emocional de las personas y ha contribuido a la aparición de una situación de pánico generalizado en la población mundial, la cual atraviesa por un particular estado de vulnerabilidad socioeconómica y emocional, que ha dado origen a una crisis humanitaria sin precedentes.⁶⁻¹²

La creciente pandemia de COVID-19 no solo ha impactado la salud de la población mundial desde el punto de vista biológico y orgánico, con afección de múltiples órganos y sistemas del cuerpo humano, incluyendo el compromiso inmunológico¹³⁻¹⁸, sino además, de manera importante, ha tenido una repercusión sobre la esfera psicoemocional de la población que ha sido advertida desde muy temprano en la evolución de la enfermedad y ya para diciembre de 2020, se reportaba que 10 por

* Médico Internista, Miembro de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela . Correo electrónico: mmarcant@hotmail.com

* Solicitado a la autora por el Comité Editorial de la Revista Medicina Interna de la SVM, recibido el 21 de septiembre de 2021

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN LA PSIQUE DE LOS MÉDICOS

ciento de la población tenía repercusiones significativas en su salud mental, tales como ansiedad, depresión, estrés severo, ataques de pánico, impulsividad, somatización, alteración del sueño, estrés postraumático, aumento de los conflictos interpersonales, violencia doméstica y conductas suicidas; además de irritabilidad, cambios de humor, falta de atención y trastornos del sueño en los niños, como efecto directo del aislamiento social por la cuarentena.¹⁹⁻²⁵

El vertiginoso ascenso del número de casos en casi todos los países, ha determinado un reto de particular significación para las autoridades sanitario asistenciales a nivel mundial, que han tenido que implementar rápidos mecanismos de respuesta ante una enfermedad, de fisiopatología y consecuencias desconocidas, para la cual no se encontraban preparados y los trabajadores de la salud se han visto forzados a confrontar la asistencia de los enfermos en un marco de absoluto desconocimiento de los procedimientos de prevención y control de la infección, con un elevado riesgo de contagio y muerte, particularmente en las primeras etapas de la pandemia.^{26,27,28,29,30,31,32,33}

La Investigación

Con el objetivo fundamental de determinar el efecto del COVID-19 en la psique de los médicos del Estado Carabobo, Venezuela, realizamos entre los meses de Mayo 2020 y Junio 2021 un trabajo de campo, de tipo observacional, inmerso en el paradigma cualitativo fenomenológico mediante el estudio de las experiencias de vida, respecto a la pandemia COVID-19 y los diferentes elementos que la integran, desde la perspectiva subjetiva de los sujetos investigados, en búsqueda de la comprensión de la experiencia vivida en su dimensión humana,³⁴ para el cual se obtuvo la participación voluntaria de los miembros de un Chat que integra a 250 especialistas en Medicina Interna, a partir del cual se realizó el análisis de su verbalización en relación a diferentes tópicos de la pandemia, cuyo resultado se hizo del conocimiento de los participantes y dió origen a una campaña de tipo psico-neuroinmunológica, con la finalidad de proporcionarles información pormenorizada de diferentes observaciones referentes al progresivo deterioro

del control psicoemocional en los miembros de dicha red y estrategias para su desempeño en situaciones de estrés y ansiedad, por la red social, antes mencionada.

Igualmente, se integró el análisis de la historia de vida de 24 médicos de diferentes especialidades que padecieron COVID-19, en quienes se evaluó de manera cualitativa diversos indicadores de afectación psicológica durante el curso de la enfermedad y finalmente, se tomaron en consideración los resultados de una encuesta autoadministrada, de participación voluntaria y consentida, vía internet, con 30 médicos Internistas, en la cual se investigó edad, sexo, tiempo de ejercicio profesional, labores en institutos públicos o privados y luego áreas temáticas particulares relacionadas a la pandemia como atención de pacientes con COVID-19, padecimiento de la enfermedad, elementos estresores en el curso del ejercicio médico, elementos contenedores, síntomas psicoemocionales de ansiedad y depresión, experiencia subjetiva en relación al contacto cercano con la muerte y repercusiones sobre la vida diaria.

En este artículo haremos consideración del impacto psicoemocional del COVID-19 en los sujetos investigados.

Resultados y Discusión

El análisis de los resultados se realizó desde la perspectiva de la Psiconeuroinmunología, campo científico interdisciplinario dedicado al estudio e investigación de los mecanismos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente/conducta) y los sistemas responsables de la homeostasis del organismo: sistema nervioso (central y autónomo), sistema inmunológico y neuroendocrino y sus diferentes implicaciones clínicas en medio de una historia personal y un entorno biológico y socio cultural.^{35,36,37}

En la primera etapa de la pandemia se observó un acentuado nivel de ansiedad en el personal médico y un elevado nivel de preocupación ante la posibilidad del contagio, debido a la ausencia de material protector para el manejo de los pacientes, particularmente en aquellos a quienes correspondió

la atención primaria de los enfermos en un momento en que se ignoraban las características de la misma y se observaba una elevada morbilidad por una patología respiratoria de mecanismos desconocidos y de tratamiento incierto. En estas circunstancias, privó la aparición de pensamientos de proyección negativa hacia el futuro, un estado de muy intensa preocupación hacia la posibilidad de contagio del grupo familiar con el surgimiento de mecanismos obsesivos en torno a las estrategias de desinfección y una respuesta de alejamiento personal con los integrantes del entorno familiar, especialmente los niños. En este contexto, se apreciaron síntomas de manifiesta ansiedad, palpitaciones, sensación de ahogo y falta de aire, insomnio, aparición de frecuentes pensamientos intrusivos en torno a las posibles consecuencias de la enfermedad y una premura insatisfecha en la búsqueda de información, científica o no, en torno a las características de la infección y avances en las estrategias terapéuticas.

Mención aparte merece el surgimiento de pensamientos y estrategias de acción paradójica, una vez que, a través de una campaña de recolección de fondos, se dispuso de los equipos protectores personales para la gran mayoría de médicos de primera línea en nuestros hospitales, puesto que la acentuada reacción de miedo se trasladó a los propios equipos a los cuales pasó a considerarse como fuentes primordiales de contagio. La angustiosa verbalización de los médicos, giró entonces alrededor de las dificultades para la colocación y retiro de la vestimenta y el elevado riesgo de adquisición de la infección durante el proceso de manipulación de las mismas, lo cual evidenció la necesidad de diligenciar un programa de información y entrenamiento con el objeto de mejorar la actitud de los médicos en la confrontación de la pandemia, tal como se demostró en el trabajo de Limbu en Nepal.³⁸

La progresiva y acelerada expansión de la pandemia con el incremento significativo del número de casos graves que ameritaban atención hospitalaria e ingreso a unidades de cuidado intensivo (UCI) en medio de la grave crisis humanitaria que atravesaba nuestro país, con el prolongado colapso del

sistema sanitario asistencial desde mucho antes de la epidemia y el silencio absoluto y falta de respuesta de las autoridades competentes para la solución o por lo menos mitigación de la gravísima situación hospitalaria, trajo como consecuencia elementos añadidos como estresores de alta significación para la ya manifiesta vulnerabilidad psicoemocional de los médicos.^{39,40} La necesidad de implementar rápidos mecanismos de respuesta ante una enfermedad de fisiopatología y consecuencias desconocidas, la falta de preparación de los trabajadores de la salud para llevar adelante la asistencia de los enfermos en un marco de absoluta carencia, la improvisación en los mecanismos de contención de la enfermedad, la ausencia de campañas de educación sanitaria poblacional y médica, la incompetencia del estado para gestionar una cuarentena coherente y efectiva, la ineficiencia gubernamental para el desarrollo de planes congruentes para la atención de los enfermos y la ausencia de materiales y equipos para atención de casos graves, condujo a los médicos a dilemas bioéticos de particular significación, que a su vez actuaron como estresores agravantes de la ya compleja situación que les correspondió enfrentar en su entorno laboral.

La difícilísima decisión de elegir qué pacientes tendrían prioridad para acceder a la UCI, la interrogante de cómo aplicar los principios de beneficencia, la no maleficencia, la justicia y la autonomía para guiar estas decisiones, en medio de la ausencia de criterios universalmente definidos,⁴¹ facilitó la presencia de un estado de absoluta incertidumbre, angustia y profundos sentimientos de culpa, particularmente manifiesto en los médicos de mayor jerarquía hospitalaria a quienes correspondió la toma de decisiones en este aspecto.

Por otra parte, el contacto continuo con el sufrimiento humano y el deber enfrentarse a la pandemia en unas condiciones deplorables a riesgo de su propia vida convirtió al personal sanitario y en particular a los médicos, en el colectivo profesional más vulnerable, que debió asumir el rol de representar la última barrera de contención ante la pandemia, frente a la indolencia e inacción de las autoridades sanitarias.

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN LA PSIQUE DE LOS MÉDICOS

La vulnerabilidad en los médicos se expresó además por temor a la disminución de ingresos económicos, por efecto de la obligatoria reducción de las consultas privadas, debida a la cuarentena y más aún por el miedo de requerir hospitalización en instituciones privadas, debido a la ausencia de pólizas de protección por parte de los entes estatales para los cuales laboran, de manera tal que hubo en la totalidad de ellos la percepción de un estado de indefensión, que no podían resolver de manera personal por la carencia de recursos, la identificación de una particular predisposición a ser impactado de un peligro o amenaza y la incapacidad de resistir el estrés proveniente del entorno (psicológico, físico, ambiental). Esta situación, obliga a la consideración inmediata de intervención gubernamental para promover el bienestar mental y biológico de los profesionales de la salud, considerando la importancia que ellos tienen en la respuesta profesional específica a la grave crisis asistencial, que afecta la humanidad en estos momentos.^{42,43,44}

En el análisis de las respuestas corporales de los médicos que padecieron la enfermedad en las primeras etapas de la pandemia, inmersos en este estado de terror psicológico colectivo, pudimos identificar la aparición progresiva de las diferentes etapas de la enfermedad general de adaptación descritas por Hans Selye,^{45,46,47} representada en primer lugar por una condición de amenaza que activó todos los mecanismos internos de alarma y condicionó la típica producción de adrenalina que da origen a la respuesta de lucha o huida del cerebro reptil, la cual fue explícitamente identificada por los médicos quienes manifestaban una intensa sensación de miedo, francamente ligada con la presencia de un evento que colocaba en grave peligro su existencia. En aquellos que padecieron una forma más grave de enfermedad se observó la aparición de las fases sucesivas de sobrevivencia o resistencia, con persistencia de un miedo profundo y la aparición de síntomas orgánicos de sobrecarga adrenérgica (taquicardia, sudoración, opresión precordial, sensación de falta de aire, náuseas, diarrea), y finalmente la fase de deterioro que culminó con el fallecimiento de algunos de ellos.^{48,49}

En la dinámica de la vida diaria, encontramos el desarrollo de una respuesta compensadora de

lucha o huida compleja, que varió en torno a la edad y estatus laboral de los médicos. Aquellos que se encontraban en actividad hospitalaria y en atención COVID-19, que en razón de los principios éticos y morales de la profesión no podían huir, asumieron una lucha compleja ante la falta de recursos de protección y de insumos para asistir a los enfermos, soportando la ansiedad de los familiares y el fracaso y frustración graves con muerte de familiares o compañeros, en una lucha constante consigo mismos, que en muchas ocasiones les hizo plantear la posibilidad de renuncia a sus cargos y que en muchos de ellos fue determinante para la aparición de síntomas depresivos con tristeza, llanto fácil, anhedonia, alteraciones importantes del sueño, pensamientos pesimistas.

Los médicos de tercera edad o ya jubilados expresaron una respuesta de huida compleja caracterizada por la suspensión de consultas y limitación de horarios de trabajo, ante la percepción de ser personas de alto riesgo en la mayoría de los casos por enfermedades predisponentes; sin embargo, no solo manifestaron ansiedad adicional por pérdida de recursos, sino además un cuadro de angustia ética que los conducía a una insistente búsqueda de justificación a su ausencia en medio de una crisis sanitaria de elevadas proporciones.⁵⁰

Uno de los elementos más llamativos a lo largo de la investigación fue el pronunciado temor a morir en la casi totalidad de los participantes, estableciéndose una angustiosa relación de inmediatez con la muerte, ya que la pérdida de familiares y compañeros la convirtió en un evento muy cercano y la hizo perder su condición de interpersonal para convertirse en intrapersonal y en una compañera desleal en el diario devenir. Las diferentes formas de verbalización acerca de la posibilidad de morir reflejaron expresiones de pánico intenso con acentuados síntomas neurovegetativos y expresiones cognitivo conductuales no usuales para un personal que mantiene un contacto permanente con la muerte en su diario quehacer.

Paradójicamente, esta acentuada condición de temor ante la posibilidad de desaparecer físicamente como consecuencia de la enfermedad, produjo un

culto inconsciente y desesperado a la muerte y en la red social que nos agrupa, a diario podíamos observar el deprimente recuento de los fallecidos en los ámbitos nacional, familiar y laboral, de manera tal que cotidianamente parecía ejecutarse una sesión para exorcizar su temible presencia. Además, apreciamos un cambio significativo en la relación socio-cultural con la muerte, ya que su cotidianidad se incrementó geométricamente, condicionando la percepción de la posibilidad de muerte prematura y el impedimento de los mecanismos de negociación descritos por Elizabeth Kubler Ross que incluyen las fase de negación, ira, regateo, depresión y aceptación.⁵¹ Muchos de los participantes manifestaron además, el temor a una muerte inquieta, clandestina, en una sala de UCI, teniendo que enfrentar ese trance en soledad en lugar de fallecer en paz, rodeado de sus allegados, respetado por sus semejantes. Particular inquietud produjo la pérdida de la ritualidad de la muerte, las exequias apresuradas sin que los deudos pudieran contar con el acompañamiento solidario de sus familiares y amigos y el significativo atropello a la reacción de duelo, puesto que el elevado número de fallecimientos cercanos ha sido una causa que impide la cristalización temporal del mismo, sumando uno tras otro el reinicio de los mecanismos compensadores que conducen a la aceptación de la ausencia.

El análisis de los estresores reveló que la percepción de los médicos concedió mayor importancia a la posibilidad de morir a causa de la enfermedad, a la facilidad de propagación del virus, la alta exposición a la que están sometidos sin mecanismos de protección segura, el temor a contagiarse, la posibilidad de convertirse en fuente de contagio familiar, la falta de recursos asistenciales y el temor a orfandad de sus hijos; mientras que, en relación a la contención emocional entendida como el apoyo que recibe una persona que ha perdido el equilibrio o se encuentra en una situación no habitual, estrechamente ligada a la actitud empática y la escucha activa, los elementos más relevantes fueron el apoyo familiar y la confianza depositada en un ser supremo, percibido desde una visión cosmogónica de espiritualidad más que de religiosidad, sin intermediarios y desde una condición de acercamiento personalísimo entre el ser supremo y el

enfermo. En varios casos, los médicos que enfermaron de COVID-19 y temieron por su existencia, tuvieron experiencias transensoriales con existencias santificadas como el Dr. José Gregorio Hernández, Beato venezolano, que acudió en su auxilio.

A los fines de ilustrar esta afirmación, comparo el relato de un médico con COVID-19, que participó en la investigación:

Padecer COVID-19 a los 62 años con claros factores de riesgo y pleno conocimiento de lo que me podía pasar, no fue fácil. Es una experiencia que se vive solo, eres tú y el, al principio, luego eres tú y Dios, negociando una nueva oportunidad de vivir, y es que la sensación de muerte inminente se apodera de ti en horas de la madrugada. La fiebre, los escalofríos te hacen recordar los espasmos palúdicos.

A los 15 días cesó la tormenta, empecé a mejorar, como secuela un trastorno cognitivo, se me hace difícil evocar mis recuerdos. Los ataques de pánico persisten todavía lo único definitivo que creo va a ser el denominador común en aquellos a quienes nos ha visitado el COVID-19 es que cambia tu relación con Dios y la vida.

Aun cuando la creencia popular estima que los médicos son duros, fríos e inmunes ante el sufrimiento humano como un mecanismo de defensa psicoemocional, en esta experiencia investigativa pudimos observar como el sufrimiento colectivizado por las consecuencias de esta grave enfermedad produjo un particular acercamiento de los Médicos a lo que el otro sufre, puesto que dicha experiencia adquirió una connotación transpersonal por la aparición de la propia enfermedad o la de personas cercanas ocasionando una particular proyección de lo que le pasa al otro.

En medio de este panorama todavía incierto de la pandemia COVID-19, surgen innumerables preguntas sin respuestas definitivas y entre otras adquieren particular relevancia las planteadas por Bayes y Ribes en 1992 respecto al VIH/SIDA, que adquieren notable vigencia ante la situación actual

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN LA PSIQUE DE LOS MÉDICOS

producida por el Virus SARS-CoV-2.⁵²

¿Qué variables hacen que un virus/enfermedad pueda afectar sanitaria, social y económicamente a todo el planeta? ¿Existen factores más allá de lo biológico para que una infección se transforme en uno de los peores fenómenos en salud de los últimos años en todo el mundo?.

El surgimiento de la Psiconeuroinmunología como ciencia y las múltiples investigaciones en el campo de la conexión mente-cuerpo,⁵³ han permitido demostrar con un amplio margen de seguridad, que independientemente del origen biológico de las enfermedades y su potencial tratamiento médico y/o la generación de vacunas, su adquisición está estrechamente ligada a los procesos psicológicos que padecen las personas, hasta el punto de afirmar que primero nos enfermamos de las emociones y luego aparece la enfermedad corporal, tal como demostró Candace Pert en su extraordinario estudio en mujeres con cáncer de mama, en el cual hizo evidente que los seres humanos somos lo que pensamos, sentimos y como nos emocionamos, puesto que la activación del pensamiento desencadena la liberación de las llamadas moléculas de emoción, actualmente denominados neuromoduladores, ampliamente descritas por los investigadores, que establecen esa conexión y desencadenan la acción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, desde la permanencia del estrés y la percepción de amenaza a la sobrevivencia, sobre la actividad del sistema inmune, tanto en su componente humoral como celular y el aumento a la predisposición a la enfermedad desde la pérdida de la tolerancia inmunológica.^{54,55}

En este orden de ideas, podemos concluir que los hallazgos de la presente investigación develan una importante alteración del estado psicoemocional en los médicos en el contexto de la pandemia COVID-19, que seguramente ha contribuido de manera significativa en la elevada morbimortalidad por esta enfermedad en el personal sanitario asistencial, al alterar la respuesta inmune en presencia de una inadecuada activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal ante la clara percepción de grave amenaza a la sobrevivencia, como conse-

cuencia de la infección por SARS-CoV-2, por lo cual se hace necesaria la rápida y eficaz intervención de las autoridades sanitarias competentes y de las diferentes sociedades científicas a los fines de establecer programas de apoyo psicoemocional a los médicos que trabajan en primera línea de atención a los pacientes con COVID-19.

Referencias

1. Singh, L, Bansal, S, Bode, L, Budak, C, Chi, G, Kawintiranon, K, Padden, C, Vanarsdall, R, Vraga, E, Wang, Y. ArXiv. 2020 Mar 31;arXiv:2003.13907v1. Preprint. A first look at COVID-19 information and misinformation sharing on Twitter . NIH Preprint pilot in <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7280879/>
2. De Angelis, E, Renzetti, S, Volta, M, Donato, F, Calza, Placidi, D, Lucchini, R, Rota, M. COVID-19 incidence and mortality in Lombardy, Italy: An ecological study on the role of air pollution, meteorological factors, demographic and socioeconomic variable Environmental Research Volume 195, April 2021, 110777
3. Castaldi S, Maffeo, M, Rivieccio B, Zignani M, Manzi G, Nicolussi F, Salini S, Micheletti A, Gaito S, Biganzoli, S Monitoring emergency calls and social networks for COVID-19 surveillance. To learn for the future: The outbreak experience of the Lombardia region in Italy Acta Biomed. 2020 Jul 20;91(9-S):29-33. doi: 10.23750/abm.v91i9-S.10038.
4. Organización mundial de la salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia en <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
5. Panamerica Health Organization. Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19) (21 August 2021) en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54717>
6. ILO, FAO, IFAD and WHO 13 October 2020. Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems en <https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>)
7. Zheng, L, Miao, M, Gan, Y. Perceived Control Buffers the Effects of the COVID-19 Pandemic on General health and life satisfaction: The mediating role of psychological distance. December 2020 Applied Psychology: 12:4, 1095-1114
8. Wang, Y, Shi, L, Que, J, Lu, Q, Liu, L, Lu, Z, Xu, Y, Liu, J, Sun, Y, Meng, S, Yuan, K, Ran, M, Lu, L, Bao, Y, Shi, J The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic Mol Psychiatry. 2021 Jan 22;1-10.
9. Niles, MT, Bertmann, F, Belarmino, EH, Wentworth, T, Bieh, E, Neff, R. The Early Food Insecurity Impacts of COVID-19 Nutrients. 2020 Jul 15;12(7):2096.
10. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. Child Abuse Negl. 2020 Dec;110(Pt 2):104699
11. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China Psychiatry Res. 2020 May;287:112934
12. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes Metab Syndr. 2020 Sep-Oct;14(5):779-788.
13. Aghagholi G, Gallo Marin B, Katchur NJ, Chaves-Sell F, Asaad WF, Murphy SA. Neurological Involvement in COVID-19 and Potential Mechanisms: A Review. Neurocrit Care. 2021 Jun;34(3):1062-1071
14. Izquierdo JL, Almonacid C, González Y, Del Rio-Bermudez C, Ancochea J, Cárdenas R, Lumbreras S, Soriano JB. The impact of

- COVID-19 on patients with asthma. *Eur Respir J*. 2021 Mar 4;57(3):2003142
15. Du H, Dong X, Zhang JJ, Cao YY, Akdis M, Huang PQ, Chen HW, Li Y, Liu GH, Akdis CA, Lu XX, Gao YD. Clinical characteristics of 182 pediatric COVID-19 patients with different severities and allergic status. *Allergy*. 2021 Feb;76(2):510-532.
 16. Sagarra-Romero L, Viñas-Barros A. COVID-19: Short and Long-Term Effects of Hospitalization on Muscular Weakness in the Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 24;17(23):8715.
 17. Anjorin AA, Abioye AI, Asowata OE, Soipe A, Kazeem MI, Adesanya IO, Raji MA, Adesanya M, Oke FA, Lawal FJ, Kasali BA, Omotayo MO. Comorbidities and the COVID-19 pandemic dynamics in Africa. *Trop Med Int Health*. 2021 Jan;26(1):2-13.
 18. Lai Q, Spoletini G, Bianco G, Graceffa D, Agnes S, Rossi M, Lerut. SARS-CoV2 and immunosuppression: A double-edged sword. *J. Transpl Infect Dis*. 2020 Dec;22(6):e13404
 19. Stachtea P, Stachtea C. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on secondary school teachers. *Psychiatriki*. 2020 Oct-Dec;31(4):293-301
 20. Gloster A, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, Nicolaou C, Papacostas V, Aydın C, Chong Y et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *Clinical Trial PLoS One*. 2020 Dec 31;15(12):e0244809.
 21. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr*. 2021 Jan 29;67(1):fmaa122..
 22. Zvolensky MJ, Garey L, Rogers AH, Schmidt NB, Vujanovic AA, Storch EA, Buckner JD, Paulus DJ, Alfano C, Smits JAJ, O'Leirigh C. Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behav Res Ther*. 2020 Nov;134:103715
 23. Tull MT, Edmonds KA, Scamaldo KM, Richmond JR, Rose JP, Gratz KL. Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Res*. 2020 Jul;289:113098.
 24. Akour A, Al-Tammemi AB, Barakat M, Kanj R, Fakhouri HN, Malkawi A, Musleh G. The Impact of the COVID-19 Pandemic and Emergency Distance Teaching on the Psychological Status of University Teachers: A Cross-Sectional Study in Jordan. *Am J Trop Med Hyg*. 2020 Dec;103(6):2391-2399...
 25. Brandini De Boni R, Balanzá-Martínez V, Correa Mota J, De Azevedo Cardoso T, Ballester P, Atienza-Carbonell B, Bastos F, Kapezinski F. Depression, Anxiety, and Lifestyle Among Essential Workers: A Web Survey From Brazil and Spain During the COVID-19 Pandemic. *J Med Internet Res*. 2020 Oct 30;22(10):e22835
 26. Hao R, Zhang Y, Cao Z, Li J, Xu Q, Ye L, Guo X, Zheng T, Song H. Control strategies and their effects on the COVID-19 pandemic in 2020 in representative countries. *Review J Biosaf Biosecur*. 2021 Dec;3(2):76-81
 27. Xinghuan W. The COVID-19 battle at CHU Zhongnan and Leishenshan hospital: A summary of the global mobilization in China and reflections on the Wuhan experience. *Bull Acad Natl Med*. 2021 Aug;205(7):726-731. *Bull Acad Natl Med*. 2021 Aug;205(7):726-731.
 28. Fang D, Pan S, Li Z, Yuan T, Jiang B, Gan D, Sheng B, Han J, Wang T, Liu Z. Large-scale public venues as medical emergency sites in disasters: lessons from COVID-19 and the use of Fangcang shelter hospitals in Wuhan, China. *BMJ Glob Health*. 2020 Jun;5(6):e002815
 29. Li J, Yuan P, Heffernan J, Zheng T, Ogden N, Sander B, Li J, Li Q, Bélair J, Kong JD, Aruffo E, Tan Y, Jin Z, Yu Y, Fan M, Cui J, Teng Z, Zhu H. Fangcang shelter hospitals during the COVID-19 epidemic, Wuhan, China. *Bull World Health Organ*. 2020 Dec 1;98(12):830-841D.
 30. Baru RV. Health systems preparedness during COVID-19 pandemic: China and India. *Indian J Public Health*. 2020 Jun;64(Supplement):S96-S98.
 31. Kong X, Guo C, Lin Z, Duan S, He J, Ren Y, Ren J. Experimental study on the control effect of different ventilation systems on fine particles in a simulated hospital ward. *Sustain Cities Soc*. 2021 Oct;73:103102.
 32. Xudong Gao 1, Zhimin Wang 2, Chan Kong 3, Hongru Fan 4, Juan Zhang 5, Jing Wang 6, Lingling Tan 2, Jinyao Wang 7. Cross-Sectional Survey to Assess Health-Care Workers' Grief Counseling for Bereaved Families of COVID-19 Victims in Wuhan, China. *Disaster Med Public Health Prep*. 2021 Apr 30;1-6.
 33. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, et al. COVID-19, a worldwide public health emergency. *Rev Clin Esp*. 2020;20;221:55-61
 34. Fuster Guillen, DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propós. represent. vol.7 no.1 Lima ene./abr. 2019 versión On-line ISSN 2310-4635* en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010
 35. Biondi, M., Kotzalidis, GD. Human psychoneuroimmunology today. *Review J Clin Lab Anal* 1990;4(1):22-38.
 36. Cohen S, Herbert TB. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol*. 1996;47:113-42
 37. Morley JE. Psychoimmunology and Aging: A Tribute to George Freeman Solomon. *J Am Med Dir Assoc*. 2015. Nov 1;16(11):901-4. .
 38. Limbu, K., Piryani, R., Sunny, A. Healthcare workers' knowledge, attitude and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. *PLoS One*. 2020 Nov 6;15(11):e0242126.
 39. Sabatello M, Blankmeyer Burke T, McDonald KE, Appelbaum P. Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic. *Am J Public Health*. 2020 Oct;110(10):1523-1527.
 40. McGuire AL, Aulisio MP, Davis FD, Erwin C, Harter TD, Jagsi R, Klitzman R, Macauley R, Racine E, Wolf SM, Wynia M, Wolpe PR; COVID-19 Task Force of the Association of Bioethics Program Directors (ABPD). Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force. *Am J Bioeth*. 2020 Jul;20(7):15-27. *Hastings Cent Rep*
 41. Churchill, L., King, NP, Henderson G. The Future of Bioethics: It Shouldn't Take a Pandemic. 2020 May;50(3):54-56. .
 42. Chou R, Dana T, Buckley D, Selph S, Fu R, Totten, A. Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers: A Living Rapid Review. *Ann Intern Med*. 2020 Jul 21;173(2):120-136.
 43. El-Hage W, Hingray C, Lemogne Y, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, Etain T, Paquet C, Gohier G, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs M, Aouizerate B. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*. 2020 Jun;46(3S):S73-S80
 44. Huaracaya-Victoria, J. Review. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Apr-Jun 2020;37(2):327-334. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19
 45. Rom O, Reznick AZ. The Stress Reaction: A Historical Perspective. *Adv Exp Med Biol*. 2016;905:1-4
 46. Szabo S, Yoshida M, Filakovszky J, Juhasz G. "Stress" is 80 Years Old: From Hans Selye Original Paper in 1936 to Recent Advances

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID-19 EN LA PSIQUE DE LOS MÉDICOS

- in GI Ulceration. *Curr Pharm Des.* 2017;23(27):4029-4041
47. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, de Lima Umeoka EH. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behav Neurosci.* 2018 Jul 3;12:127
48. Pal R, Banerjee M. COVID-19 and the endocrine system: exploring the unexplored. *J Endocrinol Invest.* 2020 Jul;43(7):1027-1031.
49. Pal R. COVID-19, hypothalamo-pituitary-adrenal axis and clinical implications. *Endocrine.* 2020 May;68(2):251-252.
50. Chaoran Ren 1, Qian Tao. Neural Circuits Underlying Innate Fear Review. *Adv Exp Med Biol* 2020;1284:1-7.
51. Kubler Ross, E, Sobre la muerte y los moribundos Editor digital: turolero en <https://www.libronube.com/descargar-sobre-la-muerte-y-los-moribundos-elisabeth-kubler-ross/24695/>
52. Bayés Sopena, R; Ribes iñesta, E. Un modelo psicológico de prevención de enfermedad : su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del psicólogo* N° 41-42 (Octubre 1989), p.122-125
53. Pert, C. Moléculas de la Emoción. La Ciencia detrás de la Mente-cuerpo en https://www.academia.edu/43524159/Moléculas_de_la_Emoci%C3%B3n_La_Ciencia_detr%C3%A1s_de_la_Mente_Cuerpo
54. Littrell J. The mind-body connection: not just a theory anymore. *Soc Work Health Care.* 2008;46(4):17-37
55. Kim SW, Su KP. Using psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain Behav Immun.* 2020 Jul;87:4-5.

Ponencia Central: La medicina y sus desafíos. Repercusión sanitaria, social y económica de la enfermedad COVID-19

*José Félix Oletta L.**

Situación del entorno social, económico y de salud, previa a la aparición de la pandemia

Desde 2013, en Venezuela se identificaron rasgos distintivos de la Emergencia Compleja Humanitaria y sus impactos sobre la calidad de vida de la población. Desde 2018 se produjo la acentuación del colapso progresivo de los servicios básicos. Numerosas Instituciones Nacionales recopilaban y denunciaban esta situación entre 2014 y 2018, entre ellas, SVSP, AVS, REDEN, CEPAZ y su impacto, especialmente en el Derecho a la Salud.^{1,2}

Además, desde 2013, Venezuela había sido incluida entre los países o estados frágiles que se desplazan hacia un estado fallido, situación que se fue acelerando progresivamente entre 2013 y 2020 y que ascendió en el score de 75,3 puntos a 91,2.³

Ante el deterioro acelerado de las Condiciones de Vida en nuestro país, la Organización de las Naciones Unidas, reconoció la emergencia y mediante la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), preparó por primera vez en la historia, un Plan de Respuesta Humanitaria para nuestro país, cuyo objetivo fue brindar asistencia humanitaria a 4,5 millones de venezolanos vulnerables. Para ello, solicitó un monto de 762,5 millones de dólares, para el lapso 2019-2020.⁴

El colapso del sistema de salud

Por su parte la OPS-OMS, venía implementando acciones de apoyo en nuestro país desde 2017, para atender múltiples necesidades de salud pública,⁵ enmarcadas en el Nivel 2-3 del Marco de Respuesta de Emergencias de Salud.^{6,7}

Un oportuno Editorial de The Lancet, destacó el colapso del sistema de salud en Venezuela, en abril de 2018.⁸

La emergencia compleja que sufre Venezuela y sus múltiples repercusiones, entre ellas sobre el derecho a la salud había sido reconocida por el Alto Comisionado de los Derechos Humanos de la ONU en su informe de 2018.⁹

Así mismo, un estudio sobre mortalidad atribuible a la mala calidad de la atención en salud, realizado con datos de 137 países, publicado en 2018.¹¹ Estimó que en Venezuela la incidencia de muertes por mala calidad de atención en salud, era muy elevada, de 80 por cada 100.000 habitantes.

La Encuesta Nacional de Hospitales realizada en 2019¹² recopiló el número de muertes evitables en hospitales, por fallas de los servicios básicos hospitalarios (entre ellos las fallas masivas de energía eléctrica, agua, disponibilidad de oxígeno y otras fallas), así se identificaron en pacientes cardiovasculares: 2.609 muertes y en pacientes traumatizados 2.256 muertes, hasta diciembre de ese año.

Una evaluación de la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud, en abril de 2020, ubicaba a nuestro país, junto con Yemen, Sudán del

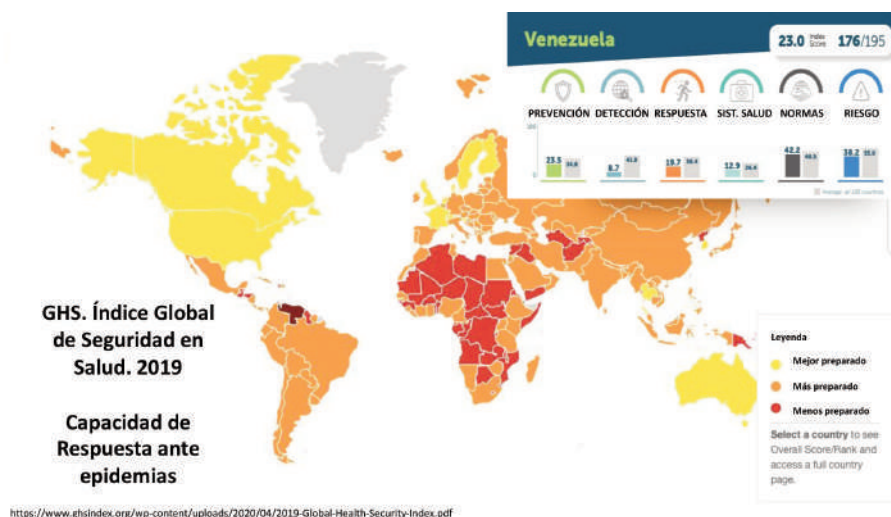
* José Félix Oletta L. (*) Médico Internista

* Miembro Titular de la SVMI. FACP. Correo: jfole2@outlook.com

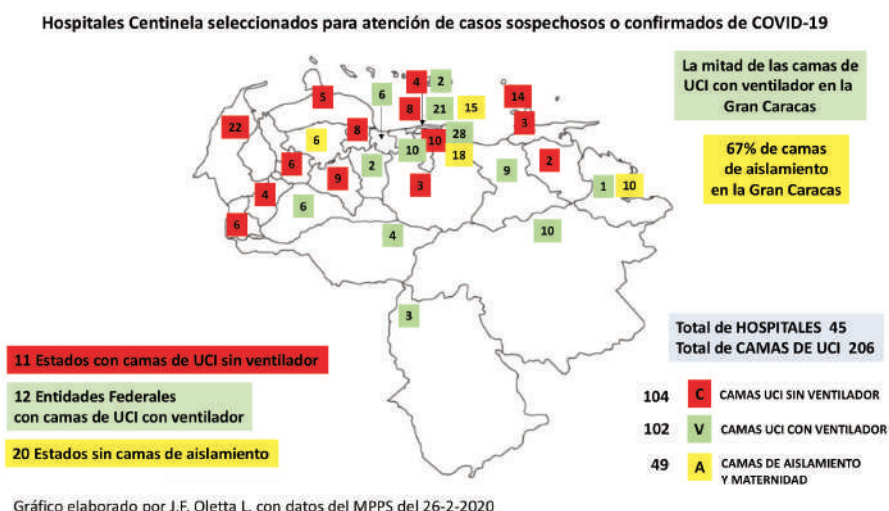
PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFÍOS. RETOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA REPERCUSIÓN SANITARIA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA ENFERMEDAD COVID-19

Sur y Siria, como países con doble emergencia: Covid-19 y crisis humanitaria.¹³

Figura 1.



En efecto, para esa fecha, Venezuela solo disponía en total de unas 720 camas de cuidados intensivos, en hospitales públicos, para cubrir las necesidades de 28,5 millones de habitantes; de ellas, solo 102 con ventiladores disponible para atención de pacientes críticos. Los 45 hospitales centinela seleccionados en febrero de 2021, solo disponían de 206 camas de UTI, de ellas, 104 sin ventilador en 11 estados. La mitad de las camas con ventilador en el Área Metropolitana de Caracas. Solo 49 camas de aislamiento a nivel nacional y veinte estados sin camas de aislamiento. **Figura 2**¹⁴ MPPS. 26-2-2020. Datos no divulgados.



Pero las fallas en el sistema de salud pública nacional, no solo eran de equipos e insumos, sino de personal calificado y de información y vigilancia en salud.

La censura oficial y restricción arbitraria de información en salud, viene ocurriendo desde 2007, e impidió el conocimiento veraz, completo

y oportuno de diversas epidemias; esto se acentuó al suspenderse definitivamente la publicación de los Boletines Epidemiológicos Semanales, desde 2016, Los Anuarios de Mortalidad desde 2015 y otras fuentes oficiales de información en salud.^{15,16,17}

Aún así, logramos identificar el deterioro de los más importantes indicadores epidemiológicos, de nuestro país en los últimos 20 años, por ejemplo: la razón de mortalidad materna en Venezuela pasó de 60,06 x 100.000 NVR a 68,66 x 100.000 NVR en 2013, y ascendió aceleradamente hasta 135,08 x 100.000 NVR en 2016, no estando

disponibles cifras posteriores. Igualmente, la Mortalidad Infantil se disparó a 20,48 muertes x

Figura 2.

1.000 Nacidos Vivos Estimados en 2016, cifra que representó un retroceso de más de 25 años en el indicador.

Las cifras de casos malaria alcanzaron niveles récord en 2019, con 405.866 casos nuevos, autóctonos y una incidencia nacional de 1603 x 100.000 h.

(sin cuantificar, un importante sub registro, subnotificación, recaídas y recrudescencias). El aumento de casos de malaria fue de 13,58 veces, desde 2020 y la población que vive en zonas de riesgo alcanzó el 50 % de la población total del país. Venezuela concentró el 53% de los casos y el 73% de las muertes del Continente por malaria en 2020.¹⁸

La debilidad de las estrategias de vigilancia epidemiológica y del programa nacional ampliado de Inmunizaciones,¹⁹ explica la reaparición de enfermedades prevenibles mediante vacunas, como la difteria, que desde 2016 a 2020, produjo: 3.114 sospechosos, 1.790 casos confirmados y 294 muertes.

Los casos de sarampión entre 2017 y 2019, fueron: 11.310 sospechosos, 7.054 confirmados y 84 muertes.²⁰

La situación del control de la tuberculosis, también experimentó un retroceso muy importante,²¹ con un aumento en la incidencia de casos a partir de 2015, con 22,19 x 100.000 h, a 34,76 x 100.000 h. en 2017, de acuerdo al Informe Mundial de Tuberculosis 2018, de la OMS.²²

Los determinantes sociales, económicos y de salud de la población, la emergencia compleja precedente y el efecto sindémico de la pandemia de la COVID-19. Una doble emergencia.

En este complejo panorama epidemiológico nos encontramos en el primer trimestre de 2020, antes del comienzo de la pandemia, en Venezuela, en donde concurrían: 1. el conjunto de determinantes del estado de salud de la población, (determinantes macrosociales, como las erradas políticas económicas, la pobreza y la desnutrición), 2 el entorno socio-económico, con una pobre gobernanza y la deriva acelerada hacia un estado fallido, 3. el impacto de la emergencia compleja prolongada, que se inició a finales de 2013, a la que

se sumó 4. el colapso de los servicios básicos de la población en 2018, entre ellos el sistema de salud, todos estos determinantes, contribuyeron a aumentar las desigualdades sociales y en salud, pérdida de calidad de vida de la población y una mayor inequidad.

La contribución de la pandemia a todos estos males pre existentes produjo y producirá aún un efecto sindémico, (una sindemia es definida como suma de dos o más epidemias o brotes de enfermedades concurrentes o secuenciales, en una población con interacciones biológicas, sociales y políticas, que exacerban el pronóstico y carga de la enfermedad, especialmente, en la población más vulnerable, con un efecto sinérgico entre las patologías concurrentes y las condiciones sociales y estructurales, que favorecen que estas patologías se den de forma conjunta en ciertas poblaciones.^{24, 25}

En relación con la pandemia COVID-19, cuando hablamos de ella en contextos "sindémicos", permite visibilizar las otras epidemias de enfermedades

Figura 3.



preexistentes o concurrentes que posicionan en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la COVID-19 a unas personas que a otras. Esta mayor vulnerabilidad está condicionada y exacerbada por el contexto sociopolítico del país. **Figura 3.**

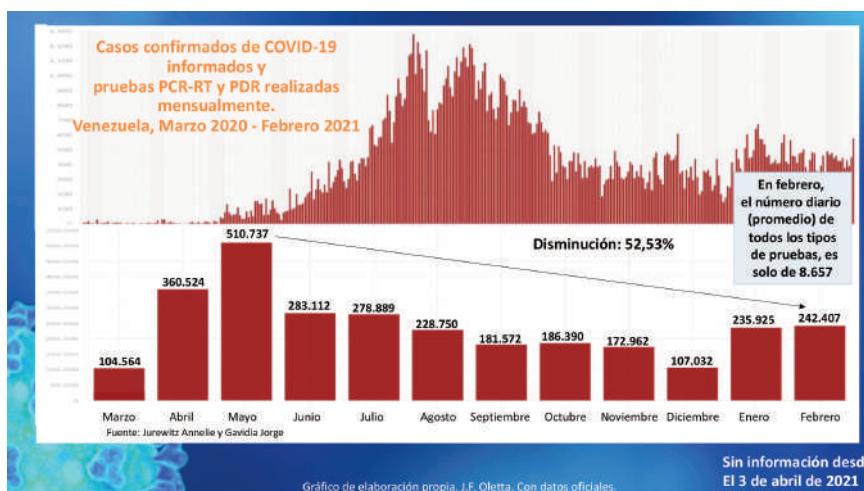
En el caso de Venezuela, para el momento del comienzo de la pandemia, ninguno de los Objetivos

Control de la epidemia fue publicada tardíamente el 1 de junio de 2021.³¹

Los acuerdos para facilitar la procura de equipos de protección biológica del personal sanitario y de los equipos para el diagnóstico y trazabilidad de casos, también fueron tardíos e inefectivos hasta este momento. Igualmente fracasaron las iniciativas para elaborar de manera consensuada y suficientemente consultada, un Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, así como para lograr una gestión eficiente, oportuna, ordenada, universal, equitativa y transparente, del Plan Nacional de Vacunación que hasta este momento no se ha logrado.

La información sobre el número de infecciones y fallecidos ha carecido de consistencia y credibilidad, los reportes se hacen solo sobre casos confirmados y se excluyen los sospechosos, la confirmación de los casos es retrasada y el número de pruebas diagnósticas realizadas resulta muy insuficiente, y por tanto sesgada para evaluar el comportamiento real de la pandemia.³² Se han empleado pruebas rápidas de anticuerpos que no resultan apropiadas para el diagnóstico y desde el 3 de abril de 2021 no se publica información sobre el número de pruebas realizadas. Se redujeron, sin justificación alguna, el número de pruebas realizadas mensualmente, entre mayo de 2020 y febrero de 2021 en 52,53 %, a pesar que en ese período aumentó considerablemente el número de casos.³³ **Figura 6**

Figura 6.



Las numerosas advertencias realizadas para corregir estas fallas, errores y deficiencias, no han sido tomados en cuenta por los responsables del Ejecutivo Nacional.

Modelos matemáticos elaborados en 2020 por la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales de Venezuela, indicaban que para el 30 de agosto de 2020 el número de casos estimados era de 240.000, mientras que los informados eran 45.868, es decir 5,2 veces menos.³⁴ y que el número de casos estimados se incrementaría para finales de diciembre de 2020 a 1.399.766, si se aplicaba flexibilización y se liberaban las medidas de cuarentena, estimando un Número Reproductivo de Rt 1,1.³⁴

Las estimaciones de casos, elaboradas por el Imperial College de Londres y en un grupo centinela con infecciones respiratorias, sospechosas de la COVID-19, para enero de 2021, eran entre 4 y 8 veces mayores que las informadas oficialmente.³⁵

El patrón de comportamiento de la epidemia, hasta este momento ha sido de 3 ondas epidémicas, (la última en desarrollo) en escalera ascendente, con periodos entre ondas, cada vez con mayor número de casos, concentrándose el mayor número de casos informados, cerca del 70%, en los meses transcurridos de 2021. El número de fallecidos entre marzo de 2020 y diciembre de 2020 sumaron 1.032 y entre enero y julio de 2021, fueron 2560, para un total de 3.592 casos. En los primeros 7 meses de 2021 se acumularon el 71,2% de los casos mortales. La tasa de letalidad acumulada desde el principio de la pandemia, hasta julio de 2021 fue de 1,16%. (cálculos propios con datos oficiales).³³

En Venezuela, entre marzo de 2020 y marzo de 2021, el 13,7% de los casos informados eran mayores de 60 años de edad. Sin embargo en este grupo vulnerable, ocurrió el 64,6% de las muertes.³³ (Datos oficiales, con cálculos realizados personalmente). Mientras que la letalidad en el grupo de 40 a 49 años

PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFÍOS. RETOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA REPERCUSIÓN SANITARIA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA ENFERMEDAD COVID-19

fue de 0,54% , comparado con el grupo de 80 años y más, que alcanzó una letalidad de 8,33 %, (15,4 veces más). Por su parte, la mortalidad en personas de 40 a 49 años fue de 4,09 x 100.000 h. y en el grupo de 80 años y más, fue de 42,06 x 100.000 h., es decir, 10,28 veces más.³³

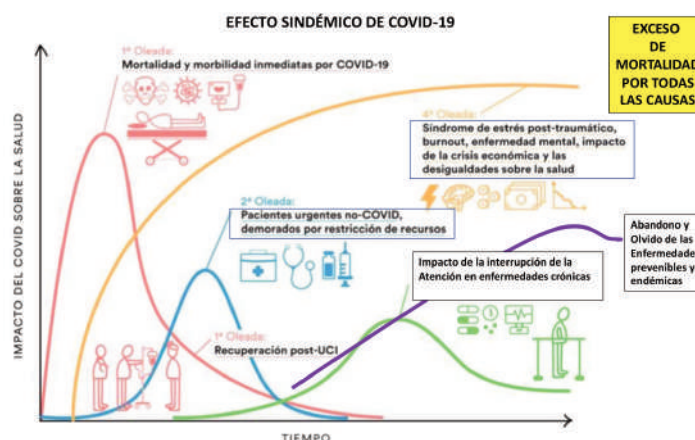
El comportamiento futuro de la epidemia dependerá de diversos factores, algunos relacionados con el virus y la aparición de nuevas variantes de preocupación con mayor capacidad de transmisión y de agresividad, de determinantes sociales y políticos, culturales y de la aplicación de medidas efectivas no farmacológicas, de barreras y restricciones de movilización, limitación de eventos con participación de numerosas personas, uso de protección y distanciamiento físico y de la gestión efectiva y oportuna de un plan de vacunación que permita la protección de la población, y la reducción de la enfermedad con casos graves y muertes. Así como el acceso, disponibilidad y del desarrollo de nuevos medicamentos con efecto antiviral y de fármacos capaces de modificar efectivamente la respuesta inflamatoria exagerada provocada por el virus y por ende su historia natural, complicaciones y letalidad.

Puede esperarse que por el efecto sindémico de la COVID-19, se produzca un exceso de mortalidad en la población por todas las causas, pero este dato no puede ser evaluado, por el retraso de divulgación oficial de la mortalidad en Venezuela desde hace 6 años. Pero si se puede prever un importante impacto sobre las prestaciones del sistema de salud, en todas sus áreas, de servicios asistenciales y de los programas de salud pública.

Por ejemplo: la atención de pacientes urgentes por causas diferentes a la COVID-19, demorados y excluidos por la atención prioritaria de los pacientes afectados por la pandemia que requieren atención de emergencia y cuidados intensivos. La interrupción y el diferimiento de la atención y el tratamiento de los pacientes afectados por enfermedades crónicas no transmisibles (Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Cáncer, enfermedades Renales Crónica, inmunológicas, Mentales y de otra naturaleza), el

abandono y olvido de las enfermedades endémicas como la malaria y de las otras enfermedades infecciosas prevenibles mediante inmunizaciones. Finalmente, el gran impacto sobre la salud mental de la población, estrés post traumático, burnout, empobrecimiento económico extremo e inseguridad alimentaria. **Figura 7.**

Figura 7.



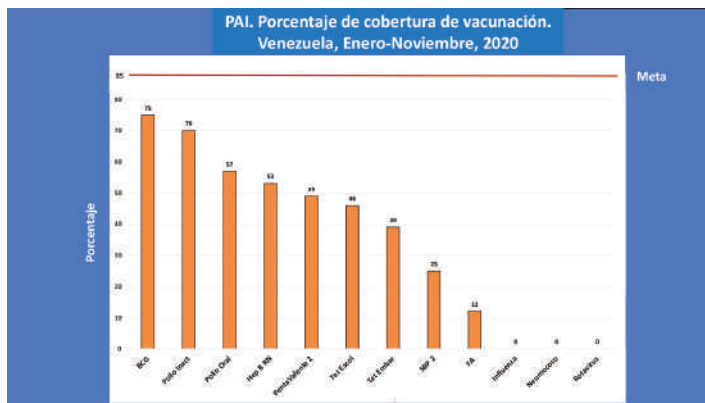
Algunos de estos impactos han sido destacados por la Organización Panamericana de la Salud, por ejemplo en el caso del control y eliminación de la malaria, por interrupción de muchas actividades fundamentales del Programa Nacional, que ocultan la realidad del problema y aumentan los riesgos de salud pública, derivados de la enfermedad.³⁶

Otro ejemplo muy importante, es la reducción de las coberturas de inmunización de otras enfermedades prevenibles mediante vacunas. Los datos oficiales, no divulgados, durante 2020, hasta el mes de noviembre, indican que ninguna de las vacunas incluidas en el Programa Nacional Ampliado de inmunizaciones de Venezuela, alcanzó las coberturas anuales, óptimas programadas, como puede apreciarse en la **Figura 8.**³⁷

Lecciones aprendidas y posibles soluciones

Las principales dificultades, fallas y errores, identificados en nuestro país en la planificación, gestión, auditoría y evaluación de las medidas para el control de la pandemia, nos obligan a enfocarnos con

Figura 8.



urgencia, las posibles soluciones, e identificar las lecciones aprendidas, entre ellos:

Tabla 1.

Falta de transparencia. Opacidad. Restricción y manipulación de datos. Uso político de la información y abuso del Intrusismo y Charlatanería. Estado de excepción. Desproporción de las medidas de control social. Exclusión de grupos de la sociedad. Discriminación. Estigmatización de enfermos	Restricciones de libertades. Limitaciones al derecho a la opinión y restricción. Acceso fuentes oficiales de información a la movilización. Falta de Planificación. Improvisación. Desprecio por datos científicos. Retardo en el plan de introducción de Vacunas
--	---

¿Qué podemos hacer?

Promover y alcanzar compromisos y respuestas para la acción, en el contexto de la emergencia compleja humanitaria y su impacto en el sistema de salud, agravada desde marzo de 2020 por la pandemia de la COVID-19.

¿Por donde comenzar?

Aplicando medidas inmediatas de emergencia
1,28,32,38,39

- La emergencia política compleja que sufre

Venezuela, agravada por la COVID-19, debe ser atendida inmediatamente como prioridad de Estado, mediante todos los recursos nacionales, con apoyo de la asistencia y la cooperación internacional, dada su complejidad y magnitud.

- En el sector salud se privilegiará, la coordinación intersectorial de programas sociales de auxilio, dirigidas a poblaciones vulnerables o en situación de precariedad social.

Entre las acciones propuestas se han identificado al menos 37 tareas, en cinco áreas o líneas de acción: **Figura 9**

Debe enfatizarse en las acciones de promoción y prevención en salud

Estas, se hacen efectivas cuando las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. Que elaboren programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan espacios públicos para la actividad física y cultural de las personas y su convivencia. Que se sustente en la población, que sea participativa, intersectorial, sensible al contexto cultural y educativo y que opere en múltiples niveles.

Se proponen objetivos centrados en:

- Generar mayores capacidades ciudadanas.
- Incentivar la participación de los actores sociales y comunitarios.
- Generar una plataforma de acción y acuerdos para la implementación de políticas.
- Contribuir con mejores prácticas en salud.
- Elaborar proyectos que mejoren la calidad de vida.
- Disminuir los riesgos asociados al contexto de la pandemia COVID-19.

¿Cómo lo podemos hacer?

Elaborando Programas de Comunidades saludables en el entorno de la COVID-19 que contemplen:

- Información confiable vs Infodemia (Fake News).
- Educación.
- Acceso a las fuentes de información y

PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFÍOS. RETOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA REPERCUSIÓN SANITARIA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA ENFERMEDAD COVID-19

divulgación.

- Libre intercambio de ideas.
- Identificación de fortalezas y amenazas.
- Promoción de la solidaridad y la empatía entre todos los involucrados.

Propuestas sobre la tarea de vacunación contra la COVID-19

Debemos recordar las numerosas publicaciones orientadoras de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela,^{40,41,42} en las que ha enfatizado la necesidad de disponer de un Plan de Vacunación Nacional concertado, indispensable para proteger la salud población, que es una obligación inexcusable del Estado.

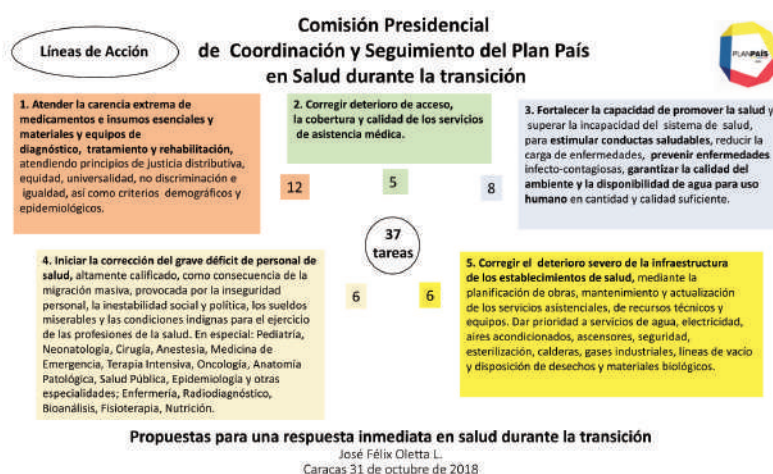
Tabla 2.

Bien necesario	Progresivo
Efectivo	Ordenado a:
Seguro	Los más expuestos
Oportuno	Los más vulnerables
Universal	Planificado
Equitativo	que Promueva confianza y
Informado	participación

Las características de dicho plan son:

Los acuerdos deben dirigirse a algunas etapas esenciales, por ejemplo: La aprobación de procedimientos regulatorios para el uso de vacunas, la procura y financiación de las vacunas, la definición de poblaciones prioritarias, la implementación y aspectos logísticos para la gestión, entre ellos el aseguramiento de la cadena de frío y la vigilancia de efectos secundarios supuestamente atribuidos a las vacunas (ESAVIS), la evaluación y la auditoria del proceso.^{40,41,42} Las propuestas y recomendaciones de los miembros no oficiales de la Mesa Técnica para la implementación de la vacunación contra la COVID-19, no han sido atendidas, si bien fueron entregadas la ministro del Poder Popular de la Salud en mayo

Figura 9.



de 2021.

En los primeros 138 días, de vacunación en Venezuela (entre el 18 de febrero de 2021 y el 5 de julio de 2021), solo 2.280.000 habían recibido una sola dosis (es decir 8% de la población nacional) y solo el 0,8% de la población había recibido las dos dosis de la vacuna.⁴³

Sobre la adopción de medidas políticas por el Estado

Durante la pandemia en Venezuela, entre marzo de 2020 y abril de 2021, y recomendadas por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, el 17 de abril de 2020,⁴⁴ pudimos evaluar en nivel de su aplicación, para lo que anexamos una tabla con la aproximación del cumplimiento de 10 medidas recomendadas: **Tabla 3.**

El grave impacto económico de la pandemia de la COVID-19, y de las medidas radicales aplicadas en nuestro país para su contención, todavía requiere un análisis más profundo. Debe tomarse como referencia, la orientación de la CEPAL en su documento de abril de 2020.⁴⁵ y las del PNUD, que advierte de la necesidad de acudir al financiamiento externo para superar sus efectos negativos.⁴⁶ A la contracción de 70% de la economía venezolana, ocurrida entre 2013 y 2019, se estimó en 30% la caída adicional en 2020, lo que la sitúa entre una de las mayores crisis económicas del mundo.⁴⁷

Tabla 3.

Adopción de medidas del Estado. Durante la pandemia. Venezuela, Marzo 2020- Abril 2021

	MEDIDAS RECOMENDADAS	OBSERVACIONES
1	URGENTES, BASADAS EN CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS	DEFICIENTE TARDÍA
2	NECESARIAS RAZONABLES Y PROPORCIONADAS QUE LIMITEN LO MENOS LOS DERECHOS INDIVIDUALES	DESPROPORCIONADAS DESVIACIÓN DE FINES
3	RESPECTAR LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS, DAR PRIORIDAD AL RESPETO DE LAS OBLIGACIONES BÁSICAS MÍNIMAS	DEFICIENTE
4	RECURSOS DE ATENCIÓN SANITARIA, REGLAMENTADOS, COMPARTIDOS. RESPUESTA AMPLIA Y COORDINADA. PROTECCIÓN BIOLÓGICA AL PERSONAL SANITARIO	MUY INSUFICIENTES
5	OBLIGACIÓN DE ESTADO DE PROVEER CON EQUITAD EL MÁXIMO DE RECURSOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS DERECHOS, SALUD, SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES	INEQUITATIVO
6	ADOPTAR MEDIDAS URGENTES, ESPECIALES Y ESPECÍFICAS DE PROTECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES	DEFICIENTE
7	PROTECCIÓN SOCIAL, ECONÓMICA Y DE SALUD A LOS TRABAJADORES	INSUFICIENTE
8	ADOPTAR MEDIDAS REGLAMENTARIAS PARA EVITAR LA ESPECULACIÓN, APLICAR MEDIDAS DE SUBVENCIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS, SUPRESIÓN DEL IVA	INSUFICIENTE
9	DISPONER DE INFORMACIÓN PRECISA Y ACCESIBLE. PROTEGER DE LA DESINFORMACIÓN, REDUCIR RIESGO DE ESTIGMATIZACIÓN	INSUFICIENTE
10	PARTICIPAR EN MECANISMOS DE ASISTENCIA Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL	INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS

Colofón

¿Qué demandamos?

- Fortalecer los preparativos para mitigar impacto sobre el sistema de salud y proteger el personal asistencial.
- Aumentar la capacidad de vigilancia epidemiológica.
- Ofrecer información epidemiológica veraz, oportuna, continua y completa.
- Estimular la participación de las organizaciones y ciudadanos en la planificación, ejecución y control de las actividades.
- Mejorar la atención de las personas y poblaciones vulnerables.
- Construir un plan de vacunación universal, ordenado, efectivo, seguro y confiable.
- Reducir el impacto de las medidas de control y mitigación sobre las libertades, derechos humanos, las relaciones sociales y la economía.
- Cesar la estigmatización y la discriminación de los afectados y los privilegios de grupos.
- Aplicar medidas extraordinarias de confinamiento, proporcionadas, oportunas, ajustadas a las leyes y guiadas por criterios de salud pública.
- Promover mensajes solidarios y de cooperación y excluir los contenidos punitivos y aquellos basados en desinformación, miedo y charlatanería.

Referencias

1. Alianza Venezolana por la Salud (AVS) Declaración Emergencia compleja y ejercicio de los derechos a la vida, la salud y la nutrición en Venezuela 15 de febrero de 2018. Disponible en: www.alianzaasalud.org <https://drive.google.com/file/d/16EeqUutCLE0h37UrxUk8iTvpl6aXGHS/view>
2. Reporte Nacional. Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela. 2018 https://cepaz.org.ve/documentos_informes/emergencia-humanitaria-compleja-en-venezuela/
3. Fragile States Index. 2020. Panel de Control del País. Venezuela. Disponible en: <https://fragilestatesindex.org/country-data/>
4. Organización de las Naciones Unidas, Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). Plan de Respuesta Humanitaria, Venezuela, 2019-2020. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/venezuela_hrp_2020_es_vf.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Comité Ejecutivo. Agenda para la Sesión 162o, 18 al 20 de junio de 2018. Punto 7.2.2 Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados miembros vecinos. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14263%3A162th-session-executive-committee&catid=1258%3Aexecutive-committee&Itemid=40453&lang=es
6. OMS. Acción sanitaria en crisis humanitarias. Definición de Emergencias de Gado 3 y 2 de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/es/
7. OMS. Marco de Respuesta de Emergencias. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/hac/about/erf/es/>
8. The collapse of the Venezuela Health System. Editorial. April 07, 2018. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00277-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00277-4/fulltext)
9. Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Violaciones de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela: una espiral descendente que no parece tener fin. Ginebra, 22 de junio de 2018. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Countries/VE/VenezuelaReport2018_SP.pdf
10. Índice Global de Seguridad en Salud. GHS. 2019. Disponible en: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
11. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality Health Systems in the Universal health Coverage era: a systemic analysis of amenable deaths in 137 countries. Lancet 2018, Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31668-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31668-4/fulltext)
12. Encuesta Nacional de Hospitales. 2019. Médicos por la Salud. Disponible en: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/2019>
13. IRC. Comité Internacional de Rescate. COVID-19 en crisis humanitarias: una doble emergencia. <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4693/covid-19-doubleemergency-april2020.pdf>
14. MPPS. Hospitales Centinela seleccionados para la atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19. Presentación. Documento no divulgado. 26 de febrero de 2020.
15. Oletta López J.F. Epidemiología en Tiempo de censura. Gac Med Caracas 2015, 123 (4): 1-15
16. Nuñez, Marielba. Enfermedades bajo censura. Diario El Nacional. 7 de octubre de 2018. Disponible en: http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/enfermedades-bajo-censura_254702
17. Oletta López J.F. Walter C, Orihuela A.R. Pulido M, P. Barreras y Obstáculos para el ejercicio del derecho a acceso a la información

PONENCIA CENTRAL: LA MEDICINA Y SUS DESAFÍOS. RETOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA REPERCUSIÓN SANITARIA, SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA ENFERMEDAD COVID-19

- de fuentes oficiales en salud en Venezuela, agravados en el entorno complejo de la emergencia humanitaria. 16 de marzo de 2019. Disponible en <http://alianzasalud.org/22-de-marzo-de-2019-barreras-y-obstaculos-para-el-ejercicio-del-derecho-a-acceso-a-informacion-de-fuentes-oficiales-en-salud-en-venezuela-agravados-en-el-entorno-complejo-de-la-emergencia-humanitar/>
18. WHO. World Malaria Report 2020. 30 de noviembre de 2020 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015791>
 19. Oletta López J.F, Rísquez Parra A. Fracaso del Plan Nacional Ampliado de Inmunizaciones en Venezuela. Red Defendamos la Epidemiología Nacional. Sociedad Venezolana de Salud Pública. 19 de junio de 2019. Disponible en: <http://alianzasalud.org/20-de-junio-de-2019-sociedad-venezolana-de-salud-publica-reddefendamos-la-epidemiologia-nacional-fracaso-del-plan-nacional-ampliado-de-inmunizaciones-en-venezuela/>
 20. OPS—OMS. Sarampión. Actualización Epidemiológica, 24 de enero 2020. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15693:24-january-2020-measles-epidemiological-update&Itemid=42346&lang=es
 21. Oletta López J.F. La pobreza inducida y la reaparición de la tuberculosis en Venezuela. Un caso para estudio. Disponible en: <http://alianzasalud.org/21-de-octubre-de-2018-sociedad-venezolana-de-salud-publica-la-pobreza-inducida-y-la-reaparicion-de-la-tuberculosis-en-venezuela-un-caso-para-estudio/>
 22. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de Tuberculosis, 2018. Ginebra, 26 de septiembre de 2018. y Perfil de Venezuela. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1> y <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/> y https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=VE&LAN=ES&outtype=html
 23. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the Sava Syndemic. Free Inq Creat Sociol. 1 de noviembre de 2000;28(1):13-24. The Lancet. Syndemics: health in context. The Lancet. marzo de 2017;389(10072):881.
 24. Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: Conceptualizing the Sava Syndemic. Free Inq Creat Sociol. 1 de noviembre de 2000;28(1):13-24.
 25. The Lancet. Syndemics: health in context. The Lancet. marzo de 2017;389(10072):881.
 26. Organización de Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo Sostenible, 2030. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
 27. ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE VIDA. ENCOVI 2019-2020. UCAB,UCV,USB. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/informe-interactivo-2019>
 28. OMS. Consideraciones para la implementación y adecuación de las medidas sociales y de salud pública en el contexto del COVID-19. 4 DE NOVIEMBRE 2020 <https://www.who.int/publications-detail-redirect/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>
 29. Academia Nacional de Medicina. SVSP, SVI, SVPP, AVS, REDEN, FEFARVEN, CENABI. Declaración Conjunta. Ante los anuncios oficiales de aplicar medidas amplias de flexibilización de la cuarentena y confinamiento de la población por la pandemia de COVID-19. 29/11/2020. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/de-interes/academias-sociedades/di-declaracion-conjunta-ante-los-anuncios-oficiales-de-aplicar-medidas-amplias-de-flexibilizacion-de-la-cuarentena-y-confinamiento-de-la-poblacion-por-la-pandemia-de-covid-19-29-11-2020/>
 30. Oletta López J.F. ¿Flexibilización "segura" de medidas de cuarentena para el COVID-19? 6-12-2020. Sociedad Venezolana de Salud Pública. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1sxtt0F-wZogZg7NJQa_eiJgZXIsOAykD/view
 31. MPPS. Resolución 090. Normativa Sanitaria de responsabilidad social ante la pandemia denominada "coronavirus" COVID-19. Gaceta Oficial. Venezuela N° 450.477, 1 de junio de 2020. Disponible en: https://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/GO_41891.pdf
 32. Oletta López J.F. , Walter C. La pandemia de la COVID-19 en Venezuela. Resumen de las primeras seis semanas. 2 de mayo de 2020. Disponible en: <http://alianzasalud.org/la-pandemia-de-covid-19-en-venezuela-resumen-de-las-primeras-6-semanas/>
 33. UCV. CENDES-COVID-19 Una Ventana a la pandemia. Con datos oficiales de la Comisión Presidencial para el Control y Prevención de la COVID-19. Disponible en: <http://www.ucv.ve/organizacion/vrac/gerencia-de-investigacion-cientifica-y-humanistica/cendes/centro-de-documentacion/cendes-covid19-una-ventana-a-la-pandemia.html>
 34. ACFIMAN. Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales. Segundo Informe sobre la COVID-19- . 9-9-2020. Disponible en: <https://acfiman.org/2do-informe-COVID-19-en-venezuela-09-09-2020/>
 35. ACFIMAN. Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales. Estado Actual de la epidemia de COVID-19 en Venezuela. Informe 2. 22 de febrero 2021. Disponible en: <https://acfiman.org/wp-content/uploads/2021/02/Informe3Actualizacion0222-final.pdf>
 36. Organización Panamericana de la Salud –Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Situación de la Malaria en las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. 10 de junio de 2020. Washington D.C. OPS-OMS 2020 Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-malaria-10-junio-2020>
 37. MPPS. Dirección de Inmunizaciones. Sistema de Información de Inmunizaciones (SISPAI). Enero-Noviembre de 2020. Coberturas reportadas por población objetivo. (Datos no divulgados)
 38. Oletta López J.F. Políticas de Salud. Grupo GAP, El día después. Febrero de 2018. Pp 23-24. Disponible en: <https://www.digaloahidigital.com/sites/default/files/8.-%20EL%20D%C3%8DA%20DESPU%C3%89S.pdf>
 39. Grupo GAP. Acciones inmediatas para la transición Octubre, 2018. Oletta López J.F. Propuestas para una respuesta inmediata en salud durante la transición. <https://www.elimpulso.com/2018/10/31/grupo-gap-presentan-propuestas-de-emergencia-para-un-nuevo-gobierno-democratico-en-venezuela/>
 40. Academia Nacional de Medicina. (ANM) Boletín 1. Declaración sobre la urgente necesidad de la Introducción y Uso Racional de Vacunas contra la COVID-19 en Venezuela. 27/01/2021. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/covid-19/di-academia-nacional-de-medicina-declaracion-sobre-la-urgente-necesidad-de-la-introduccion-y-uso-racional-de-vacunas-contra-la-covid-19-en-venezuela/>
 41. Academia Nacional de Medicina. (ANM) Boletín 2.. VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19. 07/02/2021. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/covid-19/di-academia-nacional-de-medicina-anm-vacunacion-contra-la-covid-19-boletin-numero-2/>
 42. Academia Nacional de Medicina. (ANM) Boletín 3. Es urgente Desarrollar un Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. 10-02-2021. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/di-academia-nacional-de-medicina-anm-vacunacion-contra-la-covid-19-boletin-numero-3-10-02-2021/>
 43. Our World in data. Perfil de País. Vacunación contra la COVID-19. Venezuela. Con datos oficiales. 12-6-2021. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/venezuela>
 44. Organización de Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Declaración sobre la pandemia de enfermedad producida por

- Coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Medidas recomendadas a los Estados. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMKXidSV%2FGyVFSAvr6nizxSlkm%2BMwII5sFYkMLQXUujELyY7Xqi78YhvJNQDYn3kjcLrPompmBOF6A4cOy%2BkRAHc>
45. CEPAL. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales. 3 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-covid-19-efectos-economicos-sociales> Consultado el 29 de abril de 2020.
46. Barráez D, Chirinos Leañez AM. PNUD. EL IMPACTO ECONÓMICO DEL COVID-19 EN VENEZUELA: LA URGENCIA DEL FINANCIAMIENTO EXTERNO. 9-4-2020. Disponible en: https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/library/crisis_prevention_and_recovery/el-impacto-economico-del-covid-19-en-venezuela-la-urgencia-del-.html
47. Abuelafia E, Saboin J.L. Los desafíos para la recuperación de Venezuela y el impacto de la COVID-19. BID. Febrero 2021. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/los-desafios-para-la-recuperacion-de-venezuela-y-el-impacto-del-covid-19>

Seroprevalencia de SARS-CoV-2 en Trabajadores de Salud del Hospital Universitario de Caracas.*

Elizabeth Hernández M, Mario Patiño, Jhonnys Maluenga Indriago, Jean Lynn Hurtado, Andrea Bonelli, Yirys Flores, Robert Chirimelli, Julio Duque, Victoria Basanta, Daineth Hurtado, Ledwin Rodríguez, Mariana Villanueva Diana Suárez, Gustavo Villasmil, Ugel Eunice**

Resumen

Objetivo: Medir la seroprevalencia de los anticuerpos (IgM e IgG) contra la COVID-19 en personal de salud del HUC del 21 de enero a 2 de febrero 2021, con el fin de conocer la inmunidad acumulada en la población y determinar los factores asociados con positividad de las pruebas. **Métodos:** estudio seropidemiológico transversal. **Resultados:** se estudiaron 331 trabajadores de salud del HUC con la finalidad de medir, mediante prueba rápida (PDR), anticuerpos contra SARS-COV2. Del total, 224 (67%) eran menores de 40 años. La media de edad de los participantes 36,31 años (DE: ± 9) y el 68% del sexo femenino. El 60% (202) eran médicos, y de ellos, 152 eran residentes de posgrado; 24% era personal de enfermería. El 67% de los participantes trabajaba en área catalogada como de alto riesgo. En cuanto a los resultados de las pruebas rápidas de anticuerpos fueron positivas en 90 (27.2%) De los 331, a 70 se les hizo PCR-RT y 28 fueron positivos. La media de la positividad de la PDR en nuestro estudio fue de 152 días para aquellos pacientes con PCR-RT positiva en algún punto desde el inicio de la pandemia (marzo 2020). El tiempo promedio entre el reporte de síntomas compatibles y la persistencia de positividad de la PDR fue de 120 días. De los 90 pacientes con alguna de las pruebas positivas, 79 (87%) se catalogaron como sintomáticos en algún momento desde el inicio de la pandemia hasta la toma de la muestra. Los factores que se asociaron

con positividad de la PDR fueron: traslado en transporte público (OR: 1,75 IC: 1.00-3,05 $p < 0,03$), hiposmia/anosmia (OR: 8,31 IC: 4.52-15.32 $p < 0.001$), disgeusia (OR: 5.75 IC: 3.02- 11.03 $p < 0.001$) fiebre (OR: 4,32 IC: 2,50-7,43 $p < 0.001$), odinofagia (OR: 3,12 IC: 1,26-3,60 $p < 0.005$), mialgias/artralgias (OR: 2,43 IC: 1,43-4,14 $p < 0.005$), tos (OR: 1,92 IC: 1,14-3,25 $p < 0.008$). **Conclusiones:** Encontramos una prevalencia alta de positividad de anticuerpos para SARS-CoV-2, medida por prueba rápida (PDR), en trabajadores de salud de nuestro hospital, ubicándose en 27,2% en el período estudiado enero-febrero 2021, después de la primera ola (marzo 2020) y antes del inicio de las campañas de vacunación. Las PDR, en promedio, permanecieron positivas 152 días en aquellos trabajadores con PCR-RT positivas en algún punto desde el inicio de la pandemia y 120 días en aquellos trabajadores que refirieron síntomas compatibles en el mismo período.

Palabras Clave: SARS-CoV-2; COVID-19; Seroprevalencia; Personal de Salud.

Seroprevalence of de SARS-CoV-2 in Health Workers of the Hospital Universitario de Caracas

Hernández M. Elizabeth, Patiño T. Mario, Maluenga Jhonnys, Indriago Jean, Hurtado Lynn, Andrea Bonelli, Flores Yirys, Chirimelli Robert, Duque Julio, Basanta Victoria, Hurtado Daineth, Rodríguez Ledwin, Villanueva Mariana, Suárez Diana, Villasmil Gustavo, Ugel Eunice.

Abstract:

Objective: To measure the seroprevalence of

* Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas (HUC). Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

** Profesor titular en Bioestadística Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado
Correo: Elizabeth.Hernandez.elihm1@gmail.com

antibodies (IgM and IgG) against COVID-19 in healthcare workers of the University Hospital of Caracas from January 21 to February 2, 2021, in order to know the accumulated immunity in the population. We also sought to determine the factors associated with positive tests. **Results:** 331 samples were obtained from health workers of the University Hospital of Caracas, using rapid diagnostic tests (RDT) and antibodies against SARS-CoV-2 to measure prevalence of COVID-19. Of the total, 224 (67%) were under 40 years of age. The mean age of the participants was 36.31 years (SD: +/- 9) and 68% were female. About 60% (202) were physicians, of which 152 were postgraduate residents; 24% were nurses. 67% of the participants reported working in an area classified as high risk; 241 health workers had negative rapid antibody tests, (72.8%) and 90 (27.2%) had positive IgM, IgG or both. Of the 331 subjects, 70 RT-PCR were measured and 28 were positive. The mean RDT positivity in our study was 152 days for those patients with positive RT-PCR at some point since the onset of the pandemic (March 2020). The average time between the report of compatible symptoms and the persistence of RDT positivity was 120 days. Of the 90 patients with some of the positive tests, 79 (87%) were classified as symptomatic at some point from the onset of the pandemic until the sample was taken. The factors that were associated with RDT positivity were: travel by public transport (OR: 1.75 CI: 1.00-3.05), hyposmia / anosmia (OR: 8.31 CI: 4.52-15.32), dysgeusia (OR : 5.75 CI: 3.02-11.03) fever (OR: 4.32 CI: 2.50-7.43), odynophagia (OR: 3.12 CI: 1.26-3.60), myalgia / arthralgia (OR: 2.43 CI: 1.43-4.14), cough (OR: 1.92 CI: 1.14-3.25). **Conclusions:** We found a high prevalence of positivity of antibodies for SARS COV2, measured by rapid diagnostic tests (RDT), in health workers of our hospital, reaching 27.2% in the period studied from January-February 2021, after the first wave (March 2020) and before the start of the vaccination campaigns. The RDT, on average, remained positive 152 days in those workers with positive RT-PCR at some point since the onset of the pandemic and 120 days in those workers who reported compatible symptoms in the same period. The factors that were associated with RDT positivity were: public trans-

portation by hyposmia / anosmia, dysgeusia, fever, odynophagia (OR: 3.12 CI: 1.26-3.60), myalgia/arthralgia and cough.

Key words: SARS-CoV-2; COVID-19; Seroprevalence; Health Workers.

El coronavirus SARS-CoV-2 es un virus emergente de rápida expansión. La enfermedad producida, COVID-19, fue declarado emergencia de salud pública por la Organización Mundial de la Salud.¹ El mundo ha permanecido en alerta ante una enfermedad que está dejando notables secuelas por su velocidad de contagio exponencial y se ha convertido en una pandemia que ha colapsado varios sistemas de salud en el mundo con consecuencias sociales y económicas impredecibles. Uno de los factores que colapsa el sistema de salud, es la preocupante transmisión de este virus al personal sanitario. Como la mayoría de los virus respiratorios, se considera mayor contagio en pacientes sintomáticos, sin embargo, en Alemania se describió por primera vez la transmisión del SARS-CoV-2 a través de individuos asintomáticos lo que complica y exige mayores recursos hospitalarios para la protección de todo el personal expuesto.²

Las pruebas serológicas pueden indirectamente detectar la presencia de infección.³ La detección de inmunoglobulina M (IgM) en combinación con PCR-RT puede incrementar la exactitud diagnóstica. La IgM se produce durante la fase aguda de la infección, seguida por inmunoglobulina G (IgG) de alta afinidad, que puede ser la clave para la inmunidad a largo tiempo (memoria inmunológica); sin embargo, la cinética de la respuesta de anticuerpos en infección por SARS-CoV-2 es desconocida, así como su valor clínico. Aún cuando las pruebas serológicas no son tan efectivas como la PCR-RT en la fase aguda, pueden detectar anticuerpos por un período largo después de la recuperación de la enfermedad. La exactitud de las pruebas de anticuerpos está ampliamente discutida.^{4,5} Las pruebas de anticuerpos son especialmente importantes para entender la prevalencia del virus en una comunidad e identificar a quienes han adquirido inmunidad; el problema radica en que no tenemos esta respuesta en la infección por SARS-CoV2, y por ello, una respuesta de

SEROPREVALENCIA DE SARS-CoV-2 EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

IgM o IgG sustancial no es necesariamente un marcador sustituto de inmunidad protectora.

El presente estudio se propone evaluar la presencia de anticuerpos específicos contra el SARS-CoV-2 con una prueba cualitativa y rápida en trabajadores de salud del HUC para explorar la posibilidad de infecciones subclínicas o asintomáticas e identificar los individuos que se infectaron y desarrollaron anticuerpos contra el virus. Los estudios de seroprevalencia proveen información acerca de exposiciones previas, más que de inmunidad, debido a que no se miden los anticuerpos neutralizantes, no existe entonces una correlación definida de protección para SARS-CoV-2, no se sabe cual cantidad de anticuerpos neutralizantes puede proteger a los pacientes recuperados de una segunda infección; por analogía con otros coronavirus, la inmunidad para el SARS-CoV-2 se piensa que es incompleta y temporal y va de algunos meses a varios años. Sin embargo, este conocimiento pudiera ser de utilidad real para el personal de salud que atiende personas infectadas. Siendo un estudio de seroprevalencia transversal puntual, conviene ser realizado cuando se haya superado el momento o los momentos de la máxima transmisión en las oleadas epidémicas pero, con independencia de la fase de la epidemia en que se efectúen, proporcionarán información importante para fundamentar las medidas de salud pública. Si se realizara un estudio longitudinal de cohortes, incluyendo siempre la misma población realizando un muestreo secuencial durante el mayor tiempo posible podemos evidenciar seroconversión con intervalos entre la recolección de la muestra siempre superiores a 21 días.

Epidemiología básica de COVID-19

En el caso de enfermedades infecciosas nuevas, el primer caso ya se considera brote epidémico. Para declarar una pandemia tienen que concurrir dos criterios: el brote afecta a más de un continente y los casos de cada país no son importados, sino provocados por transmisión comunitaria. Hay conceptos que merece la pena tener en cuenta: Número reproductivo básico. R_0 o número básico de reproducción. Es el número promedio de casos nuevos que genera un caso dado a lo largo de su período

infeccioso. Permite conocer mejor un brote epidémico y preparar las respuestas para su mitigación. Su estimación se hace a través de modelos matemáticos, cuya complejidad varía, de forma que podemos hablar de modelos sencillos (menos realistas) a otros de más complejidad (más reales), dependiendo de la inclusión en la ecuación de diferentes parámetros: individuos susceptibles, expuestos, infectados, recuperados, recuperados que vuelven a ser susceptibles (por ejemplo, al contraer un catarro común), tasa de transmisión, tasa de recuperación, velocidad con la que un individuo pasa de expuesto a infectado, probabilidad de los individuos de relacionarse entre sí (trabajo, escuelas, familias, etc.), conexión entre poblaciones: ciudades, inmigración, emigración, defunciones, etc. y tener así un pronóstico dinámico de la enfermedad, que variará en función de la inclusión de dichos parámetros. Algunos parámetros en caso de gérmenes nuevos, son desconocidos y pueden poner en cuestión la validez del modelo. Así pues, R_0 es una estimación de la contagiosidad en función del comportamiento humano y las características biológicas del patógeno. No es una medida de la gravedad de una enfermedad infecciosa.

El R_0 toma valores ≥ 0 . Para un $R_0 < 1$, la enfermedad infecciosa desaparece con el paso del tiempo; para un $R_0 > 1$, la enfermedad infecciosa continúa su propagación.

Las respuestas de salud pública ante una pandemia consisten en aminorar o detener la propagación del virus mediante estrategias que reducen el R_0 como, por ejemplo, cambiando la tasa de transmisión (cerrando escuelas o gimnasios, confinando a la ciudadanía en sus domicilios...), disminuyendo la duración de la infectividad (fármacos) o reduciendo el número de individuos susceptibles (vacunación). Moverse en la delgada línea del 1 o por debajo del 1 es lo que se pretende. En caso de inmunidad permanente, los individuos van enfermando lentamente sin colapsar los servicios sanitarios, y se podría lograr inmunidad de rebaño, a la vez que se gana tiempo para descubrir un tratamiento o una vacuna; en definitiva, se gana tiempo manteniendo la actividad del país. Es importante señalar que las estimaciones iniciales de R_0 en una

población son útiles para esa población y no para otras. Algunos de los valores de R_0 descritos en la literatura en pasadas epidemias pueden no ser válidos para brotes del mismo patógeno hoy. Y, por lo general, los modelos matemáticos citados anteriormente no tienen en cuenta una posible mutación del germen, cosa que cambiaría radicalmente el panorama de las medidas de salud pública a aplicar.

Ro o Re? La definición de R_0 incluye el supuesto de una población completamente susceptible. Si se parte de que esa población es inmune al patógeno (por haber superado la enfermedad o por haber recibido una vacuna), lo más apropiado es utilizar el número de reproducción efectivo (Re), que es similar a R_0 , pero no asume susceptibilidad completa y, por lo tanto, puede estimarse con poblaciones que ya tienen miembros inmunes de forma natural o por vacunación. Por el momento desconocemos este aspecto en la COVID-19. Todavía no sabemos si la inmunidad creada por el SARS-CoV-2 es efectiva.

Inmunidad de Rebaño

Cuando una parte importante de la población es inmune a una enfermedad infecciosa, se proporciona protección indirecta (inmunidad de rebaño) a aquellos que no son inmunes a la enfermedad. Hay dos formas de conseguirla: dejar que la población enferme o por medio de una vacuna. Dejar que el germen se propague por la comunidad de manera que la inmunidad se desarrolle de forma natural (infectando) puede tener un elevado costo en vidas y provocar una saturación del sistema sanitario si la propagación es demasiado rápida.

Los estudios de seroprevalencia estiman aproximadamente el grado de inmunidad en una población dada, por ejemplo el estudio ENE-COVID de España ha estimado una inmunidad del 5% en la población general, por lo que el Re equivaldría al 95% del R_0 , en las comunidades con mayor tasa de inmunidad, el Re sería menor. En el caso de COVID-19, donde el R_0 se ha estimado entre 2 y 2,5 el umbral de inmunidad se sitúa entre el 50 y 60% de la población y alcanzar esto dejando que la población enferme, acarrea una situación desastrosa en salud. Así pues, la urgencia de la pandemia

justifica la realización de test masivos, mediante pruebas costo-efectivas, válidas y fiables, que permitan tomar decisiones en los diferentes escenarios: centros de salud, comunidades, regiones, etc. Así mismo existe la necesidad urgente de apoyar la investigación desatendida en medidas no farmacológicas, como el distanciamiento, higiene de manos, máscara, rastreo frecuente que hasta ahora representan el único medio efectivo de control.^{6, 7, 8}

Objetivos.

Medir la seroprevalencia de los anticuerpos (IgM e IgG) contra la COVID-19 en personal de salud del Hospital Universitario de Caracas, con el fin de conocer la inmunidad acumulada en la población.

Aspectos éticos.

En este trabajo ninguno de los autores presenta conflicto de interés. Se aplicó el cuestionario de recolección de datos y se tomaron muestras de sangre para prueba rápida de anticuerpos IgM/IgG para SARS-Cov-2. Se informó de esta investigación a los sujetos participantes, explicándoles la justificación y los objetivos de la misma y se obtuvo de cada uno de ellos un consentimiento informado.

Tipo de estudio: Estudio seropidemiológico transversal.

Población y muestra

La población estuvo conformada por los trabajadores de salud activos: médicos residentes y docentes de todas las especialidades, así como personal de terapia respiratoria, personal de enfermería del HUC, técnicos, camilleros.

Se incluyeron trabajadores de la salud del Hospital Universitario, mayores de 18 años, con o sin historia de haber padecido COVID.

Métodos

El instrumento de recolección de datos, fue un formato Google form predeterminado y un consentimiento informado leído por el médico que recolectó la información y la muestra. Posteriormente se obtuvo sangre total vía venosa. La prueba fue realizada con un kit de detección rápida de anticuerpos IgM e

SEROPREVALENCIA DE SARS-CoV-2 EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

IgG para COVID-19 de Healgen. Procedimiento: después de la realización de la punción con un capilar o un gotero, se sostiene el mismo en posición vertical y se transfiere 1 gota de sangre completa (aproximadamente 10 μ L) a la ranura señalada con S del dispositivo de la prueba, se agregan inmediatamente 2 gotas (aproximadamente 80 μ L) de buffer que trae el test en la ranura B asegurándose que la punta del vial de buffer no toque la ranura y evitando las burbujas de aire. Seguidamente se espera a que la línea de control (C) cambie de azul a rojo. Si, después de 2 minutos, la muestra no se ha movido a través de la ventana de prueba o si todavía hay sangre en la ranura S, se agrega 1 gota adicional del buffer de muestra en la ranura B. Los resultados deben leerse en 10 minutos. No se debe interpretar el resultado después de 15 minutos.

Esta prueba serológica reporta sensibilidad para IgM del 100 % (30/30) y especificidad entre 100 % (80/80). Para IgG sensibilidad del 96,7% (29/30) y especificidad del 97,5% (78/80) y combinadas (IgM e IgG) sensibilidad del 100% (30/30) y especificidad del 97,5% (78/80) VPP (valor predictivo positivo) a prevalencia del 5% de 67,8% y VPP (valor predictivo negativo) a prevalencia de 5% de 100%.

Análisis estadístico.

Los valores para las variables cualitativas fueron expresados como frecuencia y porcentajes, las variables cuantitativas discretas fueron expresadas como medianas y las continuas como medias y rangos (desviación estándar). Para evaluar la correlación entre las variables con datos nominales se utilizó el Chi cuadrado y para las variables cuantitativas con distribución normal se utilizó la t de Student con nivel de confianza de 95%; en el caso de no tener distribución normal se utilizó pruebas no paramétricas.

Resultados.

Se obtuvo una muestra de 331 trabajadores activos del HUC. Del total, 224 (67%) eran menores de 40 años. La media de edad de los participantes 36,31 años (DE: ± 9) y el 68% del sexo femenino. Alrededor del 60% (202) fueron médicos, de los cuales 152 eran residentes de posgrado,

24% personal de enfermería y el 14,2% en la categoría de otros (internos de pregrado, transportador de pacientes, vigilantes de área de emergencia). El 67% de los participantes refirió trabajar en área catalogada como de alto riesgo. Se obtuvieron muestras de prácticamente todos los servicios tanto médicos como quirúrgicos. **Tabla 1.**

Tabla 1. Características de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)	<30	110	33,2
	30-39	114	34,4
	40-49	50	15,1
	50+	57	17,2
	Total	331	100
Sexo	Masculino	106	32
	Femenino	225	68
Profesión	Médico Especialista	50	15,1
	Médico Residente	152	45,9
	Enfermera	82	24,8
Area	Bajo Riesgo	7	2,1
	Alto Riesgo	40	12,1

En cuanto a los resultados de las pruebas rápidas de anticuerpos fueron negativas en 241 trabajadores de salud, lo que corresponde al 72.8% de la población estudiada, y 90 (27.2%) tuvieron IgM, IgG o ambas positivas, distribuidas de la siguiente manera: 76 IgG positiva (23%), 2 IgM positivas (0.6%) y el 12% eran tanto IgM como IgG positivas. **Tabla 2.**

De los 331 sujetos se practicó PCR-RT en 70 y 28 fueron positivos. De los 28, 16 tuvieron PDR positivo en el momento de la toma de la muestra. La media de la positividad de la PDR en nuestro estudio fue de 152 días para los pacientes con PCR-RT positiva. El tiempo promedio entre el reporte de síntomas compatibles y la persistencia de positividad de la PDR fue de 120 días.

De los 90 pacientes con alguna de las pruebas positivas, 79 (87%) se catalogaron como sintomáticos

Tabla 2. Resultado de las pruebas rápidas de AC

	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	241	72,8
IgM	2	0,6
IgG	76	23
IgM e IgG	12	3,6
Total	331	100

en algún momento desde el inicio de la pandemia hasta la toma de la muestra. **Tabla 3.**

Tabla 3.

Variables Sociodemográficas	Asintomáticas N (%)	Sintomáticas N (%)	Total	p
Sexo				
Masculino	5 15.6	27 84.4	32	0,46
Femenino	6 10.3	52 89.7	58	
Grupo Etario (años)				
< 30	2 6.1	31 93.9	33	0,26
30 – 39	7 20.6	27 89.4	34	
40 – 49	1 6.3	15 93.7	16	
>= 50	1 14.3	6 85.7	7	
n=90				

Se estudiaron variables como: contacto con sospechosos fuera del lugar de trabajo, contacto con casos confirmados, traslado en transporte público, tiempo de permanencia en transporte público (mas de 15 minutos) y área de trabajo de alto riesgo, resultando estadísticamente significativo solo el traslado en transporte público (OR : 1,75 IC: 1.00-3,05). En cuanto al análisis de las variables clínicas, resultaron significativas por orden: hiposmia/anosmia (OR: 8,31 IC: 4.52-15.32), disgeusia (OR: 5.75 IC: 3.02- 11.03) fiebre (OR: 4,32 IC: 2,50-7,43), odinofagia (OR: 3,12 IC: 1,26-3,60), mialgias/artralgias (OR: 2,43 IC: 1,43-4,14), tos (OR: 1,92 IC: 1,14-3,25). **Tabla 4.**

Discusión

Para la fecha de recolección de la muestra, entre el 21 de Enero y el 2 de Febrero del 2021, 331 trabajadores de salud del Hospital Universitario de Caracas fueron reclutados, determinándose una seroprevalencia de anticuerpos contra el SARS-

CoV-2 de 27,2% (90 pacientes). Este número es más alto que el reportado en otros países. La seroprevalencia estimada en todo el mundo, en trabajadores sanitarios era de aproximadamente el 8,7%;⁹ sin embargo, se informaron tasas de hasta el 24,4%¹⁰ y reflejan un espectro de seropositividad que depende de la ubicación geográfica y de la prevalencia de la enfermedad en la comunidad, así mismo puede traducir el impacto de las estrategias utilizadas para reducir la transmisión tanto en la sociedad como en los entornos sanitarios.

De los 331 trabajadores de salud, a 70 se les hizo PCR-RT y 28 fueron positivos; de los cuales 16 tuvieron PDR positivo al momento de la toma de la muestra, es decir que el tener una PCR-RT previa positiva incrementaba la posibilidad de tener una PDR positiva, lo cual es compatible con lo reportado en la literatura donde un resultado PCR-RT previo estuvo relacionado con mayor seropositividad.

Las intervenciones para la prevención de los casos está en el manejo de esta población; sin embargo es de hacer notar que en nuestra investigación, de los pacientes con PDR positivas, el 87% se catalogaron como sintomáticos en algún momento desde el inicio de la pandemia hasta la toma de la muestra.

Actualmente se desconoce en qué medida los títulos de anticuerpos se correlacionan con la inmunidad protectora contra la reinfección, y si las respuestas de anticuerpos difieren significativamente en individuos asintomáticos y en individuos con COVID-19 leve o grave. Existen además datos escasos y controvertidos en cuanto al tiempo en que permanecen positivas las pruebas de anticuerpos; en nuestra investigación, en promedio la positividad de la PDR fue de 152 días para aquellos pacientes con PCR-RT positiva, correspondiendo con lo descrito en la literatura y de 120 días entre el reporte de síntomas compatibles y la persistencia de positividad de la PDR.

En el metaanálisis de estudios de seroprevalencia del SARSCoV-2 de Galanis P y cols,⁹ se asociaron factores como el trabajo en una unidad

SEROPREVALENCIA DE SARS-CoV-2 EN TRABAJADORES DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Tabla 4. Relación de variables con resultados + IgM e IgG

Variables	N°	%	N°	%	OR	IC	p
Contacto con sospechoso fuera de su trabajo	47	52.2	117	48.5	1.16	0.69 – 1.94	0.55
Contacto con casos confirmados	35	38.9	105	43.6	0.82	0.49 – 1.39	0.44
Traslado en transporte público	64	71.1	141	58.5	1.75*	1.00 – 3.05	0.03
Tiempo de permanencia en transporte público (mas de 15 min)	53	58.9	131	54.4	1.20	0.72 – 2.02	0.46
Area de alto Riesgo	60	66.7	162	67.2	0.98	0.57 – 1.69	0.92
Fiebre	57	63.3	69	28.6	4.31*	2.50 – 7.43	0.001
Odinofagia	45	50.0	77	32.0	2.13 *	1.26 – 3.60	0.005
Tos	44	48.9	80	33.2	1.92*	1.14 – 3.25	0.008
Diarrea	20	22.2	61	25.3	0.84	0.45 – 1.55	0.56
Olfato	47	52.2	28	11.6	8.31*	4.52 – 15.36	0.001
Gusto	34	37.8	23	9.5	5.75*	3.02 – 11.03	0.001
Mialgias, artralgia	44	48.9	68	28.2	2.43*	1.43 – 4.14	0.005
Dificultad respiratoria	32	35.6	39	16.2	2.86*	1.59 – 5.14	0.005
Protección Inadecuada	38	42.2	92	38.2	1.14	0.68 – 1.91	0.50

COVID-19, el trabajo relacionado con el paciente y los contactos domésticos positivos con seropositividad; sin embargo en otros estudios trabajar en una sala de COVID-19, no se asoció con una mayor probabilidad de seropositividad.^{11,12} En nuestro estudio se estudiaron variables como: contacto con sospechosos fuera del lugar de trabajo, contacto con casos confirmados, traslado en transporte público, tiempo de permanencia en transporte público (más de 15 minutos) y área de trabajo de alto riesgo, resultando estadísticamente significativo solo el traslado en transporte público (OR : 1,75 IC: 1.00-3,05 p: 0,03).

En relación a los síntomas más relacionados con positividad de PDR resultaron significativos: hiposmia/anosmia (OR: 8,31 IC: 4.52-15.32 p< 0.001), disgeusia (OR: 5.75 IC:3.02- 11.03 p< 0.001) fiebre (OR: 4,32 IC: 2,50-7,43 p< 0.001), dolor de garganta (OR: 3,12 IC: 1,26-3,60 p< 0.005), mialgias/artralgias (OR: 2,43 IC: 1,43-4,14 p< 0.005), tos (OR: 1,92 IC: 1,14-3,25 p< 0.008). Datos compatibles con otras investigaciones donde la presencia de alteraciones del gusto y olfato estuvo altamente relacionada con la presencia de anticuerpos.^{11, 12, 13}

Este estudio tiene varias limitaciones, el tiempo entre la exposición y la prueba de anticuerpos se desconoce y se puede haber perdido seropositividad si se realizó mucho después de la exposición (más de 3 a 6 meses), las limitaciones inherentes a las PDR a pesar de utilizar una prueba con características operativas bastante altas y se trató de una participación voluntaria.

Conclusiones.

Encontramos una prevalencia alta de positividad de anticuerpos para SARSCoV2, medida por prueba rápida (PDR), en trabajadores de salud de nuestro hospital, ubicándose en 27,2% en el período estudiado enero-febrero 2021, después de la primera ola (marzo 2020) y antes del inicio de las campañas de vacunación. Las PDR, en promedio, permanecieron positivas 152 días en aquellos trabajadores con PCR-RT positivas y 120 días en aquellos trabajadores que refirieron síntomas compatibles desde el inicio de la pandemia. Los factores que se asociaron con positividad de la PDR fueron: traslado en transporte público (OR : 1,75 IC: 1.00-3,05), hiposmia/anosmia (OR: 8,31 IC: 4.52-15.32), disgeusia (OR: 5.75 IC:3.02- 11.03) fiebre (OR: 4,32 IC: 2,50-7,43), dolor de garganta (OR: 3,12 IC: 1,26-3,60), mialgias/artralgias (OR: 2,43 IC: 1,43-4,14), tos (OR: 1,92 IC: 1,14-3,25).

Referencias

1. WorldHealthOrganization. Protocolo para estudios seroepidemiológicos poblacionales sobre COVID-19, con estratificación por edades. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>
2. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. N Engl J Med. 2020 doi: 10.1056/NEJMc200146
3. Pan Zhaia, YanbingDinga, Xia Wub, JunkeLongc, Yanjun Zhong

- d, Yiming Li. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *Int J Antimicrob Agents* 2020;105955.
4. Mallapaty S. Will antibody tests for the coronavirus really change everything? *Nature* 2020;580(7805):571-2
5. Vogel G. First antibody surveys draw fire for quality, bias. *Science* 2020;368(6489):350-1.
6. Delamater PL, Street EJ, Leslie TF, Yang YT, Jacobsen KH. Complexity of the Basic Reproduction Number (R0). *Emerg Infect Dis.* 2019;25(1):1-4. doi:10.3201/eid2501.171901.
7. D'Souza G, Dowdy D. What I herd immunity and how can we achieve it with COVID-19? Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 10 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/achieving-herd-immunity-with-covid19.html>
8. Jüni P, Rothenbühler M, Bobos P, Thorpe KE, Da Costa BR, Fisman DN, et al. Impact of climate and public health interventions on the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *CMAJ.* May 2020;192 (21) E566-E573; DOI: 10.1503/cmaj.200920
9. Galanis P., Vraka I., Fragkou D., Bilali A., Kaitelidou D. Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies and associated factors in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect.* 2021 Feb; 108 : 120-134.
10. Shields A., Faustini S.E., Perez-Toledo M., Jossi S., Aldera E., Allen J.D. SARS-CoV-2 seroprevalence and asymptomatic viral carriage in healthcare workers: a cross-sectional study. *Thorax.* 2020;75(12):1089.
11. Moscola J, Sembajwe G, Jarrett M, Farber B, Chang T, McGinn T, et al., Northwell Health COVID-19 Research Consortium. Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies in health care personnel in the
12. New York City area. *JAMA* 2020;324:893e5
Self WH, Tenforde MW, Stubblefield WB, Feldstein LR, Steingrub JS, Shapiro NI, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 among frontline health care personnel in a multistate hospital network-13 academic medical centers, April-June 2020. *MMWR* 2020;69:1221e6
13. Stubblefield WB, Talbot HK, Feldstein L, Tenforde MW, Rasheed M, Mills L, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 among frontline healthcare personnel during the first month of caring for COVID-19 patients e Nashville, Tennessee. *Clin Infect Dis* 2020; 6

Presencia de Apolo, Quirón y Asclepio en la relación médico paciente

Samir Kabbabe*

Recibido: 14 agosto de 2021

Aceptado: 15 septiembre de 2021

Apolo, Quirón y Asclepio conforman los arquetipos médicos de la mitología griega. Presentes siempre en nuestro inconsciente, modulan los comportamientos en la relación médico paciente. Conocerlos tiene utilidad para comprender la conducta humana durante la enfermedad y para el objetivo de la curación.

Apolo, hijo preferido de Zeus, dios de la luz, el logos y el conocimiento, es quien inicia la medicina. Apolo adopta a Quirón y le transmite sus conocimientos. Quirón, quien también representa el arquetipo del mentor, educa y enseña a Asclepio, quien pasa a ser dios de la medicina.

Introducción: arquetipos, chamanes y médicos

Un arquetipo es un patrón emocional y de conducta presente en el inconsciente colectivo, como lo definiera C.G. Jung. Los arquetipos son contenidos arcaicos del inconsciente, comunes a todos los humanos, en todas las civilizaciones y culturas, transmitidos genéticamente desde tiempos inmemoriales. Son naturales, biológicos y universales. Su almacenamiento en nuestro cerebro sería en el sistema límbico, donde se ubican núcleos de emociones y memoria. Su origen sería producto de la observación reiterada por los primeros homínidos de los fenómenos naturales como los astros, lluvia, vientos, etc., así como de la observación de los fenóme-

nos biológicos y de las emociones y conducta humana. Esas observaciones reiteradas plasmaron en sus mentes ideas de la existencia de seres divinos o sobrehumanos que gobernaban los fenómenos y a quienes había que tratar de descifrar, entender y contactar, y permitir así una interpretación de la naturaleza y el universo, como también la comprensión del comportamiento humano y el destino. Los arquetipos se expresan como personajes en relatos y mitos, imágenes y símbolos, que se evidencian al analizar los patrones de conducta humana, así como cuando se explora el inconsciente.

Toda enfermedad genera incertidumbre y un anhelo de regresión a un estado previo de bienestar y satisfacción. Todo dolor o enfermedad obliga a la persona a observarse y activar un curador interno que corrija lo anormal, pero cuando falla el observador y curador interno, el enfermo busca un curador externo con conocimientos de lo que le aqueja, con dotes superiores de sabiduría, respetable, temible y que sepa corregir el mal.

En todas las civilizaciones ha estado presente la figura del curador, del chamán, de algún miembro de la comunidad que se forma a través de procesos iniciáticos, estableciendo comunicación con los espíritus de la naturaleza y los sobrenaturales y que, con vocación de sanadores, visionarios e intermediadores con lo divino, heredan un papel necesario, de consideración y respeto, siendo referencia y guardián de la comunidad en aspectos espirituales y de salud, tanto de la comunidad como de cada integrante. Esta figura termina cobrando forma en nuestra cultura occidental en los arquetipos del médico de la mitología griega.

* Médico Internista, Miembro de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

Los arquetipos de la medicina se activan tanto en el médico como en el enfermo, se introducen en el inconsciente al hacerse presentes rasgos que los caracterizan, modelando patrones de comportamiento.

Veamos algunos arquetipos:

Apolo

Apolo es el hijo predilecto de Zeus y nace de su unión con Leto, una titanesa oscura, cuyo nombre significa el olvido. No es hijo de Hera, la esposa de Zeus. Zeus tiene una vida sexual pronunciada, con numerosos hijos fuera del matrimonio, y cada hijo alcanza a ser factor influyente en el funcionamiento de la naturaleza y la civilidad. Hera, esposa celosa quien representa la sacralidad del matrimonio, impide que Ilitia, diosa de los partos, pueda asistir a Leto. Leto termina pariendo en Ortigia, una isla flotante que Poseidón (dios de los mares) convirtió en Delos, una isla fija. Nace primero la diosa Artemisa, quien asiste a su madre en el prolongado y difícil parto de siete días de duración de su gemelo Apolo. El parto de la conciencia no es fácil. Nace un niño color de oro, brillante y todo a su alrededor cobra luz. Donde está Apolo hay brillo, siempre notorio, arroja luz sobre lo oscuro.

Alimentado por Themis, diosa de las leyes de la naturaleza y de la justicia, adquiere los conocimientos que de ellas derivan. Dios de la luz, del logos, la racionalidad, la conciencia, el conocimiento, la verdad, la cultura, la belleza, la perfección, la métrica, las artes y la estética, también es dios de la medicina y la juventud. Respetuoso estricto de las leyes, cerebral, con inteligencia deslumbrante produce ideas, teorías y explicaciones para todo. Apolo también representa la juventud respetuosa y prudente, no violenta, no reactiva. Siempre sereno, no se enferma, no se equivoca y no acepta debilidades. Apegado al orden, el equilibrio y la armonía, analiza, corrige, señala, aconseja y también escucha, pero puede ser arrasador con quien lo contradice, o desdeña al interlocutor de poco nivel. Es oracular, predice, sabe lo que va a ocurrir, pero lo sabe por lo que conoce y desde lo racional, no por dones proféticos.

Apolo es un dios virginal, en el sentido de que

es unívoco, que no actúa en forma distinta a la del logos. Sus actuaciones no están moduladas por emociones y no empatiza, no conecta con la emocionalidad de los demás. Al hablar es directo, preciso, no acepta ambigüedades ni insinuaciones. Su figura, porte y actitud causan respeto y admiración, pero difícilmente provoca un enamoramiento o conexión emocional. Se sabe bello, superior y merecedor de todo. Tiene rasgos narcisistas de personalidad, es orgulloso, conocedor de su linaje, belleza y superioridad, le resulta obvio que los demás se deslumbren por él. No se enamora, no tiene eros. Las relaciones que llega a tener con mujeres son incentivadas por el deseo y mantenidas en lo racional, no en lo emocional.

Apolo viaja cada 19 años al país de los hiperbóreos, muy al norte de Grecia, donde vivían seres aparentemente inmortales en una utopía de respeto de las leyes, el arte, la música y el conocimiento, donde imperaba la honestidad y la armonía y la palabra era ley. Se reúne con pares en conversaciones inteligentes, serias, en ámbitos académicos, y escucha música y poesía.

Los símbolos de Apolo son el arco y la flecha, la lira y la corona de laurel. Ajeno a la lucha cuerpo a cuerpo, desarrolló extraordinaria destreza en el uso del arco y la flecha. Amante de la música, aprendió a tocar la lira. La corona de laurel que le simboliza ser siempre victorioso, tiene un mito. Apolo quiso poseer a la ninfa Dafne, pero esta huyó y antes de dejarse poseer se transformó en el árbol del laurel, por lo que sorprendido por el rechazo, decidió cortar una rama que convirtió en corona, y la posee en su cabeza.

Apolo y la medicina

Zeus le encargó a Apolo, aun recién nacido, que matara a la Pitón, una serpiente venenosa creada por la celosa y agraviada Hera para matar a Leto, su madre. Entra al santuario de Delfos y con un tiro certero de flecha la mata. Apesadumbrado por haber cometido un asesinato y violado leyes de la naturaleza, desarrolla una serie de ritos para expiar su malestar. Crea así la medicina de ritos curadores, religiosa, no empírica y comienza a recibir el nombre de Pitio. El santuario pasa a ser de Apolo y

PRESENCIA DE APOLO, QUIRÓN Y ASCLEPIO EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

recibe también el nombre Khatarsisos (purificador) y Atropaia (aleja el mal). En el templo ingresaban mujeres que se hacían sacerdotisas y podían hablar con el mismo Apolo al entrar en trance masticando hojas de laurel. Eran las pitonisas que podían revelar futuros, pronósticos.

Apolo aprende a curar heridas de guerra y a aplicar medicamentos que alivian el dolor, ejerciendo una medicina empírica, práctica y lo hace gustosamente a quienes le son adeptos y rinden pleitesía, pero Zeus, el dios supremo de los cielos y de la tierra, quien imparte justicia y equidad y basa sus decisiones sobre los hombres y los dioses en la razón, lo manda a asistir medicamente a su medio hermano, el dios Ares (dios de la guerra, reactivo, más cuerpo, fuerza e instintos que razón), por quien no tiene simpatía. Apolo lo atiende y le cura sus heridas. Zeus le pide también que socorra a Hades, su hermano, dios del inframundo, con quien sí simpatiza y le “espolvoreó encima medicinas, aletargadoras del dolor, y lo curó”. Así que Apolo recibe mandatos sagrados de Zeus de curar, y los cumple omitiendo las transferencias que suelen estar presentes en el acto médico. La medicina es así, por mandato de Zeus, una actividad sagrada y noble, no discriminativa. Apolo obvia los problemas transferenciales con Ares y con Hades, y los asiste con disciplina y nobleza. Esto plantea un trasfondo ético. Homero hace referencia a los médicos que actuaban en la guerra de Troya apegados a estos principios de atender a los enfermos del bando que fueran, sin discriminaciones ni prejuicios, ennobleciendo el ejercicio médico.

Apolo en la relación médico paciente

Los médicos necesitan rasgos apolíneos, aura apolínea. Durante los estudios médicos se educa en rasgos apolíneos. Apego y avidez por el conocimiento, metodología, racionalidad, competencia, destrezas, temple, medida, disciplina, capacidad desmedida para el trabajo, pulcritud, solemnidad, buena dicción, enemigos de los errores y las debilidades. Cuando una persona está enferma, vulnerable y en regresión, necesita de alguien con esa aura de capacidades y virtudes. Y que conecte con lo divino. Esto es positivo para una relación médico paciente que asegure el éxito del acto médico.

Los pacientes necesitan depositar sus esperanzas en alguien con esos rasgos. Esta activación del arquetipo en el inconsciente del médico y del paciente representa el lado luminoso del arquetipo. Los pacientes no depositan sus esperanzas en médicos con rasgos contrarios al arquetipo de Apolo, de indisciplina, informalidad, irresponsabilidad y poco gusto por el conocimiento, incultos, de mala dicción, escaso lenguaje, con debilidades, divorciados de la solemnidad y el respeto por las normas.

El lado oscuro del arquetipo que atenta contra la relación médico paciente y el éxito de los actos médicos, es el del médico que tiene una ética heterónoma, no propia y motivada por el bienestar del enfermo sino impuesta, que cumple con su trabajo, o que actúa por mostrar su brillo y alimentar vanidad, que persigue ganancias secundarias como prestigio, narcicismo, bienestar económico y posición social. Es el médico endiosado, soberbio, distante, a quien no pueden pedirle explicaciones, exponerle dudas o buscar segundas opiniones porque les resulta ofensivo y termina maltratando o desdénando al paciente. Es oscuro también en el arquetipo la falta de empatía, la impermeabilidad a la emocionalidad e individualidad del enfermo y sus familiares, sin alma, frío, seco en sus opiniones, diagnósticos y pronósticos.

En el paciente, el lado oscuro del arquetipo aparece cuando asume que el médico es infalible, incuestionable y distante, a quien se recurre con pleitesía y obediencia. Es el paciente pasivo, que no quiere entender lo que tiene, que no participa en su propio proceso de curación porque cree que toda su suerte depende de lo que su médico, la divinidad y el destino le tengan determinado.

Quirón

Quirón representa el arquetipo del curador herido y también el del mentor. Su nombre significa el que cura con las manos o es hábil con las manos. Era centauro, la mitad de abajo caballo, instintivo, irracional, emocional, visceral, y la mitad de arriba humano, consciente, racional, con conocimientos, curioso, que trabaja y aprende.

Hijo del dios Cronos (también padre de Zeus) y de la oceánide Filiria. Una oceánide es una ninfa del mar y una ninfa representa algo delicado de la naturaleza. Cuando Cronos vio a Filiria, la quiso poseer, pero ésta huyó y se transformó en yegua para despistarlo. Cronos se percató, se transforma en caballo, la alcanza, viola y la embaraza. Al Filiria dar a luz y ver la criatura mitad caballo y mitad humana sufre un horror insoportable y pide piedad a los dioses, siendo transformada en el árbol del tilo, del calmante tilo.

Quirón tiene aquí sus primeras heridas no físicas. Es producto de una violación, no conoce a su padre y es abandonado por su madre, quien prefirió convertirse en árbol antes que criarlo. Es rechazado por los hombres a pesar de poseer dotes humanas y ser educado, y también es rechazado por los centauros que eran una especie incivilizada y violenta que habitaba los bosques.

Apolo se consigue con él, le simpatiza, y decide hacerse cargo. Lo adopta y le transmite sus conocimientos.

Raro, solo, apacible, sabio, poseedor de todo el conocimiento existente, se retira a vivir a una cueva, un refugio dentro de la madre tierra. Desarrolla sus capacidades y conocimientos. Aprende las propiedades de las plantas, inventa pociones curativas, estudia el cielo y descubre varias constelaciones, inventa la lanza y desarrolla la cacería. Discípulo del mismo Apolo, adquiere función docente y civilizadora, se convierte en la referencia educativa, el mejor tutor conocido para todas las áreas del conocimiento. Enseña medicina, filosofía, ética, música, cacería y todo lo necesario para la vida y la aventura. Fue mentor de numerosos héroes, como Jasón, Aquiles, Heracles (Hércules), Eneas, Asclepio (Esculapio), Aristeo, etc.

Se casa con la ninfa Cariclo con quien tiene a su hija Hipe, a quien rechaza por haberle profetizado su destino. Ese rechazo es un perfecto reflejo de su sombra, del conflicto no resuelto por haber sido abandonado. Conflicto no resuelto que queda en la sombra y se repite más adelante en la vida.

El curador herido

Brillando en sus conocimientos, descubrimientos médicos, tutorías y en su ejercicio como médico, sufre una herida incurable que le produce un dolor permanente y lo obliga a concentrarse en sí mismo, a ocuparse de su interior y tratar de sanarse.

Su discípulo Heracles, en una oportunidad en que lo visitaba durante uno de sus famosos trabajos, lo hirió por error en una pierna con una flecha envenenada que podía matar a cualquier humano o animal, pero Quirón era inmortal. De puro logo, raciocinio, conocimiento y externalidad, tiene que ocuparse de sí mismo, de su organismo e interioridad, así como muchos que viven dedicados al trabajo y la productividad hasta que una enfermedad como un infarto los detiene, y sufren una transformación que los hace entender más de la vida y su sentido y concentrarse en su propia interioridad. El dolor aleja lo heroico y obliga a ocuparse de la propia naturaleza y alma. Solo sanamos lo que está herido, no sanamos lo que no produce sufrimiento.

Su capacidad para curar a los demás se enriqueció gracias a la continua búsqueda de alivio para su propia herida incurable. Y le permitió comprender el dolor de los demás. Irónicamente, la fuente de su poder curativo es la herida incurable.

Quirón sabe que solo se liberaría del dolor si muriera. Morir, también para los griegos equivale a transformación, cambiar una vida terrenal por otra no terrenal. Quien hiere es quien puede quitar el dolor. Le pide a Heracles que interceda ante Zeus para intercambiar su inmortalidad con Prometeo, el mortal psicópata y demagogo que robó el fuego a los dioses, y quien estuviera castigado amarrado a una piedra y todos los días le comía su hígado un águila, para recuperarse en las noches. Zeus se compadece y accede a la petición mediada por Heracles. Logra finalizar su sufrimiento al morir y Zeus le vuelve a dar la inmortalidad transformándolo en una constelación, la constelación de Quirón.

Quirón en la relación médico paciente

A diferencia de Apolo, Quirón sabe de sufrimiento y lo puede ver en los demás. Vemos lo que

PRESENCIA DE APOLO, QUIRÓN Y ASCLEPIO EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

conocemos o podemos ver en nosotros mismos. Quirón conecta, empatiza, comprende, sabe ponerse en el lugar del enfermo. Se concentra, investiga, busca alternativas, acompaña al paciente durante el curso de su dolencia. Sabe interrogar y examinar al paciente para depurar los síntomas y signos de su enfermedad. Utiliza sus manos y sentidos con método, técnica y destrezas adaptándose a la particularidad de cada enfermo. Como cirujano (quirúrgico viene de Quirón) se involucra con el paciente hasta finalizar el posoperatorio. Como clínico, mira la naturaleza y el alma del enfermo, lo acompaña y le enseña a superar y sanar la enfermedad o a administrarla con calidad de vida. Como psicoterapeuta identifica las heridas, comprende la individualidad y sabe que una lesión del alma la cura justamente quien hiere.

La luminosidad del arquetipo de Quirón está en que se ocupa de activar el curador interno o intrapsíquico del enfermo, adquiriendo una función mentora del enfermo, procurando que comprenda, confíe, se involucre y se sume activamente a las estrategias enfocadas en el éxito del acto médico. El médico que no activa este arquetipo es soberbio, se convierte en autosuficiente, creyendo que es él quien cura ignorando la necesaria participación del enfermo en el proceso piadoso y de mandato divino de la curación, degrada a la persona enferma, genera rechazo y fracaso del acto médico.

El lado oscuro aparece en el médico cuando falla la capacidad para filtrar las emociones que se transfieren en la relación médico paciente. Comprender al enfermo es distinto a identificarse y dejarse invadir por sus emociones y sentimientos. La identificación y permeabilidad a las emociones hacen fracasar al médico, debilitan su asertividad y capacidad de discernimiento y toma de decisiones que deben direccionarse hacia el paciente con el único y exclusivo objetivo de la curación de su enfermedad.

Es oscuro también el arquetipo en el paciente que, en regresión, espera que su médico se identifique con él, comparta su emocionalidad y necesidades secundarias y cumpla con caprichos ajenos al objetivo primario de la relación médico paciente, cual es la curación.

Asclepio

Asclepio es un dios de la medicina y representa el arquetipo del médico de vocación, prestigioso, aclamado, estudioso y preciso en los diagnósticos de las enfermedades y en las prescripciones de tratamiento.

Asclepio es hijo de Apolo y de la princesa humana Coronis, cuyo nombre significa engreída. Apolo sintió atracción por Coronis y se apareó con ella, pero Coronis no sabía que se trataba de Apolo y el encuentro no le significó una relación amorosa; tampoco sabía que se había embarazado. Apolo se entera que Coronis tenía relaciones con otro humano llamado Iskis, y herido en su orgullo cobra venganza. Le pide a su hermana Artemisa que lance flechas al castillo de Coronis para matar a la infiel y a su pareja. Antes de morir Coronis pidió piedad y anunció estar embarazada. Apolo alcanza a sacar a la criatura del cuerpo de Coronis mientras ardía en la pira crematoria y le entrega el niño Asclepio a Quirón para que lo críe.

Quirón adopta a Asclepio. La cabra nutridora de leche y el perro fiel y cuidador lo acompañan en su niñez y serán parte de sus signos sagrados al hacerse médico y dios, fuente de nutrición y fiel cuidador de los enfermos. De niño está poco interesado en juegos, pero está fascinado con las enseñanzas de Quirón, de quien aprende a parar hemorragias, curar huesos fracturados y a reconocer las plantas medicinales para las pócimas curativas, su forma de preparación y posología. Su mentor le insiste continuamente en que hay que trabajar, estudiar y observar y le enseña que el conocimiento se adquiere más a partir de la observación y el cuidadoso registro que de darle vuelta a las teorías. A sus catorce años Asclepio tiene fama como médico, ha salvado la pierna que estaba por amputársele a un soldado, cura fiebres mortales, y cura a toda una aldea de una epidemia de disentería.

Asclepio se consigue con una serpiente que sufría de dolor y a quien todos rechazaban. La atiende y la cura con una pócima que le prepara. La serpiente repta por su pierna hasta alcanzar su oreja, se la lame y le dicta al oído secretos y misterios de la tierra que pueden ayudarlo en su actividad médica.

De allí viene el caduceo como símbolo de Asclepio y de la medicina, de una sola serpiente enroscada en un báculo. Debieron ser relevantes los secretos que le permitieron descubrir numerosas curas de enfermedades.

La medicina empírica y multidisciplinaria

Asclepio desarrolla la medicina práctica, más naturalista, empírica, científica, basada en los registros de sus observaciones, y menos místico - religiosa. Cobra fama como el médico más habilidoso y que podía curar enfermedades que nadie más lo podía hacer. A los 20 años tiene una consulta abarrotada de pacientes que acuden de todas partes.

Se casa con Epione, cuyo nombre significa calma, alivio del dolor, y con ella tiene cuatro hijas y tres hijos, constituyendo una familia médica en varias disciplinas. A Higia, la mayor, le enseña las prácticas de la limpieza, la dieta sana y el ejercicio físico. De allí la disciplina de la higiene. A Panacea, su segunda hija, le enseña a preparar las pociones curativas. A Aceso el cómo despertar en los pacientes la respuesta de defensa contra la enfermedad y a Yaso los métodos para la restitución de la salud. A sus hijos varones Macaón y Podaliro, les enseña las prácticas de la medicina militar y a Telesforo la rehabilitación física.

Transgresión y muerte

La diosa Atenea le regala un ánfora con sangre de la medusa que tenía la propiedad de revivir a los muertos y la utiliza para regresar a la vida a varios mortales. Comete transgresión al utilizar poderes solo dados a los dioses y atentar contra los destinos y la población del submundo. Hades se queja ante Zeus. Hera, que no le tenía simpatía a Apolo ni a su hijo instiga a Zeus para que lo mate y este decide fulminar a Asclepio con su rayo.

Apolo se siente ofendido por la muerte de su hijo y cobra venganza matando a los cíclopes que le habían fabricado el rayo a Zeus. Apolo es castigado pasando nueve años al servicio de un rey mortal, cumpliendo labores de pastoreo.

El dios y sus templos

Al morir, la gente comienza a verlo como un ser

milagroso y le atribuyen propiedades divinas. Fue tanto el volumen de adeptos, que Zeus decide convertirlo en una deidad y lo lleva al cielo transformándolo en la constelación de Ofiuco.

Se crean hospitales, templos en su nombre como dios de la medicina, donde todos vestían de blanco y eran espacios pulcros donde habitaban serpientes amarillas no venenosas que reptaban libremente. El amarillo de esas serpientes es el color que identifica la medicina.

La serpiente siempre se ha asociado con el mal, la enfermedad. La simbología de la serpiente asociada con la medicina viene dada porque puede ser mortal con sus venenos, pero que a dosis bien administradas podrían ser curadores, tal como sucede con todos los fármacos. Los médicos conviven en cercanía con la muerte, el mal y la enfermedad que representa la serpiente, animal misterioso y calmado, que repta la superficie de la tierra conociendo sus secretos y que tiene capacidad de regenerarse, de revivir mudando su piel.

En los templos asclepianos se consultaban los enfermos y podían ser alojados para procesos de cuidados y tratamientos curativos. Con un concepto holístico, se sanaba el cuerpo, el alma y espíritu, con la multidisciplinariedad creada por Asclepio. En ellos también se realizaban rituales religiosos curativos y hasta había sabios expertos en analizar los sueños.

El arquetipo de Asclepio

El arquetipo de Asclepio contribuye a que se desarrollen fenómenos positivos en la relación médico paciente cuando el enfermo materializa su esperanza de sanar en unas potencias que le confiere al médico. La ausencia de esa proyección acarrea desesperanza y desesperación. Es justamente ese poder o potencial que transfiere el enfermo lo que le permite al médico tener autoridad para prescribir tratamientos, solicitar exámenes o realizar procedimientos.

El arquetipo de Asclepio tiene su lado oscuro en el médico que puede sentirse encarnado en lo sobrehumano y divino. Al médico diosificado se le

PRESENCIA DE APOLO, QUIRÓN Y ASCLEPIO EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

pueden exigir imposibles. Si los resultados son positivos alimentarán su egolatría, pero si son negativos generarán demonización y derrumbe. La egolatría da lugar al autoritarismo, la degradación de la persona enferma, pérdida de discernimiento y objetividad del pensamiento crítico, generando fracaso del acto médico. También es oscuro este arquetipo en el médico que en su afán de curar y preservar la vida fuerza los límites con tratamientos excesivos que solo prolongan agonía sin brindar calidad de vida.

Tumor neuroendocrino de intestino delgado. Un enfoque diagnóstico y terapéutico.

Edinson Escalante Gómez, Yamileth Aponte López, Ricardo Andrés Escalante, José Solana

Recibido: 27 Octubre 2020

Aceptado: 19 Septiembre 2021

Resumen

Los tumores Neuroendocrinos Gastroenteropancreáticos (GEP-NET) son neoplasias que surgen a partir de células endocrinas diferenciadas en la mucosa, variando sus propiedades biológicas según el órgano de origen, y pueden producir péptidos que causan síndromes hormonales; el sistema broncopulmonar y el tracto gastrointestinal son los sitios más frecuentemente comprometidos. Los NET son considerados tumores raros; sin embargo su incidencia se ha incrementado significativamente en las últimas décadas. Clínicamente tienen un comportamiento diverso, dependiendo de los mecanismos fisiopatológicos involucrados y la sintomatología puede ser secundaria al tumor o a la secreción hormonal. Morfológicamente son tumores pequeños, de crecimiento lento por lo que suelen ser asintomáticos o con sintomatología inespecífica, siendo el diagnóstico a menudo tardío, pero en algunos casos tienen un comportamiento agresivo y altamente sintomático. Presentamos un paciente femenino de 82 años con cuadro clínico de dolor abdominal crónico asociado a distensión, náuseas, constipación y síntomas constitucionales, con estudios ambulatorios no concluyentes. Ingresa a Emergencia con clínica obstructiva y peristalsis de lucha, por lo que se decide realización de laparotomía exploratoria con hallazgos intraoperatorios de tumor ileal que ocluía la luz en

su totalidad, efectuándose resección y anastomosis término-terminal, con evolución satisfactoria. NET conllevan una significativa carga maligna, reduciendo drásticamente la supervivencia a medida que se extiende la enfermedad, por lo que se hace necesario un diagnóstico oportuno pudiendo la resección quirúrgica amplia llegar a ser curativa.

Palabras Clave: ileon; obstrucción intestinal; tumores neuroendocrinos; tumor carcinoide; laparotomía.

Neuroendocrine tumor of the small intestine. A diagnostic and therapeutic approach

Edinson Escalante Gómez, Yamileth Aponte López, Ricardo Andrés Escalante, José Solana

Abstract

Gastrointestinal neuroendocrine tumors (GEP-NET) are neoplasias that arise from differentiated endocrine cells in the mucosa, varying their biological properties according to the organ of origin, and can produce peptides that cause hormonal syndromes. The bronchopulmonary system and the gastrointestinal tract are the most frequently involved sites. NETs are considered rare tumors; however their incidence has increased significantly in recent decades. Clinically they have a diverse behavior, depending on the of the pathophysiological mechanisms involved; the symptoms may be caused by the tumor or the hormonal secretion. Morphologically, they are small, slow-growing tumors, so they are usually asymptomatic or have nonspecific symptoms. The diagnosis is often late, but in some cases they have an aggressive and highly symptomatic behavior. We

* Hospital Universitario del Caribe. E.S.E. , Cartagena de Indias, Colombia
* Correo electrónico: edinsonesca@hotmail.com

TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO. UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

present an 82 year old female patient with clinical symptoms of chronic abdominal pain, nausea, constipation and constitutional symptoms. She consulted at the emergency ward with symptoms of intestinal obstruction and the exploratory laparotomy with showed an ileal occluding tumor wich was resected and a termino-terminal anastomosis performed. Her evolution was satisfactory.

Key words: *ileum; intestinal obstruction; neuro-endocrine tumors; carcinoid tumors,; laparotomy.*

Los Tumores Neuroendocrinos Gastroenteropancreáticos (GEP-NET) son neoplasias que surgen a partir de células endocrinas diferenciadas en la mucosa, variando sus propiedades biológicas según el órgano de origen,¹ pudiendo producir péptidos que causan síndromes hormonales.²

Los NET son considerados tumores raros, en general su incidencia anual varía de 1 a 5 por cada 100.000 personas,^{1,2} sin embargo ésta se ha incrementado significativamente en las últimas décadas.²⁻⁷ La edad media al diagnóstico es de 65 años, siendo más prevalentes en el género masculino.^{2,3} Aunque la mayoría de los carcinoides gastrointestinales son esporádicos, un paciente con historial familiar positivo lo hace más susceptible que la población general, pudiendo ocurrir sobre una base hereditaria con una herencia autosómica dominante. Además, la litiasis biliar, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa crónica y algunos síndromes familiares, como la Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1 (MEN-1), la enfermedad de Von Hippel Lindau y la neurofibromatosis tipo 1 constituyen otros factores de riesgo.³⁻⁶ A pesar que los tumores neuroendocrinos se localizan en numerosos órganos de diferentes sistemas, el broncopulmonar y del Tracto Gastrointestinal (TGI) constituyen los sitios más frecuentes,² siendo en éste último hasta en un 75-90% y entre estos el "intestino medio" el sitio primario más común y aproximadamente el 38% de todos los NET del TGI se desarrollan en el intestino delgado, por lo general en el íleon distal.⁷

Anormalidades de la metilación y la disfunción de genes supresores tumorales incluyendo las vías del p53 son responsables de esta malignidad.³

Clínicamente tienen un comportamiento diverso, comprendiendo un espectro de enfermedades malignas que van desde los tumores de bajo grado a carcinomas de alto grado;² típicamente son tumores pequeños (0.5-2 cm), surgen en la submucosa, generalmente antimesentérica,¹ son característicamente de crecimiento lento por lo que suelen ser asintomáticos o con sintomatología inespecífica, siendo el diagnóstico a menudo tardío,⁷ pero en algunos casos tienen un comportamiento agresivo y altamente sintomático.⁵ Suelen diagnosticarse de forma incidental en estudios radiológicos debido a la diseminación metastásica o por cuadros clínicos secundarios a la hipersecreción hormonal u obstrucción intestinal.⁸

Las propiedades clínico-patológicas varían con el sitio de la lesión, los carcinoides del intestino delgado tienen una alta tasa de invasión transmural y son más propensos a metastatizar, las tasas de multiplicidad también son mayores (40%), teniendo un peor pronóstico.⁷ Los NET derivan de las células enterocromafines de las criptas intestinales que tienen un origen común en el ectodermo, dichas células sintetizan serotonina a partir del triptófano absorbido en el tracto gastrointestinal,⁵ por lo que estas neoplasias pueden producir hormonas funcionales, así como proteínas hormonalmente inactivas, tales como cromograninas, que están asociadas con vesículas secretoras que pueden utilizarse clínicamente como marcadores tumorales.⁶

Aproximadamente 10% de los pacientes desarrollan metástasis hepáticas que se traducen en el síndrome carcinoide, causado por la liberación de numerosos péptidos vasoactivos los cuales han pasado por alto el metabolismo hepático.⁷ Dentro de las manifestaciones más comunes se encuentran diarrea secretora, síntomas vasomotores cutáneos, broncoespasmo y enfermedad valvular cardíaca derecha.^{5,6} La serotonina que deriva del aminoácido triptófano se inactiva enzimáticamente en el hígado en 5 Ácido Hidroxi - Indolacético (5HIAA) un metabolito urinario; en consecuencia el síndrome carcinoide ocurre principalmente en pacientes con metástasis hepáticas que secretan serotonina directamente en la circulación sistémica en lugar de portal.⁶

La serotonina estimula el peristaltismo, lo que acelera el tránsito colónico. El rubor comprende típicamente la cara, el cuello, torso superior y puede ser precipitado por ejercicio, estrés, alcohol y ciertos alimentos. Los pacientes con enrojecimiento crónico pueden desarrollar telangiectasias faciales que se asemejan a la rosácea. Las liberaciones masivas de sustancias vasoactivas pueden ocurrir durante la cirugía, en la inducción de la anestesia o la movilización del tumor conduciendo a una "crisis carcinoide" y se caracteriza por hipotensión severa. La enfermedad cardíaca carcinoide ocurre típicamente en pacientes con elevaciones graves y de larga data de serotonina circulante. La deposición de tejido fibrótico en las válvulas cardíacas del lado derecho puede producir regurgitación tricúspide y estenosis de la válvula pulmonar. Las cavidades derechas del corazón están siempre afectadas por su exposición directa a la serotonina secretada por metástasis hepáticas, debido a la inactivación de las hormonas en la circulación pulmonar.⁶ La insuficiencia de órganos es la principal causa de mortalidad.⁴

Presentación del caso

Paciente femenino de 82 años, natural y procedente de Cartagena de Indias, remitida de consulta externa de cirugía general del Hospital Universitario del Caribe al servicio de urgencias por cuadro clínico de 6 años de evolución caracterizado por dolor en abdomen inferior tipo cólico, de moderada intensidad, no irradiado, exacerbado con la ingesta de alimentos, acompañado de distensión abdominal, náuseas, constipación y pérdida de 30 kg de peso, la cual se intensificó en el último año. Esta paciente consultó por exacerbación del dolor abdominal.

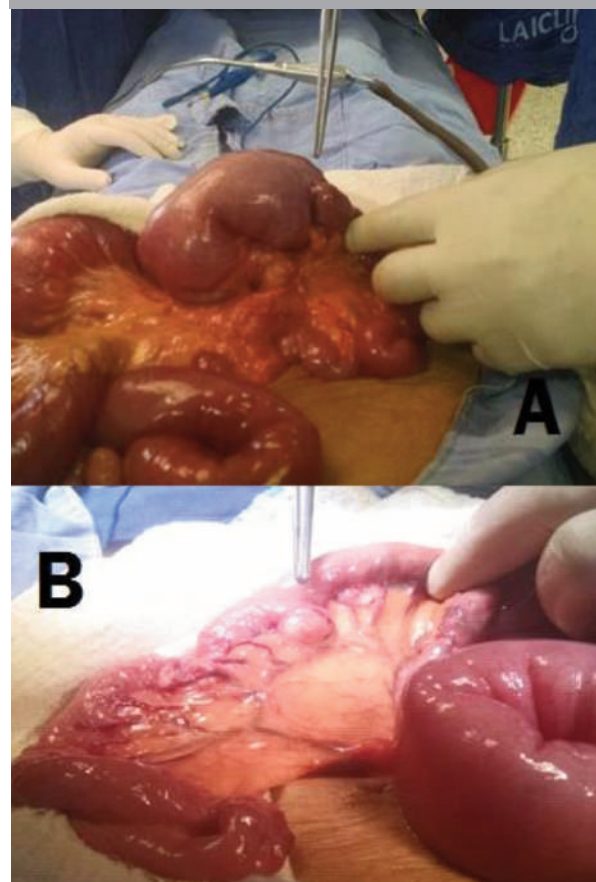
Acudió con resultados de colonoscopia reportada como angiectasias en colon ascendente, y estudio doppler de vasos mesentéricos que evidencia una enfermedad ateromatosa difusa en la aorta y arterias Iliacas, sin compromiso de vasos mesentéricos.

Al ingreso paciente con dolor y astenia con cifras de presión arterial de 145/70mmHg, peso: 33 kg, talla: 1.59 m, IMC: 13.05 kg/m². El abdomen era globoso, distendido, con peristaltismo aumen-

tado, timpánico a la percusión, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada. Se palpaba una masa en fosa ilíaca derecha, de consistencia blanda, móvil, de bordes lisos, no dolorosa, de aproximadamente 3 x 2 cm, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó tomografía de abdomen simple y contrastado, donde se evidenció una imagen de litiasis en el grupo calicial medio del riñón izquierdo el cual mide 10 mm de diámetro. La cámara gástrica se encontraba distendida, las asas intestinales presentaban calibre y morfología usual y no había líquido libre en cavidad abdominal.

Dos días después del ingreso se realiza laparotomía exploratoria, con hallazgos de un tumor a 110 cm de la válvula iliocecal con obstrucción intestinal y dilatación proximal de intestino delgado.

Figura 1. Imagen de resección de intestino delgado. (A) Se evidencia imagen tumoral en intestino delgado a 110 cm de la válvula iliocecal, con obstrucción intestinal y dilatación proximal (B)



TUMOR NEUROENDOCRINO DE INTESTINO DELGADO. UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Se observa adenopatía mesentérica. Además de múltiples divertículos yeyunales, efectuándose resección de 40 cm de íleon terminal con mesenterio del intestino involucrado y dos ganglios linfáticos mesentéricos. (fig.2)

Figura 2.



La paciente toleró el procedimiento, sin complicaciones, evolucionó de forma satisfactoria con adecuada tolerancia de la vía oral y de la función gastrointestinal y se egresa al cuarto día del postoperatorio para seguimiento por oncología.

Resultados de Anatomía patológica:

Se recibe segmento de intestino delgado con hallazgos compatibles con tumor carcinoide maligno de bajo grado de 2 x 1.5 cm que compromete la submucosa y la capa muscular, que ocupa el 100% de la circunferencia ocluyendo la luz en su totalidad, con una metástasis ganglionar y márgenes distal y proximal libres de lesión. Se realizan estudios de inmunohistoquímica los cuales muestran reactividad en la población de células para Cocktail de Queratinas, Cromogranina y Sinaptofisina, con un índice de proliferación medido con Ki-67 del 0-2% correspondiente a tumor del intestino.

Para el momento de la publicación, la paciente se encuentra en seguimiento mensual por oncología clínica, con mediciones de Cromogranina A sérica y 5-HIAA en orina de 24 horas, cuantificaciones que han permanecido dentro de valores de referencia, se le realizó TAC de abdomen total sin evidencia de metástasis y gammagrafía de receptores de somatostatina la cual no reveló lesiones positivas. Se inició tratamiento sistémico con octreótide LAR 30 mg IM

Figura 1 y 2: Hematoxilina – Eosina: Pared del intestino delgado con compromiso de la submucosa y capa muscular por (*) neoplasia de células poligonales sin atipias ni mitosis, dispuesta en nido con patrón organoide con invasión vascular.

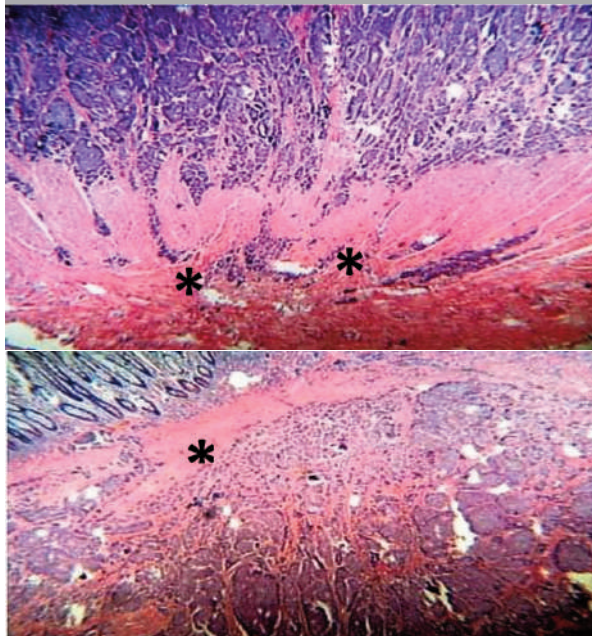
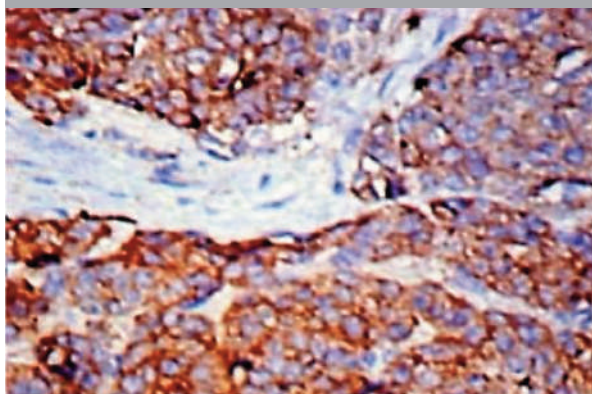


Figura 3. Inmunohistoquímica: reactividad positiva para cocktail de queratina, cromogranina y sinaptofisina con un índice de proliferación medida en Ki67 del 0 – 2%.



cada 4 semanas por 2 años. Paciente actualmente asintomática, sin dolor abdominal, sin presencia de constipación o diarrea, con aumento significativo de peso (15 kg en 14 meses).

Referencias

1. Hellman P, Stalberg P. Gastrointestinal Neuroendocrine Tumor (NET) Surgery. Department of Surgical Sciences. Uppsala University. Chapter 11. London. 2014; 91-104.

2. Caldarella A, Crocetti, E. Distribution, Incidence, and Prognosis in Neuroendocrine Tumors: a Population Based Study from a Cancer Registry. Institute for Study and Cancer Prevention (ISPO) 2011; 759-763.
3. Reynolds, I. Healy, P. Malignant tumours of the small intestine. Department of Colorectal Surgery, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland. Rev Elsevier, the Surgeon 2014; 263-270.
4. Marybeth S, Said C. Prospective evaluation and treatment of familial carcinoid small intestine neuroendocrine tumors (SI-NETs). American Association of Endocrine Surgeons. Rev Elsevier 2015; 159 (1): 350-357.
5. Chelminsky G, González P. Tumor carcinoide intestinal: reporte de un caso. Servicio de Cirugía General, Centro Médico ABC. México. Rev Elsevier, Cirugía y Cirujanos 2015; 438-441.
6. Strosberg J. Neuroendocrine tumours of the small intestine. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute, Dept. of GI Oncology. Tampa, Florida, USA. Rev. Elsevier, Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2012; 755 -773.
7. Kant P, Scott N. Ileal Neuroendocrine Tumor: Clinical Case and Hot Topics. Endoscopy Department. Leeds Teaching Hospitals. UK 2013; 55-60.
8. Di Martino M, García I. Signo del peine en la obstrucción intestinal por reacción desmoplásica de tumor neuroendocrino ileal. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Rev. Española de Enfermedades Digestivas 2015; 107 (11): 697-698.
9. Guo X, Mao Z. The clinical pathological features, diagnosis, treatment and prognosis of small intestine primary malignant tumors. Department of Oncology, PLA General Hospital, Beijing. Rev. Med Oncol 2014; 31:913.
10. Modlin I, Champaneria M. A three-decade analysis of 3911 small intestinal neuroendocrine tumors: the rapid pace of no progress. Gastrointestinal Pathobiology Research Group, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut. American Journal of Gastroenterology 2007; 1464-1473.
11. Niederle B, Pape U-F. ENETS Consensus guidelines update for neuroendocrine neoplasm of the jejunum and ileum. Neuroendocrinology 2016; 1-32.
12. Singh S, Asa S. Diagnosis and Management of Gastrointestinal Neuroendocrine Tumors: An Evidence-Based Canadian Consensus. Cancer Treatment Reviews Elsevier 2016; 1-51.
13. Sabet A, Dautzenberg K. Specific efficacy of peptide receptor radionuclide therapy with ¹⁷⁷Lu-octreotate in advanced neuroendocrine tumours of the small intestine. Department of Nuclear Medicine, University Hospital, Bonn, Germany. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2015; 1238-1246.
14. Kunz P.MD, Reidy-Lagunes D. Consensus Guidelines for the Management and Treatment of Neuroendocrine Tumors. NANETS GUIDELINES 2013; 42 (4): 557-577.
15. Caplin M, Pavel M. Lanreotide in metastatic enteropancreatic neuroendocrine tumors. The New England Journal of Medicine 2014; 224-233.