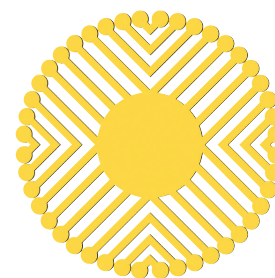


Medicina Interna Venezuela



Órgano Oficial Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

Volumen 42

Fundada en Abril de 1985

Nº 2

2026

CONTENIDO

EDITORIAL

XXXI Congreso Venezolano de Medicina Interna: Consolidación del Legado en su Septuagésimo Aniversario

José Antonio Parejo Adrián.....62-65

ARTICULO ESPECIAL

Actualización 2025.: Perfil de competencia profesional del médico internista venezolano

Elizabeth Hernández Maurice, Carlos Tarazona, José Ayala, Cristina López, Jean Indriago, Mario J Patiño Torres, David Morán, Jhonnys Maluenga, Marycarmen, Enrique Vera, Trina Navas, Ivette Montes de Oca, Andreína Acevedo, Guillermo Borga, Adrián Croes.....66-77

ARTICULO DE REVISIÓN

Influenza A (H3N2), Subclado K

Ana Carvajal de Carvajal, Patricia Valenzuela, Cruz Cordero.....78-86

GALERÍA DE IMÁGENES CLÍNICAS

Síndrome de Vena Cava Superior

Aloima Rainoa Ortiz, Yohaxys Colina Riera87-88

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

Más allá de las deontologías: hacia una ética de la responsabilidad médica

Gustavo J. Villasmil-Prieto.....89-96

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

1. Análisis de la morbimortalidad de pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario de Caracas.

Guadalupe Cordova Hernández, Katherine Rosales Pereira, Elizabeth Hernández Maurice.....97-107

2. Lupus eritematoso sistémico: deterioro cognitivo y su impacto en la actividad de la enfermedad y calidad de vida

Paola Patricia Maestre Carupe, Ivette Montes de Oca Peña.....108-118

3. Rendimiento de escalas de predicción de riesgo de sangrado en usuarios de anticoagulantes orales directos. Estudio de la vida real.

Bárbara D. Ruíz Alayón, David A. Ramírez Acuña, Elizabeth Hernández Maurice.....119-128

4. Inercia Terapéutica en el Tratamiento de Insuficiencia Cardíaca en Venezuela

Agreda Aular Jonathan Daniel, Elizabeth Hernández Maurice.....129-138

5. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los servicios de medicina interna

Julia C. Mendoza Benavides, David S. Morán Perozo, Elizabeth Hernández Maurice.....139-146

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

1. Afección cutánea facial poco frecuente en Lupus eritematoso sistémico: un caso de Demodicosis.

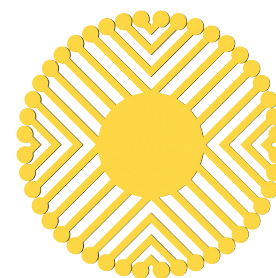
Carlos Alberto Flores, Arnaldo Orasma, Virginia Salazar.....147-150

2. Tumor de Krukenberg: primario gástrico y bilateral en ovarios. A propósito de un caso

Loredana José Palacios Flores, Margaret Mendoza.....151-153

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES.....II

Medicina Interna Venezuela



Órgano Oficial Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

Volumen 42

Established in April 1985

Nº 2

2026

C O N T E N T S

EDITORIAL

XXXI Venezuelan Congress of Internal Medicine: Consolidation of the Legacy on its Seventieth Anniversary

José Antonio Parejo Adrián.....62-65

SPECIAL ARTICLE

2025 Update: Professional Competence Profile of Venezuelan Internists

Elizabeth Hernández Maurice, Carlos Tarazona, José Ayala, Cristina López, Jean Indriago, Mario J Patiño Torres, David Morán, Jhonnys Maluenga, Marycarmen, Enrique Vera, Trina Navas, Ivette Montes de Oca, Andreina Acevedo, Guillermo Borgia, Adrián Croes.....66-77

REVIEW ARTICLE

Influenza A (H3N2), Subclade K

Ana Carvajal de Carvajal, Patricia Valenzuela, Cruz Cordero.....78-86

CLINICAL IMAGE GALLERY

Superior Vena Cava Syndrome

Aloima Rainoa Ortiz, Yohaxys Colina Riera87-88

INTERNAL MEDICINE, MEDICAL EDUCATION AND COMMUNITY

Beyond Deontologies: Towards an Ethics of Medical Responsibility

Gustavo J. Villasmil-Prieto.....89-96

RESEARCH WORK

1. Analysis of morbidity and mortality of patients with cancer and hematological malignancies in the internal medicine service of the University Hospital of Caracas.

Guadalupe Cordova Hernández, Katherine Rosales Pereira, Elizabeth Hernández Maurice.....97-107

2. Systemic lupus erythematosus: cognitive impairment and its impact on disease activity and quality of life

Paola Patricia Maestre Carupe, Ivette Montes de Oca Peña.....108-118

3. Performance of bleeding risk prediction scales in direct oral anticoagulant users. Real-life study

Bárbara D. Ruíz Alayón, David A. Ramírez Acuña, Elizabeth Hernández Maurice.....119-128

4. Therapeutic Inertia in the Treatment of Heart Failure in Venezuela

Agreda Aular Jonathan Daniel, Elizabeth Hernández Maurice.....129-138

5. Adequacy of therapeutic effort in internal medicine services

Julia C. Mendoza Benavides, David S. Morán Perozo, Elizabeth Hernández Maurice.....139-146

PRESENTATION OF CLINICAL CASES

1. A rare facial skin condition in systemic lupus erythematosus: a case of demodicosis

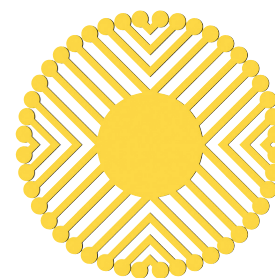
Carlos Alberto Flores, Arnaldo Orasma, Virginia Salazar.....147-150

2. Krukenberg tumor: primary gastric and bilateral ovaries. About a case

Loredana José Palacios Flores, Margaret Mendoza.....151-153

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS.....II

Medicina Interna Venezuela



Órgano Oficial Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

Junta Directiva Nacional 2025 – 2027

Presidente

MARIFLOR VERA

Vicepresidente

JOSÉ ROLANDO AYALA

Secretaria General

ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ

Secretaria de Actas

DRA MARÍA GRACIA RAMÍREZ

Tesorero

DR. GENER MARENA

Bibliotecario

DR FERNANDO CARRERA

Vocales

DRA: ELISANNY SÁNCHEZ

DR. GUILLERMO BORG

DRA REBECA VILORIA

DRA. ADRIANA SICILIANO

DR. ÁNGEL ECHENIQUE

Comité Editorial

Editora en Jefe

EVA ESSENFELD DE SEKLER  0009-0009-7251-4266
Sociedad Venezolana de Medicina Interna Caracas, Venezuela

Editora Gerente

TRINA NAVAS BLANCO  0009-0002-2267-8384
Hospital General del Oeste Caracas, Venezuela

Editor Ejecutivo

JOSÉ ANTONIO PAREJO  0009-0003-7699-4357
Sociedad Venezolana de Medicina Interna Caracas, Venezuela

Editora Técnico

MARÍA EVELYN MONSALVE  0009-0002-8500-4926
Sociedad Venezolana de Medicina Interna Caracas, Venezuela

Editores Asociados:

VIRGINIA SALAZAR MATOS  0009-0007-5374-5195
Hospital Universitario Militar Dr. Carlos Arvelo Caracas,
Venezuela

MARITZA DURAN CASTILLO  0000-0002-4557-541X
Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

CRISTINA LÓPEZ - SÁNCHEZ  0009-0009-4265-8015
Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela.

FERNANDO CARRERA VIÑOLES  0000-0002-0696-4447
Hospital Dr. José María Vargas Caracas, Venezuela

ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ  0000-0002-3481-9693
Hospital Dr. José María Vargas Caracas, Venezuela

Editores Honorarios:

MARIO PATIÑO TORRES  0000-0002-2267-1222
Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela

MARIFLOR VERA  0009-0006-3396-7404
Universidad de Los Andes Mérida, Venezuela

REVISORES INTERNACIONALES

VAHID NOURI  0000-0001-6361-5529 Santiago, República Dominicana

RICARDO GÓMEZ HUEL GAS  0000-0002-9909-3555 Málaga, Andalucía, España

MATÍAS MIROFSKY  0009-0000-4575-7275 Bahía Blanca, Argentina

RODRIGO SABIO  0000-0001-5548-4231 El Calafate, Argentina

ALBERTO RUIZ CANTER  0000-0002-7121-6867 Ronda, Málaga, Andalucía, España

MARÍA NATALIA NACHÓN  0009-0000-3235-8144 Buenos Aires, Argentina

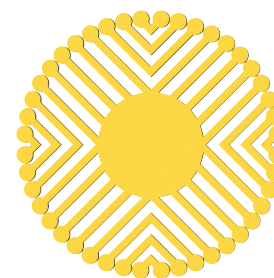
JOSÉ JAVIER ARANGO  0009-0001-0242-0557 Armenia, Quindío, Colombia

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
email: edicionesjai18@gmail.com
Codigo Postal: 1060

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

Medicina Interna Venezuela



Órgano Oficial Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

REVISORES NACIONALES

ÁREA DE EXPERTICIA	EXPERTO	UBICACIÓN
Reumatología	Ivette Montes de Oca	Hospital Domingo Luciani Caracas, Venezuela
Infectología	Vera Reviakina	Hospital José María Vargas de Caracas, Venezuela
	Manuel Guzmán Blanco	Hospital José María Vargas de Caracas, Venezuela
Neumonología	José Isea	Policlínica Metropolitana Caracas, Venezuela
	José Ramón García	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
Neurología	Krikor Postaglian	Centro Médico de Caracas, Venezuela
	Miguel Romero	Clinica Piedra Azul Miranda, Venezuela
Hematología	José L López	Centro Médico de Caracas, Venezuela
	Osiris Da Costa	Banco Municipal de Sangre Caracas, Venezuela
Neurocirugía	Jaime Krivoy	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
	Lucy De Gouveia	
Gastroenterología	Gabriel Echeverría	Hospital General del Oeste Caracas, Venezuela
	Saturnino Fernández	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
	César Louis	Hospital de Clínicas Caracas, Venezuela
Cardiología	Enrique Vera	Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, Venezuela
	Luis López Gómez	Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, Venezuela
	Jesús Isea	Hospital Domingo Luciani Caracas, Venezuela
Medicina Intensiva	José Verde	Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera Valencia, Carabobo, Venezuela
	José Isea	Policlínica Metropolitana Caracas, Venezuela
Patología médica del embarazo	María Gruber	Hospital Domingo Luciani Caracas, Venezuela
Medicina Perioperatoria	Víctor Balducci	Hospital General del Oeste Caracas, Venezuela
	Héctor Reyes	Hospital Domingo Luciani Caracas, Venezuela
Bioética Médica – Doctrina	Israel Montes de Oca	Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela
	Samir Kabbabe	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
Imagenología	Salvatore Verlezza	Hospital General del Oeste Caracas, Venezuela
	Ana Bermúdez	Centro Medico de Caracas Caracas, Venezuela
Clínica Médica	Alfredo González	Hospital General del Oeste Caracas, Venezuela
Oncología	Carlos Goldstein	American College of Physicians Caracas, Venezuela
Endocrinología	Claudio Urosa	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
Docencia en medicina	Carlos Tarazona	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
	Elizabeth Hernández	Hospital Universitario des Caracas, Venezuela
Investigación	Maritza Padrón	Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela
	Ingrist Aleman	Escuela de Medicina José María Vargas. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela
Medicina Paliativa	María de L Wilson	Hospital Domingo Luciani Caracas, Venezuela
Nefrología	Cruz Nakary Ramírez	Hospital General del Oeste Caracas, Venezuela
	Anabella Arminio	Hospital Universitario de Caracas, Venezuela
Gerontología	Ángela Ceglia	Centro Médico Docente el Paso Miranda, Venezuela

Medicina Interna de Venezuela

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La Revista Medicina Interna Venezuela es el órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, depósito legal ppi201502DC4593; pp198502DF405, ISSN 2443-4396; 0798-0418. Es una publicación biomédica periódica digital con periodicidad SEMESTRAL (Enero - Julio) (Julio- Diciembre), de acceso libre que publica manuscritos de gran interés en el área de la Medicina Interna. El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores. El comité editorial se reserva el derecho de efectuar correcciones gramaticales y de estilo para adecuarlo a las normas de la revista sin cambiar el contenido. El idioma primario de publicación es el castellano. Los artículos aceptados deben ser inéditos, que no ha hayan sido publicados o se encuentren en proceso de selección o publicación por otra revista médica. Para su aprobación, el manuscrito es sometido a un proceso de arbitraje doble ciego por parte del comité editorial apoyado por un comité de asesores internacionales. Una vez publicado, el artículo pasa a ser propiedad de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. La Revista cuenta con políticas de preservación de archivos digitales a través del gestor OJS.

La revista medicina interna sigue las instrucciones de Uniforms Requirements For Manuscripts Submitted To Biomedical Journals redactadas por el International Committee of Medical Journal Editors. <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

RESPONSABILIDADES ÉTICAS DE LOS AUTORES

Esta revista cumple con las responsabilidades y criterios éticos internacionales de investigación. Los autores deben abstenerse de tergiversar los resultados de la investigación que podría dañar la confianza en la veracidad científica de la revista. Se compromete a mantener la integridad del registro científico y puede llevar a cabo una investigación si se sospecha de conducta inapropiada, siguiendo los lineamientos establecidos por el Committee on Publication Ethics (COPE). <https://publicationethics.org/>

Deben seguir las reglas de buena práctica científica:

- El manuscrito no debe haber sido enviado a varias revistas para su publicación.
- El manuscrito no puede haber sido publicado previamente. Solo puede ser consideradas prolongaciones o brazos de investigaciones previas.
- No manipular datos, registros, imágenes o textos.
- No utilizar datos, textos o teorías de otros autores como si fueran propios.
- Se debe dar los reconocimientos adecuados a otras publicaciones.
- Se utilizarán herramientas de Inteligencia artificial para reconocimiento de plagio, manipulación de imágenes y referencias bibliográficas.
- Se requiere consentimiento informado para la publicación de todos los coautores y autoridades responsables en el instituto u organización donde se lleven a cabo investigaciones.
- Los autores cuyos nombres aparecen en la presentación deben haber contribuido en el trabajo científico y comparten la responsabilidad colectiva y la rendición de

cuentas por los resultados.

- No se aceptarán cambios de autoría, cambios en el orden de los autores una vez aceptado el manuscrito.
- Los autores deben enviar documentación o datos relevantes para verificar la validez de los resultados en caso de ser requeridos por el Comité editorial.

Si hay alguna sospecha de conducta inapropiada, la revista llevará a cabo una investigación siguiendo los lineamientos establecidos por el Committee on Publication Ethics (COPE). <https://publicationethics.org/> Si después de la investigación, la acusación parece generar preocupaciones válidas, el autor investigado será contactado y se le dará la oportunidad de ofrecer su versión. Si se demuestra una conducta inapropiada, el editor en jefe podrá implementar las siguientes medidas, que incluyen, entre otras:

El artículo puede ser rechazado y devuelto al autor.

Si el artículo ya ha sido publicado en línea, dependiendo de la naturaleza y severidad de la infracción, se puede colocar una fe de erratas o, en casos graves, la retracción completa del artículo. El motivo debe indicarse en una nota del editor.

DIVULGACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

El envío debe contener de forma resumida información en relación con la contribución realizada al manuscrito por cada uno de los autores.

Según el ICJM <https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>, los siguientes son criterios de autoría:

- Contribuciones sustanciales a la concepción y diseño de la obra, o la adquisición, análisis e interpretación de datos para el trabajo.
- Redacción del trabajo o revisión crítica con aporte relevante al contenido intelectual.
- Aprobación final de la versión que se publicará.
- Acuerdo de responsabilidad sobre todos los aspectos de la investigación para garantizar la exactitud o integridad de cualquier parte del manuscrito.
- Todos los designados como autores deben cumplir con los criterios de autoría y todos quienes cumplan con los criterios de autoría deben ser identificados como autores.

Así mismo esta adscrito a la licencia Creative Commons CC-BY-ND

DIVULGACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores deben declarar todos los intereses que puedan influir o producir sesgo en la investigación. Aunque el autor considere que no hay conflictos, la divulgación de cualquier relación proporciona mayor claridad, lo cual ofrece una situación más objetiva del trabajo. Los usuarios podrían percibir un conflicto de interés probable, lo cual no implica necesariamente que una relación financiera con una organización que patrocinó la investigación sea inapropiada.

Algunas relaciones frecuentes:

Becas de investigación (se debe suministrar los datos completos del patrocinio).

Honorarios como conferencistas en congresos, actividades académicas.

Apoyo financiero para asistir a simposios.

Apoyo financiero para programas educativos.

Apoyo de algún patrocinador de proyectos.

Cargo en un consejo asesor o administrativo de laboratorios o empresas.

Relaciones financieras como propiedades de capital, inversión, empresas, derechos de propiedad intelectual, patentes, derechos de autor, regalías de dichos derechos a cónyuges, hijos, padres, etc, que puedan tener interés financiero en el proyecto.

Los intereses que van más allá de los intereses financieros, que son considerados como intereses no financieros, también deberán ser divulgados. Estos incluyen relaciones personales, intereses profesionales, creencias, cultos o religiones que puedan influir en la investigación.

El autor de correspondencia recopilará los formularios de divulgación de conflicto de intereses de todos los autores. En el caso de colaboraciones de autores, el autor de correspondencia podrá firmar el formulario de divulgación en nombre de todos los autores.

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS HUMANOS Y DE ANIMALES

Al informar sobre estudios que involucran participantes humanos, los autores deben incluir una declaración de que los estudios han sido aprobados por el comité de bioética de la institución y/o nacional y han sido realizados de acuerdo con los estándares éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones posteriores o estándares éticos comparables.

Aprobación ética

“Todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos fueron de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y/o nacional y con la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables”.

Se debe respetar el bienestar de los animales utilizados para la investigación. Al informar experimentos en animales, los autores deben indicar si fueron seguidas las pautas institucionales y/o nacionales para el cuidado y uso de animales.

Para estudios con animales, se debe incluir la siguiente declaración:

“Se siguieron todas las pautas institucionales y/o nacionales aplicables para el cuidado y uso de animales”.

Consentimiento informado

Todas las personas tienen derechos individuales que no deben infringirse. Los participantes en los estudios tienen el derecho a decidir qué sucede con los datos personales (identificables) así como cualquier fotografía que se tomó. Por lo tanto, es importante que todos los participantes den su consentimiento informado por escrito antes de su inclusión en el estudio. Detalles de identificación (nombres, fechas de nacimiento, números de identidad y otra información) de los participantes que fueron estudiados no debe publicarse en descripciones escritas, fotografías y perfiles genéticos a menos que la información sea esencial para propósitos científicos y el participante (o padre o tutor si el participante es incapaz) haya dado por escrito su consentimiento informado para la publicación. El anonimato completo es difícil de lograr en algunos casos, por lo tanto, se debe obtener el consentimiento si hay alguna duda. Por ejemplo, enmascarar la región del ojo en fotografías de los participantes es una protección inadecuada del anonimato. Si las características de identificación son alteradas para proteger el anonimato, como en perfiles genéticos, los autores deben garantizar que las alteraciones no distorsionen el significado científico.

Si la información de identificación de algún participante está disponible en el artículo, la siguiente declaración deberá también ser incluida:

“Se obtuvo un consentimiento informado adicional de todos los participantes para quienes la información de identificación se incluye en este artículo”.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL ENVÍO

Los autores deben enviar su manuscrito a la dirección de correo: **medicinainternavenezuela@gmail.com**.

Debe incluir datos de cada autor, resumen, abstract, dirección y correo electrónico del autor principal y anexar el documento completo.

Se exige que todos los autores tengan su identificador digital ORCID, el cual puede ser creado en la dirección web: <https://orcid.org/register?>. Se requiere de manera obligatoria que al menos dos de sus autores cuenten con ORCID para su aceptación.

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla con las normas expresadas en este reglamento. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

El envío debe estar en formato OpenOffice, Microsoft Word.

APOYO Y ASISTENCIA

Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento durante el proceso de envío y revisión, comuníquese a través de nuestro correo **medicinainternavenezuela@gmail.com** a los teléfonos 04129021217 / 04122356682

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

TIPOS DE ARTICULOS

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (6000 palabras o menos)

Título: Conciso pero informativo. Seguidamente los autores: nombre, inicial del segundo nombre y apellidos. Nombres de los servicios, departamentos, instituciones que participaron en la realización del estudio. Debe especificar jornada o congreso, nacional o internacional, donde el trabajo haya sido presentado. La mayoría de los autores deben contar con ID ORCID. Este tipo de artículo debe tener el siguiente formato: tamaño carta, a doble espacio, con márgenes de 25 mm, la letra sera No 11 y espacio interlineado de 1,5 con un máximo de 15 páginas, en formato word, y 8 tablas como máximo.

Resumen y palabras clave: El resumen debe ser estructurado, 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 seis palabras claves, utilizando para ello los términos de Medical Subject Headings (MeSH) o Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) disponibles en las principales Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS).

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 keywords (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 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 recientemente (2024) 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 y procedimientos con detalles suficientes para que otro investigador pueda reproducir los resultados. Se deben identificar los fármacos 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 ilustraciones. Las tablas deben ser incluidas 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. Las ilustraciones deben estar identificadas con números arábigos, bien contrastadas y con un tamaño que no exceda los 203 x 254 mm. Las tablas y figuras deben enviarse junto con el

manuscrito, al igual que cualquier material electrónico complementario y videos (ya sea como videos complementarios o como artículo multimedia).

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 mmHg; los valores hematológicos y bioquímicos, según el sistema internacional de unidades (SI). No utilizar más de 8 tablas, ilustraciones, gráficos 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.

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).

Las referencias bibliográficas deben hacerse siguiendo las normativas internacionales publicadas recientemente (recomendaciones de Vancouver). Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden.

Agradecimiento: Puede ser incluido a personas o instituciones por su colaboración en la realización del estudio.

CASOS CLINICOS (2500 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.

ARTICULOS 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 orden de aparición, según las normas internacionales "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholar 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.

Título: Conciso pero informativo. Seguidamente los autores: nombre, inicial del segundo nombre y apellidos. Nombres de los servicios, departamentos, instituciones que participaron en la revisión. Debe especificar jornada o congreso, nacional o internacional, donde el artículo o revisión haya sido presentado. Los autores deben contar con ID ORCID.

Resumen y palabras clave: El resumen no debe tener más de 250 palabras. Debe ser estructurado que logre sintetizar el propósito de la revisión, su aporte científico e importancia. Así mismo debe mencionar las principales bases de datos de donde es obtenida la información. Se deben incluir entre tres y seis palabras claves, utilizando para ello los términos de Medical Subject Headings (MeSH) o Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC) disponibles en las principales Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS).

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 key words (palabras claves en inglés).

CARTAS AL EDITOR:(1000 palabras o menos)

Un breve informe, opinión, comentario, no estructurado. Los editores se reservan el derecho de aceptar o rechazar sin cambiar las opiniones expresadas. El título no requiere ser oculto, es un artículo no estructurado.

ARTICULOS MULTIMEDIA: Manuscritos enviados como artículos multimedia. Deben ir acompañado de un resumen que brevemente describa el video. (autores ocultos para revisión).

Consiste en un video de no más de 10 minutos en duración. Mantenga la longitud / tamaño del video lo más preciso posible, ya que algunos lectores pueden experimentar problemas al cargar, descargar o ver archivos más grandes, dependiendo de la velocidad del servidor y otros factores externos.

Requisitos para artículos multimedia

Los artículos multimedia deben ir acompañados de un

Resumen en español e inglés con palabras clave.

Debe estar en formato .mp4 o .mov.

Los archivos de video no deben exceder los diez (10) minutos de duración.

Para los archivos de artículos multimedia mayor a 500 MB, los autores pueden cargarlos en archivos comprimidos (archivos zip) o enviar en secciones de video separadas.

La narración del video es obligatoria sin música de fondo.

COMUNICACIÓN BREVE:(1500 palabras o menos)

Breve informe que puede presentar una investigación, un concepto nuevo, una pequeña serie de casos con resultados muy significativos, pandemia o emergencia epidemiológica. Debe llevar título, palabras claves con términos MeSH.

El resumen es opcional, incluye, Introducción, justificación, descripción del problema, Métodos, Resultados, discusión si es una investigación o descripción de los casos.

GALERIA DE IMÁGENES:(1500 palabras o menos)

Colección organizada de imágenes, se agrupan por tema, evento, categoría o cualquier otro criterio relevante. Las imágenes en una galería deben ir acompañadas de descripciones, títulos y descripción clínica que proporcionan contexto.

EDITORIALES:(1500 palabras o menos)

Artículo que ofrece una perspectiva sobre un tema relevante Realizado por el editor en Jefe o el comité editorial, o un autor seleccionado por el comité editorial. Proporciona un espacio para la reflexión crítica sobre temas académicos, de actualidad, investigación reciente, avances en la medicina, de relevancia, epidemiológicos o un problema de salud pública.

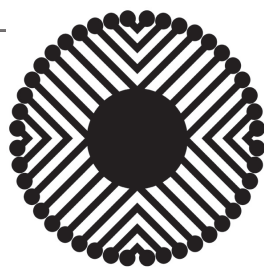
SEGUIMIENTO

Después del envío, recibirá respuesta por parte del Comité editorial de la aceptación o rechazo de su trabajo. En caso de aceptación el costo de la asignación del DOI por ASEREME y gastos administrativos debe sufragarlo el (los) autor(es). En caso de ser miembro activo de la Sociedad de Medicina Interna el gasto de la asignación de DOI y trámites administrativos serán asumidos por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

Puede revisar su publicación en la página <https://svmi.web.ve> › revista

Redes sociales Instagram: [@medicinainterna.venezuela](https://www.instagram.com/medicinainterna.venezuela)

Correo electrónico: medicinainternavenezuela@gmail.com.



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 incommensurable 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

XXXI Congreso Venezolano de Medicina Interna: consolidación del legado en su septuagésimo aniversario

José Antonio Parejo A.  0009-0003-7633-4357

Recibido: 23 de mayo de 2026

Aceptado: 26 de mayo de 2026

La celebración del XXXI Congreso Venezolano de Medicina Interna, llevado a cabo en la ciudad de Caracas del 13 al 16 de mayo de 2026, se constituyó como un hito de extraordinaria trascendencia para nuestra sociedad, y la comunidad médica en general. Este magno evento científico no solo representó el principal foro de actualización clínica del año, sino que se desarrolló en el marco conmemorativo del 70° aniversario de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI), institución fundada el 18 de abril de 1956. A lo largo de siete décadas de trayectoria ininterrumpida, la sociedad ha consolidado un estándar de excelencia académica y compromiso con la salud del país, estructurando su identidad sobre una dualidad fundamental que vincula de manera inexorable la ciencia médica rigurosa con la doctrina humanística.

La evolución histórica de la SVMI demuestra que la práctica de la medicina interna en Venezuela trasciende el diagnóstico y tratamiento de patologías complejas; se define como un arte clínico centrado en la persona como entidad psicosocial. Este enfoque integrador, defendido por pioneros de la especialidad como el doctor Henrique Benaim Pinto, reconocido por su excelso perfil de orientación hipocrática, se mantiene vigente como el núcleo rector de nuestra sociedad. La madurez ins-

titucional alcanzada a las siete décadas de su fundación se refleja tanto en la solidez de sus capítulos regionales como en la calidad científica de su órgano oficial de difusión, la revista Medicina Interna Venezuela, editada de forma continua desde mayo de 1985. El congreso de 2026 sirvió como plataforma para reafirmar estos valores doctrinales frente a las demandas tecnológicas del siglo XXI.

La capacidad de convocatoria del congreso evidenció la vitalidad y el alcance nacional de la SVMI al registrar una asistencia de 1.500 participantes provenientes de todas las regiones de Venezuela. Un indicador de especial relevancia analítica es que el 50% de los asistentes procedió del interior del país, lo que demuestra una movilización masiva y una distribución geográfica equitativa de la actualización médica.

Este balance demográfico no es un hecho fortuito, sino el resultado directo de la estructura capilar de la sociedad, que a través de sus capítulos regionales logra vencer las barreras de la centralización académica y asistencial. La masiva participación de médicos procedentes de diversas latitudes del territorio nacional, permite un intercambio de experiencias clínicas que enriquece el debate epidemiológico, considerando las variaciones en la prevalencia de enfermedades infecciosas, cardiológicas y metabólicas observadas entre las regiones urbanas y rurales de Venezuela.

* Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.
* correo: japarejoa@yahoo.com

El Comité Científico del congreso diseñó una agenda robusta y diversa que logró ejecutarse en su totalidad, cumpliendo con la realización de todos los talleres, simposios y conferencias planificadas. La selección de los contenidos temáticos respondió de manera directa a las necesidades del internista moderno, combinando destrezas diagnósticas avanzadas con estrategias de intervención terapéutica inmediata.

Los talleres prácticos se enfocaron en áreas críticas de la práctica clínica diaria, ofreciendo herramientas de alta utilidad diagnóstica y terapéutica:

Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA): Este módulo proporcionó a los clínicos herramientas esenciales para la interpretación de perfiles de presión arterial, un aspecto crucial dada la elevada prevalencia y el subdiagnóstico de la hipertensión arterial sistémica en la población adulta venezolana, tal como lo han documentado investigaciones previas de la sociedad.

Monitoreo continuo de glucosa intersticial y manejo de insulinas: diseñados para exponer los nuevos avances en el control de la diabetes, y actualizar el uso de insulinas en su tratamiento.

Interpretación de Densitometría Ósea: Dirigido a estandarizar los criterios de evaluación de la salud mineral ósea, facilitando la detección oportuna de la osteoporosis y la instauración de esquemas terapéuticos preventivos en poblaciones de riesgo y pacientes geriátricos.

Manejo de Emergencias Oncológicas: Un área de creciente demanda asistencial donde el internista cumple un rol de primera línea en la estabilización de complicaciones metabólicas, infecciosas y obstructivas derivadas de las neoplasias o de sus tratamientos.

Inteligencia artificial: un espacio de crecimiento continuo en el ámbito del trabajo médico, en diversas situaciones y aspectos.

Estrategias de Educación Médica: Diseñado para perfeccionar las competencias pedagógicas de los especialistas encargados de la formación de

pregrado y postgrado, asegurando la calidad de la enseñanza de la medicina clínica en las universidades nacionales.

Los simposios y conferencias magistrales abordaron una gama amplia de patologías prevalentes, agrupando ponencias esenciales sobre tópicos metabólicos, cardiovasculares e infecciosos. Se debatieron aspectos de vanguardia en la patología médica del embarazo, el tratamiento avanzado de las dislipidemias, el uso clínico de nuevos anticoagulantes, el abordaje integral de la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, la reumatología y la oncología.

Este espectro temático coincide con la producción científica reciente de la sociedad, que en el volumen de su revista de inicios de 2026 incluyó revisiones críticas sobre nuevos inhibidores orales de los factores XI y XII de la coagulación, así como la evaluación del impacto de la iniciativa HEARTS para el control del riesgo cardiovascular en comunidades venezolanas. La integración de estos temas demuestra que el congreso funcionó como un espacio de resonancia para la investigación generada dentro del país, permitiendo validar modelos de atención adaptados a los recursos disponibles.

Un pilar fundamental de la dinámica académica del congreso fue la presentación de casos clínicos estructurados para la discusión anatomo-clínica, los cuales contaron con una amplia y sistemática participación, no solo del internista asignado, y el patólogo esclarecedor, sino del público presente. Estas sesiones clínicas representan el núcleo del método deductivo en medicina interna. Al confrontar los hallazgos semiológicos, las variables paraclinicas e imagenológicas con los diagnósticos histopatológicos definitivos, se estimuló el pensamiento crítico de los asistentes y se reforzó la importancia de la correlación clínico-patológica sobre el uso indiscriminado de tecnologías diagnósticas complejas.

La SVMi se propuso como objetivo estratégico visibilizar y promover de manera activa el relevo generacional de la especialidad. El congreso propició

XXXI CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA: CONSOLIDACIÓN DEL LEGADO EN SU SEPTUAGÉSIMO ANIVERSARIO

escenarios para que internistas jóvenes y médicos residentes compartieran las tribunas de debate científico de igual a igual con los especialistas más experimentados y de mayor renombre del país. Asimismo, se incentivó la participación protagónica de los estudiantes de postgrado en la presentación de los casos clínicos y en las revisiones de temas de actualidad, garantizando la continuidad histórica de la escuela clínica venezolana.

Esta visión de continuidad e integración se consolidó de manera excepcional en la ponencia central del congreso, titulada "Tradición, legado y vanguardia". Este espacio de reflexión filosófica y científica reunió a notables internistas pertenecientes a diferentes momentos y etapas históricas de la sociedad, quienes entablaron un diálogo intergeneracional de profunda riqueza conceptual. El debate se articuló en torno a tres dimensiones temporales y doctrinales:

- El Pasado y su Aporte Doctrinario: se analizaron los fundamentos éticos, el humanismo médico y el rigor del método clínico heredado de los fundadores de la sociedad, elementos indispensables para preservar la esencia de la relación médico-paciente.
- El Presente y la Consolidación del Legado: se discutió cómo la práctica contemporánea de la medicina interna en Venezuela defiende la calidad de la atención y la resiliencia institucional en un entorno sanitario complejo y exigente.
- Los Nuevos Internistas y el Saber Médico: se debatió sobre el perfil del especialista del futuro, planteando la necesidad de conjugar los valores éticos tradicionales con las nuevas y potentes herramientas del conocimiento, tales como la inteligencia artificial, la bioinformática y la medicina de precisión, sin perder la sensibilidad humana.

El carácter científico del congreso se vio robustecido por la participación de destacados médicos internistas provenientes de Argentina y Colombia. Su presencia no se limitó a la transmisión de conocimientos académicos avanzados sobre guías de

práctica clínica internacionales; representó una valiosa oportunidad para estrechar lazos de amistad, fraternidad y cooperación científica en la región latinoamericana.

Este intercambio académico internacional adquiere un valor estratégico de primer orden al permitir la comparación de indicadores de salud pública y la discusión de estrategias terapéuticas aplicadas en contextos socioeconómicos similares. Los lazos de unión fortalecidos durante el congreso sientan las bases para el desarrollo de proyectos de investigación multicéntricos y para el diseño de programas de intercambio docente y estudiantil que enriquecerán el estándar formativo de los postgrados de medicina interna en las naciones participantes.

En el marco de las actividades conmemorativas del congreso, la SVMi celebró el bautizo de su más reciente proyecto editorial titulado "Arritmias Cardíacas". Esta obra nace con la aspiración de convertirse en un libro de consulta práctico y cercano, tanto para estudiantes de pregrado en ciencias de la salud como para médicos generales y especialistas en medicina interna.

La relevancia de este texto radica en su pertinencia clínica. Los trastornos del ritmo cardíaco representan complicaciones frecuentes de patologías crónicas de alta prevalencia, como la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca. Disponer de una obra de referencia editada por la propia sociedad científica, que sintetice la fisiopatología, el diagnóstico electrocardiográfico y las opciones terapéuticas contemporáneas adaptadas a los recursos asistenciales de la región, constituye un avance significativo para la educación médica continua en el país.

La culminación exitosa del XXXI Congreso Venezolano de Medicina Interna representa una victoria académica e institucional para la SVMi en su septuagésimo aniversario. La masiva movilización de profesionales de todo el país, la calidad de los debates científicos, la activa participación de las nuevas generaciones y la internacionalización del foro consolidan a la sociedad como uno de los

referentes científicos más prestigiosos y activos de Venezuela.

La junta directiva de la sociedad y el comité organizador extendieron un profundo, valioso y fraternal agradecimiento a todos los conferencistas nacionales e internacionales. Su extraordinaria contribución académica e intelectual no solo garantizó el éxito del programa científico, sino que enriqueció de manera decisiva el patrimonio del saber médico del país. El legado doctrinario de los fundadores de la sociedad ha sido reafirmado, demostrando que la medicina interna venezolana avanza firmemente hacia el futuro, manteniendo intactos sus valores éticos y su compromiso inquebrantable con el bienestar del paciente.

Actualización 2025

Perfil de competencia profesional del médico internista venezolano

Referente para guiar el desarrollo del currículo por competencia profesional
Comité Nacional de Educación Médica Sociedad Venezolana de Medicina Interna

2025 UPDATE

Professional competency profile of the venezuelan internist

Reference to guide the development of the curriculum by professional competency National
Committee of Medical Education Venezuelan Society of Internal Medicine

Elizabeth Hernández Maurice  0000-0002-2262-627X, Carlos Tarazona, José Ayala, Cristina López  0009-0009-4265-8015, Jean Indriago, Mario J Patiño Torres, David Morán, Jhonnys Maluenga, Marycarmen Cifelli, Enrique Vera, Trina Navas, Ivette Montes de Oca, Andreína Acevedo, Guillermo Borgia, Adrián Croes

Recibido: 08 de marzo 2026

Aceptado: 19 de mayo de 2026

RESUMEN

Introducción: El perfil de competencias profesionales constituye el instrumento fundamental para orientar el diseño curricular y la evaluación del especialista en formación. La Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI), a través de su Comité Nacional de Educación Médica, ha desarrollado sucesivas actualizaciones de este instrumento desde 2005, con revisiones en 2013 y 2016.

Objetivo: Presentar la Actualización 2025 del Perfil de Competencia Profesional del Médico Internista Venezolano, incorporando competencias emergentes y adecuando su estructura a la ampliación del programa de postgrado a cuatro años.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de estándares internacionales de formación en Medicina Interna (ACP, RCP, SEMI, SOLAMI), análisis del contexto epidemiológico nacional, consulta a expertos nacionales en educación médica y representantes de programas universitarios de postgrado, con incorporación de competencias

emergentes en telemedicina, inteligencia artificial, medicina basada en valor, trabajo interprofesional, equidad y diversidad.

Resultados: El perfil se organiza en seis áreas de competencia: (1) Pericia y juicio clínico; (2) Relación médico-paciente efectiva; (3) Liderazgo y desarrollo personal e interpersonal; (4) Organización, planificación y gestión de servicio; (5) Docencia y tutoría; y (6) Investigación y desarrollo clínico, efectividad y estándares de calidad. Se incorporó un séptimo componente de habilidades prácticas con quince áreas clínicas de dominio. La ampliación a cuatro años permite una distribución progresiva de responsabilidades clínicas, docentes, gerenciales y de investigación.

Conclusiones: La Actualización 2025 del Perfil de Competencia Profesional del Médico Internista Venezolano constituye un referente renovado para la transformación curricular de los programas de postgrado de Medicina Interna en Venezuela, alineado con los estándares internacionales y con las necesidades del sistema de salud nacional en el contexto postpandemia y de transformación digital de la medicina.

Palabras clave: competencias profesionales; medicina interna; educación médica de postgrado; currículo por competencias; médico internista; Venezuela; formación especializada; telemedicina;

* Comité Nacional de Educación Médica
* Comité Académico de Disciplina de Medicina Interna
* Docente de Postgrado de Medicina Interna
* Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela

inteligencia artificial en medicina; profesionalismo médico.

ABSTRACT

Introduction: The professional competency profile is the fundamental instrument for guiding curriculum design and the evaluation of specialists in training. The Venezuelan Society of Internal Medicine (SVMi), through its National Committee on Medical Education, has developed successive updates of this instrument since 2005, with revisions in 2013 and 2016.

Objective: To present the 2025 Update of the Professional Competency Profile of the Venezuelan Internist, incorporating emerging competencies and adapting its structure to the extension of the postgraduate program to four years.

Methods: A systematic review of international training standards in Internal Medicine (ACP, RCP, SEMI, SOLAMI) was conducted, along with an analysis of the national epidemiological context, consultation with national experts in medical education and university postgraduate program representatives, and incorporation of emerging competencies in telemedicine, artificial intelligence, value-based medicine, interprofessional work, equity, and diversity.

Results: The profile is organized into six competency areas: (1) Clinical expertise and judgment; (2) Effective physician-patient relationship; (3) Leadership and personal/interpersonal development; (4) Organization, planning, and service management; (5) Teaching and mentoring; and (6) Clinical research and development, effectiveness, and quality standards. A seventh component of practical skills was incorporated, comprising fifteen clinical domains. The extension to four years allows for a progressive distribution of clinical, academic, managerial, and research responsibilities.

Conclusions: The 2025 Update of the Professional Competency Profile of the Venezuelan Internist represents a renewed reference for the curricular transformation of Internal Medicine postgraduate

programs in Venezuela, aligned with international standards and with the needs of the national health system in the post-pandemic and digital transformation context of contemporary medicine.

Keywords: professional competencies; internal medicine; postgraduate medical education; competency-based curriculum; internist physician; Venezuela; specialty training; telemedicine; artificial intelligence in medicine; medical professionalism.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un perfil de competencias profesionales constituye un proceso sistemático y participativo que permite identificar, definir y actualizar las capacidades/destrezas (como componente cognitivo), actitudes (como componente afectivo) y conocimiento (como medio) que debe poseer un especialista para responder de manera efectiva y pertinente a las necesidades de salud de la población en un contexto determinado.¹ La transición desde el modelo flexneriano hacia la educación médica basada en competencias supone un cambio de foco desde la estructura y los procesos de enseñanza hacia los resultados observables en el desempeño profesional, organizando la formación en torno a competencias definidas, desglosadas en componentes y niveles progresivos, que se evalúan mediante métodos válidos y fiables, lo que permite alinear la formación del especialista con las necesidades reales de la práctica clínica y de la población que atiende.²

La actualización del Perfil de Competencia Profesional del Médico Internista Venezolano responde a la evolución constante de la práctica médica, los avances científicos y tecnológicos, las transformaciones epidemiológicas y demográficas, así como a los cambios en las expectativas sociales respecto al ejercicio profesional de la medicina. Este proceso de revisión periódica garantiza que la formación especializada mantenga su pertinencia social y científica, asegurando egresados capaces de enfrentar los desafíos contemporáneos de la atención médica del adulto.³ Epstein y Hundert definen la competencia profesional como el uso habitual y juicioso de conocimientos, habilidades técnicas, comunicación, razonamiento clínico,

ACTUALIZACIÓN 2025 PERFIL DE COMPETENCIA PROFESIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA VENEZOLANO

valores, emociones y reflexión en la práctica diaria para beneficio de pacientes y comunidad, y sostienen que su evaluación requiere múltiples métodos complementarios que capten esa naturaleza compleja y multidimensional.⁴

La particularidad de la presente Actualización 2025 es que, además de consolidar y reorganizar las áreas clásicas de competencia profesional del médico internista venezolano, incorpora un conjunto de nuevas competencias específicas vinculadas a la transformación del programa de postgrado en Medicina Interna a una duración de cuatro años. Este cambio estructural permite distribuir progresivamente las responsabilidades clínicas, docentes, de gestión, liderazgo e investigación, de modo que el perfil de egreso se alinea de manera más estrecha con las necesidades actuales del sistema de salud venezolano y con los estándares internacionales de formación en la especialidad.

Contexto histórico de la construcción del perfil de competencias

Históricamente, la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI) y su Comité Nacional de Educación Médica han promovido la reflexión y revisión permanente de los currículos de formación en la especialidad, buscando una mayor calidad de la educación médica de posgrado. Este compromiso institucional con la excelencia académica se remonta a las primeras décadas de existencia de la Sociedad, consolidándose en el año 2005 con la presentación del "Modelo Socio-Cognitivo: Núcleo Curricular para la educación médica de Postgrado de Medicina Interna en el marco de la Sociedad del Conocimiento y la Globalidad".³

Aquel hito representó un punto de inflexión en la conceptualización de la formación del internista venezolano, al incorporar el enfoque basado en competencias como eje articulador del diseño curricular. El perfil de competencias allí definido se construyó mediante un proceso participativo que implicó deliberación, consulta y consenso entre las diferentes sedes hospitalarias que hacen vida en la Universidad Central de Venezuela (seis sedes hospitalarias).

Desde la aprobación del primer perfil de competencia profesional del médico internista venezolano por la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, este instrumento ha sido objeto de procesos periódicos de revisión con el fin de mantener su vigencia frente a los cambios del sistema de salud, la complejidad creciente de la práctica clínica y los avances en educación médica. En ese marco, la SVMI realizó una primera actualización en el año 2013⁵ y una segunda en el 2016,⁶ que consolidaron el enfoque por competencias, reorganizaron las áreas de actuación profesional e incorporaron nuevos énfasis en profesionalismo, medicina basada en evidencia y gestión clínica.

En la formación de medicina interna, se han desarrollado currículos breves y estructurados para entrenar a los residentes en competencias de telemedicina (triaje, comunicación en entorno virtual, examen físico a distancia, seguridad del paciente), con sesiones de casos, observación directa de visitas remotas y retroalimentación, que han demostrado mejorar la competencia auto percibida y observable de los residentes sin requerir grandes recursos adicionales. Sobre esta base, Waseh y Dicker proponen marcos formales de competencias en telehealth integrados a los estándares AAMC /ACGME, enfatizando la comunicación mediada por tecnología, el uso seguro de plataformas digitales y la incorporación de herramientas de evaluación directa, lo que abre paso a incluir también el uso competente de sistemas de apoyo a la decisión clínica y de inteligencia artificial como parte de las habilidades digitales que el residente debe dominar.⁷

En paralelo, el análisis de las experiencias de liderazgo de residentes de medicina interna muestra que los médicos en formación asocian el liderazgo efectivo con la competencia clínica, la comunicación y la inteligencia emocional, pero refieren escasa formación formal en este ámbito y demandan actividades explícitas, interactivas y contextualizadas en su práctica diaria. Este escenario refuerza la necesidad de que los perfiles de competencias del residente de medicina interna incluyan, además de telemedicina y liderazgo clínico, la capacidad de liderar equipos en entornos asistenciales

cada vez más digitalizados, tomando decisiones informadas con apoyo de herramientas de inteligencia artificial y gestionando los riesgos éticos, de equidad y de seguridad del paciente que conlleva su uso.⁸

La presente Actualización 2025 se inscribe en esa misma línea evolutiva, profundizando y ajustando el perfil a las necesidades actuales del país, al contexto postpandemia, a la transformación digital de los servicios de salud y a los estándares internacionales de formación del médico internista.

Fundamentación del enfoque por competencias

El modelo educativo basado en competencias profesionales representa un cambio paradigmático respecto al modelo tradicional centrado en la transmisión de contenidos. Este enfoque integrador concibe la competencia profesional como la capacidad de movilizar e integrar conocimientos, habilidades prácticas, actitudes y valores para resolver problemas complejos en contextos reales de práctica médica. Cooper y Holmboe sostienen que la educación médica basada en competencias, implementada en la primera línea de la atención, es necesaria para cumplir el contrato social y asegurar que los médicos demuestren de forma objetiva las habilidades requeridas por pacientes, poblaciones y sistemas de salud contemporáneo.⁹

Las competencias profesionales se caracterizan por:

- Integración de múltiples dimensiones (cognitiva, procedimental y actitudinal).
- Contextualización en situaciones clínicas reales.
- Orientación hacia el desempeño efectivo y ético.
- Desarrollo progresivo a lo largo de la formación.
- Capacidad de transferencia a nuevas situaciones.
- Compromiso con el aprendizaje permanente.

Metodología de actualización 2025

La presente actualización del Perfil de

Competencia Profesional del Médico Internista Venezolano se fundamenta en:

1. Revisión sistemática de estándares internacionales de formación en Medicina Interna, particularmente los marcos de competencias del American College of Physicians (ACP), el Royal College of Physicians (RCP), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna (SOLAMI).
2. Análisis de la transformación epidemiológica nacional, con énfasis en la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infecciosas reemergentes y problemas de salud asociados a determinantes sociales.
3. Consulta a expertos nacionales en educación médica, representantes de programas de postgrado universitarios y coordinadores de servicios asistenciales de Medicina Interna.
4. Consideración de competencias emergentes relacionadas con telemedicina, inteligencia artificial, medicina basada en valor, atención centrada en el paciente, seguridad del paciente, trabajo interprofesional y profesionalismo médico en contextos adversos.
5. Incorporación de elementos de equidad, diversidad e inclusión, particularmente en lo relativo a diversidad sexo-genérica, multiculturalidad y vulnerabilidad social.

Objetivo del perfil de competencias

El Perfil de Competencia Profesional del Médico Internista Venezolano representa la imagen contextualizada del especialista en Medicina Interna para Venezuela en el año 2025. Su propósito fundamental es orientar:

- El diseño y actualización de los Planes de Estudios de los programas de postgrado universitarios y asistenciales
- Las estrategias metodológicas de enseñanza-aprendizaje
- Los sistemas de evaluación de la competencia profesional

ACTUALIZACIÓN 2025 PERFIL DE COMPETENCIA PROFESIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA VENEZOLANO

- Los programas de desarrollo profesional continuo
- Los criterios de acreditación y certificación de programas formativos
- La valoración de la calidad de la formación especializada

Estructura del perfil de competencias

El Perfil de Competencia Profesional se organiza en seis áreas fundamentales, cada una integrada por competencias específicas clasificadas según su naturaleza en conocimientos, destrezas (habilidades procedimentales) y actitudes (disposiciones y valores profesionales). Esta organización facilita tanto el diseño curricular como la evaluación progresiva del desarrollo competencial del médico residente.

La completitud y validación del Perfil de Competencia Profesional constituyen condiciones fundamentales para garantizar su calidad y la pertinencia de todo el proceso de diseño curricular y formación profesional. Por ello, este perfil se concibe como un documento vivo, sujeto a revisión periódica y mejora continua, en consonancia con los principios de calidad educativa y responsabilidad social que caracterizan a la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

ÁREAS DE COMPETENCIA DEL PERFIL DEL MÉDICO INTERNISTA EN VENEZUELA

1. Pericia y juicio clínico.
2. Relación médico/paciente efectiva.
3. Liderazgo, desarrollo personal e interpersonal.
4. Organización, planificación y gestión de servicio.
5. Docencia y tutoría.
6. Investigación y desarrollo clínico, efectividad y estándares de calidad.

1. PERICIA Y JUICIO CLÍNICO

Pericia Clínica Básica

1. Identifica la información relevante, fiable y apropiada para los problemas del paciente durante la entrevista médica (anamnesis) y busca y reconoce los signos clínicos pertinentes. (Destreza)
2. Observa en forma acuciosa y describe los

aspectos relevantes que surjan del encuentro con el paciente. (Destreza)

3. Examina al paciente sistemáticamente para, a través del examen físico, identificar los signos clínicos pertinentes. (Destreza)
4. Integra los hallazgos del interrogatorio y el examen físico para generar las hipótesis diagnósticas pertinentes. (Destreza)
5. Selecciona las pruebas apropiadas para la investigación diagnóstica de una manera útil, ética y costo-efectiva. (Destreza)
6. Interpreta los hallazgos de la historia clínica, los resultados de las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen, en el contexto clínico del paciente basado en la mejor evidencia científica disponible. (Destreza)
7. Ejecuta los procedimientos prácticos definidos como esenciales para la atención del paciente con problemas médicos agudos y/o crónicos. (Destreza)
8. Presenta la información clínica obtenida durante el encuentro con los pacientes en forma ordenada, clara y precisa, ante sus pares, miembros del equipo de salud en reuniones con fines académicos y/o asistenciales. (Destreza)

Razonamiento Clínico

1. Plantea los problemas del paciente a través de un pensamiento inductivo-deductivo de la situación clínica, tomando en cuenta la mejor evidencia científica, principalmente en casos de alta complejidad, logrando integración de las competencias adquiridas durante su formación médica especializada. (Destreza)
2. Toma decisiones sobre las intervenciones diagnósticas y terapéuticas fundamentadas en la información obtenida del paciente, sus preferencias, la evidencia científica actualizada y el juicio clínico. (Destreza)
3. Categoriza en prioridad relativa los problemas del paciente ofreciendo solución oportuna, efectiva, eficiente, paliativa o de rehabilitación según cada caso amerite. (Destreza)

Gestión de Experto

1. Evalúa los factores biológicos, psicológicos, sociales y conductuales que influyen en la etiología y patogenia de los problemas médicos del paciente según su edad y diversidad sexo-genérica. (Destreza)
2. Analiza los problemas clínicos en forma priorizada y sistemática. (Destreza)
3. Elabora planes de atención (diagnósticos, terapéuticos y educativos) centrados en el paciente y orientados a resolver sus problemas, así como también realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (Destreza)
4. Aplica los progresos y avances de las ciencias biomédicas, clínica, cognitiva, social y conductual pertinentes a la medicina interna para el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y cuidados del paciente. (Destreza)
5. Argumenta las mejores opciones de tratamiento al paciente con enfermedades agudas o crónicas incluyendo la promoción de la salud individual y comunitaria, así como la prevención de enfermedades. (Destreza)
6. Atiende al paciente de manera integral, considerando los factores biológicos y psicosociales, como garantía de calidad de vida, en los aspectos preventivos, curativos, pronóstico y de rehabilitación. (Destreza)
7. Toma decisiones asertivas en situaciones críticas, que permitan un diagnóstico y tratamiento eficiente, para lograr un adecuado soporte vital avanzado. (Destreza)
8. Determina el momento y condiciones apropiadas para solicitar interconsulta a otro especialista o decidir el traslado del paciente a una unidad de cuidados especiales. (Destreza)
9. Determina cuándo el énfasis del tratamiento debe cambiar del cuidado curativo al cuidado paliativo en pacientes con pronóstico limitado. (Destreza)
10. Demuestra efectividad como consultante, al elaborar una evaluación del paciente bien documentada, con recomendaciones orales y escritas pertinentes en respuesta a los requerimientos del otro profesional de la salud. (Destreza)
11. Discrimina las condiciones en las que el paciente puede asumir adecuadamente la responsabilidad del autocuidado. (Destreza)
12. Educa al paciente en la automedicación responsable, dando a conocer los efectos adversos de los medicamentos, los límites de la automedicación y la importancia de consultar a su médico. (Destreza)
13. Dispuesto a atender de manera inmediata a los pacientes que asisten con problemas agudos con empatía y decisiones asertivas. (Actitud)
14. Valora la importancia de atender oportunamente los accidentes laborales, evitando el desarrollo de las enfermedades ocupacionales. (Actitud)
15. Aplica oportunamente las pautas, conociendo los protocolos nacionales e internacionales vigentes de los diferentes accidentes laborales. (Destreza)

2. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EFECTIVA

Comunicación Efectiva

1. Obtiene información pertinente a través del interrogatorio durante el encuentro con el paciente para establecer una relación médico-paciente fluida. (Destreza)
2. Proporciona información útil y relevante al paciente y familiares, posterior al interrogatorio clínico para lograr una comunicación clara y efectiva. (Destreza)
3. Promueve la cooperación y confianza al paciente para confrontar sus angustias y emociones. (Destreza)
4. Construye una relación médico-paciente caracterizada por empatía, entendimiento, verdad y confidencialidad a fin de ser mantenida a largo plazo. (Destreza)
5. Promueve la atención integral de la salud de cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, incapacitantes o terminales para garantizar su salud física y mental. (Destreza)
6. Explica al paciente las maniobras del examen físico y procedimientos invasivos a realizar para evitar generar incomodidades

ACTUALIZACIÓN 2025 PERFIL DE COMPETENCIA PROFESIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA VENEZOLANO

durante los mismos. (Destreza)

7. Educa al paciente, familiares o cuidadores para coparticipar de los planes diagnósticos, terapéuticos, educacionales y la toma de decisión por consenso, considerando los puntos de vista, para garantizar el cumplimiento y solución de problemas. (Destreza)
8. Reconoce la capacidad de decisión del paciente para emitir el consentimiento informado cuando la situación lo amerite. (Destreza)
9. Recibe reclamos y quejas del paciente, familiares o cuidadores para ser canalizados y solventados. (Destreza)
10. Comunica oportuna y efectivamente al paciente y familiares lo relativo al diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico para mayor comprensión de la enfermedad de manera empática. (Destreza)
11. Elabora los informes y registros médicos en forma clara, concisa y precisa para ser proporcionados al paciente o quien los amerite. (Destreza)
12. Responde a las necesidades del paciente, demostrando su disposición de escuchar activamente para facilitar la expresión de sentimientos, expectativas y valores espirituales que influyen sobre su estado de salud. (Actitud)
13. Valora la utilidad de la presencia de un familiar, tutor o cuidador, si así lo permite el paciente, durante el encuentro clínico para obtener información relevante que el paciente no pueda proporcionar. (Actitud)

Profesionalismo

1. Ofrece un servicio médico de calidad con dignidad, respeto y compasión para lograr un ejercicio honorable de la profesión. (Actitud)
2. Mantiene un adecuado balance entre el rol personal y profesional para cumplir con sus responsabilidades ante el paciente, sociedad y la profesión. (Actitud)
3. Muestra un compromiso permanente con estándares de excelencia, actualizando continuamente el conocimiento de la espe-

cialidad para reconocer las diferencias entre la medicina basada en la evidencia y el conocimiento anecdótico. (Actitud)

4. Muestra honestidad e integridad a través de su conducta, para reconocer y evitar conflictos de intereses rehusando cualquier ganancia personal que perjudique al mejor interés del paciente. (Actitud)
5. Demuestra un comportamiento de alta consideración y respeto por los colegas, miembros del equipo de salud, pacientes y sus familias, ante la diversidad de cultura, raza, edad, sexo-genérica para lograr una atención médica en pro del bienestar del paciente. (Actitud)

Humanitarismo

1. Crea una relación médico-paciente para favorecer al máximo la probabilidad de mejores resultados para el paciente y la mayor satisfacción personal del médico. (Actitud)
2. Distingue la importancia de los problemas físicos, psicológicos y sociales en la calidad de vida del paciente y familiares para lograr un abordaje adecuado. (Actitud)
3. Aplica las directrices avanzadas para el cuidado al final de la vida de pacientes terminales proporcionando consuelo, incluyendo el alivio del dolor, la ansiedad del paciente y el duelo de la familia. (Destreza)
4. Atiende apropiadamente al llamado "paciente difícil", incluyendo sus desórdenes de personalidad y patrones de conducta problemáticos para garantizar la adecuada resolución de sus problemas. (Destreza)
5. Reflexiona sobre sus propias reacciones personales ante situaciones difíciles para generar las hipótesis explicativas y para entender las potenciales barreras de comunicación. (Actitud)
6. Distingue la diversidad y multiculturalidad, respetando los modelos de creencias sobre la salud en cada paciente, para trabajar constructivamente de una manera centrada en el enfermo y particularmente con personas de grupos culturales diferentes. (Actitud)

7. Resuelve con solvencia las conductas impropias de los pacientes, familiares y el entorno como agresión, violencia, racismo, acoso sexual. (Destreza)
8. Establece la importancia de la prevención primaria, secundaria y terciaria en función de la epidemiología de enfermedades y factores de riesgo para estimular una conducta proactiva y de liderazgo en procura de la salud de su comunidad. (Actitud)
9. Identifica los tipos de relación médico-paciente y las limitaciones a fin de establecer los correctivos necesarios para optimizar los resultados. (Destreza)

Principios Éticos y Legales

1. Demuestra claros principios éticos y legales en relación con la provisión o suspensión del cuidado médico; el respeto de la dignidad del paciente; su derecho de privacidad y confidencialidad; derecho al mejor cuidado posible, a la autonomía y al consentimiento informado; derecho a rechazar tratamientos o tomar parte de actividades de docencia, investigación o prácticas comerciales para regir su práctica médica. (Destreza)
2. Identifica conductas no profesionales en la práctica clínica, en el marco de las regulaciones institucionales, locales y nacionales. (Destreza)
3. Considera los aspectos éticos de la práctica clínica y de investigación para asegurar el cumplimiento de las regulaciones institucionales, locales y nacionales. (Destreza)
4. Promueve en el paciente el respeto a los principios éticos de la práctica médica. (Actitud)

3. LIDERAZGO Y DESARROLLO PERSONAL E INTERPERSONAL

Realización Personal

1. Elabora un juicio independiente y con confianza en sí mismo como clínico con el fin de tomar decisiones propias para la consecución de las metas. (Destreza)
2. Fomenta un alto estándar académico y personal con deseos de mejora permanente. (Actitud)

3. Mantiene la efectividad en el trabajo bajo presión, afrontando sus propias emociones con el fin de tomar las decisiones más acertadas en dependencia del escenario clínico. (Destreza)
4. Acepta la crítica constructiva, con buena disposición, y se autoevalúa para aprender y corregir sus errores. (Actitud)
5. Evalúa su desempeño y el de sus pares de forma objetiva manteniendo los estándares de calidad en atención. (Destreza)
6. Promueve la importancia de mantener un estado óptimo de salud física y mental para ejercer la profesión. (Actitud)

Realización Interpersonal

1. Consolida buenas relaciones individuales y grupales para mantener la armonía en el trabajo. (Destreza)
2. Lidera con ejemplo al equipo de salud estableciendo una dinámica de trabajo eficiente. (Destreza)
3. Interpreta correctamente las preocupaciones y sentimientos para ponerse en el lugar del otro y generar empatía. (Actitud)
4. Analiza el efecto probable de sus palabras o acciones en el interlocutor o en el grupo, en orden de provocar el efecto deseado. (Destreza)
5. Discrimina entre las mejores acciones e intervenciones para aumentar al máximo su efectividad. (Destreza)

Trabajo en Equipo

1. Fomenta el trabajo de forma respetuosa y coordinada con el equipo de salud, para proporcionar una atención óptima y oportuna centrada en el paciente. (Actitud)
2. Delinea el rol, pericia y limitaciones de cada uno de los miembros de un equipo de salud interdisciplinario para alcanzar las metas óptimas en el cuidado de un paciente, proyecto de investigación, tarea educacional o responsabilidad administrativa. (Destreza)
3. Asigna tareas de forma efectiva mediante la planificación y delegación del trabajo en lo concerniente a la atención del paciente. (Destreza)

ACTUALIZACIÓN 2025 PERFIL DE COMPETENCIA PROFESIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA VENEZOLANO

4. Entrena a otros miembros del equipo de salud, proporcionando una retroalimentación clara y oportuna para mejorar su desempeño. (Destreza)

4. ORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIO

Mejorar la Gestión de los Servicios Médicos

1. Diseña de forma efectiva las actividades administrativas pertinentes del servicio de Medicina Interna (hospitalario y ambulatorio). (Destreza)
2. Evalúa el servicio prestado con una metodología sistemática para implementar las mejoras en la atención del paciente. (Destreza)
3. Coordina el trabajo del personal secretarial, administrativo y de apoyo para implementar mejoras organizacionales. (Destreza)
4. Elabora estrategias y sugerencias para las autoridades respectivas sobre necesidades y mejoras en la gestión del servicio. (Destreza)

Práctica Basada en el Sistema de Salud

1. Analiza los factores que influyen en las tendencias de morbilidad y mortalidad en la población. (Destreza)
2. Comprende el rol activo del médico internista en los tres niveles de atención sanitaria con la finalidad de demostrar el liderazgo del médico internista en el sistema nacional de salud. (Destreza)
3. Traza planes de atención para atender los problemas de salud emergentes y reemergentes en los diversos ámbitos de los sistemas de salud. (Destreza)
4. Elige racionalmente los recursos del sistema para proporcionar un cuidado al paciente individual de valor óptimo en el contexto de las necesidades sociales. (Destreza)
5. Demuestra cómo el cuidado de un paciente individual influye en la organización del sistema de salud para la toma de decisiones adecuadas. (Actitud)
6. Analiza cómo los tipos de práctica médica y sistemas dispensadores de salud difieren entre sí, incluyendo los métodos de control

de costos y de asignación de los recursos, para ofrecer un servicio costo-efectivo. (Destreza)

7. Valora la importancia de trabajar con los gerentes sanitarios, planificadores y proveedores para evaluar, coordinar y promover mejoras en la calidad del sistema de salud. (Actitud)
8. Promueve la calidad en el cuidado sanitario para beneficio del paciente y del sistema de salud. (Actitud)

5. DOCENCIA Y TUTORÍA

Ejercer el Rol de Modelo

1. Demuestra una buena práctica clínica actuando como modelo en la toma de decisiones. (Destreza)
2. Explica sus decisiones clínicas demostrando conocimiento actualizado durante la práctica clínica. (Destreza)
3. Facilita el aprendizaje de pacientes, colegas, estudiantes de medicina y otros profesionales del equipo de salud con retroalimentación constructiva. (Destreza)
4. Crea un ambiente favorable para la adaptación psicológica y social del paciente, los familiares y cuidadores durante la práctica clínica. (Destreza)
5. Educa en la asistencia adecuada para el cumplimiento del cuidado a los familiares y cuidadores del paciente discapacitado o terminal. (Destreza)
6. Construye relaciones favorables con los aprendices mediante el modelaje. (Actitud)
7. Usa los métodos y experiencias de aprendizaje apropiadamente para mejorar la capacidad de formación del equipo de salud. (Destreza)

Aprendizaje Permanente y Autodirigido

1. Esquematiza en su práctica clínica diaria las propias necesidades de aprendizaje, complementado con la selección del método apropiado para aprender y evaluar los resultados. (Destreza)
2. Fomenta la actualización en el conocimiento de la especialidad, a través de un

desarrollo profesional continuo, sistemático y autodirigido. (Destreza)

3. Elige efectivamente los recursos de las tecnologías emergentes para optimizar el cuidado del paciente, su aprendizaje permanente, autodirigido y otras actividades profesionales. (Destreza)

La Medicina Basada en Evidencia como Modelo de Decisión Clínica

1. Integra su juicio clínico y las preferencias del paciente en la toma de decisión, para solucionar los problemas con la mejor evidencia científica disponible. (Destreza)
2. Formula las preguntas clínicas que orienten una búsqueda precisa y sistemática de información durante la evaluación del paciente. (Destreza)
3. Critica la literatura médica y otras evidencias para determinar su validez, importancia y aplicabilidad, antes de incorporar en la toma de decisión. (Destreza)
4. Escoge racionalmente las pruebas diagnósticas en función de sus características operativas y el cálculo de la probabilidad pre-test y postest para la toma de decisiones clínicas. (Destreza)

6. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CLÍNICO, EFECTIVIDAD Y ESTÁNDARES DE CALIDAD

Investigación Clínica

1. Asigna a su actividad profesional un punto de vista crítico, creativo, y escepticismo constructivo orientado hacia la investigación. (Actitud)
2. Desarrolla nuevos conocimientos, mediante la participación en proyectos de investigación individual y cooperativa. (Destreza)
3. Organiza métodos de auditoría clínica de los servicios médicos para mejorar la calidad de los mismos. (Destreza)
4. Discute los resultados de los estudios y auditorías clínicas realizadas ante pequeñas y grandes audiencias. (Destreza)
5. Diseña áreas de futura investigación que permitan resolver preguntas clínicas. (Destreza)

7. HABILIDADES PRÁCTICAS

A lo largo de su formación, el médico internista debe capacitarse para obtener, interpretar y aplicar información diagnóstica y terapéutica en el abordaje integral del paciente adulto, en diversos contextos clínicos y epidemiológicos. Las habilidades prácticas se desarrollan progresivamente en escenarios reales de atención, bajo supervisión docente y con énfasis en la toma de decisiones clínicas fundamentadas.

Habilidades Clínicas

1. Obtención y redacción de la anamnesis por problemas, con enfoque en la semiología médica del adulto.
2. Exploración física completa, con énfasis en la identificación de signos clínicos relevantes y patrones sindrómicos.
3. Integración del razonamiento clínico para establecer diagnósticos fisiopatológicos, localización anatómica y diagnóstico diferencial.
4. Valoración del paciente en estado crítico: shock, sepsis, insuficiencia respiratoria aguda, falla multiorgánica, entre otros.
5. Manejo de comorbilidades frecuentes en el adulto mayor y en pacientes con enfermedades crónicas.
6. Coordinación del abordaje interdisciplinario en patologías complejas.
7. Aplicación de protocolos clínicos y guías de práctica médica basadas en evidencia.
8. Realización de procedimientos diagnósticos como paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, aspiración de médula ósea, entre otros.

Manejo de Pruebas Diagnósticas

1. Interpretación de estudios de laboratorio clínico: hematología, bioquímica, inmunología, endocrinología, marcadores tumorales.
2. Lectura crítica de estudios de imagen: radiografía, ecografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), estudios contrastados.

ACTUALIZACIÓN 2025 PERFIL DE COMPETENCIA PROFESIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA VENEZOLANO

3. Evaluación de pruebas funcionales: espirometría, pruebas de esfuerzo, electrocardiograma, ecocardiograma, monitoreo ambulatorio de presión arterial.
4. Análisis de estudios microbiológicos y serológicos en el contexto clínico.
5. Valoración de resultados de estudios genéticos y moleculares en enfermedades hereditarias o de base inmunológica.

Áreas Clínicas de Dominio

El médico internista debe conocer la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las principales patologías del adulto, incluyendo:

1. Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatías isquémicas, arritmias.
2. Enfermedades respiratorias: EPOC, asma, infecciones respiratorias, enfermedades intersticiales.
3. Enfermedades endocrinas y metabólicas: diabetes mellitus, dislipidemias, trastornos tiroideos, obesidad.
4. Enfermedades gastrointestinales y hepatobiliares: gastritis, úlceras, hepatitis, cirrosis, enfermedades inflamatorias intestinales.
5. Enfermedades renales: insuficiencia renal aguda y crónica, nefropatías, trastornos hidroelectrolíticos.
6. Enfermedades hematológicas: anemias, coagulopatías, discrasias sanguíneas.
7. Enfermedades infecciosas: VIH-SIDA, tuberculosis, infecciones sistémicas, enfermedades tropicales.
8. Enfermedades reumatológicas e inmunológicas: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, vasculitis.
9. Enfermedades neurológicas del adulto: ACV, epilepsia, demencias, trastornos motores.
10. Enfermedades oncológicas: diagnóstico y manejo inicial de neoplasias frecuentes.
11. Trastornos psiquiátricos y del comportamiento en el adulto.
12. Cuidados paliativos y manejo del dolor crónico.
13. Atención del paciente geriátrico y del adulto mayor frágil.
14. Evaluación y manejo del paciente hospitalizado, ambulatorio y en emergencia.
15. Protocolos de atención en situaciones críticas: paro cardiorrespiratorio, muerte cerebral, donación de órganos.

Estas habilidades prácticas se desarrollan en el marco de una formación clínica supervisada, con énfasis en la ética profesional, la seguridad del paciente, la comunicación efectiva y la toma de decisiones basada en evidencia.

CONSIDERACIONES FINALES

El Perfil de Competencia Profesional del Médico Internista Venezolano actualizado en 2025 se mantiene como un recurso que permite avanzar hacia la transformación curricular y actualizar de manera permanente los postgrados de Medicina Interna en el país. Este perfil promueve la integración y cooperación entre todas las residencias de postgrado desde la especificidad de su contexto, con espacio para la diversidad, la libertad y la autonomía universitaria.

Mantener la identidad institucional de cada programa formativo no es menos importante que llegar a armonizar la formación de postgrado en Medicina Interna a nivel nacional. Este perfil sirve de referencia para la valoración de la calidad de la formación y para la elaboración de criterios de desempeño compartidos, sin menoscabo de las particularidades contextuales de cada institución.

El compromiso con la revisión periódica de este perfil garantiza su vigencia y pertinencia, asegurando que la formación del médico internista venezolano responda a las necesidades cambiantes de la población y a los avances científicos y tecnológicos de la medicina contemporánea.

REFERENCIAS

1. Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638-645.
2. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-367.
3. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Modelo Socio-Cognitivo: Núcleo Curricular para la educación médica de

- Postgrado de Medicina Interna. Porlamar, 2005.
4. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002;287(2):226-235.
 5. Mario J. Patiño Torres, Marcos Tróccoli, Liliana Suárez, Cristina López de Ayala, Trina Navas, Elizabeth Hernández. Perfil de competencia profesional del médico internista venezolano: referente para guiar el desarrollo del currículo por competencia. *Med Interna* (Caracas). 2013; 29(1):34-41.
 6. Mario J. Patiño Torres, Marcos Tróccoli, Liliana Suárez B, Carlos Tarazona, Cristina López de Ayala, José Ayala. Perfil de competencia profesional del médico internista venezolano (Actualización 2016). *Med Interna* (Caracas). 2016; 32(2):91-98.
 7. Jones S, McNeil M, Rothenberger SD, Jeong K, Nikiforova T. Training Internal Medicine Residents to Perform Telemedicine Visits: A Novel Skill-Based Curriculum. *MedEdPORTAL*. 2025; 21:11540
 8. Lyons MD, Oyler J, Iossi K, Merriam S. Leadership Experiences of Internal Medicine Residents: A Needs Assessment for Leadership Curricula. *J Healthc Leadersh*. 2022 (21);14:155-161.
 9. Cooper D, Holmboe ES. Competency-based medical education at the front lines of patient care. *N Engl J Med*. 2025;393(4): 376-388

Influenza A (H3N2), subclado K

Influenza A (H3N2), subclade K

Ana Carvajal de Carvajal  0000-0002-6332-3654, Patricia Valenzuela  0009-0009-7537-7404, Cruz cordero

Recibido: 19 de marzo 2026

Aceptado: 18 de mayo de 2026

RESUMEN

La influenza estacional causa anualmente entre 290,000 y 650,000 muertes por causas respiratorias. En junio de 2025, se detectó en Nueva York una nueva variante de influenza A(H3N2), denominada subclado K (J.2.4.1), producto de una deriva antigénica con mutaciones en los sitios T135K, S145N, N158D y K189R. Para noviembre de 2025, ha sido identificada en al menos 34 países. El objetivo de esta publicación es revisar las características epidemiológicas y clínicas de la influenza, analizar información epidemiológica y genómica preliminar hasta diciembre de 2025, basada en reportes de la OMS/OPS, GISAID. La influenza presenta síntomas típicos: fiebre súbita, mialgias y tos. Aunque el subtipo H3N2 se asocia históricamente a mayor gravedad, en la temporada 2025 no se ha reportado una virulencia superior del subclado K en términos de hospitalizaciones o ingresos a UCI. Un hallazgo crítico es que más del 98% de las hospitalizaciones corresponden a individuos no vacunados. El diagnóstico definitivo requiere RT-PCR, dada la baja sensibilidad de los test de antígeno. La vacunación anual es la estrategia más efectiva, con una protección contra hospitalización del 70-75% en niños y 30-40% en adultos frente a este subclado. Es imperativo mantener la vigilancia genómica activa, garantizar el tratamiento con oseltamivir en grupos de riesgo (especialmente embarazadas, per-

sonas con comorbilidades y personal de salud) y promover medidas de higiene para mitigar la propagación.

Palabras clave: influenza humana; subtipo H3N2 del virus de la influenza A; vacunas contra la influenza; vigilancia genómica; Venezuela.

ABSTRACT

Seasonal influenza causes between 290,000 and 650,000 respiratory deaths annually. In June 2025, a new variant of influenza A(H3N2), designated subclade K (J.2.4.1), was detected in New York, resulting from antigenic drift with mutations at sites T135K, S145N, N158D, and K189R. By November 2025, it had been identified in at least 34 countries. The objective of this publication is to review the epidemiological and clinical characteristics of influenza and analyze preliminary epidemiological and genomic information up to December 2025, based on reports from the WHO/PAHO and GISAID. Influenza presents with typical symptoms: sudden fever, myalgia, and cough. Although the H3N2 subtype is historically associated with greater severity, in the 2025 season, no superior virulence of subclade K was reported in terms of hospitalizations or ICU admissions. A critical finding is that more than 98% of hospitalizations were among unvaccinated individuals. Definitive diagnosis requires RT-PCR, given the low sensitivity of antigen tests. Annual vaccination is the most effective strategy, providing 70-75% protection against hospitalization in children and 30-40% in adults against this subclade. It is imperative to maintain active genomic surveillance, ensure treatment with oseltamivir in at-risk

* Especialista en Infectología y en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud.
* Especialista en Medicina Interna e Infectología. Caracas, Venezuela.
*. Especialista en Epidemiología.
* correo: anacarvajal09@gmail.com

groups (especially pregnant women, people with comorbidities, and healthcare workers), and promote hygiene measures to mitigate transmission.

Keywords: human influenza; influenza A virus H3N2 subtype; influenza vaccines; genomic surveillance; Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Anualmente a nivel mundial se producen unos mil millones de casos de influenza estacional o gripe, causada principalmente por el virus de influenza A, menos frecuentemente por el virus de influenza B y C. Los virus de la influenza A se clasifican en subtipos según la combinación de proteínas en su superficie (hemaglutinina y neuraminidasa). Actualmente circulan en humanos los virus de influenza de los subtipos A(H1N1) y A(H3N2). El A(H1N1)pdm09, causó la pandemia de 2009 y reemplazó al virus A(H1N1) que había circulado antes de 2009.¹ Solamente los virus de la influenza tipo A se han asociado a pandemias de gripe. Entre 3 y 5 millones son graves, la enfermedad causa entre 290 000 y 650 000 muertes por causas respiratorias en todo el mundo. Más del 90 % de los fallecimientos se producen en menores de cinco años en los países en vías de desarrollo.¹ La enfermedad se adquiere por contacto estrecho con las personas infectadas a través de las gotitas de saliva al hablar o toser y por aerosoles, también puede propagarse potencialmente a través de las manos de personas, mediante fómites contaminados con el virus de la gripe y la posterior inoculación en el tracto respiratorio superior. Las personas con mayor riesgo de enfermedad grave, complicaciones y hospitalización son: embarazadas, niños de menores de cinco años, personas mayores de 65 años, portadoras de enfermedades crónicas o inmunodepresión incluyendo el VIH, los que reciben quimioterapia, esteroides u otros medicamentos que disminuyen las defensas.^{2,3}

Los trabajadores de la salud (TS) tienen mayor de riesgo de infectarse y de transmitir la enfermedad a personas vulnerables de su entorno.^{4,5} Los síntomas comienzan entre el primer y el cuarto día después de la infección y duran alrededor de una semana, se caracteriza por fiebre de aparición súbi-

ta, mialgias intensas, tos seca, secreción nasal, tos, cefalea. En los niños puede haber diarrea y vómitos.^{1,3} La presente revisión y recomendaciones se realizan debido a la detección del virus de influenza A(H3N2) subclado K (producto de mutaciones o deriva antigénica) a mediados del año 2025, el cual actualmente está ampliamente distribuido a nivel mundial.⁶ La Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) recomiendan a los ministerios de los países estar vigilantes en relación a la detección de los casos del subclado K, incluyendo tratamiento antiviral específico y medidas de control como la disponibilidad de las vacunas.⁷ Tradicionalmente el subtipo de influenza A (H3N2) ha sido asociado a cuadros más graves y a mayor ingreso a las unidades de cuidados intensivos (UTI).^{8,9} Sin embargo, el nuevo subclado K, hasta ahora no se ha asociado a mayor gravedad comparado con la influenza estacional. Es importante que los trabajadores de la salud (TS) y las personas en general se familiaricen con los diferentes aspectos de la influenza, así como las medidas de prevención incluyendo la importancia de la vacunación y las medidas de higiene.

Epidemiología de la influenza A(H3N2) subclado K.

En relación a la gripe, se ha observado un adelanto de casos en la temporada 2025-2026, asociado principalmente a la detección del virus de influenza A (H3N2) subclado K(J. 2.4.1), producto de mutaciones en sitios críticos de transición antigénica, como T135K, S145N, N158D y K189R.¹⁰ Esta variante constituye lo que los virólogos denominan una "deriva antigénica" (drift) de la cepa circulante, las cuales afectan la respuesta de anticuerpos, pero no representa un cambio de subtipo (shift) con potencial pandémico. Entre el 1 de mayo y el 17 de noviembre de 2025, el subclado K representó el 47% de las secuencias del virus A(H3N2) depositadas en GISAID EpiFlu (Iniciativa Global para Compartir todos los Datos de la Gripe, por sus siglas en inglés), procedentes de 19 países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo (UE/EEE).⁶ En ese mismo periodo fueron depositadas en el GISAD cepas pertenecientes a este subclado procedentes de países de

Oceanía, Asia, África, Europa y Norteamérica, representando el 33 % de todas las secuencias de A(H3N2).⁶ Hasta noviembre de 2025, se ha identificado en al menos 34 países de todo el mundo, incluyendo EE. UU, algunos países de Europa (con 13 en Europa Occidental), así como en Asia, África y Oriente Medio.¹¹ En América del Sur se han detectado muy pocos casos en: Brasil, Argentina, Bolivia y Ecuador. En Panamá (América Central), se han identificado 3 casos.^{12,13,14}

La vigilancia epidemiológica y genómica del subclado debe mantenerse para evaluar el incremento de casos en los diferentes países, así como la severidad o no de la enfermedad, los grupos afectados y establecer las medidas de control de salud pública.⁷

Manifestaciones clínicas

La mayoría de las personas de la población general, presentan un cuadro clínico de influenza leve, la infección asintomática es frecuente. Los síntomas de la gripe suelen comenzar uno a cinco días después de la exposición con una persona infectada. Se caracterizan por: aparición repentina de fiebre, tos seca, cefalea, mialgias, artralgias, malestar general, odinofagia y rinorrea, la tos puede ser intensa y durar dos semanas o más, la mayoría de las personas con influenza experimentan un cuadro clínico leve a moderado.¹⁵ La enfermedad causada por la influenza A(H3N2), generalmente tiene un comportamiento clínico más grave, especialmente en las personas mayores y otros grupos vulnerables.¹⁵ Es imposible distinguir los síntomas clínicos causados por el virus de la influenza A(H3N2) subclado K, de otros serotipos de influenza. En la temporada, 2025, no se reportó mayor gravedad asociada al subclado K, en términos de hospitalización, ingresos a las unidades de cuidados intensivos (UCI) o defunciones.⁶

Las complicaciones como neumonía, insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG), encefalitis, miocarditis, se presentan sobre todo en los grupos de riesgo.¹⁵ La neumonía bacteriana secundaria, aparece típicamente entre el día 4 y el día 10 de la enfermedad. Se sospecha cuando hay un empeoramiento súbito tras una mejoría inicial, además de la presencia de nuevos infiltrados pulmonares, leucocitosis,

neutrofilia y desviación a la izquierda.¹⁶ Otras complicaciones que pueden observarse son: exacerbación de enfermedades crónicas, como: asma bronquial, diabetes mellitus o insuficiencia cardíaca.^{17,18} En los niños son comunes otitis media y sinusitis, suelen aparecer hacia el final de la primera semana (día 7 a día 10) como consecuencia de la inflamación y acumulación de moco.¹⁹⁻²¹ El diagnóstico diferencial incluye infección por otros agentes infecciosos: SARS-CoV-2. Virus Sincitial Respiratorio (VSR), rinovirus, entre otros, además de infecciones respiratorias de tipo bacteriano.

Influenza en las embarazadas

La infección por el virus de influenza A (H3N2), y en particular el subclado K, representa una preocupación significativa durante el embarazo. Las embarazadas son consideradas un grupo de alto riesgo debido a los cambios fisiológicos en su sistema inmunológico, cardíaco y pulmonar.²² Estos cambios pueden llevar a un mayor riesgo de enfermedad grave por influenza, que incluye complicaciones como neumonía, ingreso a las UCI e incluso la muerte.²³ Adicionalmente, la influenza durante el embarazo se ha relacionado con un aumento en el riesgo de defectos congénitos y/o resultados obstétricos adversos, como parto prematuro o bajo peso al nacer.²⁴ En el caso de los recién nacidos, especialmente si la madre se infecta al final del embarazo o en el período posparto, existe el riesgo de transmisión de la infección, los neonatos y lactantes menores de 6 meses tienen un sistema inmune inmaduro, lo cual los hace extremadamente vulnerables a desarrollar enfermedad respiratoria grave.²⁵ Un estudio evidenció que los recién nacidos de mujeres que padecieron la enfermedad influenza pandémica H1N1 durante el embarazo, presentaron un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, puntuación APGAR a los 5 minutos inferior a 9, ingreso en una UCI neonatal y muerte.²⁵

La vacunación contra la influenza antes o durante el embarazo es la medida de prevención más efectiva para proteger tanto a la madre como al bebé mediante la transferencia de anticuerpos protectores.²⁶ El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de estados Unidos señala que la vacuna contra la influenza puede administrarse de forma segura al

mismo tiempo que otras vacunas recomendadas durante el embarazo, como el toxoide tetánico, toxoide diftérico, tos ferina acelular (Tdap); virus respiratorio sincitial (VRS); o la vacuna actual contra la COVID-19.²⁷ La eficacia de las vacunas coadministradas no se ve afectada si se administran durante la misma consulta, aumentando las tasas de vacunación general.²⁷

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo se realiza mediante aislamiento del virus (cultivo viral), este método es costoso y poco práctico. La detección del ARN mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR), se considera específico para confirmar la infección por el virus de la influenza. Esta técnica es capaz de detectar el material genético del virus (ARN) incluso en cantidades mínimas, indispensable para confirmar casos de H3N2 y posteriormente identificar el subclado K realizando la secuenciación genómica, exhibe una sensibilidad entre 90% y 100% y una especificidad cercana al 100 %.^{28,29} La muestra debe tomarse preferiblemente dentro de los primeros 3 a 5 días desde el inicio de los síntomas (fiebre alta, dolor muscular y postración). Es fundamental realizar un hisopado nasofaríngeo profundo, una toma superficial puede comprometer el resultado.

El diagnóstico rápido mediante test de antígeno tiene una sensibilidad de 50% a 93%, pueden dar resultados falsos negativos, distinguen entre influenza A y B, pero no proveen información sobre los subtipos de influenza A.²⁹ Por tanto, no es una prueba recomendada para realizar el diagnóstico de influenza A(H3N2) subclado K.

Tratamiento

Se recomienda el tratamiento antiviral a pacientes con sospecha de influenza o confirmada que estén hospitalizados, presenten enfermedad grave, complicada o progresiva o tengan mayor riesgo de sufrir complicaciones, incluso si se inicia más allá de 48 horas después de iniciada la enfermedad.³⁰ La terapia incluye uso de antivirales específicos como el oseltamivir, el cual es la opción preferida en los pacientes de riesgo y con enfermedad grave.³⁰ La dosis recomendada es 75 mg cada 12 horas por cinco días.

Otros antivirales como peramivir y baloxivir, aprobados por la FDA³¹ en el tratamiento de influenza no complicada, no están disponibles en muchos países. Zanamivir de uso inhalado, se reserva en pacientes con influenza no complicada debido a que no tiene acción sistémica.³¹ Las embarazadas pueden recibir oseltamivir en cualquier trimestre del embarazo.²⁷

Debe considerarse la profilaxis pos exposición con oseltamivir, zanamivir o baloxavir dentro de las 48 horas posteriores a la exposición en personas con alto riesgo de complicaciones que no hayan recibido la vacuna antigripal anual o cuando la vacunación antigripal pueda ser ineficaz; no se recomienda para personas sanas expuestas a la gripe.³¹ Se recomienda profilaxis pos exposición con oseltamivir o zanamivir para controlar los brotes de gripe en entornos institucionales con el fin de evitar o controlar brotes de influenza nosocomial.³²

Vacunas anti influenza

Las vacunas, en general, constituyen la estrategia más importante para evitar enfermedades infecciosas, la OMS estima que se han salvado más de 150 millones de vidas en los últimos 50 años, desde que son usadas en la salud pública en el control de dichas enfermedades.³³

Cada año las vacunas anti influenza se componen estimando los serotipos o cepas que van a estar involucrados en la próxima temporada. La recomendación actual en esta temporada de influenza 2026-2027, donde está predominando el subclado K del virus de influenza A (H3N2), es mantener los esquema de vacunación anti influenza estacional al día, especialmente en los grupos de riesgo.³⁴ Una de las preocupaciones de los expertos, es una menor respuesta a las vacunas contra la influenza estacional, no obstante, datos preliminares sobre la efectividad de la vacuna en la prevención de hospitalizaciones por este subclado, indican una protección similar, o solo un poco menor, en relación a las temporadas previas.³⁵ La mayoría de las hospitalizaciones, se han presentado en personas no vacunadas, evidenciando la importancia de la inmunización para evitar complicaciones por

INFLUENZA A (H3N2), SUBCLADO K

la influenza, ingresos a los centros de salud y fallecimientos.

Composición de las vacunas anti influenza 2026-2027.³⁶

El comité asesor sobre la composición de la vacuna contra influenza de la OMS en relación a las vacunas que se utilizarán en la temporada de gripe 2026-2027 en el hemisferio norte, recomienda lo siguiente:

Vacunas basadas en huevos (inactivada)

- un virus similar al A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- un virus similar al A/Darwin/1454/2025 (H3N2); y
- un virus similar a B/Tokyo/EIS13-175/2025 (linaje B/Victoria).

Vacunas basadas en cultivos celulares, proteínas recombinantes o ácidos nucleicos

- un virus similar al A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- un virus similar al A/Darwin/1415/2025 (H3N2); y
- un virus similar a B/Pennsylvania/14/2025 (linaje B/Victoria).

Debido a la ausencia continua de detección de virus del linaje B/Yamagata desde marzo de 2020 a nivel global, el comité asesor sobre la composición de la vacuna contra influenza de la OMS, recomienda desde el 2023 la exclusión de este antígeno de la composición de la vacuna.³⁴

A continuación se mencionan los grupos prioritarios para recibir la vacuna anti influenza (inactivada o recombinante).³⁷

- Todos los niños de 6 meses a 59 meses.
- Personas de 50 años o más.
- Adultos y niños con enfermedades pulmonares crónicas (incluido el asma), cardiovasculares (excluida la hipertensión aislada), renales, hepáticas, neurológicas, hematológicas o metabólicas (incluida la diabetes mellitus).

- Personas inmunodeprimidas por cualquier causa (incluyendo, entre otras, la inmunosupresión causada por medicamentos o la infección por VIH).
- Personas que vayan a estar o embarazadas o lo estén durante la temporada de influenza o dos semanas posparto. Las gestantes pueden recibir la vacuna en cualquier trimestre del embarazo, especialmente en situación de epidemias o de pandemias.
- Niños y adolescentes (de 6 meses a 18 años) que estén tomando medicamentos que contengan aspirina o salicilato y que puedan estar en riesgo de presentar el síndrome de Reye tras una infección por el virus de la influenza.
- Residentes y sus cuidadores de residencias de ancianos y otros centros de atención a largo plazo.
- Personas con obesidad extrema (índice de masa corporal ≥ 40 para adultos).
- Los TS tienen indicación formal de recibir la vacuna, porque al estar en la primera línea de atención de pacientes con influenza tienen mayor riesgo de adquirirla. La gravedad de la enfermedad en estos profesionales está dada principalmente por los factores de riesgo.

Contraindicaciones de la vacuna anti influenza.³⁸

- Antecedentes de alergia a los componentes de la vacuna, como por ejemplo a la proteína del huevo, neomicina.
- Alergia grave (shock anafiláctico) a dosis previa de la vacuna anti influenza.
- Síndrome de Guillain-Barré reciente (menos de seis meses)
- Enfermedad aguda grave.

La vacuna anti influenza nasal inhalada, para ser autoadministrada o por cuidadores, compuesta de virus vivo atenuado, recomendada en edades de 2 años a 59 años. Contraindicada en embarazadas, inmunocomprometidos niños y adolescentes que reciben terapia con salicilatos, niños asmáticos de 2 a 4 años, en ciertos problemas neurológicos como fistula de líquido cefalorraquídeo e implante coclear

y alergia a los componentes de la vacuna.³⁸

Medidas preventivas

Las medidas preventivas para evitar la influenza se clasifican en: farmacológicas y no farmacológicas.

Medidas farmacológicas: incluye el uso de antivirales específicos de uso profiláctico en pacientes de riesgo que han estado en contacto con personas enfermas de influenza,^{31,32} deben ser indicados por un profesional de la salud, de acuerdo a las guías Internacionales, normas y protocolos de las Sociedades Científicas y los Ministerios de Salud local.

Medidas no farmacológicas para evitar infecciones influenza y otros virus de transmisión mediante la vía respiratoria como la COVID-19, son muy importantes y tienen un papel fundamental en el control de brotes, epidemias y/o pandemias, las mismas incluyen.^{39,40}

- Lavado frecuente de manos.
- Estornudo de etiqueta (en la parte interna del codo).
- Evitar contacto con personas con tos o gripe.
- Uso de mascarillas (si es recomendado por las autoridades sanitarias).
- No tocarse la boca y los ojos con las manos (ya que pueden contaminarse al tocar superficies como pasamanos, etc.).
- Evitar sitios concurridos o aglomeraciones.
- Distancia de dos metros entre las personas.

Vigilancia epidemiológica

Los virus respiratorios forman parte de las enfermedades de notificación obligatoria del sistema de información semanal de los servicios de Epidemiología de los países, ante la presencia de un caso sospechoso debe realizarse la notificación respectiva, para así realizar la toma de muestras y visita a los posibles contactos con la finalidad de cortar la cadena de transmisión. La OPS/OMS, recomiendan a los Estados miembros que continúen fortaleciendo la vigilancia centinela de las enfermedades tipo influenza y prioricen la vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas (IRAG)

Complementándola con otras estrategias de vigilancia para monitorear los cambios epidemiológicos y las tendencias de circulación viral para evaluar de esta manera los patrones de transmisión, la gravedad clínica y el impacto en el sistema de salud y la sociedad, así como e identificar grupos de riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias asociadas.^{41,42}

Como complemento de la vigilancia basada en indicadores, las OPS/OMS recomiendan a los Estados Miembros implementar una vigilancia basada en eventos, la cual se basa en la captura organizada y rápida de información sobre eventos que pueden representar un riesgo potencial para la salud pública. La información puede provenir de rumores y/u otros informes ad hoc transmitidos a través de sistemas de información rutinarios formales preestablecidos o informales, no preestablecidos (medios de comunicación, comunicación directa de los trabajadores de la salud u organizaciones no gubernamentales). La vigilancia basada en eventos es un componente funcional del mecanismo de alerta temprana y respuesta oportuna.^{43,44}

Los eventos respiratorios que son inusuales deben investigarse de inmediato y reportarse a la OPS/OMS de acuerdo con las regulaciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).⁴⁴

Los eventos inusuales incluyen:

1. Casos de enfermedad respiratoria aguda con progresión clínica atípica.
2. Infección respiratoria aguda asociada con la exposición a animales enfermos.
3. Infección respiratoria aguda observada en viajeros procedentes de áreas propensas a la aparición de nuevos virus de influenza.
4. Casos de IRAG en los profesionales de la salud que están atendiendo casos respiratorios graves de etiología desconocida.
5. Conglomerados de infecciones virales de influenza fuera de la temporada de circulación típica.

Igualmente, se debe estar atento a casos asociados a eventos masivos, como conciertos, encuentros deportivos celebraciones, insistiendo en la necesidad de protección a grupos vulnerables

INFLUENZA A (H3N2), SUBCLADO K

niños, adultos, mayores, embarazadas, inmunocomprometidos.

Como parte de la vigilancia de rutina basada en indicadores, para la confirmación etiológica de casos inusuales, se recomienda obtener muestras nasofaríngeas y orofaríngeas (o lavado bronquial, en casos graves) para la detección de virus respiratorios. Siempre debe priorizarse el análisis de laboratorio de los casos más graves, especialmente aquellos admitidos en las UCI, en los casos fatales también se recomienda tomar muestras de tejido del tracto respiratorio (si fuera posible). Recordar que deben tomarse todas las medidas de bioseguridad recomendadas para patógenos respiratorios.

Recomendaciones

Recomendaciones para los países

La OPS insta a los Estados miembros a mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica, virológica y genómica del virus de influenza, incluyendo el serotipo de la influenza A(H3N2) subclado K, además se debe garantizar una alta cobertura de vacunación, tratar oportunamente a los casos y reforzar la preparación de los servicios de salud ante la posibilidad de una actividad temprana o más intensa durante la actual temporada de influenza en el hemisferio Norte.³⁴

El organismo internacional, señaló la importancia de recibir la vacunación anti influenza estacional especialmente en los grupos de riesgo como: adultos mayores, niños menores de cinco años, enfermedades crónicas o comorbilidades y trabajadores sanitarios. Enfatiza que protegiendo a esas poblaciones, también se reduce la presión sobre los servicios de hospitalización.³⁴

Recomendaciones para los ministerios de salud

- Como lo recomienda la OPS/OMS34, los ministerios de salud deben mantener una estrecha vigilancia epidemiológica para la detección de los casos de influenza, incluyendo el virus A(H3N2) subclado K en laboratorios de referencia. En Venezuela la vigilancia de los virus respiratorios, incluyendo los virus de influenza (A,B y C), se realiza en el Instituto nacional de Higiene

Rafael Rangel (INHRR). La identificación del subclado K, se realiza en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) (Comunicación personal de la Dra. Flor Pujol)

- Garantizar la atención de los pacientes, así como la hospitalización oportuna y el tratamiento antiviral en las personas que lo requieran, ante la posibilidad de una actividad temprana o más intensa durante la temporada 2025-2026.
- Elaborar normas y protocolos o actualizar de influenza, en conjunto con las Sociedades científicas y la Academia.
- Realizar jornadas educativas a los TS relacionadas con todos los aspectos de la influenza y otras enfermedades respiratorias.
- Garantizar la disponibilidad de las vacunas anti influenza especialmente para los grupos de riesgo.
- Informar a los TS y a la población general, sobre la situación epidemiológica de la influenza, incluyendo si se detecta la del virus de la influenza A (H3N2) subclado K.
- Garantizar el uso de protección personal a los TS, especialmente a los que se encuentran en el área de choque de atención de los pacientes como las emergencias, triage, servicios de neumonología, infectología, medicina Interna y terapia intensiva, entre otros.

Recomendaciones para los trabajadores de la salud (TS)

- Los TS deben familiarizarse con todos los aspectos relacionados con el virus de la influenza.
- Estar atentos para identificar clúster o brotes de pacientes con enfermedad similar a la influenza o pacientes con IRAQ, para hacer la notificación respectiva a los servicios de epidemiología y tomar las medidas de control plasmadas en protocolos establecidos.
- Asegurarse que se tomen las muestras de laboratorio para la identificación de virus respiratorios, incluyendo los virus de

influenza.

- Cumplir con las medidas preventivas de higiene y prevención para evitar la influenza.
- Tener las vacunas recomendadas al día, incluyendo la vacuna anti influenza estacional.
- Colaborar con las Instituciones sanitarias, Sociedades Científicas y la Academia en los aspectos educativos relacionados con la influenza.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés en esta publicación.

Herramientas de inteligencia artificial: no utilizada en esta publicación.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Gripe (estacional). Consultado el 20 de enero de 2026. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
2. Leung NHL. Transmissibility and transmission of respiratory viruses. *Nat Rev Microbiol*. 2021 Aug;19(8):528-545. Doi: 10.1038/s41579-021-00535-6.
3. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, Fukuda K. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*. 2004 Sep 15;292(11):1333-40. Doi: 10.1001/jama.292.11.1333.
4. Hirsch A, Katz MA, Laufer Peretz A, Greenberg D, Wendlandt R, Shemer Avni Y, et al. SHIRI workgroup. Study of Healthcare Personnel with Influenza and other Respiratory Viruses in Israel (SHIRI): study protocol. *BMC Infect Dis*. 2018 Nov 6;18(1):550. Doi: 10.1186/s12879-018-3444-7
5. Uyeki TM, Hui DS, Zambon M, Wentworth DE, Monto AS. Influenza. *Lancet*. 2022 Aug 27;400(10353):693-706. Doi: 10.1016/S0140-6736(22)00982-5.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2025. Threat Assessment Brief: Assessing the risk of influenza for the EU/EEA in the context of increasing circulation of A(H3N2) subclade K. Estocolmo: ECDC; 2025. Consultado el 20 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-assessing-risk-influenza-november-2025>.
7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Nota Informativa: Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), Consideraciones para la Región de las Américas. 11 de diciembre de 2025. Consultado el 17 de diciembre de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/2025-dic-11-phe-nota-e-pi-h3n2-esfinal_0.pdf
8. O'Halloran A, Habeck JW, Gilmer M, Threlkel R, Chai SJ, Hall B, et al. Influenza-Associated Hospitalizations During a High Severity Season - Influenza Hospitalization Surveillance Network, United States, 2024-25 Influenza Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2025 Sep 11;74(34):529-537. Doi: 10.15585/mmwr.mm7434a1
9. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, Fukuda K. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*. 2004 Sep 15;292(11):1333-40. Doi: 10.1001/jama.292.11.1333.
10. Government of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Ottawa: PHAC; 2025. Disponible en: <https://health-info-base.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/influenza.html>.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sitio de Brotes Epidémicos. Seasonal influenza - Global situation. 10 December 2025. Ginebra: OMS; 2025. Consultado el 20 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>.
12. La web de la Salud. Primeros casos de influenza A H3N2 en Panamá: las personas no estaban vacunadas. 19 de diciembre de 2025. Consultado el 20 de enero de 2026. Disponible en: <https://lawebdelasalud.com/primeros-casos-de-influenza-a-h3n2-en-panama-las-personas-no-estaban-vacunadas/>
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. El Ministerio de Salud y Protección Social e INS refuerzan las medidas de prevención tras detección de Influenza A(H3N2) subclado K en Colombia. Boletín de prensa, 23 de diciembre de 2025. Consultado el 18 enero de 2026 de 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/minsalud-e-INS-refuerzan-medidas-de-prevencion-tras-deteccion-de-AH3N2>.
14. Ministério da Saúde, Brasil. Ministério da Saúde intensifica vigilância de casos de gripe e reforça importância da vacinação. Consultado el 18 de enero de 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/dezembro/ministerio-da-saude-intensifica-vigilancia-de-casos-de-gripe-e-reforca-importancia-da-vacinacao>
15. Paules C, Subbarao K. Influenza. *Lancet*. 2017;390:697-708. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)30129-0.
16. Smith AM, McCullers JA. Secondary bacterial infections in influenza virus infection pathogenesis. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2014;385:327-56. Doi: 10.1007/82_2014_394.
17. Liao CM, Hsieh NH, Chio CP, Chen SC. Assessing the exacerbations risk of influenza-associated chronic occupational asthma. *Risk Anal*. 2010 Jul;30(7):1062-75. Doi: 10.1111/j.1539-6924.2010.01402.x.
18. Estabragh ZR, Mamas MA. The cardiovascular manifestations of influenza: A systematic review. *Int J Cardiol*. 2013 Sep 10;167(6):2397-403. Doi: 10.1016/j.ijcard.2013.01.274.
19. Hoy G, Kuan G, López R, Sánchez N, López B, Ojeda S, Maier H, Patel M, Wraith S, Meyers A, Campredon L, Balmaseda A, Gordon A. The Spectrum of Influenza in Children. *Clin Infect Dis*. 2023 Feb 8;76(3):e1012-e1020. Doi: 10.1093/cid/ciac734.
20. Jané M., Vidal M.J., Soldevila N., Romero A., Martínez A., Torner N., Godoy P., Launes C., Rius C., Marcos M.A., et al. Epidemiological and clinical characteristics of children hospitalized due to influenza A and B in the south of Europe, 2010-2016. *Sci. Rep*. 2019;9:12853. Doi: 10.1038/s41598-019-49273-z.
21. Jiménez-Juárez RN, Moreno-Espinosa S, Reyes-Lopez A, Parra-Ortega I, Laris-Gonzalez A, De la Rosa-Zamboni D, Guerra-de-Blas P, Gamiño-Arroyo AE. Impact of Influenza on Children in a Referral Hospital in Mexico City: Clinical Burden and Predictors of Mechanical Ventilation. *Viruses*. 2025 May 28;17(6):771. Doi: 10.3390/v17060771.
22. Laibl V, Sheffield J. The management of respiratory infections during pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2006 Feb;26(1):155-72, viii. Doi: 10.1016/j.iac.2005.11.003
23. Mertz D, Geraci J, Winkup J, Gessner BD, Ortiz JR, Loeb M. Pregnancy as a risk factor for severe outcomes from influenza virus infection: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Vaccine*. 2017 Jan 23;35(4):521-528. Doi: 10.1016/j.vaccine.2016.12.012
24. Dotters-Katz SK. Influenza in Pregnancy: Maternal, Obstetric, and Fetal Implications, Diagnosis, and Management. *Clin Obstet Gynecol*. 2024 Sep 1;67(3):557-564. Doi: 10.1097/GRF.0000000000000880.
25. Newsome K, Alverson CJ, Williams J, McIntyre AF, Fine AD,

INFLUENZA A (H3N2), SUBCLADO K

- Wasserman C, Lofy KH, Acosta M, Louie JK, Jones-Vessey K, Stanfield V, Yeung A, Rasmussen SA. Outcomes of infants born to women with influenza A(H1N1)pdm09. *Birth Defects Res.* 2019 Jan 15;111(2):88-95. Doi: 10.1002/bdr2.1445.
26. Benowitz I, Esposito DB, Gracey KD, Shapiro ED, Vázquez M. Influenza vaccine given to pregnant women reduces hospitalization due to influenza in their infants. *Clin Infect Dis* 2010;51:1355-61. Doi: 10.1086/657309
27. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Influenza in Pregnancy: Prevention and Treatment. October 2025. Consultado el 16 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2025/08/influenza-in-pregnancy-prevention-and-treatment>
28. World Health Organization. WHO information for the molecular detection of influenza viruses. Consultado el 4 de noviembre de 2025. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/molecular-detection-of-influenza-viruses/protocols_influenza_virus_detection_2024.pdf?sfvrsn=df7d268a_8
29. Hannaford A, Aleissa M, Sherman AC. Update on Influenza. *Am J Med Sci.* 2026 Feb;371(2):124-132. Doi: 10.1016/j.amjms.2025.10.010.
30. Antiviral Drugs for Seasonal Influenza for 2025-2026. *The Medical Letter.* .October 27, 2025. Consultado el 20 de noviembre de 2025. Disponible en: <https://secure.medicalletter.org/TML-article-1740a>
31. Center for Drug Evaluation, Research. Influenza (Flu) Antiviral Drugs and Related Information. U.S. Food and Drug Administration. July 31, 2024. Accessed March 19, 2025. <https://www.fda.gov/drugs/information-drug-class/influenza-flu-antiviral-drugs-and-related-information>
32. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, Englund JA, File TM, Fry AM. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management of seasonal influenza. *Clin Infect Dis.* 2019 Mar 5;68(6):e1-e47. Doi: 10.1093/cid/ciy866. Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2019 May 2;68(10):1790. Doi: 10.1093/cid/ciz044.
33. World Health Organization (WHO). Global immunization efforts have saved at least 154 million lives over the past 50 years. 24 de abril de 2024. Consultado el 9 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years>
34. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Alerta Epidemiológica Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 hemisferio sur inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte. 4 de diciembre del 2025. Consultado el 16 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/2025-dic-4-phe-alertaepi-influenza-estacional-es-final.pdf>
35. Separovic L, Sabaiduc S, Zhan Y, Kaweski S E, Olsha R, Hasso M, et al. Interim 2025/26 influenza vaccine effectiveness estimates with immuno-epidemiological considerations for A(H3N2) subclade K protection, Canada, January 2026. *Euro Surveill.* 2026;31(5):pii=2600068. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.5.2600068>.
36. WorldHealthOrganization.(WHO).Recomendaciones sobre la composición de la vacuna contra la gripe para la temporada 2026-2027 en el hemisferio norte.27 feb 2026. Consultado el 9 de marzo de 2026. Disponible en:<https://www.who.int/news/item/27-02-2026-recommendations-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-2027-northern-hemisphere-season>
37. CDC. Who Needs a Flu Vaccine. Sept 18, 2025. Consultado el 8 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/vaccines/vaccinations.html>
38. Grohskopf LA, Blanton LH, Ferdinands JM, Reed C, Dugan VG, Daskalakis DC.Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2025–26 Influenza Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2025; 74:500–507. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7432a2>
39. Fong MW, Gao H, Wong JY, Xiao J, Shiu E, Ryu S, et al. Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Social Distancing Measures. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(5):976-984. <https://doi.org/10.3201/eid2605.190995>
40. Dargham Hernández L, Chirinos Rodríguez E y Carvajal de Carvajal A. Prevención de la COVID-19 en la comunidad. En : Carvajal A ,Chirinos Rodríguez E, Héctor S y Fernández M (Eds.). COVID-19 :aspectos clínicos- chat casos clínicos .Ediciones de la Biblioteca .EBUC.Universidad Central de Venezuela (UCV). ISBN: 9789806708761. Caracas. 2023.pag 221.240.
41. Organización Mundial de la Salud. Implementing the integrated sentinel surveillance of influenza and other respiratory viruses of epidemic and pandemic potential by the Global Influenza Surveillance and Response System: standards and operational guidance. Ginebra: OMS; 2024. Consultado el 11 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/b/75676> .
42. Organización Mundial de la Salud(OMS) . «Elaboración del mosaico»: un marco para la vigilancia resiliente de virus respiratorios con potencial epidémico y pandémico. Ginebra: OMS; 2023. Consultado el 11 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/b/68568>
43. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) .Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Versión provisional. Consultado el 12 de marzo de 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10115>
44. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: OMS; 2016. Consultado el 12 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional#:~:text=Herramientas%20clave&text=En%20cumplimiento%20del%20Art%C3%ADculo%2054,de%20febrero%20de%20cada%20a%C3%B1o.&text=Los%20socios%20globales%20son%20una,crisis%20y%20promover%20la%20transparencia>.

Síndrome de Vena Cava Superior Superior Vena Cava Syndrome

Aloima Rainoa Ortiz Medina*  0009-0002-2117-2605, Yohaxys Gabriela Colina Riera**

Recibido: 25 de febrero de 2026

Aceptado: 19 de mayo de 2026

Motivo de Consulta: "Edema Facial y disnea"

Paciente femenina de 68 años de edad quien refiere enfermedad actual de 15 días de evolución caracterizada por presentar sin desencadenante aparente edema facial de predominio matutino, blando, no doloroso, isocrómico con respecto a la piel, normo térmico, el cual mejoraba parcialmente en el transcurso del día, sin atenuantes ni agravantes, que se extiende posteriormente a cuello y miembros superiores con mismas características, concomitante disnea de moderados a leves esfuerzos, atenuada con el reposo, agravada con el esfuerzo físico y red venosa colateral en tórax anterior, motivo por el cual se ingresa. En cuanto antecedentes importantes presenta hábito tabáquico durante 24 años con IPA de 12, y al examen funcional refiere pérdida de peso de aproximadamente 8 kg en 6 meses y tos seca de larga data de 2 a 3 golpes, sin émesis, ni cianosis. Al examen físico destaca Fr: 21 rpm y SPO2 93% (FiO2: 0,21) facies abotagada con ingurgitación yugular izquierda (Fig.1), en tórax anterior se evidencian colaterales venosas con predominio intermamario dilatadas algunas de color violáceo no dolorosas (Fig.2). Se realiza estudio tomográfico de tórax donde se observa en corte axial ventana pulmonar lesión con aumento de atenuación a nivel endoluminal con obstrucción parcial hiliar derecha (Fig. 3). Así mismo en ventana mediastínica se evidencia que

dicha lesión (> 3 cm) es de densidad subsólida, sin presencia de calcificaciones en su interior que comprime la vena cava superior (Fig. 4).

Figura 1



Figura 2



* Residente del Segundo año de Medicina Interna Universitario "Dr. Luiz Gómez López" Barquisimeto - Lara, Venezuela.

* Correo electrónico: aloima.ortiz@ucla.edu.ve

** Médico Internista Especialista tipo I Hospital " Dr. Luis Gómez López"

** Correo: yohaxyscolina@gmail.com

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Figura 3: lesión con aumento de atenuación a nivel endoluminal con obstrucción parcial hiliar derecha (ventana pulmonar)

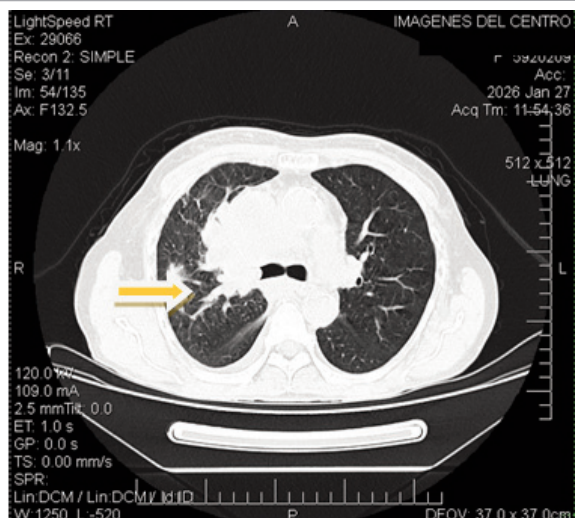
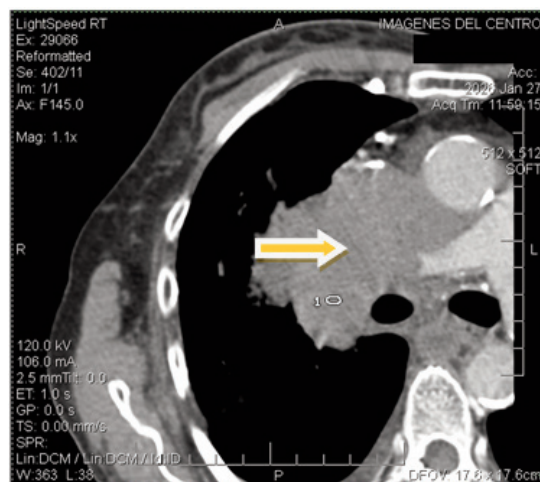


Figura 4: en ventana mediastínica se evidencia lesión (> 3 cm) de densidad subsólida, sin presencia de calcificaciones en su interior que comprime la vena cava superior



Más allá de las deontologías: hacia una ética de la responsabilidad médica

Beyond deontologies: towards an ethics of medical responsibility

Gustavo J. Villasmil-Prieto  0000-0003-3376-2186

Recibido: 25 de marzo de 2026

Aceptado: 19 de mayo de 2026

RESUMEN

No es posible derivar verdades éticas a partir de juegos lógicos. La ciencia "pura y dura" puede mostrarnos lo que podemos hacer, pero nunca lo que debemos o deberíamos hacer. El secularismo ético no está a la altura a los desafíos morales de nuestro tiempo. Sin perjuicio de los esfuerzos y méritos de quienes apelando a su propia conciencia han dado y dan cada día testimonio de el bien hacer, la corriente principal del pensamiento y de la práctica médica venezolanas discurren hoy en un sentido muy distinto, con lo que se arriesga a degradar al rango de servicio comercial la antigua virtud médica y al de "marketing" la bondad humana, reduciendo el discurso clínico a una mera expresión de ciencia aplicada a menudo alejada de la responsabilidad moral que el médico asume ante quien le ha confiado el cuidado de su salud.

Palabras clave: ética; moral; secularismo; deontología; responsabilidad.

Beyond deontologies: towards an ethics of medical responsibility

Gustavo J. Villasmil-Prieto

ABSTRACT

It is not possible to derive ethical truths from

logic games. Science by itself actually can show us what we can do, but never what we should or ought to do. Ethical secularism is not up to the moral challenges of our time. Without prejudice to the efforts and merits of those who have given and give daily witness to good doing by appealing to their own conscience, the main stream of Venezuelan medical thought and practice today runs in a very different direction, whilst the former medical virtue is at risk of being demoted to the rank of commercial service and human goodness to marketing, reducing the clinical discourse to a mere expression of applied science often far removed from the moral responsibility that the doctor assumes towards those entrusted with the care of his health.

Keywords: ethics; morality; secularism; deontology; responsibility.

"But science cannot ever tell us what we ought to do, or what we should do"

("pero la ciencia nunca podría decirnos aquello que debemos o que deberíamos hacer")

Edmund D. Pellegrino, MD, MACP

Toda ciencia, sostuvo en su día Gastón Bachellard, desde siempre se ha provisto a sí misma de sus propias normas de verdad. En tal sentido, la medicina hizo de muy distintas métricas – ya fueran dimensiones, presiones, volúmenes, concentraciones, voltajes o gradientes- su método preferente para conocer la realidad del hombre enfermo y de la estadística aplicada el fundamento por excelencia de todos sus juicios. Nada fuera de

* Médico internista. Politólogo. Profesor asistente, Cátedra de Medicina Interna y Semiología, Facultad de Odontología, UCV. Adjunto al Servicio de Medicina II, Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica B, Escuela Luis Razetti, Facultad de Medicina, UCV. MTSVMI, FACP. Caracas, Venezuela.

* Correo: gustavo.villasmil@ucv.ve

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

las dos desviaciones estándar de la campana de Gauss o del intervalo de confianza del cinco, o mejor aún, del uno por ciento, tenía derecho a erigirse como verdad en sus amplios dominios.¹ Hay razones para ello.

En el siguiente ensayo se examinará, apelando al método de la reflexión filosófica, la cuestión relativa a la influencia del positivismo y del neopositivismo en el pensamiento, la práctica y la deontología médica venezolana, destacando la debilidad epistémica de dichas corrientes para discernir ante los grandes desafíos morales que enfrenta la medicina de hoy. Alternativamente, se reivindican elementos de las tesis existencialistas de fundamento judío -Buber, Levinas- cristiano católico -Martini, Chesterton- e incluso aconfesional -Lipovetsky-, con especial referencia a la reflexión que desde el campo de la medicina proponen Henrique Benaim Pinto y Edmund D. Pellegrino.

INTRODUCCIÓN

El peso de la poderosa impronta del positivismo quedó marcado en nuestro espíritu desde el día en que las élites médicas del mundo -entre ellas la venezolana, con Luis Razetti a la cabeza- se abrazaran a las tesis de Augusto Comte con la pasión del naufrago que alcanza la ansiada tabla de su salvación. No se avergüence nadie por ello: lo mismo ocurrió en toda Iberoamérica. Rotos a sablazos los vínculos espirituales que nos mantenían unidos al mundo hispano católico, las nuevas naciones y sus élites pensantes no tardarían en caer de rodillas ante Francia y lo francés. Allí quedó, como testimonio de aquel tiempo, el Hospital Vargas de Caracas, decretado el 16 de agosto de 1888 por el presidente Rojas Paúl. En los términos expresados en el mencionado decreto, el nuevo nosocomio debía contar con:

“...mil camas, debiendo tener una construcción análoga y régimen similar al Hospital Lariboisière, establecido en París” (destacado nuestro).²

El positivismo signó desde entonces y de manera indiscutible en el pensamiento médico venezolano y sigue consolidando su dominio hoy como neopositivismo. Así lo testimonia el sitio de privi-

legio que desde los años 70 ocupa la corriente de la llamada “Medicina Basada en la Evidencia” entre nosotros. A su conjuero, la noción de normalidad ha dejado de ser un ideal abstracto para convertirse en una “meta terapéutica” que puede definirse de antemano con precisión matemática mediante métricas cuan más precisas. A tal fin, la variación natural entre individuos se estudia a partir del constructo de un improbable “hombre promedio” concebido por destacados estadígrafos como el belga Alphonse Quételet., contra el cual todos hemos de ser comparados.

Tan formidable credo avanzó progresivamente hasta abrazar también el campo de la moral médica. En 1928, el doctor Razetti sometió a la consideración de la Facultad de Medicina el texto del célebre juramento contentivo de los 10 principios que, a su juicio, habrían de guiar por senda segura el ejercicio a cada nueva promoción que tras la ceremonia académica de grado habría de salir al mundo a enfrentar las realidades propias de la profesión y los formidables dilemas que la rodean. Realidades que, confrontadas con el prolijo código surgido de la pluma del gran cirujano caraqueño, terminaron reduciéndolo a la dimensión de una pequeña hoja de parra que apenas si puede ya cubrir la desnudez moral de la medicina en estos tiempos en los que las grandes narrativas han perdido todo su poder de antaño.³

El dilema ético, a menudo ignorado, se impone tercamente en cada espacio del extenso campo de la práctica médica. Ningún médico puede pasar de tan amargo cáliz, rebosante de angustias y de desasosiegos. Precisamente, la grandeza de la medicina occidental, señala el gran helenista Werner Jaeger, radica en la permanente tensión que sobre ella ejercen el mundo del enfermo y un entorno que a menudo le es hostil.⁴ Se espera que el médico siempre tome partido por el lado más vulnerable del dilema: el del enfermo, actuando en función de sus intereses y conduciéndose siempre, como lo manda Hipócrates en su célebre juramento, “hasta donde tenga poder y discernimiento”.⁵

Pero el Occidente arribó a la modernidad médica sin haber resuelto muchos de los grandes

problemas morales que la rodean. Dilemas como la limitación de ciertas medidas terapéuticas en casos infructuosos, las interrogantes en torno al inicio y al fin de la vida, la investigación en seres humanos, la caracterización en términos económicos de la atención médica y la participación del médico en actos violatorios de los derechos humanos, entre muchos otros, siguen plenamente vigentes. La medicina occidental ha renunciado al ejercicio de la lógica deóntica, esa que indaga en lo más profundo del deber ser. La “manualización” de la deontología – es decir, su reducción a códigos de “buenas prácticas” elaborados y promovidos por corporaciones de negocios, asociaciones médicas y un sin fin de organizaciones- no solo están lejos de haber logrado crear un clima ético mínimo en sus respectivos ámbitos, sino que han reducido la experiencia ética a la observancia de una mera fórmula de “corrección política”.

La ética médica se resiste a esa tendencia secular desmoralizante a la que el pensador francés Gilles Lipovetsky define como la de la ética indolora” en tiempos del “crepúsculo del deber”⁶. Se hace necesario, por tanto, replantear el debate ético más allá de los catecismos deontológicos de siempre y a la luz tanto de las grandes tradiciones éticas de Occidente como de los grandes dilemas morales de estos tiempos. Frente a tal desafío, el estadounidense Michael Sandel propone un repensar sobre el mundo a partir de una permanente reflexión moral:

“Ante a esta tensión, podemos revisar nuestro juicio sobre lo correcto o repensar el principio que propusimos inicialmente. Nos encontramos con situaciones nuevas, avanzamos y retrocedemos entre nuestros juicios y nuestros principios, revisándolos uno a la luz del otro. Este giro de la mente, del mundo de la acción al reino de las razones, de nuevo, es en lo que consiste la reflexión moral” (traducción y destacado nuestros).⁷

Dos enfoques generales clásicos de la ética dominan dicha reflexión en la medicina de nuestro tiempo: el utilitarismo benthamita y el deontologismo kantiano. En su disertación sobre los fundamentos de la moral, John Stuart Mill, en su ensayo Utilitarianismo de 1861, propone que:

*“El credo que acepta como fundamento de la moral la utilidad, o el principio de la mayor felicidad, mantiene que las acciones son correctas en la medida en que tienden a promover la felicidad, incorrectas en cuanto tienden a producir lo contrario a la felicidad. Por felicidad se entiende el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad el dolor y la falta de placer [...] El placer y la exención del sufrimiento son las únicas cosas deseables como fines”.*⁸

La tradición utilitarista anglosajona ha ganado notable influencia en la cultura médica de estos tiempos. Expresión de ello está, por ejemplo, en el concepto de “carga de enfermedad” desarrollado en la última década del siglo pasado por el estadounidense Christopher Murray, cuya tesis esencial postula el concepto de “año de vida ajustado por calidad” (“QualityAdjustedLifeYear”, QALY, en inglés). En su cálculo, el QALY integra el total de años vividos y la expectativa de años por vivir ajustados por una “tasa de actualización anual” de cada uno de acuerdo con el grado de discapacidad con el que se viva. Así, por ejemplo, un año de vida de un enfermo afectado por alguna condición hepática que le impida el trabajo, el recreo, la educación o la procreación “equivale” al 40 por ciento de un año de vida libre de enfermedad. La vida, de acuerdo con tal corriente de pensamiento, no se aprecia como valor absoluto y superior, sino en tanto se le considere más o menos “útil”.⁹

Así las cosas, el discernimiento ético se reduce a un ejercicio lógico a partir de premisas “duras” del cual surge una solución tenida por incuestionable que con frecuencia se consagra en manuales y “guías” de práctica a la manera de una norma positiva. Dos corrientes parecen derivarse de las tesis utilitaristas: la una, se caracteriza por la mutación constante del marco de principios que rigen el razonamiento ético, generalmente bajo el argumento del avance del conocimiento médicos, los cambios en las preferencias del decisor, el “enfoque práctico” de las cosas que “impone” la vida cotidiana, etc. Es el denominado relativismo ético, cuya impronta se hace notar en buena parte de las legislaciones que promueven actos médicos para poner fin a la vida de enfermos cognitivamente

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

menoscabados o diagnosticados como terminales. De acuerdo con tal corriente, el de la vida no es un valor absoluto, sino que su valor se relativiza frente a otros como el de la capacidad física, jurídica, etc. La relativización de valores hasta entonces tenidos como absolutos, plantea serios desafíos morales en medicina. Al respecto señala el mexicano Mañón-Garibay:

*“Esta postura confunde el hecho de “ser un valor en sí” con el “ser condición de posibilidad”. Ciertamente, la condición de posibilidad para elegir es estar con vida; pero no por ello la vida es un valor en sí ni un valor superior al elegir. Análogamente, si una condición de posibilidad para vivir es contar con un aparato respiratorio (nariz, tráquea, pulmones) o un sistema digestivo (esófago, estómago, intestinos), esto no implica que todo ello sea un valor superior a la vida o un valor absoluto”.*¹⁰

La otra gran corriente de pensamiento ético a la que hay de hacer referencia concede al acuerdo entre pares la legitimidad para establecer qué puede o no considerarse como moralmente aceptable. En los años 80, el canadiense David Gauthier postula su “teoría contractualista” según la cual, los decisores, en tanto que racionales, pueden acordar entre sí reglas de decisión a las cuales acogerse enfrentados a un determinado dilema ético. En tal sentido diserta el mencionado autor:

*“Nuestra teoría debe generar principios racionales necesarios para la elección sin introducir presupuestos morales previos, limitaciones en la búsqueda del interés o el beneficio individual que, siendo imparciales, satisfagan lo que tradicionalmente se entiende por moral”.*¹¹

Acordar, convenir, consensuar. Son los verbos indicativos de la diversidad de aproximaciones metodológicas que actualmente se exploran en procura de guías para el bienhacer en medicina que mitiguen en quien la ejerce la angustia generada por el temor a mal proceder. En tal sentido es útil citar la presentación que de su Manual de Ética de 2018 hace el Colegio Americano de Internistas (American College of Physicians, ACP, en inglés):

“Tras una evaluación del entorno a fin de determinar el alcance de los problemas y revisio-

*nes de la literatura, en el transcurso de ocho reuniones, el Comité de Ética, Profesionalismo y Derechos Humanos (Ethics, Professionalism and Human Rights Committee, EPHRC, en inglés) evaluó cada sección del Manual a fin de decidir realizar adiciones o cambios. El borrador resultante fue revisado por miembros de la Junta de Gobernadores, de la Junta de Regentes, el Consejo de Miembros Residentes y Fellows, del Consejo de Miembros Estudiantiles y otros comités y expertos de la ACP. Dichos aportes se consideraron en las revisiones del Manual. La Junta de Regentes de la ACP revisó y aprobó el Manual el 5 de junio de 2018 (traducción nuestra)”.*¹²

Una característica a destacar en este y otros manuales diseñados con la misma finalidad es que en su mayoría, como en este caso lo admiten sus propios editores, aspiran desde un principio a expresar sus lineamientos en términos de deberes positivos:

*“La ética médica y profesional muchas veces establece deberes positivos (es decir, lo que se debe hacer) en mayor medida que la ley. La comprensión actual de la ética médica se basa en los principios de los que surgen los deberes positivos” (traducción nuestra).*¹³

Se apunta así a alcanzar consensos que se traduzcan a su vez en la definición de deberes positivos, suerte de “decálogo para el bien hacer” que se dan las comunidades médicas así mismas y que aspiran a recoger la expresión de una eticidad “de diseño” sin otro referente que lo que los hábitos y costumbres (“mours”) largamente cultivados han consagrado como “bueno”.

El pensamiento europeo continental, contrariamente, propone una base trascendente muy distinta y distante de la “practicidad” benthamita; un fundamento sin un referente práctico inmediato, sino que metafísico. Así se desprende de la reflexión de Immanuel Kant en su Fundamentación de la metafísica de las costumbres de 1785:

*“Yo no debo obrar nunca más que de modo que pueda querer que mi máxima deba convertirse en ley universal”.*¹⁴

La deontología kantiana se basa en la ética del deber. Según esta corriente de pensamiento, la moralidad de una acción no depende de las consecuencias, sino de la intención del agente. En otras palabras, lo que importa es actuar siguiendo principios tenidos por universales y el deber moral que de ellos emana, sin considerar los resultados específicos de la acción que se emprenda. Kant argumentó que la fuente de la moralidad radica en nuestra capacidad para tomar decisiones racionales y nuestra libertad de acción, más allá de deseos o emociones. Así, la deontología kantiana se centra en el deber y en la razón, sin invocar principios trascendentes. De ella deriva la idea de “ejemplaridad pública” que propone el español Gomá Lanzón, ese “ejemplo que nos golpea” y nos obliga a tomar conciencia de nuestra vulgaridad de vida”.¹⁵

Al prescindir de principios últimos que guíen su acción, el espíritu que transita una experiencia ética tan especialmente intensa y exigente como la médica se debilita. La diversidad de “manuales”, “guías para procedimientos”, “códigos de conducta profesional” y comités ad hoc que tanto abundan, ofrecen aprehender la tensión esencial de un dilema ético de los muchos que se plantean en la cotidianeidad del ejercicio médico; sin embargo, es muy posible también que sus alcances no siempre estén a la altura exigida por situaciones límite. Al respecto diserta Carlo María Martini en su célebre debate público de 1996 con Umberto Eco:

*“cuando no hay un acuerdo sobre los principios últimos, antes o después, en particular cuando se tocan los casos límite y los problemas de frontera, se desata algo que muestra que existen divergencias de fondo. Se hace entonces más difícil la colaboración y surgen también, a veces, juicios éticos contrastantes sobre puntos nodales de la vida y de la muerte...Me cuesta trabajo ver cómo una existencia inspirada por estas normas (altruismo, sinceridad, justicia, solidaridad, perdón) puede sostenerse por mucho tiempo y en toda circunstancia si el valor absoluto de la norma moral no está fundado en principios metafísicos o sobre un Dios personal” (destacado nuestro).*¹⁶

En un breve ensayo de 1922 titulado “The efficiency of the Police”, Gilbert K. Chesterton, intelectual católico inglés, advierte acerca de las insuficiencias inherentes al diseño de organizaciones “milimétricamente precisas” a cargo de imponer una “lógica policial” a la sociedad como medio para garantizar un mínimo de eticidad y de cohesión social en su seno. “Es como poner un policía detrás de cada hombre”, señala. Para Chesterton, lo moral va más allá de lo coercitivo en tanto que “siempre será superior a lo material”¹⁷. Estamos hoy ante la reducción del juicio moral a una operación meramente lógica planteada en “algoritmos” en códigos y manuales a la manera de un cuerpo de normas positivas para como tal proponerlos a una sociedad enfrentada a desafíos éticos formidables bajo la promesa de alcanzar lo que Lipovetsky llama “la virtud sin Dios”. Al respecto citemos la crítica que ante tal cometido hace el mencionado pensador francés:

*“...el hombre puede acceder a la virtud sin apoyo sobrenatural. El interés propio, los sentimientos o la razón serán suficientes para que acate sus deberes” (traducción nuestra).*¹⁸

Tal fue promesa de los ilustrados del Siglo de las Luces, renovada en el diecinueve cuando, siguiendo con Lipovetsky, la idea de una ética laica conocerá su expansión más notable de la mano de los positivistas y, en general, de los padres fundadores de la llamada “escuela republicana” francesa – en alusión a la III República – al postular que:

*“la moral se basta a ella misma y puede elevar el alma sin la idea de Dios y sin apelar al terror de las sanciones teológicas” (traducción nuestra).*¹⁹

En tales coordenadas del pensamiento se inscribe nuestra tradición deontológica médica. Ese deontologismo que prescinde de la idea de Dios correrá siempre el riesgo de degradarse en una “ética de mínimos”; ética “epidérmica” propensa reducirse a una mera expresión de esa “corrección política” a la que ya nos hemos referido, que atiende más a la necesidad de quien da que de quien recibe.

La fatiga de lo ético

La creciente “fatiga” de lo ético en medicina a

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

la que asiste Occidente se manifiesta, entre otras muchas maneras, en la contemplación cotidiana de nuevos usos y costumbres adoptados por las comunidades médicas en estos tiempos y que abarcan desde prácticas de mercadeo totalmente violatorias de mandatos establecidos en el código deontológico vigente hasta el abierto abuso ejercido sobre la persona enferma sacando provecho de su buena fe. Ya se advirtió en el pasado acerca esta tendencia hacia la “levedad” – en clara evocación al conocido relato kunderiano- a expensas del gravamen que necesariamente impone el cumplimiento del deber:

*“La medicina lidia día a día con el sufrimiento humano y el dolor; dolor y sufrimiento que indefectiblemente alcanzan a todo aquel que la ejerce. Ningún médico “pasa liso” de ellos. Hablar de un ejercicio médico indoloro en el que sufrimiento no exista es oximorónico... Incurren en una contradicción en los términos aquellos que dicen ejercer la medicina, pero rehúyen encararlos”.*²⁰

La deontología médica laicista, en tanto que fórmula racional pretendidamente infalible para alcanzar un cierto ideal del “deber ser”, lleva implícita su fatal debilidad. Kant, al proponer derivar por la vía del ejercicio lógico puro la verdad moral más irrefutable, parece no reconocer que la riqueza y valor esenciales de la razón – ese “milagro griego”, como la llamó Emeterio Gómez- reside en su carácter meramente instrumental²¹. No es ni será posible nunca encontrar verdades éticas “a la manera de la geometría”, como pretendiera Spinoza. No hay ni habrá nunca “calculadoras éticas” con cuyo apoyo contar al momento de encarar un desafío ético. Desde tiempos inmemoriales, el hombre ha batallado contra el mundo en busca de ese “ideal” del que apenas tiene la visión de un lejano reflejo, como nos lo propone Platón en la bien conocida alegoría de la caverna²². La historia de Occidente es la del hombre tras la utopía, de un mundo no existe. Fueron Agustín de Hipona, Moro, Campanella los primeros y Harrington, los ilustrados, los socialistas utópicos, Marx y, en estos tiempos, los sumos sacerdotes del llamado “wokeismo” después: casi dos mil años de carrera tras la inasible idea de un mundo que ni existe ni existirá más que en el reino de la razón humana. La deontología médica ha corrido tras ese mismo vendaval.

No basta con pretender repostular a estas alturas una deontología médica fundada en la ética del deber en el sentido kantiano. “Sentido del deber” también exhibió en su día Hans Asperger cuando participara activamente del macabro plan Aktion 4 para “librar” a la Alemania del III Reich de los niños autistas, tanto como impecablemente kantiano debió ser también el proceder de Hans Reiter como oficial médico de las SS en el campo de exterminio de Buchenwald y de Otto Warburg, premio Nobel en 1931, tramitando toda costa “certificados de limpieza” en los que se desmintiera oficialmente su origen judío. Porque estallar en mil pedazos es el destino fatal de toda ética fundada en los falibles juegos de la razón y de sus tautologías.

De allí el foco que hemos puesto en un discurso deontológico en medicina que se ancle definitivamente en referentes trascendentes que le provean del fuste que ha perdido y que tan necesario le es en tiempos de marcada crisis moral como lo son estos. Los pensadores de la judeidad de los países bálticos nos ofrecen una rica reflexión al respecto en dos de sus expresiones más relevantes en el siglo XX: Martin Buber y Emmanuel Levinas. Martin Buber, a quien el venezolano Henrique Benaim Pinto estudia y cita, invita a ver en el otro no a un “ello” objetivo e insensible, sino a un “tú” subjetivo y único. La relación “yo-tú” se expresa en un diálogo abierto y mutuo. Cuando se hace referencia al “tú”, no se tiene en mente a un objeto sino una relación sin confines. Muy por el contrario, el “yo-ello” supone una relación con el mundo y sus objetos en tanto que experiencias físicas y desde un enfoque más monológico, limitado solo a lo que percibimos. El “yo-tú” que se hace presente en el drama humano que acerca al sanador con aquel que necesita ser sanado está necesariamente ausente bajo el imperio del “yo-ello” que le impone sus leyes y sus formas en una relación limitada al médico “científico” y quien es objeto de su estudio. Con arreglo a tales límites están escritas las deontologías médicas actuales y sus pretendidas cartografías éticas.^{23,24}

Solo en la aproximación genuina al “tú” del necesitado encontraremos las claves para la regeneración moral por la que nuestra medicina clama.

Ante tal cometido, el pensamiento de Emmanuel Levinas invita a superar el solipsismo propio del espíritu que dialoga solo consigo mismo llamándole a ponerse en presencia de ese otro –el “tú” del sufriente. Esa “alteridad” – que así la llama-enfatiza la importancia de reconocer la al otro en su singularidad y su humanidad. La ética de ello derivada no se basa entonces en reglas abstractas, sino en la responsabilidad ineludible que con el otro tenemos. Desde tal perspectiva, el médico, enfrentado al drama del dolor humano se redescubre en su esencial papel de sanador y entiende que no haya deber más alto que aliviarlo. Al respecto señala:

“...se establece una diferencia radical entre el sufrimiento en otro, allí donde él está, que es imperdonable para mí y que me solicita e invoca, y el sufrimiento en mí...”.²⁵

Quien solicita e invoca al médico es entonces el sufrimiento concreto del enfermo y no las “geometrías” de la razón kantiana que proponen una ética que no se obliga a ver de las consecuencias derivadas de las acciones a las que ella misma conmina; muy por el contrario, quien solicita e invoca al médico es un deber cuyo centro de gravedad está anclado en una idea trascendente que se materializa frente a la expresión de dolor humano y que en nuestra reflexión la situamos cercana a esa a la que la teología moral católica tiene como la más elevada de todas las virtudes: la de la caridad.

Al proponer una responsabilidad ética del sujeto hacia su prójimo, Levinas reivindica a la ética como esa filosofía primera que nunca debió dejar de ser. La medicina no existe para gloria de nadie sino para el bien del enfermo que sufre. La única justificación del papel social del sanador está en su poder de mitigar el sufrimiento del enfermo a partir de medios racionalmente ideados y empíricamente probados, pero sin que ello les abroge el derecho a ser tenidos por suficientes por sí en tanto que, siguiendo al médico y pensador francés Georges Canguilhem, en medicina el “pathos” siempre habrá de anteceder al “logos”.²⁶

Reflexiones finales

Es necesario llamar la atención de los deontólogos acerca de las acuciantes realidades sanitarias

de Venezuela que superan por mucho el marco normativo y las capacidades de comités, manuales y “guidelines” que ahora tanto abundan pese a abrogarse para sí la exclusividad para conocer y discernir sobre los más diversos dilemas con una suficiencia que no tienen. Se requiere de un esfuerzo formidable para regenerar éticamente a Occidente y a su medicina; esfuerzo que debe tener un foco principalísimo en nuestras escuelas y facultades de Medicina.

No hay ni habrá verdades éticas derivadas de juegos lógicos, como lo pretendiera la filosofía spinoziana. La ciencia, siguiendo al gran Pellegrino, puede que nos diga lo que podemos, pero nunca lo que el médico debe o debería hacer.²⁷ Todos los viejos códigos que Occidente se ha dado han resultado burlados y sus llamados desatendidos. El laicismo deontológico no está a la altura de los desafíos éticos de estos tiempos. Sin desmerecer el esfuerzo y mérito de quienes sin más amparo que su propia conciencia han dado y aún dan testimonio diario de bien hacer, la corriente principal del pensamiento y la praxis médica venezolanas va por rumbos muy distintos, con el acto médico propendiendo a degradarse a un servicio mercadeable, la otrora virtud médica desplazada por la levedad del tecnicismo y el mercadeo y la bondad humana reducida a una mera expresión estadística con frecuencia lejana a la responsabilidad superior para con ése quien ha confiado al médico el cuidado de su salud.

Financiamiento: el autor declara carecer de fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses: el autor declara no tener ningún conflicto de intereses relevante.

Protección de personas y animales: el autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos: el autor declara haber seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

MÁS ALLÁ DE LAS DEONTOLOGÍAS: HACIA UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: el autor declara que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

REFERENCIAS

1. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective. 5e éd. Paris: Librairie philosophique J. Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques, 1967. p.184 y sucs.
2. Sánchez D. A 125 años de la fundación del Hospital Vargas. GacMed Caracas. 2016.
3. Razetti L. Moral médica. Caracas: Imprenta Nacional. 1951;I:1-13.
4. Jaeger W. La medicina griega considerada como paideia. En: Paideia. México: Fondo de Cultura Económica; 1995. p. 783.
5. Sánchez-Salvatierra JM, Taype-Rondan A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? Rev. Méd. Chile [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Ago 18]; 146(12):1498-1500.
6. Lipovetsky G. Le crépuscule du devoir. Paris: Gallimard; 2000. p. 11 y sucs.
7. Sandel MJ. Justice: What's the Right Thing to Do? New York: Farrar, Straus and Giroux; 2009. p.20.
8. Mill JS. El utilitarismo. Guisán E, trad. Madrid: Alianza; 2002. p. 50.
9. Murray CJ. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. Bull World Health Organ. 1994;72(3):429-445.
10. Mañón Garibay GJ. La eutanasia: derecho a la muerte digna. Hechos y Derechos. 2016 nov-dic;36.
11. Campbell R. Gauthier's Theory of Morals by Agreement [Review of Morals by Agreement, by D. Gauthier]. The Philosophical Quarterly. 1988;38(152):343-364. <https://doi.org/10.2307/2220134>
12. Sulmasy LS, Bledsoe TA; ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians Ethics Manual: Seventh Edition. Ann Intern Med. 2019 Jan 15;170(2_Suppl):S1-S32. doi: 10.7326/M18-2160. PMID: 30641552.
13. Sulmasy LS, Bledsoe TA, op.cit.
14. Kant I. Fundamentos de la metafísica de las costumbres. Traducido por García Morente M. Madrid: Espasa-Calpe; 1967. p.41.
15. Gomá Lanzón J. Ejemplaridad pública. Madrid: Taurus; 2009. p.241.
16. Eco U, Martini CM. ¿En qué creen los que no creen? 1a ed. México: Santillana Ediciones Generales, S.A. de C.V.; 1997. p.99.
17. Chesterton GK. The efficiency of the Police. Illustrated London News. 1922 Apr 1. In: Alhquist D, editor. In defense of sanity. San Francisco: Ignatius Press; 2011. p. 312
18. Lipovetsky G. op.cit.p.37.
19. Lipovetsky G. op.cit.p.37.
20. Villasmil-Prieto GJ. Medicina: entre la levedad y el deber. TalCual [Internet]. 2024 Mar 16 [citado 2024 Ago 20]. Disponible en: <https://talcualdigital.com/medicina-entre-la-levedad-y-el-deber-por-gustavo-j-villasmil-prieto/>
21. Gómez E. ¿Qué es lo Humano... en ti? Caracas: CONINDUSTRIA; 2009. p. 27.
22. Platón. República. Libro VII. Madrid: Ed. Gredos; 1992. Traducción de C. Eggers Lan, p.338.
23. Benaim Pinto H. Significación de la queja en la relación del médico con el paciente y del paciente con el médico. Caracas: UCV, Ediciones del Rectorado; 1983. p.139.
24. Wodehouse H. Martin Buber's 'I and Thou.' Philosophy. 1945;20(75):17-30. doi:10.1017/S0031819100004939.
25. Levinas E. Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro. Madrid: Pre-Textos; 1993. p. 118.
26. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Editorial Siglo XXI; 197. p.160.
27. Giordano J. FoniPhronimos. An interview with Edmund D. Pellegrino. Philos Ethics Humanit Med. 2010 May 16.

Análisis de la morbilidad y mortalidad de pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en el servicio de medicina interna del hospital universitario de Caracas

Analysis of morbidity and mortality in patients with cancer and hematological neoplasms in the internal medicine service of the university hospital of Caracas

Guadalupe D. Córdoba Hernández*  0009-0003-7798-9304, Katherine A. Rosales Pereira*  0000-0002-2625-7707, Elizabeth Hernández Maurice**  0000-0002-2262-627X

Recibido: 02 de febrero de 2026

Aceptado: 18 de mayo de 2026

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar y analizar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas durante febrero 2024-julio 2025.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohorte prospectiva. Se incluyeron 190 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer o neoplasias hematológicas. Variables evaluadas: características sociodemográficas, tipo de neoplasia, comorbilidades, estado funcional mediante escalas ECOG y Karnofsky, complicaciones intrahospitalarias, estancia hospitalaria y desenlace. El análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar, frecuencias, cálculo de riesgo relativo y regresión logística.

Resultados: La muestra incluyó 190 pacientes (51,1% hombres, 50% ≥ 60 años), con distribución equilibrada entre neoplasias hematológicas (50,0%) y tumores sólidos (45,8%). El 60% fue diagnosticado durante la hospitalización. Las comorbilidades estuvieron presentes en 66,8%,

predominando la hipertensión arterial (37,4%). La mortalidad global alcanzó 37,4%, ligeramente superior en neoplasias hematológicas (37,9%) versus tumores sólidos (34,5%). Las causas de muerte difirieron significativamente según tipo tumoral: hemorragia mayor en tumores sólidos (46,7%) e infección con neutropenia en hematológicas (47,2%). Las complicaciones intrahospitalarias fueron más frecuentes en neoplasias hematológicas (77,9% vs 59,8%). La mediana de estancia fue 18-20 días. Solo 2 de 45 pacientes (4,4%) con criterios de UCI fueron trasladados efectivamente. El estado funcional deteriorado al ingreso (ECOG ≥ 2 en 53,5% de fallecidos) se asoció fuertemente con mortalidad. Se demostró correlación inversa significativa entre escalas Karnofsky-ECOG (Spearman $\rho = -0,9585$, $p < 0,001$).

Conclusiones: La población oncológica hospitalizada presenta alta mortalidad (37,4%), con diagnóstico tardío en 60% de casos. Existen diferencias pronósticas significativas entre neoplasias hematológicas y tumores sólidos, requiriendo estrategias preventivas diferenciadas. El deterioro funcional al ingreso (ECOG/Karnofsky) constituye un predictor confiable de mortalidad. La brecha crítica entre necesidad y acceso a cuidados intensivos (4,4% de traslados efectivos) contribuye significativamente a la alta letalidad.

Palabras clave: neoplasias; neoplasias hematológicas; mortalidad; comorbilidad; factores de riesgo; estado funcional; medicina interna.

** Especialista en Medicina Interna. Profesor Agregado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Directora del Postgrado de Medicina Interna. Jefe de Servicio 3 de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

** correo: elihm1@gmail.com

* Residente de Postgrado de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas

Analysis of morbidity and mortality of patients with cancer and hematological malignancies in the internal medicine service of the University Hospital of Caracas.

Guadalupe D. Córdoba Hernández, Katherine A. Rosales Pereira, Elizabeth Hernández Maurice.

ABSTRACT

Objective: To characterize and analyze factors associated with mortality in patients with cancer and hematological malignancies hospitalized in the Internal Medicine Service of the University Hospital of Caracas during February 2024-July 2025.

Methods: Prospective observational analytical cohort study. We included 190 patients over 18 years with diagnosis of cancer or hematological malignancies. Variables evaluated: sociodemographic characteristics, type of neoplasm, comorbidities, functional status using ECOG and Karnofsky scales, in-hospital complications, hospital stay, and outcome. Statistical analysis included means, standard deviations, frequencies, relative risk calculation, and logistic regression.

Results: The sample included 190 patients (51.1% male, 50% ≥ 60 years), with balanced distribution between hematological malignancies (50.0%) and solid tumors (45.8%). Sixty percent were diagnosed during hospitalization. Comorbidities were present in 66.8%, predominantly arterial hypertension (37.4%). Overall mortality reached 37.4%, slightly higher in hematological malignancies (37.9%) versus solid tumors (34.5%). Causes of death differed significantly by tumor type: major hemorrhage in solid tumors (46.7%) and infection with neutropenia in hematological malignancies (47.2%). In-hospital complications were more frequent in hematological malignancies (77.9% vs 59.8%). Median stay was 18-20 days. Only 2 of 45 patients (4.4%) with ICU criteria were effectively transferred. Deteriorated functional status at admission (ECOG ≥ 2 in 53.5% of deceased) was strongly associated with mortality. Significant inverse correlation was demonstrated between Karnofsky-ECOG scales (Spearman $\rho = -0.9585$, $p < 0.001$).

Conclusions: Hospitalized cancer patients present high mortality (37.4%), with late diagnosis in 60% of cases. Significant prognostic differences exist between hematological malignancies and solid tumors, requiring differentiated preventive strategies. Functional deterioration at admission (ECOG/Karnofsky) constitutes a reliable predictor of mortality. The critical gap between need and access to intensive care (4.4% effective transfers) significantly contributes to high lethality.

Keywords: neoplasms; hematological malignancies; mortality; comorbidity; risk factors; functional status; internal medicine.

INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha consolidado como una de las principales preocupaciones de salud a nivel mundial. En 2020, se le atribuyeron casi 10 millones de defunciones, representando aproximadamente una de cada seis muertes registradas.^{1,2} En la región de las Américas, constituye la segunda causa de morbilidad y mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que la carga mundial aumentará a 30 millones de nuevos casos para 2040, con el mayor incremento previsto en países de ingresos bajos y medianos.^{3,4}

En Venezuela, país con aproximadamente 33 millones de habitantes, las proyecciones para 2023 estimaron 80.698 casos nuevos y 32.229 muertes.^{5,6} La mortalidad ha crecido exponencialmente, resultando en un promedio de 3 venezolanos fallecidos cada hora, totalizando 30.100 muertes anuales según datos de 2021.⁷ Los tumores malignos se dividen en dos grandes categorías: tumores sólidos (clasificados según órgano afectado) y neoplasias hematológicas (leucemias, mieloma múltiple, linfomas).⁸ En el país, la mayor tasa de mortalidad e incidencia corresponde al cáncer de próstata y mama, mientras que las neoplasias hematológicas representaron 5,8% de las muertes en 2022.⁹

A pesar de los avances en quimioterapia intensiva y terapias dirigidas que han extendido la supervivencia, la gestión oncológica sigue siendo un reto, especialmente en contextos con recursos limitados y

barreras de acceso.^{10,11} En Venezuela, el difícil acceso a terapias oncológicas y la disponibilidad inadecuada de fármacos impactan directamente en la mortalidad.^{12,13}

Los pacientes oncológicos son altamente vulnerables, presentando marcada predisposición a infecciones severas por inmunosupresión secundaria al efecto mielosupresor de la quimioterapia.^{14,15} Durante su trayectoria asistencial pueden desarrollar complicaciones agudas potencialmente fatales denominadas emergencias oncológicas, que incluyen eventos infecciosos (neutropenia febril), metabólicos (síndrome de lisis tumoral) o cardiovasculares.^{16,17,18}

Los ingresos hospitalarios en esta población son frecuentes, influenciados por edad, gravedad al ingreso, comorbilidades y tumores en fases avanzadas.^{19,20} En el Hospital Universitario de Caracas (HUC), los pacientes oncológicos ingresados presentan frecuentemente diagnóstico tardío, múltiples comorbilidades y elevada mortalidad intrahospitalaria. Estudios previos en el HUC reportaron mortalidad de 33,3% en pacientes hemato-oncológicos.²¹

Dada la creciente incidencia y elevada morbimortalidad del cáncer en Venezuela, resulta indispensable generar evidencia local que permita comprender los factores de riesgo asociados al desenlace clínico. Este estudio busca aportar conocimiento sustancial para mejorar la calidad asistencial, individualizar el manejo, reducir la mortalidad y fundamentar la actualización de protocolos hospitalarios, especialmente en estratificación de riesgo y atención de complicaciones agudas.

Objetivo General

Analizar los factores asociados a la mortalidad en pacientes con cáncer y neoplasias hematológicas en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas, durante febrero 2024-julio 2025.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y comorbilidades de los pacientes.

2. Determinar las principales complicaciones asociadas al tratamiento antineoplásico.
3. Correlacionar las variables que influyen en el desenlace del paciente.

Métodos

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio observacional analítico de cohorte prospectiva en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas durante febrero 2024-julio 2025.

Población y Muestra

La población estuvo representada por todos los pacientes con diagnóstico de cáncer o neoplasias hematológicas que ingresaron o fueron diagnosticados durante su hospitalización.

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de cáncer o enfermedades hemato-oncológicas, mayores de 12 años de edad, de cualquier sexo.

Criterios de exclusión: pacientes y/o familiares sin capacidad de aportar información, menores de 12 años de edad.

Recolección de Datos

Tras obtener consentimiento informado, se determinó el perfil de los pacientes mediante historia médica dirigida. Los investigadores recolectaron datos durante la entrevista médica (información sociodemográfica, médica y respecto a la neoplasia) utilizando un formulario diseñado para tabulación eficiente. Se consultó la historia clínica para indagar datos relevantes no aportados en la entrevista.

Análisis Estadístico

Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 26.0. Se muestran en cuadros estadísticos con frecuencias absolutas y porcentuales. Para variables numéricas con distribución normal se calculó promedio y desviación estándar; para distribución no normal se calculó mediana y rango intercuartílico. Se calculó el riesgo relativo para evaluar asociaciones con mortalidad.

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Resultados

Características Demográficas y Clínicas Generales

La población estudiada estuvo compuesta por 190 pacientes oncológicos, representando el 10,5% del total de hospitalizados durante el período (n=1815). La distribución por sexo fue equilibrada: 97 hombres (51,1%) y 93 mujeres (48,9%). El grupo etario predominante fue ≥ 60 años (50,0%), seguido por adultos de 30-59 años (41,6%) (Tabla 1).

Tabla. 1

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	97	51,10%
Femenino	93	48,90%
Edad (años)		
dic-19	6	3,20%
20-29	10	5,30%
30-59	79	41,60%
≥ 60	95	50,00%
Tipo de Neoplasia		
Hematológica	95	50,00%
Tumor sólido	87	45,80%
Desconocida	8	4,20%
Momento del Diagnóstico		
Durante hospitalización	114	60,00%
Previo al ingreso	76	40,00%

Table 1: Características demográficas y clínicas generales de la población estudiada (N=190)

En cuanto al diagnóstico oncológico, el 50,0% presentó neoplasias hematológicas, el 45,8% tumores sólidos y en el 4,2% no se logró definir el tipo durante la estancia. De manera destacada, en el 60,0% de los casos el diagnóstico se estableció durante la hospitalización, reflejando presentación aguda y posibles barreras en el acceso a diagnóstico oportuno.

Distribución por Tipo de Neoplasia y Características Clínicas

El motivo de ingreso estuvo directamente relacionado con la neoplasia en más del 92% de los casos, con perfiles clínicos claramente diferencia-

Tabla 2: Motivo de ingreso según tipo de neoplasia

Motivo de Ingreso	Tumores Sólidos	Neoplasias Hematológicas	p-valor
Disnea	31 (35,6%)	12 (12,6%)	<0,05
Alteraciones hematológicas	8 (9,2%)	37 (38,9%)	<0,001
Fiebre	15 (17,2%)	23 (24,2%)	NS
Pérdida de peso	18 (20,7%)	8 (8,4%)	<0,05
Síndrome adenomegálico	2 (2,3%)	11 (11,6%)	<0,05
Ascitis	6 (6,9%)	1 (1,1%)	<0,05
Otros	7 (8,1%)	3 (3,2%)	NS

dos según tipo tumoral (Tabla 2). En tumores sólidos predominaron disnea (35,6%), pérdida de peso (20,7%) y ascitis (6,9%), mientras que en neoplasias hematológicas fueron más comunes las alteraciones hematológicas (38,9%), fiebre (24,2%) y síndrome adenomegálico (11,6%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$, prueba exacta de Fisher).

Al estratificar por sexo, los hombres presentaron ligera predominancia de neoplasias hematológicas (55,8%), mientras que las mujeres tuvieron mayor proporción de tumores sólidos (51,7%). La distribución por edad reveló patrones distintivos: los tumores sólidos se concentraron en adultos mayores (57,5% en pacientes ≥ 60 años), mientras que las neoplasias hematológicas mostraron distribución más uniforme, con pico en adultos jóvenes y mediana edad (46,3% entre 30-59 años) y presencia significativa en adolescentes (9,5% entre 12-19 años).

Tabla 3: Comorbilidades más frecuentes en la población estudiada

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	71	37,40%
Diabetes mellitus tipo 2	36	18,90%
Enfermedad renal crónica	24	12,60%
EPOC	16	8,40%
Insuficiencia cardíaca	12	6,30%
Dislipidemia	9	4,70%
Otras	22	11,60%

Comorbilidades

Las comorbilidades estuvieron presentes en 127 pacientes (66,8%). La hipertensión arterial fue la más frecuente (37,4%), seguida por diabetes mellitus tipo 2 (18,9%), enfermedad renal crónica (12,6%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (8,4%) e insuficiencia cardíaca (6,3%) (Tabla 3).

Complicaciones Intrahospitalarias

Las complicaciones intrahospitalarias afectaron al 69,5% de los pacientes, siendo más frecuentes en neoplasias hematológicas (77,9%) versus tumores sólidos (59,8%). Las complicaciones infecciosas predominaron, lideradas por neutropenia febril (38,9%), infección respiratoria baja (24,2%), infección de piel y partes blandas (18,9%) e infección urinaria (12,6%) (Tabla 4).

Tabla 4: Complicaciones intrahospitalarias según tipo de neoplasia

Complicación	Total	Tumores Sólidos	Neoplasias Hematológicas
Neutropenia febril	74 (38,9%)	18 (20,7%)	56 (58,9%)
Infección respiratoria baja	46 (24,2%)	24 (27,6%)	22 (23,2%)
Infección piel/ partes blandas	36 (18,9%)	12 (13,8%)	24 (25,3%)
Infección urinaria	24 (12,6%)	14 (16,1%)	10 (10,5%)
Sepsis	28 (14,7%)	11 (12,6%)	17 (17,9%)
Hemorragia mayor	22 (11,6%)	16 (18,4%)	6 (6,3%)
Trombosis venosa profunda	12 (6,3%)	8 (9,2%)	4 (4,2%)
Síndrome de lisis tumoral	8 (4,2%)	1 (1,1%)	7 (7,4%)

Estado Funcional y Escalas de Valoración

El estado funcional fue evaluado mediante las escalas ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y Karnofsky. Al ingreso, el 42,6% de los pacientes presentaban ECOG 0-1 (buen estado funcional), mientras que el 57,4% presentaban ECOG ≥ 2 (deterioro funcional significativo). Entre los pacientes fallecidos, el 53,5% presentaba ECOG 2 al ingreso y el 39,4% tenía ECOG ≥ 3 (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución del estado funcional (ECOG) al ingreso según desenlace

ECOG al Ingreso	Total Pacientes	Fallecidos	Sobrevivientes
0-1 (buen estado)	81 (42,6%)	5 (7,0%)	76 (63,9%)
2 (limitación moderada)	71 (37,4%)	38 (53,5%)	33 (27,7%)
3-4 (limitación severa)	38 (20,0%)	28 (39,4%)	10 (8,4%)

El análisis de correlación entre las escalas Karnofsky y ECOG reveló una relación inversa fuerte y estadísticamente significativa, con coeficiente de Spearman $\rho = -0,9585$ ($p < 0,001$), indicando que a menor puntaje de Karnofsky (peor estado funcional), mayor puntaje de ECOG (mayor discapacidad).

Mortalidad y Causas de Muerte

Una proporción considerable de pacientes falleció durante la hospitalización: 71 pacientes (37,4%). La mortalidad fue ligeramente superior en neoplasias hematológicas (37,9%) versus tumores sólidos (34,5%). El grupo con neoplasia desconocida presentó mortalidad marcadamente elevada (62,5%) y menor probabilidad de mejoría (25%), evidenciando el impacto negativo de la incertidumbre diagnóstica (Tabla 6).

Table 6: Desenlace hospitalario según tipo de neoplasia

Desenlace	Tumores Sólidos	Neoplasias Hematológicas	Neoplasia Desconocida
Mejoría	52 (59,8%)	56 (58,9%)	2 (25,0%)
Fallecimiento	30 (34,5%)	36 (37,9%)	5 (62,5%)
Alta voluntaria	5 (5,7%)	3 (3,2%)	1 (12,5%)
Total	87 (100%)	95 (100%)	8 (100%)

Las causas de muerte variaron significativamente según tipo de neoplasia. En tumores sólidos, la hemorragia mayor fue la causa principal (46,7% de sus muertes), seguida por sepsis (26,7%) e insuficiencia respiratoria (20,0%). En neoplasias hematológicas predominó la infección en contexto de neutropenia (47,2%), seguida por sepsis (27,8%) y hemorragia (16,7%) (Tabla 7).

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Tabla 7: Causas de muerte según tipo de neoplasia

Causa de Muerte	Tumores Sólidos (n=30)	Neoplasias Hematológicas (n=36)
Hemorragia mayor	14 (46,7%)	6 (16,7%)
Infección/neutropenia	2 (6,7%)	17 (47,2%)
Sepsis	8 (26,7%)	10 (27,8%)
Insuficiencia respiratoria	6 (20,0%)	3 (8,3%)

Mortalidad por Diagnóstico Específico

Al desglosar la mortalidad por diagnóstico específico, emergió un panorama extremadamente heterogéneo. Mientras que el linfoma de Hodgkin, el hepatocarcinoma y la leucemia linfocítica crónica no registraron fallecimientos, otras entidades mostraron tasas alarmantes: cáncer de ovario (80,0%), cáncer de páncreas (75,0%), leucemia mieloide aguda (64,7%), mieloma múltiple (57,1%) y cáncer gástrico (50,0%). Los tumores poco frecuentes como osteosarcoma, angiosarcoma, melanoma y cáncer de vesícula presentaron mortalidad del 100% en esta serie (Tabla 8).

Estancia Hospitalaria y Acceso a Cuidados Intensivos

La mediana de estancia hospitalaria fue de 18 días para tumores sólidos (rango 3-65 días) y 20 días para neoplasias hematológicas (rango 2-82 días). Un hallazgo crítico fue que, aunque 45 pacientes (23,7%) cumplieron criterios para traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, solo 2 (1,1%) fueron efectivamente trasladados, representando una tasa de traslado efectivo de apenas 4,4%. De los 45 pacientes con criterios de UCI, 18 (40%) cumplían criterios de terminalidad, mientras que los restantes 27 pudieron haberse beneficiado del ingreso a la unidad (Tabla 9).

Discusión

Magnitud del Problema y Contexto Institucional

La mortalidad global de 37,4% en nuestra cohorte del Hospital Universitario de Caracas representa un incremento respecto al 33,3% reportado previamente en el mismo centro ²¹, reflejando una creciente letalidad en la población oncológica

Tabla 8: Mortalidad por diagnóstico específico (*osteosarcoma, angiosarcoma, melanoma, cáncer de vesícula)

Diagnóstico Específico	Total Casos	Fallecidos	Mortalidad (%)
Tumores Sólidos			
Cáncer de ovario	5	4	80,00%
Cáncer de páncreas	4	3	75,00%
Cáncer gástrico	12	6	50,00%
Cáncer de pulmón	18	7	38,90%
Cáncer de mama	14	3	21,40%
Cáncer colorrectal	10	2	20,00%
Hepatocarcinoma	6	0	0,00%
Otros tumores raros*	4	4	100,00%
Neoplasias Hematológicas			
Leucemia mieloide aguda	17	11	64,70%
Mieloma múltiple	14	8	57,10%
Linfoma no Hodgkin	22	9	40,90%
Leucemia linfoblástica aguda	11	4	36,40%
Leucemia mieloide crónica	8	2	25,00%
Linfoma de Hodgkin	6	0	0,00%
Leucemia linfocítica crónica	5	0	0,00%

gica venezolana. Esta cifra supera sustancialmente las tasas reportadas en series internacionales contemporáneas, donde la mortalidad intrahospitalaria de pacientes oncológicos oscila entre 15-25%.^{22,23} Esta disparidad no puede atribuirse exclusivamente a la severidad de las enfermedades, sino que evidencia el impacto de factores sistémicos modificables que operan en nuestro contexto.

Tabla 9: Acceso a Unidad de Cuidados Intensivos)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes con criterios de UCI	45	23,70%
Traslados efectivos a UCI	2	1,10%
Tasa de traslado efectivo	feb-45	4,40%
Pacientes con criterios de terminalidad	18/45	40,00%
Pacientes con potencial beneficio de UCI	27/45	60,00%

El hallazgo de que los pacientes oncológicos representaron el 10,5% del total de hospitalizaciones subraya el rol central del Servicio de Medicina Interna como eje asistencial ante la ausencia de unidades especializadas plenamente operativas. Esta situación, común en hospitales públicos venezolanos, genera una paradoja asistencial: internistas que deben manejar complicaciones oncológicas complejas que tradicionalmente requieren atención especializada, potencialmente impactando en los desenlaces clínicos.

El Diagnóstico Tardío como Determinante Crítico de Mortalidad

Quizás el hallazgo más revelador y preocupante es que el 60% de los diagnósticos se establecieron durante la hospitalización. Esta situación, aunque común en contextos de bajos recursos,^{24,25} evidencia fallas críticas en la cascada de atención que trascienden la capacidad resolutive hospitalaria. El diagnóstico tardío condiciona que los pacientes lleguen en fases avanzadas, con deterioro funcional establecido y frecuentemente en contexto de emergencias oncológicas.

La relación entre diagnóstico tardío y mortalidad se evidencia en múltiples niveles de nuestros datos. Más del 90% de los pacientes fallecidos presentaban ECOG ≥ 2 al ingreso, indicando que el deterioro funcional precede a la hospitalización. Esta observación valida el uso del estado funcional como marcador pronóstico sensible, pero simultáneamente plantea un interrogante más profundo:

¿cuántos de estos pacientes hubieran tenido desenlaces diferentes con diagnóstico oportuno y tratamiento temprano?

La literatura documenta ampliamente que la sobrevida oncológica está inversamente relacionada con el estadio al diagnóstico.²⁶ En países desarrollados, los programas de tamizaje y detección temprana han logrado reducir la mortalidad por cáncer de mama hasta 30% y por cáncer colorrectal hasta 50%.²⁷ En contraste, nuestros datos sugieren que la mayoría de los pacientes acceden al sistema sanitario cuando presentan síntomas avanzados: disnea en 35,6% de tumores sólidos (indicando frecuentemente enfermedad metastásica pulmonar o derrame pleural), alteraciones hematológicas en 38,9% de neoplasias hematológicas (reflejando infiltración medular significativa) y pérdida de peso en 20,7% (marcador de enfermedad avanzada).

Esta situación no refleja únicamente barreras económicas al acceso, sino también limitaciones estructurales del sistema de salud venezolano documentadas por organismos internacionales: colapso de la atención primaria, carencia de programas de tamizaje funcionales, indisponibilidad de estudios diagnósticos básicos en niveles secundarios, y fragmentación del sistema que impide la referencia oportuna.^{28,29}

Heterogeneidad Pronóstica: Dos Enfermedades, Dos Realidades

El análisis comparativo entre tumores sólidos y neoplasias hematológicas revela diferencias pronósticas significativas que demandan estrategias preventivas diferenciadas. Aunque la mortalidad global fue similar (34,5% vs 37,9%), las causas de muerte divergieron marcadamente, reflejando patrones fisiopatológicos distintos.

En tumores sólidos, la hemorragia mayor constituyó la causa principal de muerte (46,7%). Este hallazgo puede explicarse por múltiples mecanismos: invasión tumoral directa de estructuras vasculares, trombocitopenia secundaria a infiltración medular o quimioterapia, coagulopatías adquiridas y fragilidad capilar en contexto de desnutrición.³⁰

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

La elevada mortalidad específica por hemorragia (cáncer de ovario 80%, cáncer de páncreas 75%, cáncer gástrico 50%) probablemente refleja tanto la agresividad biológica de estos tumores como las limitaciones en acceso a terapias hemostáticas avanzadas (embolización endovascular, cirugía de control de daños, productos hemostáticos especializados).

En contraste, las neoplasias hematológicas presentaron como causa predominante de muerte la infección en contexto de neutropenia (47,2%). Esta observación es consistente con la literatura internacional, donde las infecciones constituyen la principal causa de mortalidad en pacientes con leucemias agudas y linfomas tratados con quimioterapia intensiva.^{31,32} Sin embargo, la magnitud del problema en nuestra serie supera las tasas reportadas en países desarrollados, donde el uso de factores estimulantes de colonias, profilaxis antibiótica dirigida y acceso temprano a cuidados intensivos ha reducido la mortalidad por neutropenia febril a menos del 10%.^{33,34}

Las complicaciones intrahospitalarias fueron significativamente más frecuentes en neoplasias hematológicas (77,9% vs 59,8%), predominando neutropenia febril (58,9% vs 20,7%). Esta diferencia refleja la profunda mielosupresión asociada a tratamientos intensivos para leucemias y linfomas, pero también señala una oportunidad de intervención: la implementación rigurosa de protocolos de estratificación de riesgo (como el índice MASCC)^{35,36} y el uso de factores estimulantes de colonias podría reducir significativamente estas complicaciones.

La Brecha Crítica: Acceso a Cuidados Intensivos

Quizás el hallazgo más crítico y dramático es la brecha entre necesidad y acceso a cuidados intensivos. Solo 2 de 45 pacientes elegibles (4,4%) fueron trasladados a UCI. Esta cifra es devastadoramente baja cuando se compara con evidencia internacional que demuestra tasas de supervivencia de 46,4% en pacientes oncológicos que reciben soporte intensivo adecuado.^{37,38}

Es crucial contextualizar este hallazgo adecuadamente. De los 45 pacientes con criterios de UCI, 18 (40%) cumplían criterios de terminalidad, situación en la cual el traslado a cuidados intensivos no estaría indicado desde una perspectiva bioética de proporcionalidad terapéutica.^{39,40} Sin embargo, los restantes 27 pacientes (60%) potencialmente se hubieran beneficiado del soporte intensivo. La imposibilidad de trasladar a estos pacientes debe interpretarse como una limitación sistémica del sistema de salud que priva a pacientes con potencial de reversibilidad de una oportunidad real de sobrevida.

Las razones de esta brecha son multifactoriales: disponibilidad limitada de camas de UCI en el sistema público (documentada como críticamente insuficiente),⁴¹ percepción errónea de futilidad en pacientes oncológicos (bias pronóstico),⁴² ausencia de protocolos objetivos de priorización y asignación de recursos escasos. La literatura contemporánea ha demostrado que pacientes oncológicos, cuando son adecuadamente seleccionados mediante criterios objetivos (estado funcional, tipo de neoplasia, respuesta a tratamiento oncológico), presentan desenlaces similares a pacientes no oncológicos en UCI.^{43,44}

Este hallazgo demanda intervenciones urgentes a nivel institucional y sistémico. A corto plazo, la implementación de protocolos objetivos de selección basados en estado funcional (ECOG/Karnofsky), tipo de neoplasia, reversibilidad de la condición aguda y ausencia de criterios de terminalidad podría optimizar la asignación de recursos limitados. A mediano plazo, la expansión de capacidad de cuidados intensivos para población oncológica es imperativa.

Estado Funcional como Predictor Pronóstico Dinámico

La fuerte correlación inversa entre las escalas Karnofsky y ECOG (Spearman $\rho = -0,9585$, $p < 0,001$) valida el uso de estas herramientas como predictores pronósticos sensibles. El hallazgo de que más del 90% de los pacientes fallecidos presentaban ECOG ≥ 2 al ingreso subraya la importancia de la valoración funcional sistemática.

Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse en doble dimensión. Por un lado, confirma que el estado funcional es un marcador objetivo de severidad de enfermedad y carga tumoral, útil para estratificación de riesgo y toma de decisiones sobre intensidad de tratamiento. Por otro lado, plantea una pregunta inquietante: ¿refleja el deterioro funcional únicamente la biología tumoral agresiva, o también las consecuencias de diagnóstico tardío, desnutrición no tratada, comorbilidades descompensadas y falta de acceso a tratamiento oncológico oportuno?

La literatura documenta que el estado funcional no es inmutable. Intervenciones como soporte nutricional, rehabilitación funcional, control adecuado de síntomas y tratamiento oncológico efectivo pueden mejorar el ECOG.^{45,46} En nuestro contexto, la mayoría de los pacientes probablemente no recibieron estas intervenciones antes de la hospitalización, condicionando deterioro funcional potencialmente reversible que impacta negativamente en el pronóstico.

El uso sistemático de escalas ECOG/Karnofsky al ingreso debe convertirse en estándar de atención, no solo como predictor pronóstico, sino como guía para decisiones sobre adecuación del esfuerzo terapéutico. En pacientes con ECOG 3-4 y criterios de enfermedad terminal, las discusiones tempranas sobre metas de cuidado, preferencias del paciente y limitación proporcional de intervenciones invasivas no beneficiosas son éticamente imperativas.⁴⁷

Mortalidad Específica por Diagnóstico: Agresividad Biológica y Limitaciones Terapéuticas

La heterogeneidad extrema en mortalidad por diagnóstico específico refleja tanto diferencias en agresividad biológica como disparidades en acceso a terapias especializadas. La mortalidad alarmante en cáncer de ovario (80%), cáncer de páncreas (75%) y leucemia mieloide aguda (64,7%) probablemente resulta de la combinación de diagnóstico tardío, presentación en fases avanzadas y limitaciones en acceso a tratamientos óptimos.

El cáncer de páncreas y ovario, reconocidos por su presentación tardía y agresividad biológica,

requieren manejo quirúrgico complejo y quimioterapia de última generación frecuentemente no disponibles en el sistema público venezolano.⁴⁸ La leucemia mieloide aguda, con mortalidad de 64,7%, refleja probablemente las limitaciones en acceso a quimioterapia de inducción intensiva, soporte transfusional adecuado, antibioticoterapia de amplio espectro y, fundamentalmente, trasplante de médula ósea como opción curativa en pacientes elegibles.

En contraste, la ausencia de mortalidad en linfoma de Hodgkin y leucemia linfocítica crónica es alentadora. El linfoma de Hodgkin, especialmente en estadios tempranos, presenta excelentes tasas de curación con quimioterapia estándar (esquemas ABVD).⁴⁹ La leucemia linfocítica crónica, enfermedad de curso indolente, frecuentemente no requiere tratamiento inmediato.⁵⁰ Estos hallazgos sugieren que, cuando las enfermedades son diagnosticadas oportunamente y los tratamientos estándar están disponibles, los desenlaces pueden ser favorables incluso en contextos de recursos limitados.

Limitaciones Metodológicas y Fortalezas del Estudio

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño observacional, incluyendo posibles sesgos de selección (pacientes hospitalizados representan los casos más severos) y ausencia de seguimiento post-egreso (la mortalidad a 30 y 90 días es métrica cada vez más relevante). La imposibilidad de ajustar por severidad mediante scores validados específicos para cáncer (como el índice pronóstico internacional para linfomas) limita las comparaciones con otras series.

No obstante, sus fortalezas incluyen el carácter prospectivo que permitió recolección sistemática de datos, el tamaño muestral significativo para un estudio unicéntrico, la evaluación integral mediante escalas validadas de estado funcional, y especialmente su valor como evidencia local pionera sobre morbilidad oncológica en el contexto venezolano actual. Los datos generados constituyen línea de base imprescindible para monitorizar tendencias temporales y evaluar impacto de futuras

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON CÁNCER Y NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

intervenciones.

Implicaciones para Política Sanitaria y Práctica Clínica

Los hallazgos de este estudio demandan respuestas en múltiples niveles del sistema de salud. A nivel macro-sistémico, evidencian la urgencia de fortalecer programas de detección temprana y tamizaje, restaurar la capacidad resolutoria de la atención primaria, garantizar acceso a estudios diagnósticos básicos y expandir disponibilidad de tratamientos oncológicos esenciales.

A nivel institucional, señalan áreas específicas de mejora: implementación de protocolos específicos para emergencias oncológicas (neutropenia febril, síndrome de lisis tumoral, hemorragia mayor), optimización de soporte nutricional y transfusional, fortalecimiento de control de infecciones, y desarrollo de criterios objetivos de priorización para acceso a cuidados intensivos.

A nivel clínico individual, resaltan la importancia de valoración funcional sistemática al ingreso, estratificación temprana de riesgo, implementación rigurosa de guías de práctica clínica adaptadas al contexto local y comunicación proactiva con pacientes y familias sobre pronóstico, metas de cuidado y expectativas realistas.

La alta mortalidad documentada no debe interpretarse como fatalismo, sino como llamado urgente a la acción para intervenciones basadas en evidencia, adaptadas a las restricciones contextuales, que puedan impactar positivamente en los desenlaces de esta población vulnerable.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. Ginebra: OMS, 2021. Recuperado de: <https://www.who.int/health-topics/cancer>
2. Cáncer [Internet]. Who.int. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios [Internet]. (2024). Paho.org. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/1-2-2024-crece-carga-mundial-cancer-medio-creciente-necesidad-servicios>
4. Día Mundial contra el Cáncer 2024: Por unos cuidados más justos [Internet]. Paho.org. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2024-por-unos-cuidados-mas-justos>
5. Pronósticos de la mortalidad e incidencia de cáncer en Venezuela. (2021). (s/f). Cancervenezuela.org. Recuperado de: <https://acortar.link/wnlMBw>
6. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. (s/f). SAV: Venezuela cerrará 2023 con 32.229 decesos y 80.698 nuevos casos de cáncer. Sociedadanticancerosa.org. Recuperado de: <https://acortar.link/ahhPWt>
7. Cada día mueren 82 venezolanos por cáncer y la cifra sigue creciendo. (s/f). Humvenezuela.com. Recuperado de: <https://acortar.link/sREcZ0>
8. ¿Qué es el cáncer? (s/f). Cáncer.org. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/entendimiento-del-cancer/que-es-el-cancer.html>
9. (S/f). Ovsalud.org. Recuperado de: <https://www.ovsalud.org/wp-content/uploads/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
10. Zhang YB, Pan XF, Chen J. et al. (2020). Factores combinados del estilo de vida, incidencia de cáncer y mortalidad por cáncer: una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios de cohortes prospectivos. *Br J Cancer*; 122: 1085-93.
11. Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Americano para la Investigación del Cáncer. Dieta, nutrición, actividad física y cáncer: una perspectiva global. Informe de expertos del proyecto de actualización continua. (2018). Recuperado de: <https://www.wcrf.org/diet-and-cancer/>
12. Bymne, S., Boyle, T., Ahmed, M., Lee, SH, Benyamin, B. y Hyppönen, E. (2023). Estilo de vida, riesgo genético e incidencia de cáncer: un estudio de cohorte prospectivo de 13 tipos de cáncer. *Revista Internacional de Epidemiología*, 52 (3), 817-826.
13. Charmsaz, S., Collins, D., Perry, A., & Prencipe, M. (2019). Novel strategies for cancer treatment: Highlights from the 55th IACR Annual Conference. *Cancers*, 11(8), 1125. doi:10.3390/cancers11081125
14. Zembower TR. Epidemiología de las infecciones en pacientes con cáncer. (2014). En: *Complicaciones infecciosas en pacientes oncológicos*. Cham: Springer International Publishing; 2014. Págs. 43-89.
15. Marín, K., Caballero, H., Unigarro, L., Del Pozo, G., Montero, N., & Simancas Racines, D. (2018). Predictores de Mortalidad en Infecciones de Pacientes Neutropénicos Febriles Críticos. *Oncología (Guayaquil)*, 28(2), 128-137.
16. McCurdy, M. T., & Shanholtz, C. B. (2012). Oncologic emergencies. *Critical Care Medicine*, 40(7), 2212-2222.
17. Lewis, M. A., Hendrickson, A. W., & Moynihan, T. J. (2011). Oncologic emergencies: Pathophysiology, presentation, diagnosis, and treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(5), 287-314.
18. Higdon, M. L., Atkinson, C. J., & Lawrence, K. V. (2018). Oncologic emergencies: Recognition and initial management. *American Family Physician*, 97(11), 741-748.
19. Aprile G, Pisa FE, Follador A, Foltran L, De Pauli F, Mazzer M, et al. (2013) Unplanned presentations of cancer outpatients: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2013;21(2):397-404.
20. Whitney RL, Bell JF, Tancredi DJ, Romano PS, Bold RJ, Joseph JG. (2017). Tasas de hospitalización y factores predictivos de rehospitalización entre personas con cáncer avanzado en el año posterior al diagnóstico. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017; 35(31):3610-7.
21. Luces EA, Hernández EM. (2023) Factores predictivos de mortalidad en los servicios de Medicina Interna del hospital universitario de caracas.
22. Sánchez Hilbron, A. D., Gutiérrez León, J. V., Quinde Ortiz, Á. F., & Bowen Flores, A. E. (2019). Análisis de Mortalidad de Pacientes Oncológicos ingresados en Terapia Intensiva. *Oncología (Guayaquil)*, 29(3), 210-219.
23. Numico, G., Cristofano, A., Mozzicafreddo, A., Cursio, O. E., Franco, P., Courthod, G., Silvestris, N. (2015). Hospital admission of cancer patients: Avoidable practice or necessary care? *PloS One*, 10(3), e0120827.

24. Manzano, J.-G. M., Luo, R., Elting, L. S., George, M., & Suarez-Almazor, M. E. (2014). Patterns and predictors of unplanned hospitalization in a population-based cohort of elderly patients with GI cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 32(31), 3527-3533.
25. May P, Garrido MM, Aldridge MD, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, et al. (2017). Estudio prospectivo de cohorte de adultos hospitalizados con cáncer avanzado: relaciones entre complicaciones, comorbilidad y utilización. *J Hosp Med [Internet]*. 2017; 12(6):407-13.
26. Brenner H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: A period analysis. *Lancet*. 2002;360:1131-5.
27. Zhang N, Wu J, Wang Q, Liang Y, Li X, Chen G, et al. (2023). Carga global de neoplasias malignas hematológicas y patrones de evolución en los últimos 30 años. *Blood Cancer J [Internet]*; 13(1).
28. Who.int. Recuperado de: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
29. Who.int. Recuperado de: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/862-venezuela-fact-sheet.pdf>
30. Jafari, A., Rezaei-Tavirani, M., Salimi, M., Tavakkol, R., & Jafari, Z. (2020). Emergencias oncológicas desde la fisiopatología y el diagnóstico hasta el tratamiento: una revisión narrativa. *Trabajo Social en Salud Pública*, 1-21.
31. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al. (2011). Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis [Internet]*. 2011; 52(4): e56-93.
32. Rasheed, M., Khan, Y. H., Mujtaba, G., Mallhi, T. H., Saadullah, M., & Saifullah, A. (2020). Assessment of clinical features and determinants of mortality among cancer patients with septic shock of pulmonary origin: a prospective analysis. *Postgraduate Medical Journal*, 96(1135), 277-285.
33. Thowinson-Hernández, M. C., & Hernández-Martínez, A. (2019). Neutropenia febril inducida por quimioterapia e infecciones asociadas: una revisión de la literatura. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 18(4), 328-333.
34. Andrés, M., Santacruz, A., & Cadmilema, P. (s/f). La neutropenia: una revisión narrativa. *Neutropenia: a narrative review*.
35. Gayol, M. del C., Font, A., Casas, I., Estrada, O., Domínguez, M. J., & Pedro-Botet, M. L. (2009). Utilidad de la escala de MASCC en el tratamiento de la neutropenia febril inducida por quimioterapia en pacientes con neoplasia sólida. *Medicina clínica*, 133(8), 296-299.
36. Hanny Al-Samkari y Gerald A. (2021). Desafíos clínicos y terapias prometedoras para la trombocitopenia inducida por quimioterapia, *Expert Review of Hematology*, 14: 5, 437-448.
37. Kusadasi N, Müller M, van Westerloo DJ, Broers A, Hilken M, Blijlevens. The management of critically ill patients with haematological malignancies. *Neth J Med*. 2017;75(7):265-71.
38. Díaz-Díaz D, Villanova Martínez M, Palencia Herrejón E. Pacientes oncológicos ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis de factores predictivos de mortalidad. *Med Intensiva*. 2018;42(6):346-53.
39. García-Caballero R, Real de Asúa D, García Olmos L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? *Rev Clin Esp (Barc)*. 2021;221(5):274-8.
40. Mendoza Benavides JC, Moran Perozo DS, Hernandez Maurice E. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los servicios de Medicina Interna. Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela; 2024.
41. Casademont J, Francia E, Torres O. La edad de los pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna en España: una perspectiva de 20 años. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(7):289-92.
42. Bekelman, J. E., Halpern, S. D., Blankart, C. R., Bynum, J. P., Cohen, J., Fowler, R., for the International Consortium for End-of-Life Research (ICELR). (2016). Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. *JAMA*, 315(3), 272.
43. Farjah, F., Lou, F., Rusch, V. W., & Rizk, N. P. (2012). The quality metric prolonged length of stay misses clinically important adverse events. *The Annals of Thoracic Surgery*, 94(3), 881-888.
44. Howard, S. C., Pui, C.-H., & Ribeiro, R. C. (2014). Tumor lysis syndrome. In *Renal disease in cancer patients*, 39-64. Elsevier Academic Press.
45. Nabal, M., Pascual, A., & Llombart, A. (2006). Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. *Atención primaria*, 38, 21-28.
46. (S/f). Escalas más utilizadas en cuidados paliativos. Redpal.es. Recuperado de: <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/Escalas-mas-utilizadas-en-CP.docx>
47. Wilson, F. P., & Berns, J. S. (2014). Tumor lysis syndrome: new challenges and recent advances. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 21(1), 18-26.
48. Sternlicht, H., & Glezerman, I. G. (2015). Hypercalcemia of malignancy and new treatment options. *Therapeutics Clinical Risk Management*, 11, 1779.
49. Hernández Pereira AF, Quiros Chacón MJ. (2020). Actualización: Fisiopatología, Diagnóstico y Manejo de la Hipercalcemia Maligna. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos [Internet]*. 2020;4(6).
50. Plana JC. (2011). La quimioterapia y el corazón. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2011; 64(5):409-15.

Lupus eritematosos sistematico: deterioro cognitivo y su impacto en la actividad de la enfermedad y calidad de vida

Systematic lupus erythematosus: cognitive impairment and its impact on disease activity and quality of life

Paola Patricia Maestre Carupe  0009-0005-1158-777X, Ivette Montes de Oca  0009-0002-7966-8291, Laura Virginia Segovia Higuerey  0009-0004-0887-181X

Recibido: 21 de marzo de 2026

Aceptado: 19 de mayo de 2026

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia, características del deterioro cognitivo (DC) y su asociación con la calidad de vida (CV) en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en el Hospital Dr. Domingo Luciani Junio – agosto 2025. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal (N=34, 100% femenino). Se utilizó el MoCA para el DC, el SLEDAI-2K para la actividad de la enfermedad, el LupusQoL para la CV y la Escala de Beck para la depresión. Se empleó ANOVA para evaluar asociaciones. **Resultados:** El 82,4% de las pacientes presentó DC, siendo predominante el nivel leve (67,6%) y el dominio visoespacial (29,4%). El 58,8% cursaba con actividad lúpica moderada o severa. La CV para el 56,21 % de la muestra se ubicó por debajo del punto de corte para peor CV. Se observó una alta comorbilidad de síntomas depresivos en el 94,1% de la muestra. Se encontró una asociación significativa entre el DC y la duración del LES ($p=0,02$). Aunque no significativa, el DC leve se asoció con la media de actividad lúpica más alta y la CV media más baja. **Conclusiones:** El deterioro cognitivo y los síntomas depresivos son altamente prevalentes en esta población con LES, lo que resulta en una peor calidad de vida. Estos hallazgos destacan la necesidad crítica de incluir el tamizaje neuropsicológico y psiquiátrico en la evaluación rutinaria de las

pacientes.

Systemic lupus erythematosus: cognitive impairment and its impact on disease activity and quality of life

Paola Patricia Maestre Carupe, Ivette Montes de Oca, Laura Virginia Segovia Higuerey.

Palabras clave: deterioro cognitivo; lupus; depresión; calidad de vida.

Objective: To determine the frequency and characteristics of cognitive impairment (CI) and its association with quality of life (QoL) in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) at Dr. Domingo Luciani Hospital, June–August 2025. **Methods:** Observational, descriptive, and cross-sectional study (N=34, 100% female). The MoCA was used for CI, the SLEDAI-2K for disease activity, the LupusQoL for QoL, and the Beck Depression Inventory for depression. ANOVA was used to evaluate associations. **Results:** 82.4% of the patients presented with CI, predominantly mild (67.6%) and visuospatial (29.4%). 58.8% had moderate or severe lupus activity. QoL for 56.21% of the sample was below the cutoff point for worst QoL. High comorbidity of depressive symptoms was observed in 94.1% of the sample. A significant association was found between cognitive impairment (CI) and the duration of SLE ($p=0.02$).

Although not statistically significant, mild CI was associated with higher mean lupus activity and lower mean quality of life (QoL). **Conclusions:** Cognitive impairment and depressive symptoms

* Curso de especialización en Medicina Interna.
* correo: ppmcarupe@gmail.com
* Hospital Dr. Domingo Luciani. Departamento de medicina. Caracas, Venezuela
* correo: ljmontesp7@gmail.com
* Hospital Domingo Luciani, Psiquiatría de enlace
* correo: laura.segovia@gmail.com

are highly prevalent in this SLE population, resulting in a poorer quality of life. These findings highlight the critical need to include neuropsychological and psychiatric screening in the routine evaluation of patients.

Keywords: cognitive impairment; lupus; depression; quality of life.

INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica y multisistémica. Afecta predominantemente a mujeres en edad fértil y su compleja patogenia, involucra interacciones genéticas, ambientales e inmunológicas, se traduce en un amplio espectro de manifestaciones clínicas.¹ Las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES (LES-NP), aunque variadas, a menudo pasan desapercibidas o subestimadas, afectando profundamente la calidad de vida de los pacientes.¹

En LES-NP, el deterioro cognitivo asociado al LES (DC-LES) emerge como complicación prevalente e incapacitante, con una frecuencia reportada entre 3 % y 88 % en diversas poblaciones.² Este deterioro no se manifiesta típicamente como un déficit neurológico focal grave, sino como alteraciones sutiles pero persistentes en dominios como memoria, atención, velocidad de procesamiento de información y funciones ejecutivas.²

Los pacientes describen una "niebla cerebral" o "lupusfog", un término que encapsula la frustración y las limitaciones que enfrentan en su vida diaria.³ La comprensión de los factores asociados a este deterioro, como la actividad de la enfermedad o el daño orgánico,^{4,5} es fundamental.

El impacto del DC-LES trasciende de las funciones cognitivas, las dificultades para concentrarse pueden deteriorar la autonomía del paciente, generar frustración, ansiedad, depresión y un profundo sentimiento de pérdida de su capacidad previa.³

La calidad de vida cambia en los primeros 2 años de la enfermedad y se mantiene estable durante los siguientes 3 años. Es importante incluir los

siguientes elementos en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con LES: trastornos del sueño, fatiga, imagen corporal y relaciones sociales. Los cuestionarios específicos (por ejemplo, SLEQOL, LupusQOL y LupusPro) incluyen muchos temas que son relevantes, estos cuestionarios específicos se han diseñado con base en aspectos importantes,⁶ estos permiten cuantificar esta afectación, revelando que la CVRS de los pacientes con LES, se ve comprometida en dimensiones físicas, emocionales y sociales.⁷

En el contexto venezolano, aunque la investigación sobre LES ha avanzado, el estudio de las manifestaciones neuropsiquiátricas, del deterioro cognitivo y su correlación precisa con la CVRS, aún presenta brechas significativas.⁷

La presente investigación evaluó el déficit neurológico asociado al LES, haciendo un énfasis particular en el deterioro cognitivo y explorando cómo esta complicación afectaba de manera profunda la calidad de vida de los pacientes. A través de este estudio, se espera generar datos relevantes y específicos para la población venezolana, que sirvan de base para futuras investigaciones.

Planteamiento y delimitación del problema

El deterioro cognitivo (DC) en LES se define por déficits significativos en funciones clave como memoria, atención compleja y simple, habilidades ejecutivas, procesamiento visoespacial, lenguaje y velocidad psicomotora. Los dominios específicos como atención y memoria se ven particularmente afectados.⁸

Estudios recientes revelan que aproximadamente la mitad de los pacientes con LES experimentan deterioro en dominios como aprendizaje y memoria, función ejecutiva y atención compleja, además de velocidad psicomotora. Los patrones de deterioro más severos y difusos son más comunes en pacientes con un fenotipo inflamatorio o combinado de LES neuropsiquiátrico (NPSLE). A pesar que los problemas cognitivos son mencionados como un síntoma molesto y angustiante en la práctica clínica por los pacientes con LES, la relación directa entre el deterioro cognitivo objetivo y la calidad de

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DETERIORO COGNITIVO Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

vida relacionada con la salud (HRQoL) en estos pacientes ha permanecido incierta. Investigaciones recientes indican solo una asociación débil entre la función cognitiva objetiva y HRQoL tanto de forma transversal como longitudinal.⁹

La calidad de vida en pacientes con LES y síntomas neuropsiquiátricos está reducida en comparación con la población general y la de los pacientes que padecen otras enfermedades crónicas. Los pacientes con NPSLE reportan puntuaciones más bajas en los resúmenes de componentes físicos y mentales del SF-36, así como mayor fatiga, en comparación con aquellos sin afectación neuropsiquiátrica.⁹

Un factor clave que complica la comprensión del impacto del DC es la discrepancia entre el deterioro cognitivo objetivo y el percibido por el paciente (subjetivo).¹⁰

De hecho, la disfunción cognitiva percibida en la vida diaria se ha identificado como un predictor independiente significativo de la reducción de la participación en actividades sociales. El deterioro cognitivo puede afectar la capacidad para mantener el empleo y el rendimiento académico en niños y adolescentes.⁹

La disfunción cognitiva es un fenómeno común en pacientes con LES sin afectación del SNC y conduce a impactos negativos en el funcionamiento social, ocurre entre el 20 % al 80 % de los pacientes con LES y su prevalencia de disfunción cognitiva entre pacientes con LES es el doble de la población general. El deterioro en la función ejecutiva es el sello distintivo de la disfunción cognitiva del LES. Es importante señalar que los pacientes con NPSLE muestran una disfunción cognitiva más grave en comparación con los pacientes sin afectación manifiesta del SNC. La velocidad psicomotora es el mejor factor para diferenciar a los pacientes con LES de los controles sanos. Tanto la disfunción cognitiva como los síntomas depresivos son comunes en LES, lo que genera altos costos médicos directos e indirectos.¹⁰

La evaluación del deterioro cognitivo es un desafío. Si bien las evaluaciones neuropsicológicas formales son el estándar de oro para el diagnóstico, su naturaleza prolongada y su costo las hacen poco prácticas para el uso rutinario en el entorno clínico.¹¹ Además, factores como la depresión, la ansiedad, el estrés, la fatiga y el uso de medicación (como los corticosteroides) pueden influir en el rendimiento cognitivo y se sabe que afectan negativamente la calidad de vida en pacientes con LES. La presencia de un trastorno depresivo o de ansiedad tiene un fuerte impacto negativo en los componentes mentales de la HRQoL. (High Prevalence but Low Impact of Cognitive Dysfunction on Quality of Life in Patients with Lupus and Neuropsychiatric Symptoms). En la cohorte colombiana, se encontró que el 39,5 % de los pacientes presentaban algún grado de depresión.¹²

El MoCA (Montreal Cognitive Assessment) es útil, pero un resultado anormal en un cribado no es suficiente para un diagnóstico definitivo y requiere pruebas neuropsicológicas específicas para confirmar el diagnóstico.^{12,13}

En la actualidad no existen estudios publicados en Venezuela sobre la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes con LES y su asociación con la calidad de vida, por lo cual en base a todo lo anteriormente expuesto se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la frecuencia y cuáles son las características del deterioro cognitivo en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que asistieron a la consulta de Medicina Interna del Hospital Dr. Domingo Luciani durante el periodo de junio a agosto de 2025? Y, ¿cómo se asocia el deterioro cognitivo con la calidad de vida en estos pacientes?

Objetivos

Objetivo General:

Determinar la frecuencia y las características del deterioro cognitivo y su asociación con la calidad de vida en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico que asistieron a la consulta de medicina interna del Hospital Dr. Domingo Luciani durante el periodo de junio a agosto de 2025.

Objetivos Específicos:

Estimar la frecuencia del deterioro cognitivo en la población de estudio utilizando el Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Describir las características del deterioro cognitivo identificando los dominios cognitivos más frecuentemente afectados.

Evaluar la asociación entre la presencia y severidad del deterioro cognitivo y la actividad actual de la enfermedad medida mediante el SLEDAI 2K.

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida medida mediante LupusQoL.

Evaluar la frecuencia y nivel de depresión en la población de estudio y explorar su asociación con el deterioro cognitivo mediante el inventario de depresión de Beck.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal.

Población y muestra

Pacientes adultos (≥ 16 años) con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que asistieron a la consulta de Medicina Interna del Hospital Dr. Domingo Luciani durante el periodo comprendido entre junio y agosto del año 2025. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo de todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 16 años.

Diagnóstico definitivo de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) según los criterios de clasificación de acuerdo al periodo en el cual se hizo el diagnóstico, ACR de 1982, de Clínicas Colaboradoras Internacionales de Lupus Sistémico para el lupus eritematoso sistémico SLICC (2012) y EULAR (2019).¹⁴

Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Pacientes capaces de comprender y responder los instrumentos de evaluación.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con antecedentes de otras enfermedades neurológicas o psiquiátricas que pudieran afectar la función cognitiva independientemente del LES.

Pacientes con alteraciones sensoriales significativas que impidan la adecuada administración de las pruebas cognitivas.

Pacientes con enfermedad sistémica grave o descompensada que dificulte la participación en el estudio.

Pacientes con diagnóstico reciente de evento neuropsiquiátrico lúpico activo en los últimos 3 meses que pudiera generar confusión en la evaluación cognitiva basal.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 34 pacientes, 100% correspondiente al sexo femenino. El promedio de edad media fue 42,76 años ($DE \pm 2,567$). (Tabla 1)

Con respecto al nivel educativo, el 52,9 % eran bachilleres. (Tabla 1)

En cuanto a la distribución geográfica de los participantes, la mitad de la muestra (16 casos; 47,1%) residía en la localidad de Petare. El promedio de duración de la enfermedad en el estudio fue 12.6 años, lo cual refleja la inclusión de pacientes con un LES crónico y de larga evolución, con alta $DE \pm 9,548$ años y la amplia oscilación entre 1 y 43 años de duración de la enfermedad. (Tabla 1) Las comorbilidades encontradas el 41,2 % tenían HTA, seguido de artritis reumatoide 35,3%, el síndrome antifosfolípido e hipotiroidismo controlado estuvo presente en el 17,6% de la muestra, diabetes y síndrome de Sjögren fue referida por en el 11,8% de la muestra. En la categoría de otros se incluyó un

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DETERIORO COGNITIVO Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

caso de enfermedad arterial periférica, insuficiencia venosa, obesidad, y dos de casos de fibromialgia. (Tabla 1)

Tabla. 1 Distribución de pacientes según características demográficas y clínicas (n=34)

Variables	(x)	DE
Edad (años)	42,76	± 14,96
Duración de enfermedad (años)	12,47	± 9,548
Sexo	Frecuencia	%
Femenino	34	100
Nivel Educativo		
Primaria	7	20,6
Secundaria	18	52,9
Técnico	1	2,9
Universitario	8	23,5
Comorbilidades		
Ninguna	8	23,5
HTA	14	41,2
Artritis reumatoide	12	35,3
Sind Antifosfolípido	3	8,8
Hipotiroidismo	3	8,8
Diabetes	2	5,9
Sjögren	2	5,9
Otros	5	14,7
Hábitos Psicobiológicos		
Cigarrillo	2	5,9
Alcohol	7	20,6
Tratamiento		
Esteroides	31	91,2
Hidroxicloroquina	30	88,2
Micofenolato	14	41,2
Azatioprina	9	26,5
Rituximab	8	23,5
Metotrexate	2	5,9
Ciclofosfamida	2	5,9
	(x)	DE
Actividad LES (SLEDAI)	9,44	8,4
Calidad de vida (LupusQoL)	59,91	25,5

FUENTE: DATOS DE LA INVESTIGACION

En cuanto a la distribución de hábitos psicobiológicos, la mayoría de los pacientes no referían consumo de cigarrillos, sustancias psicotrópicas o alcohol; sólo eran fumadores en cese y con hábitos de alcohol ocasional el 5,9 y 20,6 % (Tabla 1).

Referente al tratamiento farmacológico utilizado, el 91,2% de los casos usaban tratamiendo esteroideo (prednisona), seguido de hidroxicloroquina referida en el 88,2%. El micofenolato lo recibían un 41,2%, la azatioprina y rituximab 26,5% y 23,5%. (Tabla 1)

Los resultados de la evaluación del deterioro cognitivo en la población revelaron que el 82,4% presentó algún grado de compromiso. La categoría predominante fue el deterioro cognitivo leve con 67,6% y 14,7%, mostró deterioro cognitivo moderado. Solo el 17,6% obtuvo resultado de función cognitiva normal. (Tabla 2)

Tabla. 2 Distribución de la frecuencia del deterioro cognitivo n=34

Nivel de Deterioro Cognitivo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Normal	6	17.6	17.6
Leve (DCL)	23	67.6	85.3
Moderado	5	14.7	100.0
Total	34	100.0	

La distribución de los dominios cognitivos afectados, el patrón de déficit fue predominantemente visoespacial 29,4%. Los siguientes dominios fueron la atención 20,6% y abstracción 17,6%. En conjunto, estos tres dominios (visoespacial, atención y abstracción) representaron el 67,6% de los participantes con algún dominio afectado. Los dominios de lenguaje y recuerdo diferido presentaron frecuencias bajas 5,9%, el 17,6% de la muestra no presentó déficit cognitivo. (Tabla 3).

La actividad de la enfermedad, medida a través del índice SLEDAI-2K mostró que el 32,4 % tenía actividad moderada, seguida por la actividad severa en el 26,5%. En conjunto, el 58,8% de la muestra presentó una actividad de la enfermedad. La

actividad leve en 23,5%, finalmente, solo el 17,6% se encontraron libre de actividad. (Tabla 4).

Tabla. 3 Dominios más frecuentemente afectados en el deterioro cognitivo n= 34

Dominio Cognitivo Afectado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Visoespacial	10	29.4	52.9
Atención	7	20.6	73.5
Funciones ejecutivas o Abstracción	6	17.6	17.6
Lenguaje	2	5.9	23.5
Recuerdo Diferido	2	5.9	82.4
Identificación	1	2.9	76.5
Ninguno	6	17.6	100.0
Total	34	100.0	

Tabla. 4 Actividad de enfermedad lúpica a través de SLEDAI 2K.

Nivel de Actividad SLEDAI-2K	Rango de Puntuación	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Remisión	0	6	17,6	17,6
Actividad Leve	01-may	8	23,5	41,2
Actividad Moderada	06-dic	11	32,4	73,5
Actividad Severa	Mayor 13	9	26,5	100
Total		34	100	

El análisis de varianza (ANOVA) la asociación entre el nivel de deterioro cognitivo y la actividad de la enfermedad lúpica, no mostró resultado signifi-

Tabla. 5 Asociación entre la presencia y severidad del deterioro cognitivo con la actividad lúpica mediante SLEDAI 2K n=34

Nivel de DC	N	Media SLE-DAI-2K	DE	Límite Inferior	Límite Superior	Mínimo	Máximo
NORMAL	6	5.17	4.875	0.05	10.28	0	13
LEVE	23	10.74	9.540	6.61	14.86	0	38
MODERADO	5	8.60	5.727	1.49	15.71	2	16
Total	34	9.44	8.536	6.46	12.42	0	38

**ANOVA
PRESENCIA Y SEVERIDAD DEL DETERIORO
COGNITIVO CON ACTIVIDAD LÚPICA (SLEDAI 2K)**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	151.914	2	75.957	1.045	0.364
Dentro de grupos	2.252.468	31	72.600		
Total	2.404.382	33			

p=0,364

ficativo[F=1,045, gl 2, p=0,364], el grupo con deterioro cognitivo leve (DCL) reportó actividad lúpica más alta entre rango de actividad moderada a severa. En contraste, el grupo normal. Esta diferencia sugiere que la presencia de DCL ocurre en un contexto de mayor actividad sistémica del Lupus. (Tabla 5).

Al evaluar la calidad de vida con LupusQoL el 67,6% presento el valor por debajo del punto de corte de establecido 64,55 para la población venezolana, indicando que el paciente promedio en la muestra se ubicó en el rango de peor calidad de vida. La elevada desviación estándar 26,62% resal-

Tabla 6. Calidad de vida según escala Lupus QoL

Clasificación de la CVRS	Criterio de Puntuación (Corte: 64.55 %)	Frecuencia Absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Peor Calidad de Vida	LupusQoL < 64.55 %	23	67.6
Buena Calidad de Vida	LupusQoL mayor 64.55 %	11	32.4
Total de la Muestra		34	100.0

ta la heterogeneidad en la percepción de la calidad de vida, con un rango que va desde un mínimo de 12,87 hasta un máximo de 93,38%. (Tabla 6)

Al comparar la calidad de vida con el nivel de deterioro

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DETERIORO COGNITIVO Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

cognitivo no siguió el patrón lineal esperado. Si bien el grupo normal presentó la calidad de vida con media más alta $x=77,22$; D.E. $\pm 7,32$, el grupo con deterioro cognitivo leve reportó la calidad de vida promedio más baja ($x= 54,17$; D.E. $\pm 24,80$). Los pacientes con deterioro cognitivo moderado reportaron una calidad de vida superior ($x=71,48$), aunque con una dispersión extremadamente alta (D.E. $\pm 33,42$). No se observó diferencias significativas [$F=2,679$, gl 2, $p=0,085$]. (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida

ANOVA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	3.152,91	2	1576,46	2,679	0,085
Dentro de grupos	17.654,99	30	588,5		
Total	20.807,90	32			

$p=0,085$

La evaluación de los niveles de depresión mediante la Escala de Beck el análisis mostró que el 5,9% de los participantes se clasificó como nor-

	N	Media	DE	Error estándar	95% de intervalo de confianza para la media		Mín	Máx
					Límite inferior	Límite superior		
NORMAL	6	77,22	7,32	2,99	69,53	84,9	63,2	83,82
LEVE	22	54,17	24,8	5,29	43,17	65,17	16,9	93,38
MODERADO	5	71,48	33,42	14,95	29,99	112,98	12,8	92,35
Total	33	60,98	25,5	4,44	51,94	70,03	12,8	93,38

Tabla 8. Frecuencia y nivel de depresión de acuerdo a escala de BECK

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NORMAL	2	5,9	5,9
MINIMA	12	35,3	41,2
LEVE	5	14,7	55,9
MODERADA	7	20,6	76,5
GRAVE	8	23,5	100
Total	34	100	

mal, indicando una prevalencia de síntomas en el 94,1% de la muestra. En cuanto a la severidad, el 35,5 % se registró en el nivel mínimo. El 23,5% fueron clasificados con depresión grave, y el 20,6% con depresión moderada. (Tabla 8)

El análisis de la asociación entre el nivel de deterioro cognitivo y la severidad de la depresión reveló que los participantes con deterioro cognitivo presentaron mayores niveles de síntomas depresivos que el grupo control. Específicamente, el grupo con deterioro moderado reportó la puntuación media más alta ($x = 3,60$, D.E. $\pm 1,517$), seguido de cerca por el grupo Leve ($x= 3,39$, D.E. $\pm 1,234$). En contraste, el grupo normal obtuvo la media más baja ($x= 2,17$). La prueba ANOVA no arrojó un valor estadístico significativo [$F=4,024$, gl 2, $p=0,097$]. (Tabla 9).

Al comparar el deterioro cognitivo con la duración del LES se observó diferencia significativa, [$F=4,66$; gl 2, $p=0,02$]. (Tabla 10).

DISCUSION

Los resultados demográficos están en completa concordancia con la epidemiología clásica del lupus eritematoso sistémico, que consistentemente reporta un predominio en el sexo femenino (100% de la muestra); estos hallazgos son similares a lo evidenciado por Justiz Vaillant y cols., 2023; Hernández y cols., (2019) Murphy y cols., (2013)^{1,8,15} quienes reportaron que las mujeres tienen diez veces más riesgo de desarrollar LES que los hombres. Esto sugiere una asociación con genes del cromosoma X.^{1, 16}

El promedio de edad de 42.76 años sitúa a la muestra estudiada en la edad productiva, comparable al de Medina y col., en el año 2024¹² quienes estudiaron una cohorte colombiana con una edad media similar, destacando que LES y sus secuelas, como el deterioro cognitivo, impactan a la población joven-adulta donde la mayoría de los pacientes eran mujeres, con una mediana de edad de 37

Tabla 9. Asociación del deterioro cognitivo con la actividad de enfermedad, depresión y calidad de vida

		N	Media	DE	95% de intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Depresión (BECK)	NORMAL	6	2,17	1,169	0,94	3,39	1	4
	LEVE	23	3,39	1,234	2,86	3,92	2	5
	MODERADO	5	3,6	1,517	1,72	5,48	2	5
	Total	34	3,21	1,321	2,75	3,67	1	5
SLEDAI 2K	NORMAL	6	5,17	4,875	0,05	10,28	0	13
	LEVE	23	10,74	9,54	6,61	14,86	0	38
	MODERADO	5	8,6	5,727	1,49	15,71	2	16
	Total	34	9,44	8,536	6,46	12,42	0	38
Calidad de vida	NORMAL	6	77,215	7,31953	69,5336	84,8964	63,23	83,82
	LEVE	22	54,1709	24,80394	43,1735	65,1684	16,91	93,38
	MODERADO	5	71,482	33,41842	29,9875	112,9765	12,87	92,35
	Total	33	60,9836	25,49994	51,9418	70,0255	12,87	93,38
p=0,097								

Tabla 10. Deterioro cognitivo asociado a la duración de la enfermedad (años)

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% de intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
NORMAL		6	22.00	14.142	5.774	7.16	36.84	3	43
LEVE		23	9.91	6.728	1.403	7.00	12.82	1	26
MODERADO		5	12.80	8.899	3.980	1.75	23.85	5	27
Total		34	12.47	9.548	1.637	9.14	15.80	1	43

ANOVA DURACION DE LA ENFERMEDAD (AÑOS)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	695.84	2.00	347.92	4.66	0.02
Dentro de grupos	2,312.63	31.00	74.60		
Total	3,008.47	33.00			

p=0,02

años.¹² El bajo nivel educativo formal observado en este estudio puede constituir un factor determinante, sin embargo, Medina y cols. 2024 evidenciaron

que la mayoría de sus casos tenían estudios superiores o formación técnica, coincidiendo también con el estudio publicado por Hernández y cols., (2019)⁸ en la importancia del impacto educativo, pues un menor nivel puede reflejar o contribuir a la falta de reserva cognitiva (Ho y cols., 2018).¹⁰

El promedio de duración de la enfermedad de 12.6 años confirma que la muestra estaba constituida de pacientes con un LES crónico y de larga evolución, hallazgos similares a los de Raghunath S y cols., (2021)¹³ con una media de 15 años, y el estudio de Carlomagno y cols., (2000)¹⁷ y Monahan RC y cols. (2017)¹⁸; indicando que la duración de la enfermedad, es un factor de riesgo establecido para el daño orgánico acumulado al igual para la disfunción cognitiva y las secuelas neuropsiquiátricas.

Respecto a la actividad de la enfermedad, el índice SLEDAI-2K reveló que la mayoría de los pacientes se encontraban cursando con actividad moderada o severa al momento de la evaluación coincidiendo con Seet y cols. (2021),² y Sarwar y cols 2021)¹⁹ enfatizan que la inflamación sistémica y la actividad lúpica son mecanismos patogénicos claves que contribuyen directamente al compromiso neurológico y cognitivo Mok (2016).²⁰

La presencia de hipertensión Arterial (HTA) y diabetes son factores de riesgo vascular que, al coexistir con LES, potencian el riesgo de eventos

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DETERIORO COGNITIVO Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

neurocognitivos y cardiovasculares (Seet y cols., 2021).² Coinciden estos hallazgos con el estudio de Medina y cols.,¹² donde de los antecedentes personales de los pacientes incluidos en el estudio, mostraron mayor prevalencia de depresión (72 %), HTA (64 %) y nefritis lúpica (56 %). En nuestro estudio se evidenció otras autoinmunidades como la artritis reumatoide y el síndrome antifosfolípido, común en LES.¹

El uso de corticosteroides e hidroxiclороquina fueron los fármacos más utilizados en este estudio, correlacionándose con Hernández y cols.,⁸ donde los más indicados fueron los antipalúdicos y los esteroides como la prednisona, siendo así un reflejo del tratamiento estándar para LES.²¹ El uso de fármacos inmunosupresores como micofenolato y azatioprina está alineado con el tratamiento de la enfermedad activa y sus manifestaciones orgánicas.²⁰

El hallazgo central de este estudio fue la altísima prevalencia de deterioro cognitivo (82.4%), Esta cifra es más alta que la reportada en la mayoría de los estudios citados, como en el metaanálisis publicado por Unterman y cols., 2011²² en el cual al realizar el subanálisis de los 10 estudios prospectivos y de mayor calidad, reportaron la prevalencia del deterioro cognitivo del 19.7% (con un intervalo de confianza del 95% [IC 95%] de 10.7% a 36%) y una prevalencia promedio de síndromes neuropsiquiátricos en LES alrededor del 37 % (donde el deterioro cognitivo siendo una de las manifestaciones más frecuentes), comparable a los hallazgos de Raghunath y cols., 2021, con una frecuencia del 19%.¹³ El deterioro cognitivo en los estudios latinoamericanos de Medina y cols., 2024 en población colombiana estuvo presente en el 37,1% de la muestra y el de D'Amico y cols., (2015) en Argentina, el 65% (56/86).^{18,13} La prevalencia de deterioro cognitivo leve (67.6 %) se ajusto a la clasificación estandarizada según The American College of Rheumatology Nomenclature.

El patrón de déficit predominantemente visoespacial seguido de atención y abstracción es consistente con la literatura sobre LES, concordante con el tipo de deterioro visoespacial seguido de abs-

tracción, reportado en el estudio de una población brasileña usando el MoCA.²³ En contraste, el patrón más evidenciado en el estudio de la muestra colombiana donde se describe compromiso de la memoria verbal, atención y funciones ejecutivas.¹³ En la revisión de Seet y cols., 2021² y Coín Mejías 2008²⁴ se evidencia afectación de atención, funciones ejecutivas y memoria de trabajo. Este patrón sugiere una afectación de los circuitos subcorticales y frontales, típica del lupus neuropsiquiátrico no focal descrito por Muscal y Brey, 2010.¹⁶ El compromiso en funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento son los déficits típicamente asociados al lupus neuropsiquiátrico.²⁵

El resultado descriptivo que vincula el grupo con deterioro cognitivo leve con la media de actividad lúpica más alta es clínicamente relevante. Esta tendencia apoya la hipótesis de Seet y cols., (2021)² que el deterioro cognitivo, particularmente el leve, puede ser una manifestación de la inflamación sistémica o compromiso orgánico activo, a pesar de que nuestro análisis inferencial ($p = 0.364$) no fue estadísticamente significativo debido, probablemente al tamaño muestra. La literatura sugiere que la actividad de la enfermedad, especialmente la inflamación aguda, es un factor contribuyente clave al desarrollo y la fluctuación del deterioro cognitivo.^{2,19} Si bien el análisis inferencial (ANOVA, $p = 0.364$) no alcanzó significación estadística, la tendencia observada es clínicamente relevante.

La prevalencia de sintomatología depresiva del 94.1 % en la muestra es excepcionalmente alta, con un 44.1 % de los pacientes presentando niveles moderados o graves. Esta alta carga psiquiátrica coincide con los hallazgos de Unterman y cols., (2011)²⁶ quienes destacan a la depresión como una de las manifestaciones neuropsiquiátricas más prevalentes, siendo una respuesta psicológica y, potencialmente, una manifestación orgánica de la neuroinflamación Monahan y cols.,¹⁸

El patrón que relaciona a los pacientes con deterioro cognitivo con mayores niveles de síntomas depresivos ($p=0.097$) es una tendencia que coincide con los hallazgos de Monahan y cols.,¹⁰ que

resaltan la estrecha interconexión entre la disfunción cognitiva y la carga psiquiátrica. La depresión en LES no solo es una respuesta psicológica a la cronicidad, sino que puede ser una manifestación orgánica de la neuroinflamación.^{1,18}

La Calidad de Vida (CV) global, con un promedio de 56.21 %, se ubicó por debajo del punto de corte venezolano establecido por Carrión-Nessi y cols., 2022.⁷ Esto sugiere un deterioro significativo en la CV de la cohorte,^{64,55} lo cual es consistente con el perfil clínico de la muestra (alta actividad, cronicidad y carga neuropsiquiátrica) coincidiendo con Olesińska y Saletra, 2018;⁶ Urbano Solis Cartas y cols., 2022.²⁷

El patrón que muestra que el grupo con Deterioro Cognitivo Leve reportó la Calidad de vida más baja es un hallazgo clave. Este resultado apoya la conclusión de Mendelsohn y cols.,^{3,6} y Kim y cols., 2021¹² quienes establecieron que el deterioro cognitivo está negativamente relacionado con la participación en roles sociales y la calidad de vida concordando con Barraclough y cols., 2024⁵ El deterioro cognitivo leve, al ser sutil, puede generar una mayor conciencia del déficit por parte del paciente, resultando en mayor frustración e impacto percibido en su calidad de vida, hecho mencionado en el estudio de Monahan y cols., 2023.¹⁰

La literatura establece una relación negativa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, indicando que un mayor deterioro se asocia con una peor participación en roles sociales y un peor bienestar.^{3,5,6,11} Los pacientes con deterioro cognitivo leve pueden ser conscientes de sus limitaciones cognitivas (falta de insight en el Deterioro Cognitivo más severo), lo que genera mayor frustración y, consecuentemente, un impacto más negativo en su percepción de calidad de vida y participación en actividades de la vida diaria.^{5,9} El patrón atípico del grupo con deterioro cognitivo moderado con calidad de vida más alta debe interpretarse con cautela debido a la dispersión extrema (DE±33.42 %) y el pequeño tamaño de este subgrupo.

CONCLUSIONES

1. En este estudio el Deterioro Cognitivo (DC) fue la manifestación neuropsiquiátrica más frecuente. El subtipo dominante fue el Deterioro Cognitivo Leve.
2. Cohorte con alta carga psiquiátrica comórbida (síntomatología depresiva).
3. Tendencia a mayor actividad lúpica (SLE-DAI-2K).
4. LES y sus secuelas neuropsiquiátricas impactan de forma severa y negativa la calidad de vida (CV) relacionada con la salud.

RECOMENDACIONES

1. Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) como herramienta de cribado rutinario.
2. Establecer un protocolo de evaluación sistemática de la depresión.
3. Los pacientes con LES deben ser manejados por equipos multidisciplinares.
4. Replicar el estudio con una mayor población muestral para obtener la potencia estadística.
5. Investigar la correlación entre el patrón de déficits cognitivos y los hallazgos de neuroimagen funcional para delimitar las bases neuroanatómicas de estos déficits.
6. Desarrollar y validar programas de entrenamiento o rehabilitación cognitiva adaptados a la población lúpica local.
7. Promover estrategias de apoyo psicosocial y psicoterapéutico.

REFERENCIAS

1. Justiz Vaillant AA, Goyal A, Varacallo MA. Lupus eritematoso sistémico. [Actualizado el 4 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535405/>.
2. Seet D, Allameen NA, Tay SH, Cho J, Mak A. Cognitive Dysfunction in Systemic Lupus Erythematosus: Immunopathology, Clinical Manifestations, Neuroimaging and Management. *Rheumatol Ther*. 2021 Jun;8(2):651-679. DOI: 10.1007/s40744-021-00312-0.
3. Mendelsohn S, Khoja L, Alfred S, He J, Anderson M, DuBois D, Touma Z, Engel L. Cognitive impairment in systemic lupus erythematosus is negatively related to social role participation and quality of life: A systematic review. *Lupus*. 2021 Jul;30(10):1617-30. DOI: 10.1177/09612033211031008.
4. Bonet Álvarez, J., Torres Rivas, C., Vergel Scetti, M., & Bonet Álvarez, M. (2023). El déficit cognitivo en lupus eritematoso: a propósito de un caso. *Revista de la Facultad de Medicina*, 71(1), 1-5. DOI: 10.22379/24224022125.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DETERIORO COGNITIVO Y SU IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

5. Barraclough M, Howe A, Soberanis A, Kakvan M, Chattu V, Bani-Fatemi A, et al. The Effects of Systemic Lupus-Related Cognitive Impairments on Activities of Daily Living and Life Role Participation: A Qualitative Framework Study. *ACR Open Rheumatol.* 2024 Jan;6(1):21-30. DOI: 10.1002/acr2.11624.
6. Olesińska M, Saletta A. Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement. *Reumatologia.* 2018;56(1):45-54. DOI: 10.5114/reum.2018.74750.
7. Carrión-Nessi F, Marcano-Rojas M, Freitas-DeNobrega D, Romero Arocha S, Antuarez-Magallanes, A, Fuentes-Silva Y. Validación del LupusQoL en Venezuela (2022). *Reumatol Clín.* 2022; 18(6): 355-360. DOI: 10.1016/j.reuma.2021.02.007.
8. Hernández J, Rojano J, González L. Lupus eritematoso sistémico: impacto educativo en la calidad de vida de los pacientes. *Rev Digit Postgrado.* 2019; 8(2):e157. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2019/08/1008423/16485-144814485152-1-sm.pdf>.
9. Monahan RC, Middelkoop HAM, Beart-van de Voorde LJJ, Fronczek R, et al. High Prevalence but Low Impact of Cognitive Dysfunction on Quality of Life in Patients With Lupus and Neuropsychiatric Symptoms. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2023 May;75(5):1017-1025. DOI: 10.1002/acr.24904.
10. Ho RC, Husain SF, Ho CS. Disfunción cognitiva en pacientes con lupus eritematoso sistémico: El reto del diagnóstico y el tratamiento. *Rheumatology Practice and Research.* 2018;3. DOI: 10.1177/2059902118792434
11. Kim MY, Sen D, Drummond RR, Brandenburg MC, Biesanz KL, et al. Cognitive dysfunction among people with systemic lupus erythematosus is associated with reduced participation in daily life. *Lupus.* 2021 Jun;30(7):1100-1107. DOI: 10.1177/09612033211006187.
12. Medina YF, Rivera MR, Duarte LK, Rodríguez-Plata CM, De León ER, Rodríguez Martínez SC. Cognitive impairment in a Colombian cohort of patients with systemic lupus erythematosus: A cross-sectional study. *Lupus.* 2024 Sep; 33(10):1025-1033. DOI: 10.1177/09612033241273082.
13. Raghunath S, Glikmann-Johnston Y, Morand E, Stout JC, Hoi A. Evaluation of the Montreal Cognitive Assessment as a screening tool for cognitive dysfunction in SLE. *Lupus Sci Med.* 2021 Dec;8(1):e000580. DOI: 10.1136/lupus-2021-000580.
14. Aringer M, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019 Sep;71(9):1400-1412. DOI: 10.1002/art.40930.
15. Murphy G, Isenberg D. Effect of gender on clinical presentation of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2013 Dec;52(12):2108-15. DOI:10.1093/rheumatology/ket160. Epub 2013 May 2.
16. Muscal E, Brey RL. Neurologic manifestations of systemic lupus erythematosus in children and adults. *Neurol Clin.* 2010 Feb;28(1):61-73. DOI: 10.1016/j.ncl.2009.09.004.
17. Carlomagno S, Migliaresi S, Ambrosone L, Sannino M, Sanges G, Di Iorio G. Cognitive impairment in systemic lupus erythematosus: a follow-up study. *J Neurol.* 2000 Apr;247(4):273-9. DOI: 10.1007/s004150050583.
18. Monahan RC, Beart-van de Voorde LJJ, Steup-Beekman GM, Magro-Checa C, Huizinga TWJ, Hoekman J, Kaptein AA. Neuropsychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: impact on quality of life. *Lupus.* 2017 Oct;26(12):1252-1259. DOI: 10.1177/0961203317694262.
19. Sarwar S, Mohamed AS, Rogers S, Sarmast ST, Kataria S, Mohamed KH, Khalid MZ, Saeeduddin MO, Shiza ST, Ahmad S, Awais A, Singh R. Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: A 2021 Update on Diagnosis, Management, and Current Challenges. *Cureus.* 2021 Sep 14;13(9):e17969. DOI: 10.7759/cureus.17969.
20. Mok CC. Management of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: current approaches and future perspectives. *Arthritis Res Ther.* 2016;18(1):459-83. DOI:10.1186/s13075-016-0960-z.
21. Abbott NJ, Mendonça LLF, Dolman DEM. La barrera hematoencefálica en el lupus eritematoso sistémico. *Lupus.* 2003;12(12):878-87. DOI:10.1191/0961203303lu5010a.
22. Unterman A, Nolte JE, Boaz M, Abady M, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. Neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2011 Aug;41(1):1-11. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2010.08.001.
23. Borba EA, Scoto Dias E, Tercizany Vanzin JH, Ferreira de Queiroz Junior N, Dos Santos TAF, Skare T, Nisihara R. Cognitive dysfunction in patients with systemic lupus erythematosus. A cross-sectional study in a Brazilian sample. *Lupus.* 2023 Jun;32(7):900-909. DOI: 10.1177/09612033231176794
24. Coín Mejías MA. Alteraciones neuropsicológicas en lupus eritematoso sistémico [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2008. Disponible en: [https:// digibug. ugr.es/ handle/10481/1880](https://digibug.ugr.es/handle/10481/1880).
25. The American College of Rheumatology Nomenclature and Case Definitions for Neuropsychiatric Lupus Syndromes. *Arthritis Rheum.* 1999;42(4):599-608. DOI:10.1002/1529-0131(199904)42:4<599::AID-ANR2>3.0.CO;2-F.
26. Unterman A, Nolte JE, Boaz M, Abady M, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. Neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2011 Aug;41(1):1-11. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2010.08.001.
27. Urbano Solís Cartas, José Pedro Martínez Larrarte, Jorge Luis Valdés González, Carlos Gafas González. Percepción de la calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Estudio de cinco años. *Revista Colombiana de Reumatología.* 2022;29(4):265-273

Rendimiento de escalas de predicción de riesgo de sangrado en usuarios anticoagulantes orales directos. Estudio de la vida real.

Performance of bleeding risk prediction scales in direct oral anticoagulants: A real-life study

Bárbara D. Ruíz Alayón  0009-0004-5326-3776, David A. Ramírez Acuña  0009-0000-2097-2550, Elizabeth Hernández Maurice  0000-0002-2262-627X

Recibido: 16 de febrero de 2026

Aceptado: 19 de abril de 2026

RESUMEN

Introducción: En la gestión de pacientes que reciben anticoagulantes orales directos (ACOD), la evaluación del riesgo de sangrado es crucial para optimizar el tratamiento y minimizar complicaciones. Tradicionalmente, se ha utilizado la escala HAS-BLED, desarrollada en la era de la warfarina. Sin embargo, la migración a los ACOD como terapia de primera línea justifica la comparación con escalas más recientes, como ORBIT y DOAC Score, para determinar su aplicabilidad en el contexto de la salud latinoamericana. **Objetivo:** Determinar el rendimiento de las escalas de riesgo de sangrado según la frecuencia de eventos hemorrágicos en pacientes que reciben anticoagulantes orales directos en un estudio de la vida real del Hospital Universitario de Caracas. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo de la vida real no concurrente, con muestra no probabilística de selección intencional, de pacientes con anticoagulantes orales directos (ACOD). Se compararon las características basales y clínicas entre los pacientes con y sin sangrado. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y se utilizó la prueba de χ^2 para compararlas. Se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos, los límites de las escalas para la detección de hemorragias se calcularon mediante el análisis de curva ROC. **Resultados:** Se evaluaron un total de 62 pacientes, con registro de 11 episodios hemorrá-

gicos. La escala ORBIT mostró el mejor rendimiento predictivo (AUC 0.889; Sensibilidad 91%), superando al DOAC Score (AUC 0.842), sin embargo, estas dos últimas superaron al HAS-BLED (AUC 0.707; Especificidad 61%, FP 39%). **Conclusión:** ORBIT es la herramienta más efectiva para predecir hemorragias en usuarios de ACOD en nuestra población, superando el desempeño del DOAC Score. Se identificó que la escala HAS-BLED tiende a sobreestimar significativamente el riesgo de sangrado.

Palabras clave: ACOD; hemorragia; escalas.

Performance of bleeding risk prediction scales in direct oral anticoagulant users. Real-life study

Bárbara D. Ruíz Alayón, David A. Ramírez Acuña, Elizabeth Hernández Maurice.

ABSTRACT

Background: In the management of patients receiving direct oral anticoagulants (DOACs), assessing bleeding risk is crucial for optimizing treatment and minimizing complications. Traditionally, the HAS-BLED score, developed during the warfarin era, has been used. However, the shift to DOACs as first-line therapy justifies comparing it with more recent scores, such as ORBIT and DOAC Score, to determine their applicability in the Latin American healthcare context. **Objective:** To determine the performance of bleeding risk scores based on the frequency of bleeding events in patients receiving direct oral anticoagulants (DOACs) in a real-world study at the University Hospital of Caracas.

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

* correo: elihm1@gmail.com

RENDIMIENTO DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE SANGRADO EN USUARIOS DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS. ESTUDIO DE LA VIDA REAL

Methods: A non-concurrent, descriptive, real-world observational study was conducted using a purposive, non-probabilistic sample of patients receiving DOACs. Baseline and clinical characteristics were compared between patients with and without bleeding. Categorical variables were expressed as percentages, and the chi-square test was used for comparison. Sensitivity, specificity, and predictive values were calculated, and the limits of accuracy for detecting bleeding were determined using receiver operating characteristic (ROC) curve analysis. **Results:** A total of 62 patients were evaluated, with 11 bleeding episodes recorded. The ORBIT scale showed the best predictive performance (AUC 0.889; Sensitivity 91%), outperforming the DOAC Score (AUC 0.842). However, both of these outperformed the HAS-BLED (AUC 0.707; Specificity 61%, Falsification 39%). **Conclusion:** ORBIT is the most effective tool for predicting bleeding in DOAC users in our population, outperforming the DOAC Score. The HAS-BLED scale was found to significantly overestimate the risk of bleeding.

Keywords: DOACs; bleeding; scales.

INTRODUCCIÓN

La introducción de los Anticoagulantes Orales Directos (DOAC) ha representado un avance significativo, ya que estos fármacos no solo demostraron no ser inferiores a la Warfarina en cuanto a su eficacia preventiva de eventos tromboembólicos, sino que también han evidenciado una superioridad en términos de seguridad, particularmente en lo que respecta a la reducción del riesgo de hemorragias.¹

En el manejo de pacientes anticoagulados, la evaluación del riesgo de sangrado es fundamental para optimizar la terapia y minimizar complicaciones, por lo que se han desarrollado diversas escalas de estimación de riesgo para este propósito, siendo algunas de las más reconocidas el HAS-BLED, ORBIT, SWISS y DOAC Score.²

La puntuación HAS-BLED fue desarrollada y validada en la era de la Warfarina, pero el uso de este medicamento cada vez es menor, teniendo

indicaciones precisas.² Por el contrario, los anticoagulantes orales directos se han convertido en la primera línea de tratamiento, sin embargo, la utilidad de la escala HAS BLED como herramienta para estratificar el riesgo hemorrágico se ha mantenido vigente hasta la actualidad, siendo la escala más utilizada. Es por esta razón que se han intentado desarrollar y validar escalas como ORBIT, creada por O'Brien en 2015 como una escala alternativa que utiliza información clínica disponible de forma rutinaria y que demostró superioridad sobre HAS BLED en la capacidad predictiva de sangrado mayor; más recientemente la American Heart Association (AHA) ha publicado una nueva escala de estimación de riesgo de hemorragia en pacientes con Fibrilación Auricular (FA) tratados con anticoagulantes orales directos denominada DOAC score, la cual ha demostrado de igual manera mayor efectividad en estimación de riesgo de sangrados mayores.

Al mismo tiempo han surgido nuevos estudios comparando las diferentes escalas de estimación de riesgo de sangrado mayor, como es el caso de un estudio publicado en 2024 por Abu-Assi y cols. Que tomó en cuenta HASBLED, ORBIT, SWISS y la nueva DOAC score, donde resultó que la novedosa escala DOAC score mostró una mejor discriminación y además se evidenció que todas las puntuaciones de riesgo se calibraron bien, excepto HASBLED, que mostró una calibración relativamente pobre.

En Latinoamérica la literatura comparativa de las escalas de riesgo de sangrado es muy escasa, por lo que el desarrollo de un estudio local que permita comparar varias escalas (ej. HAS-BLED, ORBIT, DOAC Score) y determinar cuál se ajusta mejor a la realidad y recursos del sistema de salud latinoamericano, reduce la inercia de centralizarse solo en una escala internacionalmente recomendada.

Por otro lado, aún existe margen de mejora en la precisión y aplicabilidad de estas escalas en la práctica clínica real, resultando útil saber cuál es el rendimiento de las diferentes escalas para predecir el riesgo de sangrado mayor en pacientes que toman DOAC en un estudio de la vida real.⁵

Este estudio tuvo como objetivo determinar el rendimiento de las escalas de riesgo de sangrado según la frecuencia de eventos hemorrágicos en pacientes que reciben anticoagulantes orales directos en un estudio de la vida real del Hospital Universitario de Caracas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de la vida real y no concurrente, llevado a cabo en el Hospital Universitario de Caracas. La muestra fue no probabilística, de selección intencional de todos los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión: Mayores de 18 años con indicación de iniciar anticoagulantes orales directos o pacientes que hubieran iniciado anticoagulación dentro de los 3 meses previos. Fueron excluidos los pacientes con incapacidad de aportar datos por sí mismos o por sus familiares, aquellos con presencia de otros factores de riesgo para presentar eventos hemorrágicos, pacientes con indicación de anticoagulación por patología cardíaca valvular, aquellos que no tuvieran adherencia adecuada durante el seguimiento y los pacientes con prescripción de anticoagulación de larga data, mayor a 3 meses.

El estudio se desarrolló con la siguiente secuencia: Se informó al paciente sobre el estudio, obteniendo su consentimiento informado. Se realizó un interrogatorio al paciente o sus familiares y se verificó en la historia clínica, los datos socio demográficos, comorbilidades, hábitos psicobiológicos, medicamentos, eventos trombóticos o hemorrágicos previos, causa y tiempo de anticoagulación; se clasificaron los pacientes según el anticoagulante oral recibido y luego se calcularon las escalas de riesgo de sangrado según las definiciones originales, HAS-BLED clasificó a los pacientes en tres estratos de riesgo (bajo: 0-1, moderado: 2 puntos y alto: ≥ 3 puntos), de igual forma ORBIT los clasificó en tres grupos de riesgo (bajo: 0-2, moderado: 3 y alto: ≥ 4 puntos) mientras que la puntuación DOAC los estratificó en 5 categorías de riesgo (muy bajo: 0-3, bajo: 4-5, moderado: 6-7, alto: 8-9 y muy alto: ≥ 10 puntos). Se tomó una muestra de sangre venosa, que fue procesada en un laboratorio privado, con la cual se determinaron los valores de hemoglobina, plaquetas, urea, creatinina, AST, ALT, bilirrubina total y

fraccionada, tiempo de protrombina con INR, y tiempo de tromboplastina, de igual forma se realizó uroanálisis. Los médicos tratantes conocieron sobre el registro, siendo estos los encargados en todo momento del tratamiento. En aquellos pacientes que tenía indicación médica de recibir o iniciar rivaroxabán, se les suministró de manera gratuita durante 3 meses por laboratorio Farma, sin embargo, no se excluyeron aquellos pacientes con indicación de otros DOACS. En la primera fase se realizó seguimiento clínico mediante visita mensual durante los primeros 3 meses, donde se tomaron controles de laboratorios (hematología completa y uroanálisis) y se entregó rivaroxabán en caso de estar indicado, de igual forma se evaluó la adherencia al tratamiento y se determinó si el paciente ha presentado eventos hemorrágicos. Posteriormente se continuó con una segunda fase de seguimiento durante 3 meses, mediante contacto telefónico.

Se aplicó estadística descriptiva según la naturaleza de la variable. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Posteriormente se compararon las características basales y clínicas, se utilizó la prueba de χ^2 para comparar dichas variables. Se calculó sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativos y positivos, y los límites de las escalas para la detección de hemorragias se calculó mediante el análisis de curva ROC.

RESULTADOS

Se incluyeron 62 pacientes anticoagulados con anticoagulantes orales directos (DOAC), específicamente apixabán 12 (19,4%) o rivaroxabán 50 pacientes (80,6%), indicados principalmente por fibrilación auricular (FA) o trombosis venosa profunda (TVP). Durante el seguimiento, se registraron 11 episodios hemorrágicos (17,7%), de los cuales 7 fueron clasificados como sangrados mayores (63,6%) y 4 como sangrados menores (36,4%). La cohorte estuvo compuesta por 26 mujeres (41,9%) y 36 hombres (58,1%).(Tabla 1)

Al analizar las comorbilidades asociadas al sangrado, se identificaron tres factores con asociación estadísticamente significativa: Enfermedad renal crónica (ERC): presente en 5 de los 11 pacientes que sangraron (45,5%) frente a solo 6 de los 51 sin

RENDIMIENTO DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE SANGRADO EN USUARIOS DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS. ESTUDIO DE LA VIDA REAL

sangrado (11,8%) ($p = 0,019$). Antecedentes de sangrado previo: 3 de los 11 que sangraron (27,3%) tenían historial de hemorragia, en comparación con solo 1 de los 51 sin sangrado (2,0%) ($p = 0,033$). Anemia: 8 de los 11 pacientes con sangrado (72,7%) presentaban anemia al inicio del estudio, frente a 19 de los 51 sin sangrado (37,3%) ($p = 0,045$). (Tabla 1)

Además, la depuración de creatinina estimada mostró una fuerte asociación con el riesgo hemorrágico: 4 de los 11 pacientes que sangraron (36,4%) tenían un filtrado glomerular <30 ml/min, mientras que solo 2 de los 51 sin sangrado (3,9%) presentaban esta alteración ($p = 0,002$). (Tabla 1)

Durante el seguimiento, 7 de los 50 usuarios de rivaroxabán (14,0%) presentaron eventos hemorrágicos, mientras que 4 de los 12 tratados con apixabán (33,3%) sangraron. Aunque la diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,200$), el riesgo de sangrado fue más del doble en los pacientes que recibieron apixabán, a pesar de que este grupo representó menos de una quinta parte de la cohorte total. Sin embargo, es importante acotar que de los 4 pacientes que sangraron recibiendo apixabán, 3 presentaban ERC como comorbilidad con depuración de creatinina <30 ml/min, recordando que estos factores tienen asociación estadísticamente significativa con los eventos de sangrado. (Tabla 1)

La aplicación de las escalas de riesgo permitió estratificar a los 62 pacientes según su probabilidad de sangrado. Según la escala HAS-BLED, 29 pacientes (46,8%) fueron clasificados en alto riesgo (≥ 3 puntos), 20 (32,2%) en riesgo moderado (2 puntos) y 13 (21,0%) en bajo riesgo (0–1 punto). De los 11 eventos hemorrágicos registrados, 9 (81,8%) ocurrieron en el grupo de alto riesgo, mientras que los 2 restantes (18,2%) se

Tabla 1. Características basales de los pacientes en estudio.

Características Sociodemográficas, Hábitos y Comorbilidades	Sangrado		Sin sangrado		P value
	N°	11%	N°	51%	
Sexo					0.332
Femenino	3	27.3	23	45.1	
Masculino	8	72.7	28	54.9	
Edad					0.457
<50	2	18.2	6	11.8	
50 – 59	0	0.0	6	11.8	
60 – 69	2	18.2	16	31.4	
70 – 79	3	27.3	14	27.5	
≥ 80	4	36.4	9	17.6	
Hábitos psicobiológicos					
Tabaquismo	5	45.5	20	39.2	0.744
Alcohol	0	0.0	2	3.9	1.000
Drogas	0	0.0	1	2.0	1.000
Comorbilidades					
Si	11	100.0	48	94.1	
No	0	0.0	3	5.9	
HTA	9	81.8	42	82.4	1.000
Trombofilia	1	9.1	1	2.0	0.326
Trombosis previa	1	9.1	2	3.9	0.449
Diabetes	3	27.3	5	9.8	0.142
ERC	5	45.5	6	11.8	0.019*
Ictus	3	27.3	16	31.4	1.000
Enf Hepática	1	9.1	3	5.9	0.552
IC	4	36.4	23	45.1	0.742
Demencia	0	0.0	1	2.0	1.000
Obesidad	1	9.1	10	19.6	0.671
Bajo peso	2	18.2	9	17.6	1.000
Anemia	8	72.7	19	37.3	0.045*
Sangrado previo	3	27.3	1	2.0	0.033*
Depuración de Creatinina					0.002*
>60	3	27.3	39	76.5	
59-30	4	36.4	10	19.6	
29-15	1	9.1	0	0.0	
< 15	3	27.3	2	3.9	
Antiplaquetarios					0.565
Aspirina	1	9.1	4	7.8	
Inhibidor P2Y12	0	0.0	3	5.9	
Dual	1	9.1	2	3.9	
AINES	3	27.3	3	5.9	0.063
Anticoagulante Indicado					0.200
Apixabán	4	36.4	8	15.7	
Rivaroxabán	7	63.4	43	84.3	

distribuyeron entre los grupos de riesgo moderado y bajo (1 caso en cada categoría) (Tabla 2). Este patrón refleja una sensibilidad del 82%, lo que indica una buena capacidad para identificar a quienes efectivamente sangraron; sin embargo, la especificidad fue limitada (61%), lo que se traduce en un elevado número de falsos positivos (39%) (Tabla 3). En otras palabras, casi 4 de cada 10 pacientes clasificados como de alto riesgo por HAS-BLED no sangraron, lo que evidencia una clara tendencia a la sobreestimación del riesgo hemorrágico en esta cohorte de usuarios de DOAC. Esta limitación podría explicarse, al menos en parte, porque la escala fue originalmente desarrollada y validada en la era de los antagonistas de la vitamina K, cuyo perfil farmacológico y riesgo hemorrágico difieren sustancialmente del de los anticoagulantes orales directos.

Por su parte, la escala ORBIT estratificó a los 62 pacientes en tres categorías: 38 (61,3%) en bajo riesgo, 8 (12,9%) en riesgo moderado y 16 (25,8%) en alto riesgo.

De los 11 eventos hemorrágicos registrados, 10 (90,9%) ocurrieron en el grupo de alto riesgo, mientras que el 1 restante (9,1%) se distribuyó en el grupo de bajo riesgo (Tabla 2). Este patrón se tradujo en una sensibilidad del 91% y una especificidad del 88%, con un valor predictivo positivo (VPP) del 63% y una proporción de falsos positivos del 12% (Tabla 3). Estos resultados posicionan a ORBIT como la escala con mejor rendimiento, claramente superior al de HAS-BLED en términos de sensibilidad y especificidad, reflejando una menor tendencia a sobreestimar el riesgo de sangrado.

El DOAC Score, recientemente desarrollado y validado específicamente para usuarios de anticoagulantes orales directos, demostró un rendimiento clínico aceptable en nuestra cohorte. La escala estratificó a los 62 pacientes en cinco categorías: 21 (33,9%) en muy bajo riesgo (0–3 puntos), 16

(25,8%) en bajo riesgo (4–5 puntos), 11 (17,7%) en riesgo moderado (6–7 puntos), 10 (16,1%) en alto riesgo (8–9 puntos) y 4 (6,5%) en muy alto riesgo

Tabla 2. Presencia eventos hemorrágicos con los resultados de las escalas de riesgo.

	Con eventos hemorrágicos		Sin evento hemorrágico		TOTAL	
	N=11%		N=51%			
N= 62%						
HAS-BLED						
Bajo	1	9.1	12	23.5	13	21
Moderado	1	9.1	19	37.3	20	32.2
Alto	9	81.8	20	39.2	29	46.8
ORBIT						
Bajo	1	9.1	37	72.5	38	61.3
Moderado	0	0	8	15.7	8	12.9
Alto	10	90.9	6	11.8	16	25.8
DOAC Score						
Muy Bajo	0	0	21	41.2	21	33.9
Bajo	2	18.2	14	27.5	16	25.8
Moderado	2	18.2	9	17.6	11	17.7
Alto	3	27.2	7	13.7	10	16.1
Muy Alto	4	36.4	0	0.0	4	6.5

(≥10 puntos). De los 11 eventos hemorrágicos registrados, 9 (81,8%) ocurrieron en los grupos de riesgo moderado, alto y muy alto combinados (6–10 puntos), mientras que ninguno de los 21 pacientes con puntuación muy baja (0–3) presentó sangrado durante el seguimiento (Tabla 2).

Este patrón se tradujo en una sensibilidad del 73%, una especificidad del 86%, un valor predictivo positivo (VPP) del 50% y una proporción de falsos positivos del 14% (Tabla 3). Aunque su sensibilidad fue inferior a la de ORBIT (91%), el DOAC Score superó ampliamente a HAS-BLED en especificidad (86% vs. 61%) y mostró un equilibrio más favorable entre la capacidad de detectar verdaderos casos de riesgo y evitar la sobre clasificación innecesaria de pacientes como de alto riesgo. Este desempeño refuerza su utilidad clínica como herramienta de estratificación más precisa y ajustada al perfil farmacológico y clínico de los usuarios de DOAC, en comparación con HAS-BLED.

RENDIMIENTO DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE SANGRADO EN USUARIOS DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS. ESTUDIO DE LA VIDA REAL

Entre los 11 eventos hemorrágicos registrados durante los primeros tres meses, 6 ocurrieron en pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) y 5 en aquellos con fibrilación auricular (FA). El patrón temporal fue notablemente distinto: en TVP, el 83,3% de los sangrados se concentró en el primer mes, sin nuevos eventos en los meses siguientes. En contraste, en FA, todos los episodios ocurrieron entre el segundo y tercer mes (40% y 60%, respectivamente), con ausencia total de eventos en el primer mes. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,01$) (Tabla 4). La mayor vulnerabilidad temprana en TVP podría estar relacionada con estrategias de tratamiento más agresivas al inicio como el uso de dosis plenas o regímenes de carga, mientras que en FA podría retrasarse la aparición del riesgo, haciéndolo progresivo y acumulativo. Estas diferencias terapéuticas iniciales podrían explicar, en parte, el desfase temporal en la presentación de eventos.

Este comportamiento conjunto, un pico inicial en TVP y un aumento tardío en FA, respalda la idea de que la estratificación del riesgo debe considerar no solo la magnitud, sino también la temporalidad del evento crítico según la indicación. En particular, los pacientes con TVP requieren una vigilancia más intensa durante el primer mes de tratamiento, cuando presentan la mayor carga de eventos hemorrágicos, mientras que en FA, el riesgo se desplaza hacia los meses posteriores, lo que sugiere la necesidad de ajustar las estrategias de monitoreo y prevención en función de esta dinámica temporal.

Tabla 3. Cálculo de sensibilidad, especificidad y valores predictivos de las escalas en la muestra de estudio

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	FP
HAS-BLED	82%	61%	31%	94%	39%
ORBIT	91%	88%	63%	98%	12%
DOAC Score	73%	86%	50%	92%	14%

Se realizaron curvas ROC para evaluar y comparar la capacidad discriminativa de las tres escalas de riesgo de sangrado evaluadas: HAS-BLED, ORBIT y DOAC Score (Gráfica 1). El desempeño de cada herramienta se cuantificó mediante el área bajo la curva (AUC), permitiendo identificar cuál

de ellas ofrece una mejor predicción del riesgo hemorrágico en este contexto clínico.

La escala HAS-BLED presentó un AUC de 0.707, lo que refleja un desempeño moderado en la discriminación de eventos hemorrágicos. Su curva se aproxima relativamente a la diagonal de azar, especialmente en rangos intermedios de especificidad, lo que limita su utilidad para identificar con precisión a los pacientes de alto riesgo sin generar un número elevado de falsos positivos. Aunque ampliamente utilizada en la práctica clínica, su diseño no específico para pacientes tratados con DOAC podría explicar su menor rendimiento en esta población. (Gráfica 1)

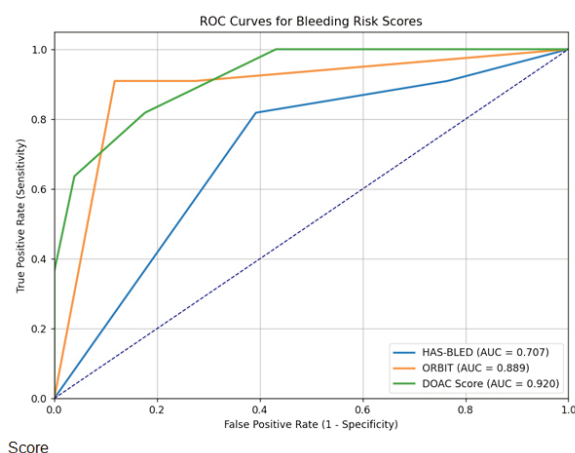
En contraste, la escala ORBIT mostró un AUC de 0.889, lo que indica una capacidad predictiva muy buena. Su curva se eleva con rapidez en la zona izquierda del gráfico, sugiriendo que logra altos niveles de sensibilidad con una tasa relativamente baja de falsos positivos. Este resultado es coherente con su inclusión de variables clínicamente relevantes, como edad avanzada, disfunción renal y uso previo de antiagregantes, que refuerzan su aplicabilidad en poblaciones anticoaguladas. (Gráfica 1)

La escala DOAC Score obtuvo un AUC de 0.842, lo que también representa un desempeño muy bueno, aunque ligeramente inferior al de ORBIT en esta cohorte. Su curva se mantiene por encima de HAS-BLED en todo el rango, pero se sitúa por debajo de ORBIT en la región de alta especificidad, lo que sugiere que, en este grupo de pacientes, ORBIT logra una mejor discriminación al combinar sensibilidad y especificidad de forma más equilibrada. (Gráfica 1)

La comparación directa revela la siguiente jerarquía en capacidad predictiva:

ORBIT > DOAC Score > HAS-BLED. Si bien ninguna de las escalas alcanza el umbral de "excelente discriminación" ($AUC \geq 0.90$), ORBIT emerge como la herramienta con mejor rendimiento en este contexto, seguida muy de cerca por el DOAC Score. Esto subraya que el desempeño de una escala no depende únicamente de su desarrollo

Grafica 1. Capacidad Discriminativa de las escalas HAS-BLED, ORBIT y DOAC



específico para DOAC, sino también de la relevancia y prevalencia de sus variables predictoras en la población estudiada.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos respaldan el uso de ORBIT como herramienta preferencial para la estratificación del riesgo hemorrágico en esta cohorte, dado su equilibrio entre sensibilidad y especificidad y su consistente superioridad estadística. El DOAC Score sigue siendo una alternativa robusta y bien fundamentada, particularmente cuando se desea priorizar la identificación de pacientes de muy alto riesgo. En cambio, el uso de HAS-BLED debería considerarse con cautela, y preferiblemente complementarse con evaluación clínica individualizada o con herramientas más discriminativas.

En conjunto, estos resultados refuerzan la importancia de validar escalas de riesgo en poblaciones específicas, ya que su desempeño puede variar significativamente incluso cuando su diseño teórico parece óptimo.

DISCUSION

Nuestro estudio, realizado en una cohorte de 62 pacientes tratados con anticoagulantes orales directos, demuestra que ORBIT es la escala con mayor capacidad discriminativa para predecir eventos hemorrágicos en este contexto, con un área bajo la curva (AUC) de 0.889.

El DOAC Score mostró un desempeño también muy bueno (AUC = 0.842), mientras que HAS-BLED presentó un rendimiento moderado (AUC = 0.707). Esta jerarquía —ORBIT > DOAC Score > HAS-BLED— contrasta parcialmente con algunos estudios internacionales, como el de Abu-Assi y cols. (2024), quienes reportaron una superioridad del DOAC Score en grandes cohortes europeas. Ellos encontraron que el DOAC Score mostró la mejor discriminación en pacientes con DOAC (C = 0.711), siendo significativamente superior a ORBIT (C = 0.660) y a HAS-BLED (C = 0.640). Esto difiere de nuestro estudio, donde ORBIT representó la escala con mejor resultados.

El DOAC Score, desarrollado por Aggarwal y cols. (2023), mostró un AUC de 0.842, con sensibilidad del 73 % y especificidad del 86 %. Aunque inferior a ORBIT en términos de discriminación global, su rendimiento sigue siendo muy bueno, y su alta especificidad sugiere una menor tasa de sobre clasificación al comparar con HAS-BLED, un atributo valioso en la práctica clínica. Destaca además que ninguno de los 21 pacientes clasificados como “muy bajo riesgo” presentó sangrado, lo que refuerza su utilidad para identificar subgrupos seguros. Si bien nuestros resultados concuerdan con Aggarwal y cols. (2023) al indicar que la escala HAS-BLED es la menos efectiva para predecir el riesgo de sangrado en pacientes tratados con ACOD, contrasta al momento de jerarquizar el rendimiento de las escalas.

La escala HAS-BLED mostró un desempeño moderado (AUC = 0.707) y una baja especificidad (61 %), lo que se tradujo en una alta proporción de falsos positivos (39 %). Este patrón de sobre estimación sistemática del riesgo hemorrágico es coherente con múltiples estudios que han cuestionado su aplicabilidad en la era de los ACOD. Aunque originalmente validada en la era de la warfarina (Senoo y cols., 2016), su persistente inclusión en guías clínicas ha llevado a su uso indiscriminado. Nuestros resultados coinciden con las observaciones de Abu-Assi y cols. (2024), quienes reportaron una calibración deficiente de HAS-BLED en usuarios de ACOD, y también con el metaanálisis de Liu y cols. (2023), que reconoce

RENDIMIENTO DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE SANGRADO EN USUARIOS DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS. ESTUDIO DE LA VIDA REAL

que su rendimiento se deteriora en poblaciones tratadas con ACOD. Esto respalda la necesidad de revisar críticamente su uso en este contexto.

La escala ORBIT ocupó la primera posición, con un AUC de 0.889, alta sensibilidad (91 %) y excelente especificidad (88 %). Estos resultados la posicionan como una herramienta clínicamente robusta, incluso en ausencia de una validación específica para ACOD, estableciéndose la superioridad de esta escala sobre el DOAC Score (AUC = 0.842) y, especialmente, sobre HAS-BLED (AUC = 0.707), en la predicción de eventos hemorrágicos. El diseño de ORBIT que incorpora variables como la anemia, la disfunción renal (definida como filtrado <60 ml/min) y el uso de antiplaquetarios, parece capturar eficazmente el perfil de riesgo de nuestra población. Aunque el estudio original desarrollado por O'Brien y cols.(2015) mostró resultados prometedores con una calibración notablemente superior a HAS-BLED y ATRIA, la validación externa posterior ha arrojado resultados mixtos que cuestionan esta supuesta superioridad. Por lo tanto, esta jerarquía debe interpretarse con cautela, pues la literatura internacional y la evidencia científica no la respaldan de forma consistente, particularmente con anticoagulantes directos orales.

No obstante, nuestro trabajo aporta una validación externa crítica en un contexto de “vida real” en Latinoamérica, región donde los datos sobre el rendimiento de estas escalas son prácticamente inexistentes, y sugiere que el desempeño de las herramientas puede variar según las características epidemiológicas y clínicas de la población local.

En contraste con HAS-BLED, tanto ORBIT como el DOAC Score incorporan variables más sensibles al perfil de riesgo de los usuarios modernos de anticoagulantes —como disfunción renal no dialítica, anemia y uso concomitante de antiplaquetarios— lo que explica su clara ventaja. Sin embargo, el hecho de que ORBIT haya superado al DOAC Score en nuestra cohorte podría reflejar la alta prevalencia de factores como la edad avanzada y la disfunción renal moderada, que están bien representados en su algoritmo y que fueron claves en nuestros eventos hemorrágicos (más del 30 %

de los pacientes con sangrado tenían filtrado glomerular <30 ml/min).

Es crucial reconocer que, si bien nuestros resultados posicionan a ORBIT como la escala de mejor rendimiento en esta cohorte, el tamaño muestral reducido ($n = 62$, con solo 11 eventos hemorrágicos) limita la generalización de esta conclusión y aumenta el riesgo de sobre estimación del efecto por fluctuaciones aleatorias. En estudios con mayor poder estadístico, como los citados, la diferencia entre escalas suele atenuarse o desaparecer. Por tanto, más que afirmar la superioridad absoluta de una escala, nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de validación local y contextualizada: ORBIT puede ser óptima en entornos donde predominan la edad avanzada, la disfunción renal y la anemia (como en la muestra), mientras que DOAC Score podría destacar en poblaciones con mayor prevalencia de bajo peso o hepatopatía. En este sentido, el valor clínico no reside en adoptar una única escala universal, sino en comprender cuáles variables predictoras son más relevantes en cada población, y seleccionar la herramienta que mejor las capture.

Finalmente, este trabajo refuerza la importancia de los estudios de la vida real para evaluar herramientas predictivas en contextos clínicos diversos. La validación del DOAC Score y ORBIT en una población venezolana no solo confirma su utilidad global, sino que también evidencia que el rendimiento relativo entre escalas puede variar según el entorno, subrayando la necesidad de validación local antes de su implementación generalizada.

CONCLUSIONES

1. ORBIT fue la escala con mejor rendimiento predictivo para eventos hemorrágicos en nuestra cohorte (AUC = 0.889, sensibilidad 91 %, especificidad 88 %), superando al DOAC Score (AUC = 0.842) y a HAS-BLED (AUC = 0.707). Este hallazgo destaca la relevancia de su inclusión de variables clínicas prevalentes en nuestra población, como disfunción renal y anemia.
2. El DOAC Score mostró un desempeño bueno (AUC = 0.842), con alta

especificidad (86 %) y valor predictivo negativo perfecto en la categoría de “muy bajo riesgo”, lo que respalda su uso para identificar pacientes seguros. Aunque diseñado específicamente para DOACs, su rendimiento fue inferior al de ORBIT en este contexto, posiblemente por diferencias en la distribución de factores de riesgo locales.

3. HAS-BLED presentó limitaciones significativas (AUC = 0.707, especificidad 61 %), con alta tasa de falsos positivos (39 %), lo que cuestiona su utilidad como herramienta única en usuarios de DOACs en nuestra población.
4. El riesgo hemorrágico varía según la indicación: en TVP, el 83,3 % de los eventos ocurrieron en el primer mes; en FA, el 100 % se concentró entre el segundo y tercer mes ($p = 0.01$), sugiriendo la necesidad de estrategias de vigilancia temporales diferenciadas.
5. Factores clínicos clave como ERC ($p = 0.019$), filtrado <30 ml/min ($p = 0.002$), sangrado previo ($p = 0.033$) y anemia ($p = 0.045$), se asociaron significativamente con el sangrado, reforzando la importancia de integrarlos en la evaluación, como lo hacen ORBIT y DOAC Score.
6. Nuestro estudio constituye uno de los primeros desarrollados en Latinoamérica y evidencia que, si bien el DOAC Score es una herramienta prometedora, ORBIT puede ofrecer un rendimiento superior en ciertos contextos locales, lo que subraya la necesidad de validación externa antes de adoptar escalas universalmente.

RECOMENDACIONES

1. Considerar ORBIT como herramienta preferencial para la estratificación del riesgo hemorrágico en usuarios de DOACs en nuestro entorno, dada su excelente discriminación, disponibilidad y consistencia con el perfil clínico local.
2. Utilizar el DOAC Score como alternativa válida, especialmente cuando se busca priorizar la especificidad o identificar pacientes de muy bajo riesgo, y promover

su validación en cohortes más amplias en Latinoamérica.

3. Reconsiderar el uso rutinario de HAS-BLED en esta población, dada su baja especificidad y tendencia a la sobreestimación del riesgo.
4. Implementar vigilancia diferenciada por indicación, en TVP: intensificar seguimiento en el primer mes, en FA: mantener vigilancia sostenida hasta el tercer mes, con énfasis en meses 2 y 3.
5. Incorporar evaluación sistemática de función renal, anemia y antecedentes de sangrado en toda evaluación de riesgo hemorrágico.
6. Promover estudios multicéntricos en Latinoamérica para validar externamente ORBIT y DOAC Score y explorar factores locales (adherencia, acceso, comorbilidades) que modulen el riesgo.
7. Incluir ORBIT y DOAC Score en protocolos institucionales del Hospital Universitario de Caracas como parte de una estrategia escalonada: ORBIT para cribado inicial, DOAC Score para afinamiento en casos complejos.

REFERENCIAS

1. Heestermans M, Poenou G, Hamzeh-Cognasse H, Cognasse F, Bertoletti L. Anticoagulants: A Short History, Their Mechanism of Action, Pharmacology, and Indications. *Cells*. 2022 Oct 13;11(20):3214.
2. Molina Castaño D, Campos Quesada M, Núñez Guerrero A. Historia de los anticoagulantes y su uso clínico en el presente. *Rev Méd Sinerg*. 2020 Feb 1;5(2):e365.
3. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2011 Sep 8;365(10):883-91.
4. Aggarwal R, Ruff CT, Virdone S, Perreault S, Kakkar AK, Palazzolo MG, et al. Development and Validation of the DOAC Score: A Novel Bleeding Risk Prediction Tool for Patients With Atrial Fibrillation on Direct-Acting Oral Anticoagulants. *Circulation*. 2023 Sep 19;148(12):936-46.
5. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*. 2019 Jul 9;140(2):e125-e151.
6. European Medicines Agency. Real-world evidence framework to support EU regulatory decision-making – 2nd report on experience gained from regulator-led studies February 2023 - February 2024 [Internet]. Amsterdam: European Medicines Agency; 2024 Feb [citado 2024 Oct 10]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/real-world-evidence-framework-support-eu-regulatory-decision-making-2nd>

RENDIMIENTO DE ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO DE SANGRADO EN USUARIOS DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS. ESTUDIO DE LA VIDA REAL

- report-experience-gained-regulator-led-studies-february-2023-february-2024_en.pdf
7. Senoo K, Proietti M, Lane DA, Lip GY. Evaluación de las puntuaciones de riesgo de hemorragia HAS-BLED, ATRIA y ORBIT en pacientes con fibrilación auricular que toman warfarina. *La Revista Estadounidense de Medicina*. Junio de 2016; 129(6):6007.
 8. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2009 Sep 17;361(12):1139-51.
 9. Esteve-Pastor MA, Rivera-Caravaca JM, Roldán V, Vicente V, Valdés M, Marín F, Lip GYH. Long-term bleeding risk prediction in 'real world' patients with atrial fibrillation: Comparison of the HAS-BLED and ABC-Bleeding risk scores. *The Murcia Atrial Fibrillation Project*. *Thromb Haemost*. 2017 Oct 5;117(10):1848-1858. doi: 10.1160/TH17-07-0478. Epub 2017 Aug 11. PMID: 28799620.
 10. Wang YF, Jiang C, He L, Pu CY, Du X, Sang CH, Long DY, Tang RB, Dong JZ, Ma CS. Performance of the ABC-bleeding risk score for assessing major bleeding risk in Chinese patients with atrial fibrillation on oral anticoagulation therapy: A real-world study. *Front Cardiovasc Med*. 2022 Nov 3;9:1019986. doi: 10.3389/fcvm.2022.1019986. PMID: 36407455; PMCID: PMC9669712.
 11. Du X, Guo L, Xia S, Du J, Anderson C, Arima H, et al. Atrial fibrillation prevalence, awareness and management in a nationwide survey of adults in China. *Heart*. 2021 Apr;107(7):535-41.
 12. Liu X, Wang S, He W, Guo L. HAS-BLED vs. ORBIT scores in anticoagulated patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Front Cardiovasc Med*. 2023 Jan 5;9:1042763. doi: 10.3389/fcvm.2022.1042763. PMID: 36684554; PMCID: PMC9849745.
 13. Chang G, Xie Q, Ma L, Hu K, Zhang Z, Mu G, et al. Accuracy of HAS-BLED and other bleeding risk assessment tools in predicting major bleeding events in atrial fibrillation: A network meta-analysis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2020 Apr;18(4):791-801.
 14. Chan, AKC, Paredes, N. 2013. El sistema de coagulación en humanos. En: Monagle, P. (eds) *Hemostasis. Métodos en biología molecular*, vol 992. Humana Press, Totowa, Nueva Jersey. https://doi.org/10.1007/978-1-62703-339-8_1
 15. González-Villalva A, de la Peña-Díaz A, Rojas-Lemus M, López-Valdez N, Ustarroz-Cano M, García-Peláez I, et al. Fisiología de la hemostasia y su alteración por la coagulopatía en COVID-19. *Rev Fac Med*. 2020 Sep 25;63(5):45-57.
 16. Gallo MC. Hemostasia y trombosis. *Sociedad Argentina de Hematología: Guías de Diagnóstico y Tratamiento*; 2023.
 17. Grimaldo, F. 2017. Fisiología de la hemostasia. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 40. Supl. 2 Julio-septiembre 2017 S398-S400
 18. Oates JA, Wood AJJ, Hirsh J. Heparina. *N. inglés. J. Med*. 1991; 324 : 1565-1574. doi: 10.1056/NEJM199105303242206.
 19. Rocha Hernando E. Historia de la heparina. *Angiología*. 2014 Sep;66(5):277-8.
 20. Altiok E, Marx N. Oral Anticoagulation. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Nov 16;115(46):776-783. doi: 10.3238/arztebl.2018.0776. PMID: 30602410; PMCID: PMC6329367.
 21. Roberti R, Iannone LF, Palleria C, Curcio A, Rossi M, Sciacqua A, et al. Direct Oral Anticoagulants: From Randomized Clinical Trials to Real-World Clinical Practice. *Front Pharmacol*. 2021 May 26;12.
 22. Ageno W, Beyer-Westendorf J, Garcia DA, Lazo-Langner A, McBane RD, Paciaroni M. Changes in the landscape of anticoagulation: a focus on direct oral anticoagulants. *Lancet Haematol*. 2024 Dec;11(12):e938-e950 .
 23. Schulman S, Kearon C. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. *J Thromb Haemost* [Internet]. 2005;3(4):692-4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2005.01204.x>
 24. Azcuy Ruiz Miguel, Sandrino Sánchez Maribel, Lima Fuentes Lianet, Valle González Dianelys, González Landeiro Franiel. Factores de riesgo hemorrágico según HAS-BLED en pacientes con fibrilación auricular no valvular. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 ago. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000400012&lng=es. Epub 01-Jul-2020.
 25. Pérez-Copete J, Esteve-Pastor MA, Roldán V, Valdés M, Marín F. Escalas de evaluación del riesgo tromboembólico y hemorrágico en la fibrilación auricular. *Rev Esp Cardiol Supl* [Internet]. 2016;16:25-32. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1131-3587\(16\)30011-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1131-3587(16)30011-5)
 26. Castilla-Guerra L, Fernández-Moreno MdC, de la Vega-Sánchez JM, LeonJimenez D. Evaluación del riesgo hemorrágico de la terapia antitrombótica en pacientes con ictus. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2019 Nov;31(6):282-8
 27. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*, 10(5), 348-354.
 28. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018;59(3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
 29. O'Brien EC, Simon DN, Thomas LE, Hylek EM, Gersh BJ, Ansell JE, et al. The ORBIT bleeding score: a simple bedside score to assess bleeding risk in atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2015 Sep 29; ehv476.
 30. Chirino D, Pinel S, Vitale F, Iglesias J, Leonardi M, Tellechea F. Evaluación del Orbit Bleeding Risk Score como predictor de sangrado mayor en pacientes con síndrome coronario agudo. *Revista argentina de cardiología*. 2022 Ago;90(3):175-180.<https://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v90.i3.20521>.

Inercia terapéutica en el tratamiento de insuficiencia cardíaca en Venezuela

Therapeutic inertia in the treatment of heart failure in Venezuela

Agreda Aular Jonathan Daniel*  0009-0004-0498-3531, Elizabeth Hernández Maurice**  0000-0002-2262-627X

Recibido: 17 de febrero de 2026

Aceptado: 03 de mayo de 2026

RESUMEN

Objetivo: Identificar la inercia terapéutica en insuficiencia cardíaca en residentes de Medicina Interna y especialistas, así como los factores asociados.

Método: Estudio observacional descriptivo con muestra no probabilística de selección intencional. Se aplicó una encuesta digital mediante Google Forms a residentes de medicina interna y especialistas a nivel nacional, evaluando conocimientos sobre insuficiencia cardíaca y presencia de inercia terapéutica. El instrumento obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, indicando alta confiabilidad.

Resultados: De 117 participantes, 100 (85.5%) presentaron criterios de inercia terapéutica según la definición establecida, sin diferencias significativas según el nivel de instrucción. Este hallazgo contrasta con el hecho de que más del 50% refirió estar familiarizado con las guías actuales y consideraba tener buen conocimiento del tema.

Conclusiones: Existe un elevado porcentaje de inercia terapéutica en el manejo de la insuficiencia cardíaca entre residentes y especialistas venezolanos, a pesar de su convicción sobre un nivel de actualización adecuado. Los principales factores asociados fueron el costo de los medicamentos,

temor a efectos adversos y preocupación por la polifarmacia.

Palabras clave: Inercia terapéutica; insuficiencia cardíaca; nivel de instrucción; tratamiento.

Therapeutic Inertia in the Treatment of Heart Failure in Venezuela

ABSTRACT

Objective: To identify therapeutic inertia in heart failure management among Internal Medicine residents and specialists and associated factors.

Method: Descriptive observational study with non-probabilistic intentional sampling. A digital survey was distributed via Google Forms to internal medicine residents and specialists nationwide, evaluating heart failure knowledge and therapeutic inertia presence. Cronbach's alpha coefficient was 0.85, indicating high reliability.

Results: Of 117 participants, 100 (85.5%) demonstrated therapeutic inertia according to established criteria, with no significant differences by training level. This finding contrasts with over 50% reporting familiarity with current guidelines and good knowledge levels.

Conclusions: A high percentage of therapeutic inertia exists in heart failure management among Venezuelan residents and specialists, despite their conviction of adequate knowledge updating. Main associated factors were medication costs, fear of adverse effects, and concerns about polypharmacy.

* Médico Internista, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela

** Médico Internista, profesora del Servicio de Medicina Interna 3, Directora del Postgrado de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

correo: elihm1@gmail.com

INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN VENEZUELA

Keywords: therapeutic inertia; heart failure; educational level; treatment.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo caracterizado por síntomas y signos derivados de alteraciones estructurales o funcionales del llenado ventricular o de la eyección sanguínea, y representa una de las principales causas de morbilidad cardiovascular a nivel global.¹ En las últimas décadas, múltiples ensayos clínicos han demostrado el beneficio pronóstico de diversos fármacos modificadores de la enfermedad, lo que ha dado lugar a esquemas terapéuticos estructurados en torno a la terapia médica dirigida por guías (GDMT) que, en el caso de la IC con fracción de eyección reducida, se sustentan en cuatro pilares: betabloqueantes, ARNI (o IECA/ARA II), antagonistas de los receptores mineralocorticoides e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. Pese a la solidez de esta evidencia y a la existencia de recomendaciones claras por parte de sociedades científicas internacionales, la implementación de estos tratamientos en la práctica clínica real continúa siendo subóptima.

Este desfase entre el conocimiento disponible y su aplicación al cuidado cotidiano de los pacientes ha dado origen al concepto de inercia terapéutica, entendida como la falta de inicio, intensificación o ajuste del tratamiento en individuos que no han alcanzado los objetivos de atención basados en la evidencia. La inercia terapéutica en IC se asocia con mayor riesgo de descompensaciones, hospitalizaciones recurrentes, aumento de costos y empeoramiento de la calidad de vida, y se ve favorecida por factores relacionados con el sistema de salud, el paciente y, de forma predominante, el médico tratante. En Venezuela, a estos determinantes se suman limitaciones en el acceso y costo de los medicamentos, lo que hace particularmente relevante identificar la magnitud de la inercia terapéutica y los factores asociados entre residentes de Medicina Interna y especialistas, con el fin de diseñar estrategias que permitan optimizar el tratamiento en nuestro contexto.

Epidemiología y Carga de la Enfermedad

Aproximadamente 64.3 millones de personas viven con insuficiencia cardíaca en el mundo.² En países desarrollados, la prevalencia oscila entre 1-2% de la población adulta. En Estados Unidos, cerca de 670,000 personas reciben diagnóstico anual de IC, y aproximadamente 20% requiere hospitalización cada año, constituyendo la principal causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años.³

Es importante destacar que la IC ya no puede considerarse exclusivamente un problema geriátrico. La proporción de pacientes menores de 65 años que requieren hospitalización aumentó significativamente de 23% a 29% entre 2000 y 2010.³

Evolución del Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico de la IC ha evolucionado considerablemente en las últimas dos décadas. Desde la prescripción tradicional de diuréticos, betabloqueantes, inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA) y antagonistas de receptores mineralocorticoides (ARM), se ha avanzado hacia un régimen más sofisticado que incluye sacubitrilo/valsartán (ARNI) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2).⁴

La terapia médica dirigida por guías (GDMT) actual para insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) comprende cuatro pilares fundamentales: betabloqueantes, ARNI (o alternativamente IECA/ARA II), ARM e iSGLT2, constituyendo la piedra angular para mejorar supervivencia y reducir hospitalizaciones.⁴

El Problema de la Inercia Terapéutica

A pesar de los avances terapéuticos, diversos estudios documentan una prescripción subóptima de estos fármacos.^{5,6} Este fenómeno ha generado el concepto de "inercia terapéutica", definida como "la falta de intensificación del tratamiento en un paciente que no cumple con los objetivos de atención basados en la evidencia".⁷

La inercia clínica abarca más que simplemente no iniciar o intensificar la terapia indicada; aumenta significativamente el riesgo de resultados adversos y

eleva los costos de atención médica en enfermedades crónicas.⁸ Aunque ha habido mejoras considerables en el manejo de IC durante los últimos 20 años, la atención permanece subóptima y la mortalidad continúa siendo inaceptablemente alta.

Factores Contribuyentes

O'Connor y colaboradores atribuyeron la inercia clínica a tres categorías principales: factores relacionados con el sistema (20%), factores relacionados con el paciente (30%) y factores relacionados con el médico (50%).¹⁰ Este último dato resalta la influencia crucial del profesional de salud como factor determinante en la inercia terapéutica.

Diversos estudios han demostrado que los pacientes no reciben terapias óptimas, incluso cuando los médicos reportan cumplir con las guías.¹⁰ Posibles razones incluyen: sobreestimación de la calidad de atención brindada, subestimación del número de pacientes que necesitan terapia, "excusas blandas" relacionadas con incumplimiento del paciente, presión de tiempo durante consultas y reticencia del paciente a ajustar la terapia.¹¹

Otros factores comprenden: desconocimiento de guías actuales, percepción de fragilidad, falta de motivación, temor a descompensar pacientes considerados estables, e incertidumbre sobre la eficacia de nuevas terapias.¹²

Justificación del Estudio

El Colegio Americano de Cardiología (ACC), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) emiten directrices claras basadas en evidencia que se actualizan periódicamente.¹⁴ Está bien demostrado que el cumplimiento de estas guías reduce morbilidad, mortalidad y mejora la calidad de vida de los pacientes con IC.²²

La inercia terapéutica tiene impacto directo en la morbimortalidad de los pacientes afectados. Por tanto, es fundamental reconocerla e implementar estrategias para mejorar la respuesta terapéutica en IC. Este estudio surge del interés por determinar los factores que influyen en la inercia terapéutica y

la prescripción adecuada de fármacos en IC en el contexto venezolano.

Marco Teórico

Definición y Clasificación de Insuficiencia Cardíaca

La IC es un síndrome clínico complejo con síntomas y signos resultantes de cualquier deterioro estructural o funcional del llenado ventricular o de la eyección sanguínea. Las etapas según ACC/AHA enfatizan el desarrollo y progresión de la enfermedad, asociándose las etapas avanzadas con supervivencia reducida.¹³

Las intervenciones terapéuticas en cada etapa tienen como objetivo: modificar factores de riesgo (etapa A), tratar el riesgo y cardiopatía estructural para prevenir IC (etapa B), y reducir síntomas, morbilidad y mortalidad (etapas C y D).

Clasificación Funcional NYHA

La clasificación de la New York Heart Association (NYHA) caracteriza los síntomas y capacidad funcional de pacientes con IC sintomática (estadio C) o avanzada (estadio D). Aunque la reproducibilidad y validez pueden ser limitadas, constituye un predictor independiente de mortalidad y se utiliza ampliamente para determinar elegibilidad a estrategias de tratamiento.¹⁴

Clasificación según Fracción de Eyección

Los pacientes con IC se clasifican frecuentemente según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). La Guía AHA/ACC/HFSA 2022 identifica cuatro categorías:²³

La ICFEr se define como $FEVI \leq 40\%$. La mayoría de ensayos clínicos con evidencia de beneficio en supervivencia con IECA han incluido pacientes con $FEVI \leq 35\%$ o $\leq 40\%$.¹⁵ La ICFEp representa al menos 50% de la población con IC y su prevalencia está aumentando.¹⁵

Evidencia de Inercia Terapéutica en Estudios Internacionales

Diversos estudios han demostrado desde hace muchos años la inercia terapéutica en Insuficiencia cardíaca, así: en el Estudio ADDRESS Your Heart (2008) el 98% de cardiólogos admitieron familiaridad

INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN VENEZUELA

Tabla 1: Clasificación de la insuficiencia cardíaca según fracción de eyección del ventrículo izquierdo

Tipo de IC según FEVI	Definición	Evaluación seriada y trayectorias de la FEVI
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFER)	FEVI $\leq 40\%$	ICFER con FEVI $\leq 40\%$
		ICFEmp con FEVI $>40\%$
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección mejorada (ICFRmp)	FEVI previa $\leq 40\%$ y FEVI de seguimiento $>40\%$	ICFER con FEVI $\leq 40\%$
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección levemente reducida (ICFEmp)	FEVI 41%–49%	ICFER con FEVI $\leq 40\%$
		ICFEmp con FEVI 41%–49%
		ICFEp con FEVI $\geq 50\%$
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEp)	FEVI $\geq 50\%$	ICFER con FEVI $\leq 40\%$
		ICFEmp con FEVI 41%–49%
		ICFEp con FEVI $\geq 50\%$

con las guías ESC, pero solo 25% realizó recomendaciones concordantes con un panel de expertos basado en dichas guías.¹⁶ En el Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART) se demostró adherencia combinada médico-paciente deficiente: solo 41% cumplió tanto con prescripción como con toma basada en evidencia.⁷ En el Estudio BREATHE (Brasil, 2011-2012) realizado en América Latina, (1,263 pacientes en 51 centros brasileños), demostró alta mortalidad intrahospitalaria en IC aguda y baja tasa de prescripción de medicamentos basados en evidencia.²⁶ Las principales causas de descompensación fueron: mala adherencia a medicación (30%), infecciones (23%) y control inadecuado de ingesta de agua y sodio (9%). Solo 50% de pacientes recibieron pautas para tomar correctamente los medicamentos, y solo 43.5% fueron asesorados sobre reconocimiento de empeoramiento sintomático.²⁶ En el Registro QUALIFY (2017) que fue una

encuesta prospectiva que analizó la adherencia de médicos al tratamiento recomendado por guías ESC. Se prescribieron IECA/ARA II, betabloqueantes y ARM al 87.2%, 86.7% y 69.3% de pacientes con ICFEr, respectivamente.¹⁷ El Estudio BIOSTAT-CHF (2017) que fue un ensayo europeo diseñado para estudiar el aumento de dosis de IECA/ARA II y/o betabloqueantes en 2,100 pacientes con ICFEr. Durante tres meses de titulación, solo 22% y 12% alcanzaron la dosis recomendada de IECA/ARA II y betabloqueantes, respectivamente.¹⁸ En el Registro Sueco de Insuficiencia Cardíaca (2003-2012) el uso de betabloqueantes mejoró de 85% a 93% ($p=0.008$), el uso de IECA se mantuvo sin cambios (88% vs 86%, $p=0.091$), y el uso de ARM disminuyó de 53% a 42% ($p<0.001$).²⁰ El Registro CHAMP-HF, diez años después de IMPROVE HF, las tasas de prescripción permanecieron subóptimas: 33.4% para ARM, 73.4% para inhibidores del sistema renina-angiotensina (incluyendo solo 13% para ARNI), y 67% para betabloqueantes. El uso concomitante de las tres clases de fármacos alcanzó apenas 22%.²¹ Este estudio demostró que 40-60% de cardiólogos no alcanzan las dosis objetivo en medicamentos fundamentales, 30% retrasa el inicio de nuevas terapias recomendadas, y 50% no intensifica el tratamiento cuando está indicado.²¹ El Estudio EVOLUTION HF (2022) que fue un estudio observacional multinacional en Japón, Suecia y Estados Unidos mostró retraso en el inicio de agentes recientes como ARNI (EE.UU.: 62.0%; Japón: 72.7%; Suecia: 59.5%) y dapagliflozina (EE.UU.: 37.3%; Japón: 74.6%; Suecia: 54.9%) tras hospitalización por IC, a pesar de su rápido inicio de acción y beneficios importantes.¹⁹

Los Estudios CHAMP-HF y HF-ACTION retrospectivos encontraron pacientes que recibieron dosis inferiores al objetivo sin cambios en GDMT durante 12 y 6 meses de seguimiento, respectivamente, a pesar de ser elegibles para intensificación, sugiriendo tendencia a inercia terapéutica.¹⁰ El ensayo HF-ACTION mostró relación dosis-respuesta: pacientes con dosis sub-objetivo estables tuvieron mayor riesgo de mortalidad cardiovascular u hospitalización por IC (HR 1.49; IC 95%: 1.18-1.87) comparado con aquellos que recibieron dosis objetivo

estable.¹⁰ Y finalmente el Estudio IMPROVE-HF que evaluó 167 clínicas cardiológicas ambulatorias, mostrando altas tasas de prescripción de betabloqueantes (86%) e IECA/ARA II (80%) en pacientes elegibles, pero uso mucho menor de ARM (36%), estimándose que esto se debía al riesgo percibido de hiperpotasemia.¹⁰

Costo-Efectividad del Tratamiento Óptimo

Un análisis realizado en Estados Unidos en 2021 proyectó que agregar dapagliflozina al tratamiento médico dirigido por guías mejoraría los resultados clínicos a largo plazo en pacientes con ICFeR y sería costo-efectivo. La dapagliflozina agregaría 0.63 años de vida ajustados por calidad (AVAC; IC 95%: 0.25-1.15) con beneficios en rendimiento anual.²⁴

El estudio IMPROVE-HF demostró en 2012 que la adición de cada terapia basada en evidencia se asoció con disminución del riesgo de mortalidad a 24 meses, con beneficio incremental relacionado con dosis crecientes.²⁵

Objetivos

Objetivo General

Identificar la existencia de inercia terapéutica en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en residentes y especialistas en Medicina Interna a nivel nacional.

Objetivos Específicos

1. Clasificar los determinantes asociados al médico que influyen en la inercia terapéutica de la insuficiencia cardíaca.
2. Determinar la asociación entre el nivel de formación médica y el uso farmacológico actualizado en el manejo de la insuficiencia cardíaca.

Métodos

Diseño del Estudio

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Población y Muestra

Población: Médicos residentes de los servicios de Medicina Interna en Venezuela y especialistas

en ejercicio activo, sin distinción del nivel de formación.

Muestra: No probabilística de selección intencional, dirigida a internistas y residentes de postgrados de Medicina Interna en Venezuela.

Criterios de inclusión: Médicos residentes de postgrados de Medicina Interna a nivel nacional y especialistas en el área que aceptaran completar el instrumento.

Procedimiento

Se distribuyó una encuesta en formato Google Forms a residentes de medicina interna y especialistas a nivel nacional. El instrumento incluyó preguntas destinadas a evaluar:

1. Conocimiento de la terminología "inercia terapéutica"
2. Existencia de inercia terapéutica en la población encuestada (5 preguntas específicas)
3. Razones de no prescripción completa de la terapéutica
4. Aspectos sociodemográficos (preguntas 1-6)
5. Conocimiento y actualización en manejo de IC (preguntas 7, 9, 15-25)

Definición Operacional de Inercia Terapéutica

Se consideró presencia de inercia terapéutica si los participantes:

- Respondían incorrectamente la pregunta #8, O
- Respondían incorrectamente dos o más de las preguntas #11, 12, 13, 14

Tratamiento Estadístico

Los resultados se presentaron en forma escrita y gráfica (tablas y gráficos). Se calculó el promedio y desviación estándar de variables continuas, expresadas de forma lineal y agrupadas según valor. Para variables nominales se calcularon frecuencias y porcentajes.

Se compararon las variables de estudio según procedencia, sexo y niveles de formación, aplicando

INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN VENEZUELA

Tabla 2: Preguntas utilizadas para evaluación de inercia terapéutica

Preguntas sobre Inercia terapéutica	N°	%
8. Cuando evalúa usted un paciente con IC, si se encuentra estable, la conducta es	62	53.0
11. Al evaluar a su paciente con IC, ¿con qué frecuencia el costo de los medicamento impide su prescripción?	109	93.2
12. En su paciente con IC, ¿con qué frecuencia no prescribe medicamentos nuevos si el paciente está estable por temor a efectos secundarios?	84	71.8
13. En su paciente con IC estable, ¿con qué frecuencia no prescribe medicamentos nuevos debido a la necesidad de titulaciones de dosis y controles ambulatorios?	85	72.6
14. En su paciente con IC estable, ¿con qué frecuencia no prescribe medicamentos nuevos para evitar o disminuir polifarmacia?	81	69.2
TOTAL	117	100.0

Chi cuadrado para variables nominales. Los datos fueron analizados con JMP-SAS 11.0.

Aspectos Éticos

El estudio se realizó respetando las normas del Código de Deontología Médica y la Ley del Ejercicio de la Medicina, fundamentado en los cuatro principios de bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los participantes colaboraron voluntariamente y la información obtenida se utilizó únicamente con fines de investigación, manteniéndose confidencial.

Confiabilidad del Instrumento

El formulario digital obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, otorgándole alta confiabilidad a los datos obtenidos.

Resultados

Características de la Muestra

Se obtuvo un total de 117 participantes entre residentes y especialistas de Medicina Interna que completaron el formulario digital durante 2024. Las características sociodemográficas se presentan a continuación:

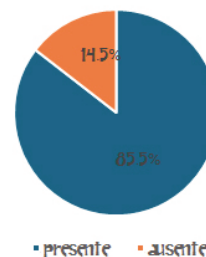
- Sexo: 52.99% femenino (62 participantes) vs 47.01% masculino (55 participantes)
- Edad: 47.0% entre 30-39 años, 35.89% entre 23-29 años, 15.38% entre 40-50 años o más
- Distribución geográfica: Predominio en Distrito Capital y Zulia, con respuestas de todo el país

Prevalencia de Inercia Terapéutica

De los 117 encuestados, 85.5% (100 participantes) presentaron criterios positivos para inercia terapéutica según la definición establecida (respuesta errónea en pregunta #8 o cualquier respuesta excepto "nunca" en preguntas 11-14).

Figura 1: Prevalencia de inercia terapéutica en la muestra estudiada

inercia terapéutica en el tratamiento de ic



Principales Factores Asociados a Inercia Terapéutica

Por orden de frecuencia, los principales factores que condujeron a IT fueron:

1. Costo de los medicamentos (58.6%): Factor económico que conlleva a no prescribir.
2. No indicación de fármacos nuevos si el paciente está estable (55.2%): Probable asociación a temor de efectos secundarios.
3. Necesidad de titulaciones periódicas de dosis y controles de laboratorio (56.2%).

4. Evitar polifarmacia (44.8%): No adicionar nuevos medicamentos en pacientes estables sin considerar los beneficios en IC.

Inercia Terapéutica según Nivel de Instrucción

Al analizar la IT por grupos, no se observaron diferencias significativas según el nivel de instrucción (χ^2 : 2.37, p: 0.31).

Tabla 3: Distribución de inercia terapéutica según nivel de instrucción

Nivel de formación	¿Está familiarizado con las últimas guías sobre manejo de IC?		¿Realiza revisión de las guías actuales?	
	SI N°	%	SI N°	%
Especialistas > 3 años	19	20.2	20	21.3
Especialista < 3 años	13	13.8	13	13.8
R1	10	10.6	14	14.9
R2	38	40.4	37	39.4
R3	14	14.9	10	10.6
p	0.004*		0.03*	

Nivel de Conocimiento y Inercia Terapéutica

Del total de 117 encuestados, 100 (85.5%) tuvieron positividad para IT, a pesar de que:

- 56% reportó conocimiento regular de las directrices en manejo de IC
- 27% reportó buen conocimiento
- Solo 17% reportó mal conocimiento

Actualización en Guías Clínicas

Un total de 94 encuestados (80.3%) refirieron estar actualizados y familiarizados con las últimas guías de IC, con diferencias significativas según el nivel de formación ($p=0.004$ para familiarización; $p=0.03$ para revisión de guías).

Discusión

Hallazgo Principal

El presente estudio, realizado durante seis meses en 2024, corrobora la existencia de un problema generalizado de inercia terapéutica en la

Tabla 4: Nivel de conocimiento de las guías de IC y presencia de inercia terapéutica

Nivel de conocimiento	Inercia Terapéutica				TOTAL	
	Presente		Ausente			
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	27	87.1	4	12.9	31	100.0
Regular	56	82.4	12	17.6	68	100.0
Malo	17	94.4	1	5.6	18	100.0
TOTAL	100	85.5	17	14.5	107	100.0

(χ^2 : 2.37, p: 0.31)

Tabla 5: Grado de experticia médica y asociación con familiarización y actualización en guías de IC

Nivel de Formación	Familiarizado con guías		Revisa guías actuales	
	N	%	N	%
Especialistas >3 años	19	20.2	20	21.3
Especialista <3 años	13	13.8	13	13.8
R1	10	10.6	14	14.9
R2	38	40.4	37	39.4
R3	14	14.9	10	10.6
Total	94	100.0	94	100.0

práctica clínica de medicina interna, específicamente en el manejo de pacientes con IC, concordante con estudios internacionales como ADDRESS, CHAMP-HF, HF-ACTION y BIOSTAT-CHF. El alto porcentaje de IT (85.5%) es preocupante y subraya la necesidad urgente de intervenciones para mejorar la adherencia a guías clínicas y disminuir la brecha entre conocimiento y práctica.

Factores Relacionados con el Médico

Nuestro estudio revela un porcentaje importante de médicos que no cambian o adaptan tratamiento si el paciente está estable (56%), así como 55.2% que no intensifica la terapia por diversas razones, definiendo la IT. Este retraso en la optimización terapéutica seguramente acarreará mayor morbimortalidad en nuestros pacientes.

Los factores médicos contribuyentes a esta IT fueron:

- Costos (58.6%)

INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN VENEZUELA

- Temor a efectos adversos (55.2%)
- Necesidad de estudios de laboratorio y titulaciones de dosis (65%)
- Prescripción de polifarmacia (44.8%)

Comparación con Evidencia Internacional

Un metaanálisis de la Sociedad Europea de Insuficiencia Cardíaca en 2022 demostró que la IT afecta aproximadamente 30-40% de pacientes con IC, y solo un pequeño porcentaje recibe dosis objetivo de todos los fármacos modificadores de la enfermedad. El tiempo medio hasta la optimización terapéutica puede superar los 12 meses.²⁷

Nuestros hallazgos muestran una prevalencia aún mayor (85.5%), lo que puede reflejar barreras adicionales en el contexto venezolano, particularmente relacionadas con el acceso a medicamentos y recursos económicos limitados.

Discordancia entre Conocimiento y Práctica

Un aspecto importante evaluado fue el nivel de conocimiento y su correlación con la aplicación de fármacos. Observamos conocimiento de regular a bueno en 83 encuestados (70.94%), sin embargo, se reportó IT en más de 85.5% de la muestra, principalmente por no intensificación de la terapia farmacológica por temor a la tolerancia.

Este dato se correlaciona con el estudio ADDRESS Your Heart, donde 98% de cardiólogos admitieron familiaridad con las guías ESC, pero solo 25% realizó recomendaciones concordantes con un panel de expertos.¹⁶ Como se observó en el registro CHAMP-HF, estos patrones permanecen sin cambios con tasas de prescripción bajas, destacando el papel altamente significativo del médico como factor para una respuesta adecuada al tratamiento de IC.²¹

Inercia Terapéutica según Nivel de Experticia

A pesar de que actualmente no existían estudios con distribución de IT según nivel de experticia, observamos que de 117 participantes totales,⁴² (35.89%) eran especialistas con porcentajes de IT mayores al 80%, reflejando la falla en intensificación farmacológica en distintos grupos independiente de la experiencia. Esto se correlaciona con

el estudio sueco (2003-2012) donde médicos no modificaron la terapia farmacológica sin contraindicaciones, a pesar de los altos beneficios en morbilidad.²⁰

Implicaciones para Nuevas Terapias

Respecto a los iSGLT2, el estudio observacional multicéntrico EVOLUTION HF demostró retraso en el inicio de agentes recientes como ARNI y dapagliflozina tras hospitalización por IC.¹⁹ Esto se correlaciona con nuestros hallazgos sobre la asociación del médico con la intensificación del tratamiento.

Es importante destacar que un análisis en Estados Unidos (2021) proyectó que agregar dapagliflozina al tratamiento médico dirigido por guías mejoraría los resultados clínicos a largo plazo en pacientes con IC y sería costo-efectivo.²⁴

Soluciones Propuestas

Para abordar esta problemática deben plantearse soluciones que incluyan:

- Educación médica: Actualización continua, programas formativos, difusión de guías.
- Sistemas de apoyo: Recordatorios clínicos, telemedicina, unidades especializadas.
- Empoderamiento del paciente: Educación terapéutica, automonitoreo, adherencia al tratamiento.
- Estrategias institucionales: Protocolos de optimización terapéutica, auditorías de prescripción.

Limitaciones del Estudio

- Muestra no probabilística de selección intencional.
- Posible sesgo de selección en participantes que respondieron voluntariamente.
- Evaluación basada en cuestionario autoadministrado (puede haber discrepancia entre práctica reportada y real).
- No se evaluaron barreras institucionales o del sistema de salud.
- Estudio de corte transversal (no permite establecer causalidad).

Fortalezas del Estudio

- Primera evaluación sistemática de IT en IC en Venezuela.
- Muestra nacional con representación de múltiples estados.
- Instrumento con alta confiabilidad (alfa de Cronbach 0.85).
- Inclusión de residentes y especialistas de diferentes niveles de formación.
- Evaluación integral de factores médicos asociados a IT.

Conclusiones

1. Se confirmó la existencia de un elevado porcentaje de inercia terapéutica (85.5%) en el manejo de la insuficiencia cardíaca entre residentes y especialistas en Medicina Interna en Venezuela, sin diferencias significativas según el grado de experticia.
2. Los factores relacionados con el profesional de salud fueron los más asociados a la falla en intensificación terapéutica, destacando en primer lugar el temor a efectos secundarios de nuevas drogas en pacientes estables a pesar de no presentar contraindicaciones y la buena evidencia para disminuir morbilidad.
3. El factor económico (costo de medicamentos y baja adherencia anticipada) constituyó el segundo factor más importante, reflejando las limitaciones socioeconómicas del contexto venezolano.
4. Existe una discordancia notable entre conocimiento autorreportado y práctica clínica: más de 80% de los participantes con IT refirieron estar familiarizados con las guías actuales y considerarse actualizados.
5. Se resalta el papel central del médico como causante de inercia en el manejo de IC, generando un impacto económico negativo tanto en el paciente como en el sistema de salud, por aumento del costo sanitario asociado a tasas de rehospitalización y estancia hospitalaria prolongada.
6. La identificación temprana y oportuna de IT en todos los centros médicos puede ayudar

a mejorar la intensificación de estos medicamentos y reducir la mortalidad y la recurrencia de ingresos hospitalarios.

7. Son necesarias intervenciones educativas estructuradas y sistemas de apoyo institucional para cerrar la brecha entre conocimiento y práctica clínica en el manejo de IC.

REFERENCIAS

1. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the Management of Heart Failure: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association joint committee on clinical practice guidelines. *Circulation*. 2022;145(18):e876-94. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001062>
2. Heart Disease and Stroke Statistics (2018) Update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137:e67-e492.
3. Ruppert TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM. Medication adherence interventions improve heart failure mortality and readmission rates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(6). <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002606>
4. Tromp J, Ouwerkerk W, van Veldhuisen DJ, et al. A systematic review and network meta-analysis of pharmacological treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *JACC Heart Fail*. 2022;10(2):73-84. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2021.09.004>
5. Greene SJ, Butler J, Albert NM, DeVore AD, Sharma PP, Duffy CI, et al. Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction: the CHAMP-HF registry. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72:351-66.
6. Warden BA, Steiner J, Camacho A, Nguyen K, Purnell JQ, Barton Duell P, et al. Optimizing sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor use in patients with heart failure with reduced ejection fraction: A collaborative clinical practice statement. *Am J Prev Cardiol*. 2021;6:100183.
7. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JAM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical inertia and outpatient medical errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, eds. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville: Advances in Patient Safety; 2005.
8. Aujoulat I, Jacquemin P, Rietzschel E, Scheen A, Trefois P, Wens J, et al. Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Adv Med Educ Pract*. 2014;5:141-47. <https://doi.org/10.2147/AMEPS59022>
9. Komajda M, Anker SD, Cowie MR, et al. Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: data from the QUALIFY global survey. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(5):514-22. <https://doi.org/10.1002/ehf.510>
10. Jarjour M, Ducharme A. Optimization of GDMT for patients with heart failure and reduced ejection fraction: can physiological and biological barriers explain the gaps in adherence to heart failure guidelines? *Drugs Context*. 2023;12. <http://dx.doi.org/10.7573/dic.2023-5-6>
11. Jarjour NN, Bradstreet TR, Schwarzkopf EA, et al. BHLHE40 promotes T(H)2 cell-mediated antihelminth immunity and reveals cooperative CSF2RB family cytokines. *J Immunol*. 2020;204(4):923-32. <https://doi.org/10.4049/jimmunol.1900978>
12. Verhestraeten C, Heggermont WA, Maris M. Clinical inertia in the treatment of heart failure: a major issue to tackle. *Heart Fail Rev*. 2021;26(6):1359-70. <http://dx.doi.org/10.1007/s10741-020-09979-z>
13. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, et al. ACC/AHA statement on cost/value methodology in clinical practice guidelines and performance

INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN VENEZUELA

- measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63:2304-22.
14. ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. Methodology Manual and Policies From the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. American College of Cardiology and American Heart Association, 2010.
 15. Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine (U.S.). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. National Academies Press, 2011.
 16. Erhardt L, Komajda M, Hobbs FD, Soler-Soler J. Cardiologists' awareness and perceptions of guidelines for chronic heart failure. The ADDRESS your Heart survey. *Eur J Heart Fail*. 2008;10(10):1020-25. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2008.08.001>
 17. Komajda M, Anker SD, Cowie MR, Filippatos GS, Mengelle B, Ponikowski P, et al. Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: data from the QUALIFY global survey. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(5):514-22. <https://doi.org/10.1002/ehf.510>
 18. Ouwerkerk W, Voors AA, Anker SD, Cleland JG, Dickstein K, Filippatos G, et al. Determinants and clinical outcome of up-titration of ACE-inhibitors and beta-blockers in patients with heart failure: a prospective European study. *Eur Heart J*. 2017;38(24):1883-90. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx026>
 19. Savarese G, Kishi T, Vardeny O, et al. Heart failure drug treatment-inertia, titration, and discontinuation: a multinational observational study (EVOLUTION HF). *JACC Heart Fail*. 2023;11(1):1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.08.009>
 20. Thorvaldsen T, Benson L, Dahlstrom U, Edner M, Lund LH. Use of evidence-based therapy and survival in heart failure in Sweden 2003-2012. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(5):503-11. <https://doi.org/10.1002/ehf.496>
 21. Greene SJ, Butler J, Albert NM, et al. Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction: the CHAMP-HF registry. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(4):351-66. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.04.070>
 22. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. *Circulation*. 2017;136(6):e137-e161. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000509>
 23. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*. 2023;147(14):e674. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000001142>
 24. Isaza N, Calvachi P, Raber I, Liu CL, Bellows BK, Hernandez I, et al. Cost-effectiveness of Dapagliflozin for the Treatment of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *JAMA Netw Open*. 2021;4(7):e2114501.
 25. Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, Gheorghiade M, Liu Y, Mehra MR, et al. Incremental reduction in risk of death associated with use of guideline-recommended therapies in patients with heart failure: A nested case-control analysis of IMPROVE HF. *J Am Heart Assoc*. 2012;1(1):16-26. <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.111.000018>
 26. Albuquerque DC de, Souza Neto JD de, Bacal F, Rohde LEP, Bernardez-Pereira S, Berwanger O, et al. I Brazilian registry of heart failure - clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arq Bras Cardiol*. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150031>
 27. Girerd N, Von Hunolstein JJ, Pellicori P, Bayés-Genís A, Jaarsma T, Lund LH, et al. Therapeutic inertia in the pharmacological management of heart failure with reduced ejection fraction. *ESC Heart Fail*. 2022;9(4):2063-9. <http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.13929>

Adecuación del esfuerzo terapéutico en los servicios de medicina interna

Adequacy of therapeutic effort in internal medicine services

Julia C. Mendoza Benavides*  0009-0006-9087-233X, David S. Morán Perozo*  0009-0004-5208-3634, Elizabeth Hernández Maurice**  0000-0002-2262-627X

Recibido: 02 de febrero de 2026

Aceptado: 03 de mayo 2026

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimiento sobre la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) en médicos residentes de Medicina Interna a nivel nacional y analizar su implementación práctica en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas (HUC).

Métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo con dos abordajes: primero se distribuyó un cuestionario mediante Google Forms a médicos residentes y especialistas de Medicina Interna en Venezuela para evaluar conocimientos y conductas sobre la AET. Segundo, se efectuó una revisión de historias clínicas de pacientes con criterios de enfermedad terminal en el HUC durante el periodo enero–septiembre de 2024. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis estadístico y se estableció una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se identificó una discrepancia significativa entre la percepción de conocimiento y el conocimiento teórico real sobre la AET. Los participantes demostraron un bajo dominio de conceptos específicos y manifestaron sentir ansiedad al enfrentarse a decisiones al final de la vida. A nivel práctico, se evidenció una alta frecuencia de procedimientos invasivos y tratamientos fútiles en pacientes terminales, a pesar de existir órdenes de "medidas mínimas", demostrando la ambigüedad y la ineficacia de dicho término. **Conclusión:** Existe

una brecha entre la teoría y la aplicación de la AET en la Medicina Interna en Venezuela. El conocimiento deficiente y la falta de directrices claras conducen a la prolongación de tratamientos agresivos en pacientes terminales. Se requiere implementar formación protocolizada en AET y cuidados al final de la vida en los postgrados.

Palabras clave: futilidad médica; cuidados paliativos; enfermo terminal; cuidados al final de la vida; toma de decisiones; limitación del esfuerzo terapéutico; adecuación del esfuerzo terapéutico; educación médica de postgrado.

Adequacy of therapeutic effort in internal medicine services

Julia C. Mendoza Benavides, David S. Morán Perozo, Elizabeth Hernández Maurice

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the level of knowledge regarding Adequacy of Therapeutic Efforts (LTE) among Internal Medicine residents nationwide and to analyze its practical implementation in the Internal Medicine departments of the Hospital Universitario de Caracas (HUC).

Methods: An observational, descriptive study with a two-pronged approach was conducted. First, a validated questionnaire was distributed via Google Forms to Internal Medicine residents and specialists in Venezuela to assess knowledge and behaviors regarding LTE. Second, a review of medical records of patients meeting criteria for terminal illness at the HUC was carried out for the

* Médico Internista, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

** Médico Internista, profesora del Servicio de Medicina Interna 3, directora del Postgrado de Medicina Interna, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

** correo: elihm1@gmail.com

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

period of January–September 2024. The chi-square test was used for statistical analysis, with $p < 0.05$ considered significant.

Results: A significant discrepancy was identified between self-perceived knowledge and actual theoretical knowledge of LTE. Participants showed a low mastery of specific concepts and reported anxiety when facing end-of-life decisions. In practice, a high frequency of invasive procedures and futile treatments was observed in terminal patients, despite "minimum measures" orders, demonstrating the ambiguity and ineffectiveness of this term.

Conclusion: A gap exists between the theory and application of LTE in Internal Medicine in Venezuela. Deficient knowledge and the lack of clear guidelines lead to the continuation of aggressive treatments in terminal patients. There is a need to implement formalized training in LTE and end-of-life care in postgraduate programs.

Keywords: Medical Futility; Palliative Care; Terminal Care; End-of-Life Care; Decision Making; Medical Education.

INTRODUCCIÓN

La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) es una decisión clínica fundamental para evitar tratamientos desproporcionados o fútiles en pacientes con pronóstico reservado. Si bien es una práctica establecida en otras áreas, su aplicación en los servicios de Medicina Interna presenta una brecha significativa. Estos servicios manejan una población de alta complejidad, con una notable carga de pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas (hasta un 11.9% de los ingresos), y reportan tasas de mortalidad que en nuestro medio alcanzan el 35,4%,¹ lo que subraya la urgencia de optimizar las decisiones al final de la vida.

La implementación de la AET se ve obstaculizada por importantes barreras de conocimiento. Estudios previos revelan una discrepancia notable: mientras un 72,3% de los médicos internistas percibe tener un buen dominio del tema, solo el 23,8% logra definir el concepto correctamente.² Esta falta de dominio conceptual se asocia a sentimientos de

ansiedad e incomodidad en los profesionales al momento de abordar estas decisiones, lo que repercute directamente en la calidad de la atención.

En Venezuela, a pesar de que el marco normativo apoya la AET,^{3,4} su implementación práctica es deficiente. Este vacío se debe no solo a la ausencia de guías clínicas específicas, sino a carencias críticas del sistema, como la escasez de unidades de cuidados paliativos, la formación insuficiente del personal y la limitada disponibilidad de recursos. Esta suma de carencias, enmarcada en un contexto de bajos recursos, obstaculiza la correcta aplicación de la AET y eleva el riesgo de incurrir en ensañamiento terapéutico.

Por lo tanto, generar evidencia científica local es fundamental. La presente investigación se planteó con el doble objetivo de: 1) evaluar el nivel de conocimiento sobre la AET entre los médicos residentes de Medicina Interna a nivel nacional, y 2) identificar las barreras para su implementación real en un servicio hospitalario de referencia y así contribuir a mejorar la atención al final de la vida.

Diseño del Estudio y Población: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con dos componentes, llevado a cabo entre enero y septiembre de 2024.

1. Componente nacional (encuesta): La población estuvo conformada por médicos residentes de postgrados de Medicina Interna y especialistas en Medicina Interna de Venezuela. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a todos los médicos que aceptaron voluntariamente participar y respondieron la encuesta.
2. Componente local (revisión de casos): La población fueron los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas (HUC) que cumplieran con los criterios de enfermedad terminal definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEC-PAL).⁵ Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional de los casos que

cumplían dichos criterios en el periodo de estudio.

Se excluyeron del análisis de revisión de casos a los pacientes con patologías neoplásicas hematológicas.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario de Caracas. La investigación se adhirió a los principios de la Declaración de Helsinki. Para la encuesta, la participación fue anónima y voluntaria, y el consentimiento informado se consideró implícito al completar y enviar el cuestionario. Para la revisión de historias clínicas, se garantizó la confidencialidad de los datos de los pacientes mediante la anonimización de la información en la base de datos, la cual fue de acceso exclusivo para los investigadores.

Procedimientos y recolección de datos: Para el componente nacional, se distribuyó un cuestionario electrónico a través de la plataforma Google Forms. El instrumento, con una confiabilidad aceptable (alfa de Cronbach = 0,753), fue enviado por correo electrónico y mensajería instantánea (WhatsApp), recogiendo variables demográficas, de conocimiento y de percepción subjetiva sobre la AET.

Para el componente local, se realizó una revisión de las historias clínicas. La recolección de datos fue realizada por dos investigadores y registrada en una hoja de cálculo estandarizada (Microsoft Excel). Se extrajeron variables sobre la aplicación de AET, el personal que la indicó (médicos tratantes o de guardia), comorbilidades y el estado funcional de los pacientes al ingreso. Para la evaluación pronóstica y funcional se utilizaron las escalas de Charlson, Palliative Performance Scale (PaP), ECOG y Karnofsky.^{6,7,8}

Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables numéricas continuas se presentaron con su media y desviación estándar (DE). Para determinar la asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba de chi-cuadrado (χ^2).

Se consideró un resultado estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Parte 1: Encuesta Nacional sobre Conocimiento y Percepción de la AET.

Se analizaron 182 encuestas válidas.

- Características de los participantes: El grupo etario predominante fue el de 23 a 29 años (46,7%), seguido por el de 30 a 39 años. La distribución por sexo fue similar. La mayoría de los participantes eran médicos residentes de postgrado (88,9%), principalmente de primer año (41,7%). Geográficamente, el 55,5% de las respuestas provinieron de centros en el Distrito Metropolitano de Caracas. El Hospital Universitario de Caracas fue la institución con mayor participación (24,2%). El

Tabla 1. Características demográficas y laborales de los médicos encuestados (n=182).

Característica	n	%
Sexo		
Femenino	92	50,5
Masculino	90	49,5
Grupo etario (años)		
23 – 29	85	46,7
30 – 39	79	43,4
40 o más	15	8,2
Nivel de formación		
Residente 1er año	76	41,7
Residente 2do año	49	26,9
Residente 3er año	37	20,3
Especialista en Medicina Interna	20	11
Centro médico de trabajo principal		
Hospital Universitario de Caracas	44	24,18
Hospital Miguel Pérez Carreño	21	11,54
Hospital General del Sur	18	9,89
Hosp. Gral. Del Oeste "Dr. J. G. Hernández"	14	7,69
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera	11	6,04
Hospital de la ULA	8	4,4
Hospital Vargas de Caracas	8	4,4
Otros centros	58	31,87

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

93,4% de los encuestados laboraba en salas de hospitalización, y de estos, el 72,5% también cubría áreas de urgencias.

- Percepción y conocimiento sobre AET: La percepción sobre el conocimiento general del médico internista en el manejo del final de la vida fue calificada como "buena" por el 52,7% o "muy buena" por el 22,3%. En cuanto a la autopercepción, el 70,3% consideró su propio conocimiento como "bueno" o "muy bueno". No obstante, el 77,5% de los encuestados refirió no haber recibido formación especializada en cuidados paliativos. Al evaluar el conocimiento específico, solo el 17,03% de los participantes identificó correctamente las tres acciones que definen la AET (no iniciar un tratamiento, orden de no reanimación y retirar un tratamiento) siendo evaluado a través de las siguientes preguntas: ¿Qué entiende por adecuación del esfuerzo terapéutico en un paciente?, ¿Qué entiende cuando en la historia clínica de un paciente aparece un epígrafe del tipo "paciente no candidato a medidas agresivas/heróicas"? ¿Piensas que es lo mismo no iniciar un tratamiento que retirar un tratamiento ya instaurado? Obteniendo que, además, solo el 12,7% consideró equivalente retirar un tratamiento y no iniciarlo. Por otro lado, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre responder correctamente y las características demográficas de los encuestados. (ver tabla 2)
- Actitudes y experiencias prácticas: El 81,3% de los participantes expresó su deseo de recibir formación en cuidados paliativos. El 89% refirió sentir ansiedad o incomodidad en el manejo de pacientes al final de la vida, y el 60,4% reconoció haber tenido conflictos relacionados con

Tabla 2. Percepción sobre la atención y el conocimiento al final de la vida, según nivel de formación (n=182).

Característica	1er Año (n=76)	2do Año (n=49)	3er Año (n=37)	Especialista (n=20)	Total (n=182)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Atención al final de la vida					
Muy buena	8 (10,5)	10 (20,4)	3 (8,1)	2 (10,0)	23 (12,6)
Buena	47 (61,8)	26 (53,1)	22 (59,5)	12 (60,0)	107 (58,8)
Mala	20 (26,3)	13 (26,5)	8 (21,6)	5 (25,0)	46 (25,3)
Muy mala	1 (1,3)	0 (0,0)	4 (10,8)	1 (5,0)	6 (3,3)
Conocimiento general de los internistas					
Muy bueno	18 (23,7)	15 (30,6)	5 (13,5)	3 (15,0)	41 (22,5)
Bueno	40 (52,6)	22 (44,9)	23 (62,2)	12 (60,0)	97 (53,3)
Mala	15 (19,7)	10 (20,4)	9 (24,3)	5 (25,0)	39 (21,4)
Muy malo	3 (3,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,2)
Conocimiento propio (autopercepción)					
Muy bueno	5 (6,6)	6 (12,2)	4 (10,8)	3 (15,0)	18 (9,9)
Bueno	41 (53,9)	33 (67,3)	22 (59,5)	14 (70,0)	110 (60,4)
Malo*	27 (35,0)	10 (20,4)	11 (29,7)	3 (15,0)	51 (28,0)
Muy malo	3 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,6)

decisiones de AET, principalmente con familiares (50,1%). El 78% consideró que la formación especializada podría aliviar dicha ansiedad. El 86,3% informó no contar con un equipo de cuidados paliativos en su centro de trabajo. (Ver tabla 3)

Parte 2: Análisis de la Implementación de AET en el Hospital Universitario de Caracas

Durante el periodo de estudio, de un total de 552 ingresos, se identificaron 70 pacientes que cumplían criterios de terminalidad.

- Características de la población y desenlaces: La franja etaria con mayor prevalencia fue la de 70-79 años (27%), y el 60% de los pacientes fueron mujeres. La tasa de mortalidad durante la hospitalización fue del 74,3%. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 18 días.
- Evaluación pronóstica, funcional y de

Tabla 3. Posición respecto a manejo de pacientes en el final de su vida (n=182).

Característica	1er Año (n=76)	2do Año (n=49)	3er Año (n=37)	Especialista (n=20)	Total (n=182)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
¿Le genera ansiedad o incomodidad afrontar con un paciente el manejo del final de su vida?					
Mucho	9 (11,8)	6 (12,2)	5 (13,5)	4 (20,0)	24 (13,2)
Un poco	41 (53,9)	26 (53,1)	18 (48,6)	9 (45,0)	94 (51,6)
Rara vez	19 (25,0)	10 (20,4)	10 (27,0)	5 (25,0)	44 (24,2)
Nunca	7 (9,2)	7 (14,2)	4 (10,8)	2 (10,0)	20 (11,0)
Si le genera ansiedad, ¿Cómo cree que podría solucionarlo?					
Aumentando la formación específica en cuidados paliativos	60 (78,9)	38 (77,6)	30 (81,0)	14 (70,0)	142 (78,0)
Con actualizaciones anuales de esa formación	33 (43,4)	22 (44,9)	19 (51,4)	6 (30,0)	80 (44,0)
Teniendo sesiones multidisciplinarias al respecto	41 (53,9)	21 (42,8)	17 (45,9)	6 (30,0)	85 (46,7)
Siendo el Médico de Atención Primaria quien aborde la situación	4 (5,3)	4 (8,2)	0 (0,0)	2 (10,0)	10 (5,5)

laboratorio: El 60% de los pacientes presentó un índice de Charlson superior a 3 puntos, con una mortalidad del 78,6% en este grupo. Según la escala ECOG, el 71,4% se encontraba en incapacidad total (ECOG 4), con una mortalidad del 82% en este subgrupo ($p=0,05$). En la escala PaP, el 54% fue clasificado en el grupo C (supervivencia <30%), de los cuales el 89,9% falleció; la asociación entre la clasificación de la escala y la mortalidad fue

estadísticamente significativa ($p=0,003$). En cuanto a los parámetros de laboratorio, el 76% de los pacientes con hipoproteíнемia y el 69% de aquellos con leucocitosis fallecieron sin embargo ningún con valor estadísticamente significativo.

•Diagnóstico de ingreso y mortalidad: El 47,1% de los ingresos correspondió a pacientes oncológicos y el 52,9% a no oncológicos (principalmente patología neurodegenerativa/ECV). Aunque los ingresos no oncológicos fueron ligeramente mayores, el 52% del total de fallecidos eran pacientes con diagnóstico oncológico.

•Decisiones al final de la vida y medidas terapéuticas: Se encontró evidencia de comunicación sobre la terminalidad al familiar en el 61,4% de los casos, pero solo al propio paciente en el 30%. Únicamente el 7,1% tenía registro de voluntades anticipadas. En el 44,3% de los casos (31 pacientes) existía una orden de "medidas mínimas" en la historia clínica. Se observaron inconsistencias entre estas órdenes y las intervenciones realizadas: al 61,4% del total de los pacientes se les realizó al menos un procedimiento invasivo (siendo la colocación de sonda de Foley la más prevalente) (ver tabla 6); de igual forma del total de pacientes al 21,4 % se le realizó maniobras de RCP y al 24,3% se le administró algún fármaco vasoactivo (ver tabla 7), de los pacientes que recibieron maniobras de RCP, el 64% tenía una orden preexistente de "medidas mínimas". De manera similar, dicha orden estaba presente en el 53,3% de los casos en que se administraron fármacos vasoactivos y en el 66% de los que recibieron quimioterapia o radioterapia (ver tabla 8).

Discusión

Este estudio revela una profunda dicotomía entre la percepción del conocimiento y la aplicación real de la AET en los servicios de Medicina

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

Tabla 4. Características demográficas y condición al egreso de los pacientes con enfermedad terminal (n=70).

Característica	n	%
Sexo		
Femenino	42	60
Masculino	28	40
Grupo etario (años)		
< 50	15	21,4
50 - 59	9	12,8
60 - 69	16	22,8
70 - 79	19	27,1
≥ 80	11	15,7
Condición al egreso		
Vivo	18	25,7
Muerto	52	74,3

Interna en Venezuela. Los hallazgos sugieren barreras significativas a nivel educativo, emocional e institucional que impiden una atención óptima al final de la vida.

- La brecha del conocimiento: Percepción vs. Realidad: Un hallazgo central de nuestro estudio es la marcada discrepancia entre la autopercepción de competencia de los médicos y su conocimiento real sobre la AET. A pesar de que más del 70% de los encuestados consideró su conocimiento como "bueno" o "muy bueno", el 77,5% admitió no tener formación formal en cuidados paliativos y solo un 17% pudo identificar correctamente la definición de AET. Este resultado es consistente con la literatura internacional, como el estudio de García-Caballero y cols.,² aunque nuestra cifra de conocimiento real es aún más baja (17% vs. 23,8%), lo que podría indicar una brecha educativa más pronunciada en nuestro entorno. Esta desconexión entre la confianza y la competencia real es un obstáculo fundamental para la toma de decisiones informadas.
- El impacto emocional y los conflictos en la práctica clínica: La toma de decisiones en el final de la vida genera una carga emo-

Tabla 5. Clasificación de los pacientes según escalas pronósticas y su asociación con la mortalidad (n=70).

Escala y Categoría	Vivo n (%)	Muerto n (%)	Total n
Escala de Charlson al ingreso			
0 – 1 puntos	1 (33,3)	2 (66,7)	3
2 puntos	8 (32,0)	17 (68,0)	25
> 3 puntos	9 (21,4)	33 (78,6)	42
$\chi^2 = 1.01$ $p = 0.60$			
Clinical Dementia Rating (CDR)			
Sano	2 (100,0)	0	2
Cuestionable	1 (16,7)	5 (83,3)	6
Leve	4 (28,6)	10 (71,4)	14
Moderado	5 (26,3)	14 (73,7)	19
Grave	6 (20,7)	23 (79,3)	29
$\chi^2 = 6.5$ $p = 0.16$			
Escala ECOG			
Restricción actividad intensa	0	2 (100,0)	2
Ambulatorio, incapaz para trabajar	1 (50,0)	1 (50,0)	2
Capaz de algún autocuidado	8 (50,0)	8 (50,0)	16
Incapacidad total	9 (18,0)	41 (82,0)	50
$\chi^2 = 7.8$ $p = 0.05$			
Palliative Prognostic Score (PaP)			
Grupo A	4 (30,8)	9 (69,2)	13
Grupo B	10 (52,6)	9 (47,4)	19
Grupo C	4 (10,5)	34 (89,5)	38
$\chi^2 = 11.9$ $p = 0.003$			

cional considerable. La mayoría de los médicos reportaron sentir ansiedad o incomodidad al momento de aplicar AET, una

Tabla 6. Frecuencia de procedimientos invasivos realizados durante la hospitalización en pacientes terminales (n=70).

Procedimiento	n	%
Pacientes con al menos un procedimiento invasivo	43	61,4
Tipos de procedimientos realizados		
Sonda de Foley	31	44,3
Sonda nasogástrica / Gastrostomo	28	40
Vía venosa central (VVC)	25	35,7
Catéter de alto flujo	4	5,7

cifra alarmantemente alta que supera el 62,3% evidenciado por García-Caballero y cols.² Esta ansiedad puede conducir a la inacción o a la toma de decisiones defensivas, como lo sugiere el trabajo de Einstein y cols.¹⁰ sobre la reticencia de los residentes a desaconsejar la RCP fútil. Dicho malestar emocional se traduce en conflictos interpersonales: el 60,4% de nuestros encuestados reportó haber tenido conflictos con familiares, pacientes o colegas. Es revelador que los propios médicos identifiquen la formación especializada (solicitada por el 81,3%)⁹ como la principal herramienta para mitigar esta ansiedad y mejorar la seguridad en sus decisiones.

- La ambigüedad en la práctica: "medidas mínimas" y tratamiento fútil: El análisis de la práctica clínica en el HUC expuso la consecuencia más grave de las barreras anteriores: la persistencia de tratamientos invasivos y fútiles en una población con enfermedad terminal avanzada. A pesar de que los pacientes presentaban una alta carga de comorbilidad (Índice de Charlson elevado) y un mal estado funcional (ECOG 4) y pronóstico (PaP grupo C), el 61,4% fue sometido a procedimientos invasivos.

Tabla 7. Registro de decisiones al final de la vida y procedimientos realizados (n=70).

Característica	n	%
Documentación de decisiones en historia clínica		
Comunicación de terminalidad a familiar	43	61,4
Comunicación de terminalidad a paciente	21	30
Registro de voluntades anticipadas	5	7,1
Orden de "medidas mínimas"	31	44,3
Indicada por médico tratante	22	71,0 [†]
Indicada por médico de guardia	9	29,0 [†]
Intervenciones terapéuticas realizadas		
Administración de fármacos vasoactivos	17	24,3
Reanimación cardiopulmonar (RCP)	15	21,4
Quimioterapia / Radioterapia (QT/RT)	14	20
Terapia de soporte renal (TSR)	10	14,3
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	7	10
Nutrición parenteral total (NPT)	3	4,3

El hallazgo más preocupante es la ambigüedad y el mal uso del término "medidas mínimas". Aunque esta orden constaba en el 44,3% de las historias, su existencia no impidió la realización de intervenciones agresivas. Resulta paradigmático que el 64% de los pacientes que recibieron RCP ya tuvieran una orden de "medidas mínimas". Esta contradicción evidencia que el término carece de una definición estandarizada y operativa, generando confusión y perpetuando el

ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

Tabla 8. Inconsistencia entre órdenes de "cuidados mínimos" y tratamientos realizados en pacientes fallecidos.

Procedimiento	Nº de fallecidos con el procedimiento	Con orden de CM* (n)	Con orden de CM* (%)
Administración de fármacos vasoactivos	15	8	53,3
Reanimación cardiopulmonar (RCP)	14	9	64
Quimioterapia / Radioterapia (QT/RT)	12	8	66,7
Terapia de soporte renal (TSR)	7	4	57,1
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	6	1	16,7
Nutrición parenteral total (NPT)	3	1	33,3

ensañamiento terapéutico. Irónicamente, esta práctica ocurre a pesar de que el marco legal venezolano, a través de la Ley Orgánica de Salud (Art. 69)⁴ y el Código de Deontología Médica (Art. 77 y 81),³ ampara el derecho del paciente a rechazar medidas extraordinarias y exige al médico de la obligación de aplicarlas.

- Limitaciones del estudio: Este estudio tiene varias limitaciones que deben ser reconocidas. La encuesta se basó en un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una mayor concentración de respuestas en Caracas, lo que podría limitar la generalización de los resultados a nivel nacional. La autoevaluación del conocimiento está sujeta a sesgos de deseabilidad social. Por su parte, la revisión de casos se realizó en un único centro hospitalario (HUC).

Conclusión

En conclusión, los médicos de medicina interna en Venezuela enfrentan la atención al final de la

vida con un conocimiento formal deficiente, una alta carga de ansiedad y la ausencia de protocolos institucionales claros, a pesar de un marco legal que apoya la AET. La discrepancia entre la alta autopercepción de competencia y el bajo conocimiento real, sumada a la ambigüedad de términos como "medidas mínimas", resulta en la aplicación de tratamientos fútiles que pueden prolongar el sufrimiento. Se recomienda la implementación urgente de programas de formación estructurados en cuidados paliativos y AET en los postgrados de Medicina Interna, así como el desarrollo y la estandarización de guías clínicas que definan claramente la AET para unificar la práctica, mejorar la comunicación y garantizar que se respete la dignidad del paciente al final de la vida.

REFERENCIAS

1. Luces y Hernández Factores predictivo de mortalidad en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario de Caracas Octubre del 2023
2. García-Caballero R, Real de Asúa D, García Olmos L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? *Rev Clin Esp (Barc)* [Internet]. 2021 ;221(5) :274–8.
3. Código de Deontología Médica Aprobado Durante la LXXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985.
4. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011
5. Sociedad española de cuidados paliativos. Guía de cuidados paliativos 2004
6. Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. Estimate of survival of patients admitted to a Palliative Care Unit: A prospective study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1992;7(2):82–6
7. Maltoni M, Caraceni A, Brunelli C, Broeckaert B, Christakis N, Eychmueller S, y colaboradores. Prognostic factors in advanced cancer patients: Evidence-based clinical recommendations—A study by the steering committee of the European Association for Palliative Care. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005;23(25):6240–8
8. Stuart B. The NHO Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and local medical review policy: hospice access for patients with diseases other than cancer. *Hosp J* 1999;14:139–54.
9. Jacobsen J, Blinderman C, Alexander Cole C, Jackson V. "I'd recommend ..." how to incorporate your recommendation into shared decision making for patients with serious illness. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018 ;55(4) :1224–30.
10. Einstein DJ, Einstein KL, Mathew P. Dying for advice: Code status discussions between resident physicians and patients with advanced cancer—A national survey. *J Palliat Med* [Internet]. 2015;18(6):535–41

Afección cutánea facial poco frecuente en lupus eritematoso sistémico: un caso de demodicosis.

A rare facial skin condition in systemic lupus erythematosus: a case of demodicosis

Carlos Alberto Flores*, Arnaldo Orasma, Virginia Salazar**  0009-0007-5374-5196

Recibido: 30 de diciembre de 2025

Aceptado: 20 de mayo de 2026

RESUMEN

La Demodicosis es una patología cutánea caracterizada por lesiones eritemato-maculares pruriginosas, cuyo agente causal son ácaros foliculares del género *Demodex*. **Caso clínico:** Femenina de 25 años, con antecedente de Lupus eritematoso sistémico (LES), quien presenta desde hace 1 mes, pápulas eritematosas en cara que se extienden desde región frontal hasta mandibular respetando surcos nasogenianos, pruriginosas, confluentes, descamativas. Acude en múltiples ocasiones a médico quien, bajo sospecha clínica de actividad lúpica, indica inmunosupresores, sin lograr mejoría clínica significativa. Por esta razón se realiza Dermatoscopia que demuestra la presencia de ácaros *Demodex folliculorum* en más de 5 x campo por lo que se indica tratamiento médico específico, revirtiendo las manifestaciones dérmicas. **Discusión:** La Demodicosis es una entidad poco común, sólo dos especies de *Demodex* (*D. folliculorum* y *D. brevis*) se han identificado en humanos. Representan flora comensal común de la unidad pilo sebácea de la cara y la proliferación excesiva del ácaro puede producir severa afección cutánea facial en pacientes sanos y muy particularmente en huéspedes inmunocomprometidos, creando confusión y retardo en el diagnóstico definitivo. **Conclusiones:** Ante lesiones dermatológicas faciales en pacientes inmunosuprimidos se debe considerar causas etio-

lógicas alternativas diferentes a la patología inmuno-mediada subyacente, especialmente si no existe mejoría clínica con el uso de drogas inmunosupresoras.

Palabras clave: Demodicosis; lupus eritematoso sistémico; lesión facial.

A rare facial skin condition in systemic lupus erythematosus: a case of demodicosis

Carlos Alberto Flores, Arnaldo Orasma, Virginia Salazar

ABSTRACT

Demodicosis is a skin disease characterized by pruritic erythematous-macular lesions, caused by follicular mites of the genus *Demodex*. **Clinical case:** A 25-year-old female with a history of systemic lupus erythematosus (SLE) has had erythematous papules on her face for the past 1 month, extending from the forehead to the mandible, respecting the nasolabial folds. They are pruritic, confluent, non-scaling. 2 weeks later, they progress to scaly, very pruritic plaques. She denies arthralgia, myalgia, and/or fever. She sees her doctor on multiple occasions, who, based on clinical suspicion of lupus activity, prescribes immunosuppressants without observing clinical improvement. For this reason, a dermatoscopy was performed, which showed *Demodex folliculorum* >5 x field, so medical treatment was indicated, reversing the skin manifestations. **Discussion:** Demodicosis is a rare entity. Only two species of *Demodex* (*D. folliculorum* and *D. brevis*) have been identified in humans. They are common commensal flora of

* Residente de postgrado de Medicina Interna. Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas Venezuela.

** Médico Especialista en Medicina Interna

AFECCIÓN CUTÁNEA FACIAL POCO FRECUENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN CASO DE DEMODICOSIS.

the pilosebaceous unit, but have also been implicated as causative agents of Pityriasis folliculorum, demodicosis rosacea, papulopustular rosacea, demodicosis gravis, and blepharitis.

Conclusions: In the face of manifestations of immunological diseases, look for alternative causes that may be different from the underlying pathology for better therapy and resolution of the pathology.

Keywords: Demodicosis; systemic lupus erythematosus; facial lesion.

INTRODUCCIÓN

La Demodicosis es una ectoparasitosis causada por ácaros del género *Demodex*, especies *folliculorum* y *brevis*. Estos ácaros son cosmopolitas y se comportan como comensales de la unidad pilosebácea, que se alimentan de sebo, detritos celulares, plasma y bacterias. La parasitación cutánea excesiva por *Demodex* se caracteriza por ser una dermatosis que afecta sobre todo la cara, diseminada a áreas sebóreas, con presentación clínica diversa.

Caso clínico

Femenino de 25 años de edad con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES), quien desde hace un mes presenta pápulas eritematosas en cara, de aparición progresiva, que se extiende desde región frontal hasta mandibular, respetando surcos naso genianos, pruriginosas, confluentes, no descamativas; 2 semanas posteriores las lesiones iniciales progresan a placas descamativas, con presencia de signos de rubor, tumefacción y dolor. Es evaluada por varios médicos quienes indican esquemas terapéuticos con diferentes drogas inmunomoduladores como metotrexato, micofenolato mofetilo, hidroxicloroquina, por tiempo que no precisa, sin observar mejoría de las lesiones faciales. Por tal motivo acude a consulta.

Hace 10 años se diagnostica Lupus eritematoso sistémico, al debutar con anemia con repercusión hemodinámica, trombocitopenia severa con signos de sangrado menor (petequias generalizadas), injuria renal aguda que ameritó terapia de sustitución renal y alteración del nivel de consciencia ameri-

tando ingreso a unidad de cuidados intensivos y hospitalización durante 1 mes. Actualmente sólo recibe tratamiento con prednisona 50 mg /día.

Al ingreso, paciente hidratada, afebril al tacto; PA: 118/62 mmHg, PAM: 80 mmHg, FC: 92 LPM, FR: 18 RPM, Temp.: 37°C. Presencia de placas descamativas en región facial, que respeta surcos naso genianos, región peri orbitaria y peri bucal, de bordes irregulares, bien definidos, confluentes, eritematosas y pruriginosas, acompañado de pápulas en región submentoniana y peri orbitaria, con lesiones ulcerativas secas, y presencia de secreción serosas en su interior. (Fig. 1). Se palpan adenopatías en región cervical bilateral, en número de tres (3), de diámetros variables, el mayor de 2 cm, blandos, móviles, renitentes, no adheridos a planos profundos.

Figura 1: Lesiones eritematosas en región facial.



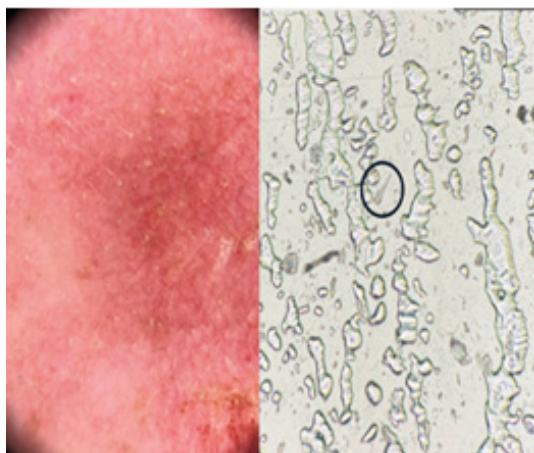
Los laboratorios reportan Hb:8.7g/dL, Hcto:25.3%, VCM 89 fL, HCM: 29.2 pg., CHCM: 33.5 g/dL, WBC: 9.200 mm³, Gr: 57%, Ly: 29%, PLT 128.000mm³, glicemia 84 mg/dL, urea: 21,3 mg/dL; creatinina: 0.8 mg/dL, proteínas totales 7.7gr/dL (albúmina 4.0g/dL, globulinas 3.7gr/dL); bilirrubina total: 1.07mg/dL (directa 0.27, indirecta 0.8), TGO: 42 U/L, TGP: 53 U/L. VSG: 63mm/h, PT: 0.98seg, PTT: -2,1seg. VIH y VDRL no reactivo.

El perfil inmunológico reporta: C3: 95 mg/dL (91-156), C4: 29,18mg/dL (20-50), CH50 56,3 mg/dL(50-150), AntiDNA IFI 36.92, ANA IFI

positivo ++ 1/40-1/160 patrón homogéneo. Para el momento no se cuenta con resto de laboratorios inmunológicos.

Se realiza Dermatoscopia (Fig. 2) donde se observa placa blanquecina que emerge del folículo piloso, rodeada por un halo eritematoso denominado "cola de Demodex". Al microscopio se define la presencia de ácaros *Demodex folliculorum* caracterizado por su cuerpo alargado, en más de 5 por campo, por lo que se plantea el diagnóstico de Foliculitis infecciosa por *Demodex folliculorum*.

Figura 2: Dermatoscopia donde se visualiza "cola de Demodex". Al microscopio (círculo negro) se evidencia cuerpo de Demodex



Se inicia tratamiento con Ivermectina 6 mg dosis única y Metronidazol tópico al 15%. La paciente acude a consulta 10 días después al tratamiento indicado, observando mejoría significativa de lesiones antes descritas (Fig. 3).

Figura 3: Mejoría clínica de lesiones faciales posterior a tratamiento indicado.



Discusión

Demodex es un ácaro facial saprofita que pertenece a la familia Demodicidae, clase Arachnida y orden Acarina. Se ubica en el folículo pilosebáceo y en la glándula sebácea, que se encuentra típicamente en la cara, incluidas mejillas, nariz, región mentoniana, frontal y temporal, pestañas, cejas así como en cuero cabelludo, cuello y orejas. Su proliferación excesiva puede producir lesiones faciales de importancia clínica denominándose Demodicosis.¹

La Demodicosis es una entidad poco común, sólo dos especies de *Demodex* (*D. folliculorum* y *D. brevis*) se han identificado en humanos. Son flora comensal común de la unidad pilosebácea de la cara, pero también han sido implicados como agentes causales de Pitiriasis folliculorum, rosácea demodicosis, rosácea papulopustular, demodicosis gravis y blefaritis.¹

La coexistencia de infecciones dermatológicas en pacientes con patologías inmunomediadas que producen afección cutánea, no siempre es un diagnóstico de sospecha principal y representa un reto diagnóstico. Si bien pueden coexistir dos o más afecciones, una enfermedad a menudo tiene mayor expresión clínica. El diagnóstico de Demodicosis es complicado debido a que los ácaros también se encuentran en la piel de población sana. El diagnóstico definitivo requiere un cuadro clínico compatible y la presencia de alta densidad de ácaros faciales, considerando patógena una densidad mayor a 5 ácaros por folículo o por cm², respectivamente. Otro criterio diagnóstico que se ha propuesto es la respuesta a la terapia anti-Demodex. La dermatoscopia de luz polarizada puede observar la cola del Demodex en las aperturas foliculares así como aperturas foliculares dilatadas.¹

La prevalencia de la Demodicosis es incierta. En 2001, Akilov y Smirnova calcularon la presencia de esta entidad en 39:100.000 del total de la población rusa, con una incidencia de 17:100.000 y frecuencia de 2.1% en la consulta dermatológica. Un estudio Belga reportó una media de presentación en la tercera y cuarta década de la vida, con predominio en el género femenino.²

AFECCIÓN CUTÁNEA FACIAL POCO FRECUENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN CASO DE DEMODICOSIS.

La predisposición por el género femenino es más común en adultos de 20-50 años (aunque, ciertamente, se han detectado casos pediátricos) y tiende a localizarse casi exclusivamente en cara, región centro-facial y mejillas. Si bien es muy variable, la manifestación clínica más común es el eritema persistente asimétrico, siendo el prurito intenso secundario a la exposición solar o en ambientes cálidos, el motivo de consulta más frecuente. Así mismo, no es infrecuente encontrar pápulas y/o pústulas discretamente pruriginosas que forman placas, a veces acompañándose de compromiso ocular.³

La importancia de la dermatoscopia en el diagnóstico está establecido por la visión de la "cola de Demodex", una estructura gelatinosa y blanquecina que emerge del folículo piloso, a menudo rodeada por un halo eritematoso. Además, también se pueden observar tapones foliculares amorfos y grisáceos, asociados con escamas, enrojecimiento y folículos dilatados. A nivel microscópico, las características del Demodex incluyen una morfología alargada y vermiforme, con un cuerpo dividido en gnatosoma (región cefálica), podosoma (región de las patas) que son cortas en su región anterior y un opistosoma (abdomen) largo y estrecho.³

Por otra parte, destaca la relación entre el desarrollo de Demodicosis en pacientes inmunosuprimidos como aquellos con uso crónico de esteroides, inmunosupresores o quimioterapia, en pacientes con infección por VIH o en el curso de enfermedades linfoproliferativas o inmunomediadas.⁴

El tratamiento de la Demodicosis facial se basa en el uso de acaricidas que eliminan el ácaro Demodex. Existen opciones terapéuticas tanto tópicos como orales. Se ha reportado eficacia terapéutica del ácido salicílico, metronidazol, ivermectina oral junto con permectrina tópica y retinoides orales o tópicos. En aquellos casos de demodicosis moderada, agentes tópicos que promueven descamación (como ácido salicílico y retinoides) por sí solos podrían ser efectivos gracias a que previenen la oclusión de los folículos y aceleran la descamación de la epidermis, permitiendo así la eliminación de los ácaros y de sus productos de desecho. Por otra parte, se plantea que la efectividad de los acaricidas orales en el tratamiento

estaría dada por la inhibición de la 5 proteasa kaliceína serina (KLK5) que al igual que las catelicidinas, presentan un aumento de sus niveles en la Demodicosis y otras entidades como la rosácea, generando inflamación, eritema y dilatación pilofolículo y vascular. Esto, debido a una inhibición de las metaloproteinasas de matriz en los queratinocitos.⁵

El pronóstico de la Demodicosis suele ser favorable, cuando se realiza un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En pacientes tratados con metronidazol tópico, se ha documentado recuperación completa y ausencia de recaídas durante seguimiento de 1 a 3 años. En adultos, la Demodicosis suele manifestarse con diversas formas clínicas, incluyendo hiperpigmentación facial y la mayoría de los pacientes logra resolución completa tras el tratamiento con acaricida. En cuanto a la normalización de la densidad de Demodex y la remisión clínica, el uso de ivermectina oral ha demostrado ser eficaz: aproximadamente el 75% de los pacientes alcanzan remisión clínica y reducción significativa de la densidad de ácaros. Sin embargo, la literatura destaca que la Demodicosis puede presentar recurrencias, especialmente en pacientes con inmunosupresión.²

Nuestro caso clínico muestra una paciente con antecedentes de LES y severa afección cutánea a nivel facial a quien indican inmunomoduladores debido a la sospecha de actividad de la patología lúpica, sin lograr respuesta clínica efectiva. Por ello destaca la importancia de considerar la posibilidad de otras patologías incluida las infecciosas asociadas a la inmunosupresión más que actividad de la enfermedad inmunomediada.

REFERENCIAS

1. Andreani J., Pérez F., Molina M., Fuente R. Demodicosis: Revisión de la literatura. RCDerm 2016; (1) 27-32.
2. Feurerman H., Atzmony L., Glick M., Sherman S., Snast I., Hodak E., et al. Pigmented demodicidosis -an under- recognized cause of facial hyperpigmentation. Int J Dermatol. 2022, 61: 564-69.
3. Jasso J., Domínguez J., Hojyo M., Tomoka JM., Díaz G., Demodicosis: A review of current trends. Colegio Iberoamericano de Dermatología 2025; 15-26.
4. Marquardt-Feszler A., Cekała K., Dębska-Słizień A., Imko-Walczyk A. Demodicosis among immunocompromised patients: a review. Adv Dermatol Allergol 2022; XXXIX (5): 829-837
5. I., Golebiewska M., Grzegorz B., Wael E., Zwodzik B., Demodicosis in Different Age Groups and Alternative Treatment Options—A Review. J. Clin. Med. 2023, (12) 1-23.

Tumor de Krukenberg: primario gástrico y bilateral en ovarios. A propósito de un caso. Krukenberg tumor: primary gastric and bilateral in ovaries. A case report

Loredana Palacios  0009-0002-9911-8684, Margaret Mendoza

Recibido: 27 de febrero de 2026

Aceptado: 31 de marzo de 2026

RESUMEN

El tumor de Krukenberg se define como un adenocarcinoma metastásico que infiltra el estroma ovárico, caracterizado por la presencia de células en "anillo de sello" productoras de mucina el cual representa entre el 1-2% de los tumores de ovario y su sitio primario más frecuente es el estómago (70-90% de los casos).

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente femenina de 46 años con pérdida de peso, dolor abdominal y aumento de la circunferencia abdominal por ascitis. La tomografía abdominopélvica reveló masas quísticas mixtas bilaterales en anexos y engrosamiento de la pared gástrica, tras confirmar adenocarcinoma gástrico difuso por endoscopia, se realizó una ooforectomía bilateral; la histopatología reportó tumor de Krukenberg con carcinomatosis y células en anillo de sello.

Discusión: Este tumor muestra predilección por mujeres jóvenes premenopáusicas debido a la rica vascularización ovárica que favorece la siembra metastásica, presentándose de forma bilateral en el 80% de los casos. El diagnóstico diferencial y el perfil inmunohistoquímico son esenciales para distinguirlo de tumores primarios, aunque el pronóstico es reservado, con una supervivencia media de 11 a 12 meses para el origen gástrico, la metasta-

sectomía completa ofrece beneficios en la supervivencia global comparada con la quimioterapia exclusiva.

Palabras clave: krukenberg; adenocarcinoma; metastásico.

Krukenberg tumor: primary gastric and bilateral ovaries. About a case

Loredana Palacios, Margaret Mendoza.

ABSTRACT

The Krukenberg tumor is defined as a metastatic adenocarcinoma that infiltrates the ovarian stroma, characterized by the presence of mucin-producing "signet-ring" cells, which represents between 1-2% of ovarian tumors and its most frequent primary site is the stomach (70-90% of cases).

Clinical Case: We present the case of a 46-year-old female patient with weight loss, abdominal pain, and increased abdominal girth due to ascites. The abdominopelvic tomography revealed bilateral mixed cystic masses in the adnexa and gastric wall thickening, after confirming diffuse gastric adenocarcinoma by endoscopy, a bilateral oophorectomy was performed; histopathology reported Krukenberg tumor with carcinomatosis and signet-ring cells.

Discussion: This tumor shows a predilection for young premenopausal women due to the rich ovarian vascularization that favors metastatic seeding, presenting bilaterally in 80% of cases. Differential diagnosis and immunohistochemical

* Especialistas en Medicina Interna.
* Servicio de Medicina Interna, Hospital General Regional "Dr. Manuel Nuñez Tovar" Maturín -Monagas, Venezuela.
* correo: loredanapalacios@gm

TUMOR DE KRUKENBERG: PRIMARIO GÁSTRICO Y BILATERAL EN OVARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

profiling are essential to distinguish it from primary tumors, although the prognosis is guarded, with a median survival of 11 to 12 months for gastric origin, complete metastasectomy offers benefits in overall survival compared to exclusive chemotherapy.

Keywords: Krukenberg; adenocarcinoma; metastatic.

INTRODUCCIÓN

Es un cáncer metastásico de estirpe epitelial que infiltra el estroma ovárico. Este tipo de tumores tiene una incidencia del 1-2% de todos los tumores del ovario. La localización más frecuente del tumor primario es el estómago y en segundo lugar, el colon. Un 20-30% se presenta como una recidiva posquirúrgica. Las vías de diseminación del tumor primario a los ovarios pueden ser tres: hematógena, linfática o transcelómica. Además, los hallazgos histopatológicos microscópicos característicos son los siguientes: la infiltración del estroma ovárico por adenocarcinoma pobremente diferenciado, la presencia de células en anillo de sello productoras de mucina y la proliferación sarcomatoide del estroma ovárico.

Caso: Paciente femenino de 46 años, natural y procedente de Monagas, quien refiere inicio de enfermedad actual septiembre 2023, caracterizado por aumento de la circunferencia abdominal progresiva, concomitante dolor abdominal de aparición insidiosa localizado en hipogastrio, tipo cólico de leve a moderada intensidad, sin atenuantes ni exacerbantes. En octubre de 2023 presenta lesiones tipo pápulas en cuello y región axilar bilateral, no dolorosas, motivo por el cual se evalúa y decide su ingreso.

Presenta hábito tabáquico durante 20 años tipo cigarrillo, 4 unidades diarias con IPA 4 paquetes año. Refiere pérdida de peso 10 kg en 5 meses, asociado a hiporexia.

Al ingreso la paciente luce hidratada, tolerando vía oral y oxígeno ambiente.

TA: 120/80 mmHg **Fc:** 85 Lpm **Fr:** 21 rpm **SatO₂:** 97%

Piel: Tez morena, se evidencia ligera palidez

cutáneo mucosa, turgor y elasticidad disminuida, llenado capilar <3 seg.

Cuello: Se palpan múltiples pápulas en región cervical posterior y lateral derecha e izquierda.

Cardiopulmonar: Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios presentes sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplo ni galope.

Abdomen: Globoso a expensa de líquido ascítico, RH +, poco depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias. Signo de la oleada +.

Extremidades: Simétricas, eutróficas, sin edema.

Los laboratorios reportan: HB: 9,8 mg/dL Hto: 30,7 Gb: 3,47 Gr: 57,4% Ly: 34,3% PLQ: 298.000mm³ Glicemia: 83 mg/dL urea: 52 mg/dL creatinina: 0.9 mg/dL TGP: 16 U/L TGO: 17 U/L Bilirrubina Total: 0.5 mg/dL LDH: 213 IU/L HIV y VDRL: no reactivo.

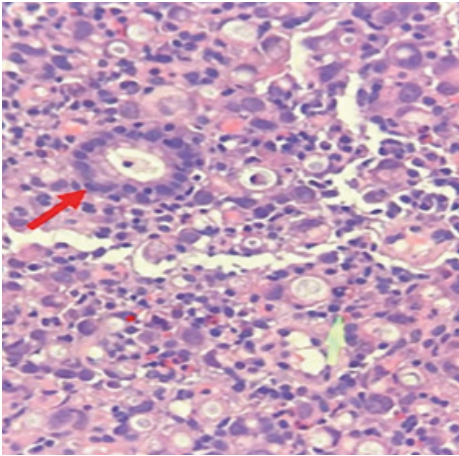
Figura 1: Lesiones tipo pápulas en cuello.



En octubre 2023 se realiza biopsia de piel donde se obtienen hallazgos histológicos compatibles con dermatitis de contacto.

En marzo 2024, se observa una masa quística, mediante un tacto abdomino-pélvico a con doble contraste se observa una masa quística mixta multiloculada aproximadamente 5.5x5.0 cm en ambos anexos, engrosamiento difuso de la pared gástrica y ascitis libre a tensión.

Figura 2: Células en anillo de sello.



Mayo 2024 a través de videogastroscoopia, concluye lesión tipo borrmann IV, se toma biopsia donde se diagnosticó adenocarcinoma difuso, mucosa gástrica.

Agosto 2024, se procede a intervención quirúrgica tipo ooforectomía bilateral biopsia por corte congelado, donde los hallazgos fueron 12 L de líquido ascítico, carcinomatosis universal, tumor de ovario bilateral y estómago de consistencia acartonado, se toma biopsia de peritoneo y epiplón mayor que reporta tumor de krukenberg de ovario con invasión vascular presente y células en anillo de sello.

En vista de hallazgo de biopsia, se plantea el diagnóstico de tumor de krukenberg, primario gástrico y bilateral en ovarios. Paciente es evaluada por oncólogo médico, donde se plantea poliquimioterapia basada en el sitio primario, manteniendo su evolución en estrecha observación.

Discusión: El tumor de Krukenberg se define consistentemente en la literatura como un adenocarcinoma metastásico de ovario caracterizado por células en "anillo de sello" cargadas de mucina, cuyo origen primario es gástrico en el 70% al 90% de los casos, diseminándose frecuentemente a través de la vía linfática retrógrada o hematógena. Una particularidad clínica destacada es la predilección de este tumor por mujeres jóvenes (premeno-

páusicas), con una edad promedio de diagnóstico entre los 25 y 48 años, fenómeno atribuido a la rica vascularización del ovario joven que facilita la siembra metastásica; esto se ilustra dramáticamente en el estudio de caso presentado de una paciente de 46 años que, sin antecedentes previos, debutó con un cuadro agresivo de ascitis masiva y masas ováricas bilaterales secundarias a un cáncer gástrico avanzado. Para el diagnóstico diferencial frente a tumores primarios, es crucial identificar la bilateralidad, presente en el 80% de los casos, y el perfil inmunohistoquímico, que suele ser positivo para CK20 y negativo para CK7 en los de origen gástrico. En el presente caso, la histopatología confirmó la presencia de células en anillo de sello con invasión vascular, hallazgos compatibles con el perfil típico del tumor de Krukenberg de origen gástrico. Aunque el pronóstico es reservado con una supervivencia media de apenas 11 a 12 meses para el origen gástrico, se ha demostrado que la metastasectomía (resección quirúrgica completa) ofrece un beneficio en la supervivencia global comparada con la quimioterapia sola.

Conclusión: El tumor de Krukenberg es predominantemente una metástasis de un cáncer gástrico avanzado (células en anillo de sello), que afecta desproporcionadamente a mujeres jóvenes y requiere una distinción histológica precisa para un manejo que, aunque paliativo en muchos casos, se beneficia significativamente de la resección quirúrgica agresiva.

REFERENCIAS

1. Aziz M, Killeen RB, Carlson K, Kasi A. Krukenberg Tumor. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [actualizado el 20 abr 2024; citado el 25 ene 2026]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482284/>
2. Freire Villagómez SA, Jaramillo Guevara SY, Reisancho Garces KM, Dahik Aguilar NL, Espín Logroño ME. Tumor de Krukenberg, informe de un caso y revisión de literatura. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2025 [citado el 24 ene 2026];5(5):3242-3249. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2858>
3. Guerrero-Hernández A, Ochoa-Carrillo FJ, Sandoval-Ayala OI, Sáenz-Coronado AG, Castro-Nuco J, Briones-Garduño JC. Tumor de Krukenberg. Caso clínico de medicina crítica en ginecología y obstetricia. Gac Mex Oncol. 2024 [citado el 25 ene 2026];11(6):402-406. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-tumor-krukenberg-caso-clinico-medicina-X1665920112839893>