

Cientif **SALUD**

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD



Cientif **SALUD**

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD



Fondo Editorial UNEFM
Calle Norte entre Avenida Manare y Calle Toledo.
Santa Ana de Coro, Falcón. Venezuela.
Dirección postal: 4101
Correo electrónico: unefmoficial@gmail.com
Teléfono: +58 0268 2502402
Dirección web: <https://ediunefm.com/editorial/index.php?op=1>

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Dra. Juogreidin Cerero R.
RECTORA UNEFM

Dra. Lolynn Primera D.
VICERRECTORA ACADÉMICA UNEFM

Lcdo. José Ramírez
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO UNEFM

Dra. Maika Bravo
DECANA DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Cornelio Martínez
DECANO DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Dra. Imelda Reyes
DIRECTORA DEL INSTITUTO DEL ÁREA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Freddy Rodríguez
DIRECTOR DEL FONDO EDITORIAL UNEFM



Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

DIRECTOR-EDITOR

Dr. Juan Carlos Perozo

UNEFM - Venezuela

jperozo@correo.unefm.edu.ve

COMITÉ EDITOR

Dra. Esther Añez (UNEFM)

UNEFM - Venezuela

anez1191@gmail.com

Dra. Milagros García (UNEFM)

UNEFM - Venezuela

milagarca3@gmail.com

Dr. Davide Mobili (UAM)

UAM - Venezuela

prof.davide.mobili@uam.edu.ve

Dra. Ydelbys Pérez Duno

UNEEA-UNEFM- Venezuela

ydelbys.perez@gmail.com

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

COMITÉ DE REDACCIÓN

Dra. María T. Maiolino (UNEFM)
Dra. Coromoto Martínez (UNEFM)
MSc. Raymar Romero (UNEFM)
Dra. Norvys Gutiérrez (MPPE)

CONSEJO DE ASESORES

Dr. Víctor Chávez (UNEFM)
MSc. Antonio Reyes M. (UNEFM)
MSc. Génesis Naranjo (UNEFM)

ASESORES INVITADOS

Dr. Davide Mobili (UAM)
Dra. María Cristina DaCosta (UCV)
Dra. María Arnolda Mejías (UAB)
Esp. Brando Cantú (IMSS)
Dra. Minerva Hernández (UNAM)
MSc. Leonardo Goitía (UDP)
Esp. Oneivic Chávez (UDP)

COMITÉ ACADÉMICO DE PREGRADO

Esp. Francisca Petit (UNEFM)
Dra. Isabel Martins (UNEFM)
Dra. Clara Crasto (UNEFM)
Esp. Carmen Chiquito (UNEFM)

COMITÉ ACADÉMICO DE POSTGRADO

Dr. Antonio Reyes A. (UNEFM)
Dr. Juan Carlos Sarratud (UNEFM)
MSc. Mayelaisabel García (UNEFM)

COMITÉ DE BIOÉTICA:

Dr. Hugo Chirinos
Dra. Eva Mariela Reyes
Abg. Atilio Zarrameda
MSc. Raymar Romero
Dr. Juan Carlos Sarratud

EDICIÓN, MONTAJE Y DIAGRAMACIÓN:

Dra. Ydelbys Pérez Duno

DISEÑO GRÁFICO DE LA EDICIÓN:

Dra. Ydelbys Pérez Duno

DISEÑO DE PORTADA:

Dr. Juan Carlos Perozo

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

COMITÉ ARBITRAJE:

Francisca Petit
Carmen Chiquito
Clara Crasto
Coromoto Martínez
Esther Añez
Eva M. Reyes
Génesis Naranjo
Gerardine García
Gilberto Sambrano
Hugo Chirinos
Isabel Martins
Juan Carlos Perozo
Juan Carlos Sarratud
Luis Urbina
Magali Franco
Mayelaisabel García
Milagros García
Minerva Hernández
Miriankebis Guzmán
Ydelbys Pérez Duno

INSTITUCIONES A LAS QUE PERTENECEN EL COMITÉ Y ASESORES INVITADOS

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda - Venezuela
Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas - Venezuela
Universidad Arturo Michelena - Venezuela
Universidad Central de Venezuela - Venezuela
Universidad Autónoma de Bucaramanga - Colombia
Instituto Mexicano de los Seguros Sociales - México
Universidad Autónoma de México - México
Universidad Diego Portales - Chile

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

SUMARIO

EDITORIAL 9

Juan Carlos Perozo

RECONOCIMIENTO

Dra. Beatriz Granadillo: Un faro de ciencia, humanismo y fe en tierras falconianas..... 11

Juan Carlos Perozo

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Determinantes Sociales en pacientes de hemodiálisis: Una visión desde la fenomenología hermenéutica / Social Determinants in Hemodialysis Patients: A View from Hermeneutical Phenomenology 14

García Eyranabell; Granadillo Beatriz

Economía Social en el contexto latinoamericano y venezolano / Social economy in the Latinamerican and Venezuelan context 25

Orbeta M., Maigualida; Perozo, Luis

Complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en adolescentes / Maternal and Perinatal Complications Associated with Pregnancy in Adolescents..... 30

Buitrago, Elba; Goncalves P. María de Luz

Impacto de la discapacidad funcional por artritis reumatoide en la epidemiología, familia y economía latinoamericana / Impact of functional disability due to rheumatoid arthritis on the latin american epidemiology, family and economy 40

Rodríguez, Elandi

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

Políticas de salud en Venezuela para el control del dengue: Cronología, evolución y desafíos (2003 - 2025) / Health policies in Venezuela for dengue control: chronology, evolution and challenges (2003-2025)50
Bebberaggi M., Angélica C.; Graterol M., Deirys I., Orbeta M., Maigualida

Eficacia del ondasetrón en mitigar alteraciones hemodinámicas causadas por la anestesia raquídea en cesárea segmentaria / Efficacy of Ondansetron in Mitigating Hemodynamic Alterations Caused by Spinal Anesthesia in Segmental Cesarean Section60
García Guanipa, Jordan Leonardo; Lugo Jordan, Carolina Jasmin

CASOS DE ESTUDIO

Edema en pediatría no siempre es nefropatía. A propósito de un caso / Edema in pediatrics is not always nephropathy, report of a case70
Rengifo, Víctor; Amaya, Jenny; Fierro, Jobannia

En medicina uno más uno no es igual a dengue. A propósito de un caso / In medicine one plus one is not equal to dengue. Report of a case.....76
Colina, Olga; Rengifo, Víctor

CientifSALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

EDITORIAL

CIENTIFSALUD: LA DIMENSIÓN HUMANA DE LA CIENCIA Y LA EXCELENCIA ACADÉMICA

El acto de investigar en el campo de las ciencias de la salud adquiere su verdadero significado cuando trasciende la recolección de datos y se convierte en un instrumento indispensable para dignificar la vida y fomentar el desarrollo sostenible¹. En el seno de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), la generación de conocimiento ha evolucionado hacia un modelo que sitúa a la persona y su entorno en el centro absoluto de la asistencia. La ciencia, desde esta visión integradora, abandona la observación pasiva y se erige como una fuerza de intervención orientada a la transformación de las realidades sociosanitarias territoriales².

Este rigor investigativo se sostiene sobre un andamiaje metodológico estructurado y permanentemente actualizado que abarca desde la etapa inicial de pregrado³. La aplicación de planes de intervención de base comunitaria permite a los futuros profesionales de las diversas disciplinas de la salud fusionar los métodos clínicos y sociales de forma totalmente orgánica. La sistematización y ejecución de estas obras documentan una

labor ininterrumpida en la cual los estudiantes y docentes investigadores abordan de primera mano las necesidades locales, garantizando que cada intervención responda con exactitud a la complejidad de las poblaciones estudiadas⁴.

Los resultados de estas investigaciones revelan impactos clínicos, psicosociales y tecnológicos de gran magnitud que pueden dar respuesta a todos los niveles de atención⁵. Por ejemplo, la implementación estricta de protocolos de resguardo cardiovascular ha logrado una reducción comprobada del 7,8% en las cifras de presión arterial poblacional⁶. Simultáneamente, el despliegue de estrategias preventivas asegura la captación temprana y el resguardo absoluto de la ruta materno-infantil en sectores de difícil acceso; otros estudios han dado significado al sentido de la vida desde una visión fenomenológica y, en algunos casos, el impacto vino del desarrollo de nuevas tecnologías⁷.

Por tanto, lejos de limitarse a la estadística estrictamente objetiva, la labor académica de la institución defiende tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa para descifrar

CientifSALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

la vasta complejidad del binomio salud-enfermedad². Se reconoce que la verdadera precisión analítica comienza con la comprensión de los determinantes biológicos, emocionales y sociales de cada individuo, aportando un inmenso valor al desarrollo de todas las ramas de las ciencias de la salud.

Esta consolidación formativa y científica alcanza su máxima expresión en los niveles de postgrado y, muy especialmente, en el Doctorado en Ciencias de la Salud⁸. Este programa de alto nivel ha sido un catalizador fundamental para la generación de saberes, promoviendo estudios inter y transdisciplinarios que abordan problemáticas sumamente complejas desde la epidemiología, la innovación biomédica, la enfermería y la gerontología, perfilando a sus egresados como líderes en la creación de políticas sanitarias de impacto. Asimismo, las directrices actuales impulsan la innovación constante, desarrollando líneas de investigación institucionales orientadas a dar respuestas concretas a las exigencias contemporáneas⁹.

Bajo este precepto de excelencia nace y se consolida *CientifSalud*, el órgano divulgativo oficial del Instituto de Investigación y Postgrado del Área de Salud de la UNEFM¹⁰. Esta revista arbitrada de acceso abierto trasciende el concepto de repositorio documental para establecerse, bajo sólidas normativas editoriales, como un genuino

espacio de debate intelectual¹¹. *CientifSalud* convoca a la comunidad científica a difundir hallazgos que entrelacen la más estricta pulcritud metodológica con la sensibilidad humana y ética, demostrando que el conocimiento superior es aquel que logra sanar, comprender y elevar la condición humana en todas sus dimensiones.

Dr. Juan Carlos Perozo

Director - Editor

Instituto de Investigación en Salud UNEFM / IFICS

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Investigación en salud para el desarrollo sostenible en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021.
2. Perozo-García JC. Investigación cualitativa, un aporte al desarrollo de la medicina familiar. *Rev Mex Med Fam.* 2021;8(7):7-9.
3. Guanipa García JA. Ontología fundamental de competencias educativas en el postgrado de las ciencias de la salud de la UNEFM. *Rev In Situ.* 2023;66(1):154-78.
4. Colmenarez J, et al. PMI del Complejo Habitacional Simón Bolívar, Portuguesa. Coro: UNEFM; 2021.
5. Díaz R, Palencia M. Plan de Intervención Jadacaquiva. Coro: UNEFM; 2025.
6. Navarro K, et al. Resultados CAREMT en Adícora 2025. Coro: UNEFM; 2025.
7. Cossi J, Moreno A. Ruta Materna Adícora. Coro: UNEFM; 2024.
8. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Taller informativo Doctorado en Ciencias de la Salud. Coro: UNEFM; 2020.
9. Vicerrectorado Académico UNEFM. Líneas de investigación institucionales 2020-2025. Santa Ana de Coro: UNEFM; 2020.
10. Consejo Universitario UNEFM. Resolución 023-2023 Creación del Instituto de Investigación y Postgrado del Área de Salud. Santa Ana de Coro: UNEFM; 2023.
11. Revista CientifSalud. Normas editoriales. Santa Ana de Coro: UNEFM; 2024.

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

RECONOCIMIENTO

DRA. BEATRIZ GRANADILLO: UN FARO DE CIENCIA, HUMANISMO Y FE EN TIERRAS FALCONIANAS

Hay vidas que se escriben con la precisión de un bisturí y la delicadeza de una oración. La de la Dra. Beatriz Granadillo es una de ellas. Reconocida como un pilar fundamental de la Medicina Familiar en el estado Falcón, su figura trasciende los títulos para convertirse en un referente de ética, transparencia y una paz que parece emanar de sus propios ojos, claros como el mar Caribe que baña su tierra. Cimientos, Fe y el Despertar de una Vocación. Nacida en Coro un “día de la Guadalupe”, Beatriz creció en un hogar de ocho hermanos donde la rectitud de sus padres, José Vicente y Dalia, sembró la semilla de lo que hoy es su mayor fortaleza: su fe inquebrantable. Cada una de sus mañanas inicia con un ritual de gratitud; antes que el sol termine de salir, Beatriz ya ha agradecido a Dios por la vida y ha lanzado bendiciones al viento para todos los que formamos parte de su mundo. Esa conexión espiritual es el motor que impulsa su carácter firme pero bondadoso.

Formación académica

Su formación académica la llevó a la Universidad de los Andes (ULA), donde se graduó como



Médico Cirujano en 1980. Tras su internado y residencia en Medicina Interna en el Hospital Universitario Alfredo Van Grieken (HUAVG), regresó a la academia para ser parte de la I Cohorte de Magister Scientiarum en Medicina Fa-

Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

RECONOCIMIENTO A LA DRA. BEATRÍZ GRANADILLO

miliar de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), alcanzando luego el grado de Doctora en Ciencias Médicas por la Universidad del Zulia (LUZ) en 2008.

La Arquitecta de la Academia y la Gestión Pública. La trayectoria de la Dra. Granadillo en la UNEFM es legendaria. Como docente de dedicación exclusiva y Jefe del Postgrado de Medicina Familiar en dos periodos cruciales, fue la mentora de más de 20 cohortes. Su rigor no solo formó médicos, sino especialistas con sensibilidad humana. Fue, además, pieza clave en la fundación del Capítulo Falcón de SOVEMEFA en 1994. Su compromiso con la salud pública la llevó a ocupar cargos de alta responsabilidad en la Secretaría de Salud del estado Falcón. Su huella es imborrable en la Oficina Regional de Investigación y Educación (ORIE) hoy DRIE, donde fue pionera en la or-

ganización docente, y en el área de Programas de Salud, donde su capacidad analítica permitió avances significativos en la atención regional.

Tener a la Dra. Granadillo como guía es, para muchos, una virtud y una bendición.

La Investigadora Meticulosa

El Presente en el IFICS. Hoy, en su etapa de jubilada activa, Beatriz demuestra que la pasión por el saber no tiene descanso. Su mente, siempre positiva y aguda, se mantiene en la vanguardia científica a través de su labor en:

- El Instituto Falconiano de Investigaciones Científicas de la Salud (IFICS).
- El Instituto de Investigación en Salud de la UNEFM.

Reconocida con los premios CONABA, Dr. Pedro Iturbe y Dra. Carmen de Carpio, su enfoque en la investigación del paciente diabético y su entrenamiento internacional (Arizona, Washington, Kansas City) la posicionan como una autoridad científica que jamás pierde la humildad.

De lo Ideal a lo Posible

Una Filosofía contra la Desesperanza. En los momentos de incertidumbre, cuando el panora-



Cientif SALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ÓRGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

RECONOCIMIENTO A LA DRA. BEATRÍZ GRANADILLO

ma parece gris, la Dra. Granadillo se convierte en un ancla de serenidad. Con su voz suave pero firme, suele calmar los ánimos con una frase que ya es su sello personal: “Muchachos, no desesperemos. Hay que ser pragmáticos e ir de lo ideal a lo posible”. Para ella, esta máxima no es una resignación, sino una estrategia de victoria: es la forma de dar pasos firmes y realistas sin permitir que la desesperanza paralice la acción.

La Mujer Transparente: Cuatro, Familia y Mar

Más allá de los laboratorios y las aulas, Beatriz es una mujer de mirada dulce que ve de frente, sin dobleces ni posturas. Es una amiga entrañable, una hija abnegada y una madre que ha criado con amor infinito tanto a sus hijos biológicos como a los del corazón. Pero hoy, su título máspreciado es el de abuela, rol que ejerce con la misma pasión con la que defiende una tesis doctoral. Amante de la música y la poesía, el sonido del cuatro suele acompañar sus horas de descanso, reflejando la armonía de una mujer que es, por encima de todo, transparente y auténtica.

Un Agradecimiento al Legado Escrito. Esta semblanza rinde tributo a la información recabada por la Revista Médico de Familia (2012) y, muy especialmente, al trabajo de la Dra. Isabel Martins, quien como alumna y



amiga, supo captar la esencia de su mentora. Tener a la Dra. Beatriz Granadillo entre nosotros es, en sí mismo, una virtud y una bendición. Es el ejemplo vivo de que se puede ser una académica brillante y, al mismo tiempo, un ser humano inmensamente cálido, guiado siempre por la fe y el amor al prójimo.

Dr. Juan Carlos Perozo

Director - Editor

Instituto de Investigación en Salud UNEFM / IFICS

DETERMINANTES SOCIALES EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS: UNA VISIÓN DESDE LA FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA

Social Determinants in Hemodialysis Patients: A View from Hermeneutical Phenomenology

García, Eyrnabell ¹

Granadillo, Beatriz ²

¹ Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Email: eyrnabell75@gmail.com ORCID: 0000-0002-418-3898

² Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda". Email: bgranadillo@hotmail.com ORCID: 0009-0008-1879-9881

RESUMEN. La Enfermedad Renal Crónica es la pérdida gradual de la función renal cuyo tratamiento es la hemodiálisis, donde las condiciones sociales inciden en la salud del paciente. El propósito del estudio es generar un corpus teórico sobre el significado de los determinantes sociales en los pacientes de hemodiálisis de las unidades de terapia de Punto Fijo estado Falcón. Teóricamente se presenta los elementos relacionados con la epistemología de la enfermedad renal crónica y los determinantes sociales de la salud. El sustento metodológico se fundamenta en el paradigma interpretativo con enfoque cualitativo bajo la tradición metodológica en Fenomenología Hermenéutica. Los informantes clave fueron cinco pacientes de hemodiálisis de los distintos centros de salud del contexto de estudio. Los instrumentos de recolección de la data fueron la observación y la entrevista, y para el análisis se trabajó con el giro y la matriz hermenéutica. Entre los hallazgos encontrados se tiene: concienciación de los cuidados, apoyo entre compañeros, profesionalismo del personal, condiciones de los centros de hemodiálisis, dotación de medicamentos, núcleo familiar como sustento del paciente, creencia en Dios como apoyo espiritual, aceptación inicial de la condición renal, condiciones para el trasplante en el paciente de hemodiálisis, resiliencia del paciente. El corpus teórico generado se denominada Exégesis de las experiencias vividas por los pacientes de hemodiálisis, que consta de cuatro principios: Transformación de hábitos de los pacientes de hemodiálisis adaptado a la condición de vida, Requerimiento afectivo-espiritual, Adaptabilidad del paciente de hemodiálisis al sistema de salud y Actitud resiliente del paciente de hemodiálisis.

Palabras clave: determinantes sociales, hemodiálisis, fenomenología hermenéutica.

ABSTRACT. Chronic Kidney Disease is the gradual loss of kidney function whose treatment is hemodialysis, where social conditions affect the patient's health. The purpose of the study is to generate a theoretical corpus on the meaning of social determinants in hemodialysis patients in the therapy units of Punto Fijo,

Falcón state. Theoretically, the elements related to the epistemology of chronic kidney disease and the social determinants of health are presented. The methodological support is based on the interpretive paradigm with a qualitative approach under the methodological tradition in Hermeneutic Phenomenology. The key informants were five hemodialysis patients from the different health centers in the study context. The data collection instruments were observation and interview, and for the analysis we worked with the spin and the hermeneutic matrix. Among the findings found are: awareness of care, support among colleagues, professionalism of the staff, conditions of the hemodialysis centers, provision of medications, family nucleus as support for the patient, belief in God as spiritual support, initial acceptance of the condition renal, conditions for transplant in the hemodialysis patient, patient resilience. The theoretical corpus generated is called Exegesis of the experiences lived by hemodialysis patients, which consists of four principles: Transformation of habits of hemodialysis patients adapted to the living condition, Affective-spiritual requirement, Adaptability of the hemodialysis patient to the system health and resilient attitude of the hemodialysis patient.

Keywords: *Determinantes sociales, Hemodiálisis, Fenomenología Hermenéutica*

INTRODUCCIÓN

La salud es definida por Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”¹, hace referencia al período de un desenvolvimiento pleno de las capacidades de la persona, donde puede desarrollar sus potencialidades para vivir a plenitud. En este sentido, el alcanzar esta plenitud ha sido una de las metas de la humanidad² por lo cual ha sido la protagonista en luchas sociales. El significado de la salud ha evolucionado, en la antigüedad se le atribuía a la salud un carácter místico religioso, sin embargo,

Hipócrates (460 A.C) introduce una visión distinta, dado que presenta conocimientos objetivos de la ciencia intentando desligarla de mitos y ritos que existían para el momento³. También surgieron enfoques materialistas donde su concepción era explicada como el producto del equilibrio o desequilibrio de seis principios: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.

Más adelante en el Siglo XVIII y XIX se comienza a abandonar la idea del castigo divino y se asocia la salud con las condiciones de vida de las personas, siendo en este momento como ya se le otorgaba importancia a la relación entre la salud y los factores que rodean al individuo, suponiendo un vínculo entre el bienestar físico con las condiciones sociales. Entonces se dilucidada la relación entre las condiciones de vida y el tener buena salud, agrega León⁴ que “en nuestra sociedad actual, rodeada de un contexto de agresiones variadas a nuestra salud física y psíquica, cada vez cobra más importancia la vigilancia de la salud en los distintos aspectos de nuestra vida” (p.105).

En contraposición a la concepción de salud se tiene la enfermedad, definida por Adolfo⁵ como el “estado enfermo de un sistema, es caracterizado por valores anormales de las funciones de estado (tanto cuantitativos y cualitativos), que afectan a todo el sistema ser humano” (p.61). Se puede agregar, que son alteraciones del cuerpo humano debidas a malformaciones o deformaciones de la estructura anatómica, pero también pueden provenir de alteraciones al organismo por parte de microbios, bacterias o parásitos, sustancias químicas, cuerpos extraños y toda clase de agentes patógenos. La OMS⁶ define las Enfermedades Crónicas (EC) como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, que no se transmiten de persona a persona. Las principales EC consideradas son: enfermedades cardíacas, los

infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes por el alto grado de mortalidad que tienen a nivel mundial.

Dentro de este grupo de EC se encuentra la enfermedad renal (ER), que es el resultado del que el cuerpo no ejecuta con total normalidad las funciones renales, es decir, se evidencia por el mal funcionamiento del riñón. Cuando el desempeño renal cada vez es más insuficiente se puede llegar a hablar de Enfermedad Renal Crónica (ERC). Al respecto, Bastos y Kirsztajn⁷ define la ERC “como una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, que se clasifica de acuerdo a la tasa de filtración glomerular” (p.93). Especifica Torrijos⁸ que la enfermedad renal crónica (ERC) “se define como una disminución en la función renal, expresada por un Filtrado Glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m², o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses” (p.7). Es decir, la ERC es considerada como una disminución lenta, progresiva e irreversible en la función renal asociada directamente a la acumulación de complicaciones²¹. En consecuencia, la ERC es el camino final común de una variedad de alteraciones que afectan al riñón de forma crónica y definitiva.

En relación con lo planteado Cabrera⁹ explica que los casos con ER los estadios 1 y 2 son subsidiarios de beneficiarse del diagnóstico precoz y del inicio de medidas preventivas de progresión de la ERC y de la patología cardiovascular. Pero ya en el estadio 3 existe una disminución moderada del Filtrado Glomerular (FG entre 30-59 ml/min/1,73 m²), además los datos de daño renal pueden estar ausentes o presentes pues ya no se constituyen en parámetros necesarios para el diagnóstico de este estadio. Aclara que en este estadio se observa un riesgo aumentado de progresión de la enfermedad, donde se hace visible las complicaciones cardiovasculares y pueden aparecer otras,

entre ellas, la insuficiencia renal como la anemia o las alteraciones del metabolismo fosfocálcico⁹.

En el estadio 4 se refleja una disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²), se hace notorio el riesgo de progresión de la insuficiencia renal al estadio 5, agregando a ello complicaciones cardio-vasculares. En este momento, el nefrólogo debe participar en el manejo de los pacientes y presentar la terapéutica específica de cada caso, habrá que valorar la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo⁹. Cuando el paciente ha llegado al estadio 5 de la ERC presenta un FG < 15 ml/min/1,73 m² y se denomina también fallo renal (kidney failure), la valoración de la indicación del tratamiento renal sustitutivo es perentoria, especialmente cuando se presentan síntomas o signos urémicos.⁹ En este estadio es cuando se utiliza el término de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), es decir, la situación subsidiaria de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal.

Se debe aclarar que la expresión de enfermedad renal crónica (ERC) se utiliza de manera genérica cuando se refieren al conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variación de la expresión va a depender del grado de daño del órgano así, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión. Entonces, cuando la ERC avanza desencadena de una IRCT cuyo procedimiento médico viene dado por el tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis o trasplante renal.¹⁰ Es así como Insuficiencia Renal Crónica (IRC) o Enfermedad Renal Crónica (ERC) que afecta a un considerado número de pacientes a nivel mundial, esta imposibilita en el ser humano las funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas, es decir, impide el desarrollo de funciones básicas. La ERC hace que los pacientes deban depender de la diálisis frecuente y periódicamente, lo que

hace que dicha terapia afecte su calidad de vida, obligándolos a cambiar rutinas personales, familiares y laborales, pues deben ser sometidos a terapias durante varias horas en la semana.

Los efectos del tratamiento sustitutivo renal (TSR) inciden en la vida del paciente y de su círculo familiar, ya que el tratamiento conlleva a “una serie de limitaciones físicas, sociales y emocionales, incluyendo dificultades en el desempeño ocupacional, restricciones hídricas, dietas especiales, consultas médicas y sesiones de hemodiálisis, tornando a la persona frágil y desestructurado su cotidiano”¹¹. Todo esto modifica el estilo de vida de los pacientes ya sea por la dependencia de una máquina o los efectos que producen en ellos los cuidados especiales que deben tener, le impide desempeñarse en sus actividades habituales de la misma forma.

Desde la perspectiva médica se puede afirmar que las causas de las enfermedades son diversas, algunas genéticas, pero otras, son producto de las condiciones sociales donde vive el paciente, pues representan un elemento importante en el desarrollo de las afecciones. En este sentido, las circunstancias sociales de las personas, donde nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, el sistema de salud que utilizan, son relevantes. Estos elementos se han denominado como Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos han sido objeto de estudio de muchos países, a razón de lo cual muchas naciones se han preocupado por presentar políticas y planes con el propósito de resolver dicho problema, pues están claros que una sociedad puede evaluar su crecimiento en función de la calidad y protección en la salud que tienen sus ciudadanos.

A propósito de lo cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó en el año 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el fin de recabar datos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de

la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo.¹² El propósito de la CDSS, es generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible, de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. Entonces los DSS están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos¹³.

Solar¹⁴ menciona que la CDSS ha realizado una clasificación en dos grupos de determinantes, los estructurales y los intermediarios. Al respecto, los Determinantes Estructurales se relacionan con los ingresos, la educación, el género, el grupo étnico, y la cohesión social vinculada con el capital social. Mientras que los Intermediarios incluyen las condiciones de vida, las condiciones laborales, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos de la población y el sistema sanitario. Pero a pesar de la intencionalidad planteada y los argumentos presentados por la OMS, no se profundiza en algunos aspectos, sobre todo en países en vías de desarrollo, como es el caso de Venezuela, donde las comunidades poseen algunas características sociales y económicas propias del contexto.

En relación a lo cual la OMS¹⁵ presenta una postura relacionada con la CDSS en su informe final, donde afirma que, en todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios y al sistema de salud, por lo que, en consecuencia, son grupos que enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. En relación a lo planteado se puede afirmar desde la praxis médica y la experiencia que dicha situación describe lo presentado en el contexto

laboral en el cual se desarrolla la investigación, dado que las carencias económicas de los pacientes son muchas veces concluyentes en el camino a la salud.

A este argumento, Lopera¹⁶ presenta estudios a cerca de las desigualdades sociales de salud en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) que explican que la interacción de los factores genéticos y sociales que desencadenan la disparidad en salud. Además, afirma que la pobreza y la falta de justicia social influyen en la atención oportuna y rehabilitación a largo plazo, ya que las principales barreras están las relacionadas con el acceso inequitativo del sistema y de las coberturas en salud. Asimismo, informa que las personas mayores de setenta (70) años y las más pobres son discriminadas y excluidas, ya que poseen más dificultades para acceder al sistema sanitario (16, p.218).

En correspondencia con lo presentado Perales y Reyes¹⁷ define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como la evaluación que realiza el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, que incluye, entre otras, la función física, psicológica y social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional. Es por ello que Atkins¹⁸ plantea que la ERC es una enfermedad reconocida como un problema de salud pública, entre otras razones, por la afectación en la calidad de vida de personas de todas las edades. Según lo cual debo agregar que el paciente con ERC padece tanto por la enfermedad como por el desmejoramiento de su calidad de vida.

En Venezuela la situación de la ERC presenta un contexto complejo donde el número de casos va cada día en aumento y en muchos casos las organizaciones sanitarias resultan ser insuficientes para atender los casos. Al respecto la Sociedad Venezolana de Nefrología presentó en un comunicado en el 2017 el deterioro progresivo de las instituciones de salud, debido a diversas causas, entre las

que menciona: merma constante de recursos materiales medico quirúrgicos, la disminución en el número de médicos en dicha especialidad debido a la fuga del recurso humano, y a la disminución de concursantes a formarse en esta especialidad. Todo el contexto planteado afecta directamente a los pacientes que tienen situaciones delicadas producto de enfermedades de altos costos, como es el caso de la ERC en sus distintas expresiones tanto en terapias sustitutivas, como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal.

Es propicio mencionar que a toda esta situación se le adiciona la actitud que asume el paciente que enfrenta la pérdida irreversible de la función renal, dado que representan cambios importantes en su vida cotidiana, tanto en lo familiar, social y laboral. En este sentido, a los enfermos les corresponde afrontar la ERC, considerando el patrón adaptativo y la tolerancia al estrés, pero también enfrentando las dificultades que involucra la exclusión del mercado laboral y los problemas económicos que eso acarrea, pues dadas las exigencias del horario de la hemodiálisis no le permite asumir compromisos. La situación de estos pacientes es privativa, estos presentan una enfermedad crónica de larga duración que requiere de cuidados especiales por las características de la misma que afecta la persona, pero también al entorno familiar por el cambio del estilo de vida que deben asumir.

Es por ello que la investigación se circunscribe al contexto cualitativo considerando más al paciente que a los elementos propios de la medicina. En este contexto se tiene los significados desde sus vivencias poseen los pacientes con ERC enmarcados en realidades sanitarias, sociales y económicas particulares, que de forma directa o indirectas determinan en sus condiciones de vida. En este sentido, se reflexiona sobre la diversidad de factores biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sani-

tarios y religiosos, que inciden en la forma como enfrentan la enfermedad. Además, cabe resaltar que de acuerdo a los determinantes sociales de la salud los pacientes poseen niveles de conciencia diferente para afrontar la realidad.

Considerando los planteamientos anteriores, la investigación busca el significado que poseen los determinantes sociales de la salud en los pacientes de hemodiálisis, es decir comprender los niveles de conciencia que poseen los enfermos en relación con el fenómeno, cómo es su vivencia en relación a los determinantes estructurales referidos a los ingresos, la educación, el género, el grupo étnico, y la cohesión social. Pero también cuál es la interpretación que le da a los determinantes intermediarios que involucra las condiciones de vida y laborales, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos de la población y el sistema sanitario.

Un referente de la presente investigación es la realizada por Ramírez y Solano¹⁹ quienes realizaron una tesis doctoral de racionalidad cualitativa denominada: La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica realizada en Antioquia, Medellín, Colombia. Al respecto su objetivo es comprender la experiencia vivida por personas con enfermedad renal crónica que han sido trasplantadas, desde los significados construidos con respecto al fenómeno experimentado. Dicho estudio fue realizado bajo el método fenomenológico-hermenéutico, para lo que fundamentado en los cinco existenciales, desde el referencial teórico de Van Manen. Se consideró la participación de once (11) personas trasplantadas, por lo que la información obtenida se recolectó a través de entrevistas semiestructuradas, las que fueron previamente aprobadas por el comité de ética de la Universidad de Antioquia.

Entre los resultados que emergieron el tema principal fue vivir con enfermedad renal crónica, con los subtemas: algo inesperado, estar pre-

sente y no verla, ser joven y estar enfermo (existencial temporalidad); el apoyo, sentirse atados y enfermedad renal crónica terminal (existencial racionalidad); la vida cambia, tristeza y depresión (existencial espacialidad); el cuerpo deteriorado y la alteración de la vida sexual (existencial corporeidad) y el impacto en la situación económica (existencial materialidad). Las autoras llegaron a la conclusión que el cuidado brindado a las personas, debe orientarse a reconocer sus individualidades comprendiendo lo que para el individuo y familia significa la enfermedad, como la vive y cuáles son los cambios a los que se enfrentan, llevándolos a modificar su vida e iniciar un proceso de larga duración, como es el hecho de vivir en cronicidad. El mencionado estudio se asemeja al presente dado que el tema se circunscribe a la ERC, pero también en relación al enfoque cualitativo con orientación fenomenológica.

Entre las interrogantes que se plantea el estudio se encuentran: ¿Cómo son los significados que poseen los pacientes de hemodiálisis en torno a los determinantes sociales de salud? Y ¿Cuál es la interpretación de los determinantes sociales de salud en los pacientes de hemodiálisis? Estas inquietudes dan paso a los propósitos de la investigación que son: describir comprender e interpretar los significados de los determinantes sociales de salud en los pacientes de hemodiálisis, para generar un corpus teórico sobre dichos significados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación se caracteriza por ser abierto, flexible y construido en función de elementos teóricos referentes para lograr la comprensión del fenómeno de estudio. Asimismo, el nivel es aprehensivo pues abarca el campo de la interpretación. Metodológicamente la investigación se sustenta en un enfoque cualitativo, con paradigma interpretativo²⁰ bajo la tradición de la Feno-

menología Hermenéutica. Como instrumentos de recolección de la data se utilizó la entrevista y la observación. En las investigaciones interpretativas la información suministrada del objeto de estudio depende en gran medida de lo expresado por los informantes. En este sentido, una investigación de este tipo la muestra es intencional²⁰ y los sujetos del estudio se denominan como informantes clave. Para ello se consideraron cuatro (4) características para la selección²¹: 1) Participación voluntaria; 2) Experiencia con el fenómeno; 3) Variedad de participantes se relaciona con la diversidad de características propias de cada uno como: edad y sexo; y 4) Relación del participante-investigador, se debe lograr un Rapport previo al proceso de entrevista, que permita generar un clima de confianza y respeto.

Es así como, los informantes fueron cinco (5) pacientes cuyas edades están comprendidas entre 48 a 69 años, de ambos sexos, donde se considerarán para la selección la proximidad con el fenómeno estudiado, la disposición de los mismos a expresar y describir su realidad en relación con el fenómeno de estudio, que en este caso es la experiencia vivida en la unidad de diálisis en relación con los determinantes sociales de la salud. Estos participantes de ambos sexos, con profesiones de obrero, costurera, médico, maestra y comerciante, con proximidad al fenómeno dado que todos reciben hemodiálisis entre 1 y 21 años, además, con la disposición de los mismos a expresar y describir su experiencia vivida en relación con la enfermedad desde los determinantes sociales de la salud.

En relación a los elementos que garantizan el rigor científico en el caso de las investigaciones cualitativas existen algunos criterios definidos. Es así como, confiabilidad viene dada por la seguridad de interpretaciones que en este caso se dio por medio de la incorporación de un investigador externo llamado Par Investigativo, cuya función es emitir su perspectiva acerca del proceso y las

interpretaciones. De igual forma, se tiene la credibilidad, visible en el presente estudio por medio de un instrumento denominado Miembro de Comprobación, donde tanto informante como el par de investigación certifican lo expresado en la entrevista. Otros criterios presentes son: transferibilidad, consistencia, relevancia y adecuación epistémica. (22, p153). En cuanto al componente ético resultó relevante dejar explicitada la interacción entre el informante y el investigador, por medio del Consentimiento informado, donde el participante, en este caso el paciente certifica conocer el uso de la información recabada en la entrevista y su disposición a participar en la investigación. Adicional a ello se hace visible la fundamentación axiológica, donde prevalecen valores como el respeto y la confidencialidad relevantes en todo proceso indagatorio.

Para el análisis de la información se apoyó en los instrumentos como giro y matrices hermenéuticas, fundamentado en los momentos de la metódica Heideggeriana desde su Fenomenología Existencial, como lo son: precomprensión, reducción, destrucción, construcción y penetración, que permitieron la generación del corpus teórico de los significados de los determinantes sociales en los pacientes de hemodiálisis. Es por ello que, a continuación se describe brevemente la senda que sintetiza el camino interpretativo. Se comenzará mencionando que una vez realizadas las entrevistas y transcritas, se realiza la reducción fenomenológica de donde emergieron las unidades de análisis. Una vez realizada esta agrupación se realiza la hermenéutica apoyada en una matriz que presenta tres (3) columnas que describen los niveles sintáctico, semántico y pragmático, que relacionan directamente con los momentos que describe Heidegger. Como producto de esta hermenéusis se presenta la Síntesis Interpretativa de cada informante. Es así como, se presentan las categorías emergentes por medio de un diagrama de redes

(ver Figura 1). Seguidamente se realizó la triangulación de la información considerando lo expuesto por el informante, lo presentado por los teóricos y mi interpretación. De la conexión entre las macro categorías y categorías, se generó la interpretación de donde emergieron los hallazgos y la posterior teoría.

RESULTADOS

Es importante mencionar que en la entrevista a profundidad la conversación giró alrededor de varios tópicos vinculados a los DSS, cuyas descripciones luego del proceso hermenéutico generaron las siguientes macro categorías: Enfermedad Renal Crónica, Atención al paciente renal, Sistema de Salud, Centros de Hemodiálisis, Apoyo familiar,

Estado emocional, Transformación de hábitos, Control de enfermedades, Condición laboral, Hábitos alimenticios, Problemas vivenciados, Relaciones interpersonales, Medicamentos y Religión; de donde cada una de ellas presenta las categorías emergentes como se muestra en el gráfico (Figura 1).

Luego de la interpretación de estas categorías, que se relacionan entre sí logrando la penetración de la metódica de Heidegger, dando lugar al nacimiento de los hallazgos emergentes en relación con los significados de los pacientes de hemodiálisis desde los determinantes sociales de la salud. Es oportuno mencionar que cada uno de estos hallazgos se enmarcan en considerando los determinantes estructurales e intermedios. A continuación, se enuncian estos hallazgos: 1) Concienciación de los cuidados del paciente de hemodiálisis; 2) Apoyo



Figura 1: Diagrama de redes categoriales. Garcia,2022.

entre compañeros de la unidad de hemodiálisis; 3) Profesionalismo del personal de las unidades de hemodiálisis; 4) Condiciones cuestionables de los centros de hemodiálisis; 5) Dotación de medicamentos para los pacientes de hemodiálisis; 6) Dinámica de traslado de los pacientes a las unidades de hemodiálisis; 7) Variación en las actividades diarias de los pacientes de hemodiálisis; 8) El núcleo familiar como sustento del paciente de hemodiálisis; 9) Creencia en Dios como apoyo espiritual para el paciente; 10) Aceptación inicial de la condición renal en los pacientes de hemodiálisis; 11) Condiciones para el trasplante en el paciente de hemodiálisis y 12) Resiliencia del paciente de hemodiálisis.

Luego de la reflexión profunda de los hallazgos, la vinculación con los diferentes elementos teóricos y posturas desde la experiencia vivida, a continuación, se presenta la teoría producto de la investigación titulada: La exégesis de las experiencias vividas por los pacientes de hemodiálisis. Dicho corpus teórico presenta bajo principios que emergieron de la aplicación del método hermenéutico, algunos de los cuales son confirmados desde situaciones empíricamente reconocidas y otras desde la innovación de nuevas visiones, sin embargo, están respaldadas por el análisis anteriormente presentado. A continuación, se explicitan bajo los siguientes principios:

I) Transformación de hábitos de los pacientes de hemodiálisis adaptado a la condición de vida: Los pacientes de hemodiálisis desde el momento que se enteran de que son enfermos renales crónicos comienza a experimentar situaciones de cambios como: 1) Concienciación de la enfermedad renal; 2) Modificación de los hábitos alimenticios; 3) Control de líquidos: Limita las cantidades de líquido para evitar el aumento de peso; 4) Vigilancia de actividades diarias; 5) Cambios en la apariencia personal; 6) Trastornos en la salud y 7) Inactividad laboral

II) Requerimiento afectivo-espiritual del paciente de hemodiálisis: Los pacientes deben tener presentes en su vida la parte afectiva y espiritual, por los sentimientos que eventualmente puedan experimentar por todos los cambios de su vida, a parte de los efectos del tratamiento. Estas necesidades vienen de parte de: 1) La familia como sustento emocional; 2) La Fe en Dios y 3) La solidaridad de compañeros de diálisis;

III) Adaptabilidad del paciente de hemodiálisis al sistema de salud: El contexto sanitario en el que se desarrolla posee elementos buenos y a mejorar, sin embargo, por la permanencia y la necesidad el paciente termina aceptando las condiciones presentadas por el sistema. Estas serían: 1) Condiciones de las máquinas de diálisis; 2) Espacios de espera poco adecuados Centros distantes de los hogares del paciente; 3) Donación de los medicamentos; 4) Personal de atención al paciente con espíritu de servicio;

IV) Actitud resiliente del paciente de hemodiálisis: Los pacientes de hemodiálisis una vez superada la etapa inicial de aceptación, logran adaptarse y asumir una actitud positiva y de lucha para intentar conseguir su salud mental y física. Este se describe en: 1) Apoyo psicológico y emocional y Adhesión terapéutica.

DISCUSIÓN

A continuación, se presenta las reflexiones que se generaron al culminar el transitar de la investigación, estas fueron producto de una introspección como resultado del camino recorrido a través de la tradición cualitativa. Desde el punto reflexivo, al abordar la temática de estudio desde una visión cualitativa hace pensar sobre la importancia del trato humanista con los pacientes. Dentro de las constantes ocupaciones como médicos por momentos olvidamos la compleja vida de nuestros pacientes; aunque siempre se trata con respeto a

todo este estudio invita a ser más empáticos dada la realidad que viven.

En la riqueza investigativa que tiene la recolección de la información por medio de las entrevistas, hace pensar que favorece más a proceso investigativo, es así como, en este surgieron temáticas desde una variedad de puntos de vistas, que, reflexionando en palabras de Heidegger, muestra como emerge el ser del informante bajo el fenómeno. En relación a la enfermedad renal crónica propiamente dicha, se evidencia la desinformación y el temor que existe con respecto al proceso de trasplante. En la narrativa existían pacientes que cumplen con las condiciones para ser trasplantados, y no han hecho las gestiones o peor aún las ha rechazado. Enfatizando entonces, que en el área sanitaria hace falta afianzar la cultura de trasplante renal, informar que esta puede ser una la salida para mejorar la calidad de vida de algunos pacientes y su familia.

Como personal de salud, me siento complacida que a pesar de la diversidad de problemas que enfrentan el sector sanitario, el servicio de atención al paciente compuesto por médicos y enfermeras no sea uno de ellos. En la entrevista la mayoría de los informantes expresó su agradecimiento por la labor realizada por este personal reconociendo su espíritu de servicio. En este contexto también reconocen la oportuna donación de medicamentos por medio de la institución, sintiendo que por lo menos ellos pueden contar con esa ayuda. Sin embargo, es profundamente preocupante la situación de las máquinas de hemodiálisis, ya que no existen políticas a mediano plazo que puedan solucionar el problema y la población con fallas renales continúa creciendo.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (1946) ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions> [consultado 15 enero 2022].
- (2) González, M (2006) La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. Lección inaugural. Curso académico. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva. España. Disponible en <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf?sequence=2>
- (3) Dubos, R. (1975) El espejismo de la Salud (Fondo de Cultura Económica. México)
- (4) León, J. (2011) La salud en el ámbito de nuestra sociedad Pasaje Ciencia 14:105-110 (2011) ISSN 1699-6305 <http://www.pasajealaciencia.es/2011/pdf/19-juanmleon.pdf>
- (5) Adolfo, O (2003) El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta Tercera parte: un modelo teórico de enfermedad Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 64, N° 1 ISSN 1025 - 5583 Págs. 55 - 62 A
- (6) Organización Mundial de la Salud (2020). Enfermedades crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ [consultado 19 enero 2020].
- (7) Bastos M y Kirsztajn G (2011). Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J Bras Nefrol. P.p 93-108.
- (8) Torrijos, J. (2015) Prevalencia y características clínicas de la insuficiencia renal crónica en el ámbito hospitalario. Tesis Doctoral. Universitat de les Balears. España. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4440/Torrijos_Gil_Jose_J_tesis_1de2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (9) Cabrera, S (2004) Capítulo 2: Definición y clasificac-

- ción de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. NEFROLOGÍA. Volumen 24. Suplemento N° 6 Diciembre 2004 p.p 0-235. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-definicion-clasificacion-estadios-enfermedad-renal-articulo-X0211699504030666>
- (10) Torrijos, J. (2015) Prevalencia y características clínicas de la insuficiencia renal crónica en el ámbito hospitalario. Tesis Doctoral. Universitat de les Balears. España. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4440/Torrijos_Gil_Jose_J_tesis_1de2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (11) Viviani K y Ferreira J (2008) El día a día de personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Revista Latino-Americana de Enfermagem ISSN 1518-8345 Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.16 no.4 Ribeirão Preto Aug. 2008. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400006>
- (12) Restrepo, S y Amaya J (2016) Aprendiendo sobre determinantes sociales de la salud a través de crónicas, mediante un ambiente virtual de aprendizaje. Revista Salud Pública. 18 (5): 756-767. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n5/756-767>
- (13) Ávila, M. (2009) Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense. abril-junio; 51. P.2
- (14) Solar, I (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conceptual-framework-for-action-on-SDH_eng.pdf. Consultado en Noviembre de 2019.
- (15) Organización Mundial de la Salud. (2006). Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva
- (16) Lopera, M. (2016). La Enfermedad Renal Crónica en Colombia: Necesidades en Salud y Respues-
ta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Gerenc. Polít. Salud.2016. Enero-junio;15(30): p.212-233
- (17) Perales, M y Reyes, G (2016). Revista de nefrología. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. VOL.36.número 3. MAYO- junio 2016.PÁGINAS 217-332
- (18) Atkins, R (2005). The changing patterns of chronic kidney disease. The need to develop strategies for prevention relevant to different regions and countries.Kidney International Supplement 2005; 1 (98):83- 85.
- (19) Ramírez, C y Solano, M (2018) Tesis Doctoral. La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Universidad de Antioquia, Medellín, Ant, Colombia. Artículo Original 2018;26:e3028. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3028.pdf
- (20) Hernández R, Fernández C y Baptista P. (2014) Metodología de la investigación. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. Sexta Edición. México
- (21) Mendieta I, Giovane (2015) Informantes y muestreo en investigación cualitativa Investigaciones Andina, vol. 17, núm. 30, abril-septiembre, 2015, pp. 1148-1150 Fundación Universitaria del Área Andina Pereira, Colombia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>
- (22) Guba E (1981) Criterios de Credibilidad en la Investigación Naturalista ERIC/ECTJ Anual, vol. 29,2, págs. 75-91.

ECONOMÍA SOCIAL EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO Y VENEZOLANO

Social economy in the Latinamerican and Venezuelan context

Orbeta M., Maigualida ¹

Perozo, Luis ²

¹ Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela. Email: mayavet200521@gmail.com. ORCID 0009-0006-6341-6873

² Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela. Email: luisperozo22@gmail.com. ORCID 0009-0008-5786-2919

RESUMEN. *El presente artículo realiza una revisión bibliográfica sobre los desafíos económicos y sociales en América Latina y Venezuela, con énfasis en la salud universal y su impacto en el bienestar de la población. El objetivo es analizar la dimensión económica inherente al acceso de salud, identificar y analizar los indicadores clave para evaluar el progreso hacia la garantía de cobertura universal de salud, su interrelación con las políticas económicas y sociales implementadas en la región, y los efectos financieros en los hogares. Metodológicamente, se examinan fuentes relevantes, como informes de la OMS y el Banco Mundial, para evaluar los indicadores fundamentales: necesidades insatisfechas de atención de salud, cobertura de servicios esenciales y protección financiera. Los resultados muestran que las políticas económicas, como la privatización, han generado desigualdad en la distribución del PIB, afectando negativamente sectores clave. Los gastos directos de bolsillo en salud representan una barrera económica significativa, especialmente para hogares rurales y vulnerables. Se observa una correlación positiva entre el nivel de desarrollo humano y la cobertura universal de salud, destacando que países con mayores ingresos tienen menos necesidades insatisfechas. El análisis concluye que es esencial implementar estrategias integrales para fortalecer la equidad en el acceso a servicios de salud, priorizar la inversión en atención primaria y diseñar políticas que mitiguen los efectos del gasto catastrófico. Esto incluye un enfoque territorial que atienda las disparidades entre zonas urbanas y rurales, promoviendo un desarrollo económico inclusivo y sostenible.*

Palabras claves: *Salud pública, Privatización, Cobertura universal.*

ABSTRACT. *This article reviews the economic and social challenges in Latin America and Venezuela, with an emphasis on universal health and its impact on the well-being of the population. The purpose is to analyze the economic dimension inherent in access to health, identify and analyze key indicators to evaluate progress towards ensuring universal health coverage, and its interrelation with the economic and social policies implemented in the region and the financial effects on households. Methodologically, relevant sources, such as reports from the WHO and the World Bank, are examined to assess the key indicators: unmet health care needs, coverage of essential services, and financial protection. The results show that economic policies, such as disinvestment, have generated inequality in the distribution of GDP, negatively affecting key sectors. Out-*

of-pocket health expenditures represent a significant economic barrier, especially for rural and vulnerable households. A positive correlation is observed between the level of human development and universal health coverage, highlighting that countries with higher incomes have fewer unmet needs. The analysis concludes that it is essential to implement comprehensive strategies to strengthen equity in access to health services, prioritize investment in primary care, and design policies that mitigate the effects of catastrophic spending. This includes a territorial approach that addresses the disparities between urban and rural areas, promoting inclusive and sustainable economic development.

Keywords: *Public health, Disinvestment, Universal coverage.*

INTRODUCCION

La economía de América Latina ha sido profundamente impactada por la globalización y el nuevo orden mundial, enfrentando dificultades para prosperar debido a la falta de regionalización y la debilidad en la gobernanza. Estas condiciones han exacerbado problemas estructurales como desigualdad, informalidad e inseguridad, que continúan limitando el desarrollo económico y social de la región. La distribución del Producto Interno Bruto (PIB) en América Latina tiene una relación directa con la capacidad de garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad, las políticas económicas predominantes, como la privatización han generado una concentración de riqueza en manos de unos pocos grupos económicos, lo que ha impactado negativamente en la distribución del PIB, la distribución desigual del mismo ha afectado el bienestar de amplios sectores de la población favoreciendo unos sobre otros¹.

En este contexto, el acceso a servicios de sa-

lud universales constituye un desafío crítico, ya que su capacidad para brindar atención asequible y equitativa a servicios esenciales es fundamental para mejorar el bienestar de las poblaciones más vulnerables, por consiguiente, las políticas económicas de los sistemas de salud desempeñan un papel crucial en la estructura social latinoamericana, deben promover la equidad, la diversificación y la inversión en sectores clave para garantizar la salud universal de la población².

La salud universal, definida por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)², abarca tanto el acceso como la cobertura universal de servicios de salud. Esto implica garantizar que todas las personas puedan utilizar servicios integrales, adecuados y oportunos sin barreras económicas, geográficas o socioculturales. No obstante, los países de América Latina enfrentan grandes desafíos para cumplir con estos estándares debido a desigualdades estructurales y barreras financieras, las cuales son evaluadas a través de Indicadores clave, como las necesidades insatisfechas de atención médica, la cobertura de servicios esenciales y la protección financiera, estas reflejan las brechas existentes en los sistemas de salud.

Por lo tanto, la inequidad en el acceso a los servicios de salud afecta principalmente a las poblaciones rurales y de bajos ingresos, quienes enfrentan mayores gastos directos en salud que pueden ser catastróficos o empobrecedores. Además, las disparidades entre zonas urbanas y rurales resaltan la urgencia de implementar políticas específicas que prioricen el desarrollo territorial y reduzcan las barreras al acceso; comprender estas dinámicas es esencial para diseñar estrategias integrales que promuevan sistemas de salud más equitativos y sostenibles³.

La economía social representa un enfoque económico y social orientado a priorizar el bienestar colectivo, la inclusión y la solidaridad por encima

de la mera maximización del beneficio individual. En el contexto latinoamericano, y particularmente en Venezuela, este modelo cobra relevancia ante las múltiples crisis económicas, sociales y sanitarias que afectan a la población. Desde 2020, la pandemia de COVID-19 agudizó vulnerabilidades preexistentes, evidenciando deficiencias del sistema público de salud y resaltando la necesidad de alternativas sostenibles que permitan asegurar el acceso universal y equitativo a servicios básicos de salud.

Este trabajo analiza la dimensión económica en el contexto latinoamericano y venezolano inherente al acceso de salud, identificando los principales indicadores de barreras al acceso a servicios médicos esenciales, evaluando su progreso hacia la garantía de cobertura universal de salud, la interrelación con las políticas económicas y sociales implementadas en la región así como los efectos financieros en los hogares.

REVISION LITERARIA

Se realizó una revisión documental cualitativa basada en fuentes académicas, informes institucionales, y documentos legales publicados entre 2020 y 2025. La búsqueda consideró bases de datos y plataformas digitales especializadas, así como reportes de organismos nacionales y regionales. Se recolectaron, analizaron y compararon antecedentes relevantes que abordan la intersección entre economía social y salud pública en Latinoamérica y Venezuela. La selección priorizó fuentes que evidenciaran impactos socioeconómicos recientes y estrategias de intervención basadas en la economía social. También se revisaron marcos legales vigentes vinculados con el derecho a la salud y el desarrollo social sustentable.

Para garantizar la rigurosidad y sistematización de esta revisión se aplicó la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic

Reviews and Meta-Analyses). Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases académicas, informes oficiales y literatura científica, incluyendo fuentes de la OPS, OMS y estudios venezolanos. Se escogieron palabras clave como “economía social”, “salud pública”, “desigualdad en salud” y “cobertura universal”. Se aplicarán criterios de inclusión: documentos entre 2020 y 2025 que analizarán accesos a salud y políticas sociales en la región. Se excluyeron trabajos sin revisión por pares o irrelevantes. Los textos completos se evaluarán para asegurar pertinencia y calidad metodológica, considerando necesidades insatisfechas, cobertura de servicios y protección financiera. Se integraron los estudios que cumplieron estos criterios para asegurar un análisis representativo y actualizado.

Los datos recopilados se organizan cualitativamente, identificando tendencias estructurales, desafíos y avances en el modelo de economía social aplicado a salud pública en la región, reconociendo la importancia de fortalecer la equidad y priorizar la inversión en atención primaria desde un enfoque territorial¹.

La revisión literaria confirma que la economía latinoamericana enfrenta desafíos significativos debido a los procesos de globalización y el desequilibrio en la gobernanza, lo que exacerba la inseguridad social, informalidad y desigualdad. Estos hallazgos concuerdan con estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), señalando la falta de regionalización y las políticas económicas neoliberales como limitantes del desarrollo inclusivo en la región⁴. La inequidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente para las poblaciones de bajos ingresos, ha generado cambios en las dinámicas socioeconómicas, tal como lo indica Fleury³, quien destaca cómo la privatización ha afectado negativamente la distribución del PIB y el bienestar de la población.

Para realizar el seguimiento del avance hacia la salud universal y el desarrollo humano se utilizan

los principales indicadores contemplados en el Marco de monitoreo para la salud universal en la Región de las Américas⁵, el mismo se centra en los aspectos relacionados con el desempeño en torno a la salud universal, utilizando indicadores clave que proporcionan una visión integral del proceso de búsqueda de atención de salud, desde la necesidad inicial hasta la utilización del servicio y el impacto financiero. El primer indicador es la necesidad insatisfecha de atención de salud, el segundo cobertura de los servicios de salud esenciales y por último, protección financiera.

Con respecto al indicador de necesidades insatisfechas de atención de salud, ocurren cuando las personas perciben que necesitan servicios de salud, pero no los reciben, este indicador mide la proporción de la población que manifiesta que sus necesidades de atención de salud no han sido satisfechas debido a diversas barreras, como las relacionadas con la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y financiera, cuestiones organizacionales y factores vinculados con la aceptabilidad.

En relación a la cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS)⁶: este indicador se mide mediante el índice de la OMS de cobertura de los servicios, una medición compuesta que combina 14 indicadores de seguimiento en cuatro áreas claves de la salud como son: la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles, y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos.

Por último, el indicador de protección financiera (indicador 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible)⁶, evalúa el grado en que las personas están protegidas contra las dificultades financieras debidas a los gastos directos de bolsillo en salud⁴, estos dependen de varios factores, como el nivel y la distribución de los ingresos

familiares y otras variables socioeconómicas. Este indicador abarca dos mediciones clave: la proporción de la población que sufre un gasto catastrófico en atención de salud y la proporción de la población que se ha empobrecido debido al gasto directo en atención de salud.⁷

Estos gastos representan una barrera económica importante que dificulta el acceso a los servicios de salud y son reflejo de los métodos más inequitativos e ineficientes de financiamiento del sistema, colocando las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad estructural, sin garantías de protección financiera y con recursos insuficientes para afrontar las situaciones, conllevando a los hogares a la pobreza debido al gasto en salud.

En conjunto, los indicadores mencionados ofrecen una visión equilibrada del avance hacia la salud universal, abordando tanto el alcance de los servicios de salud esenciales como la multitud de barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. La convergencia entre las necesidades de atención médica no satisfechas, la garantía de cobertura universal y la incidencia de gastos directos en salud, es una relación multifacética e interdependiente lo que acentúa la imperiosa necesidad de adoptar estrategias integrales que optimicen los resultados sanitarios en América Latina.

Por lo tanto, las políticas orientadas a fortalecer la protección financiera de los hogares tienen como propósito fundamental salvaguardar a las personas y las familias de los gastos derivados de la atención médica o de enfermedades crónicas, los cuales pueden desencadenar gastos catastróficos y, en consecuencia, empobrecimiento, afectando de manera desproporcionada a ciertos segmentos de la población, como los hogares rurales y las personas de edad avanzada⁷.

Asimismo, la estructura etaria de los hogares influye significativamente en su vulnerabilidad

económica frente a los gastos en salud. Los hogares conformados exclusivamente por personas mayores tienden a enfrentar mayores gastos catastróficos en comparación con aquellos integrados por personas jóvenes, esta disparidad se explica por dos factores principales: primero, las personas mayores generalmente requieren una mayor atención médica; y segundo, experimentan una reducción en sus ingresos debido al término de su vida laboral y las limitaciones de los sistemas de pensiones. En contraste, la población joven suele incurrir en menores gastos sanitarios y, en muchos casos, depende económicamente de sus padres por un período más prolongado que en décadas anteriores⁸.

Aunado a ello, los hogares multigeneracionales, caracterizados por la coexistencia de adultos económicamente activos, niños y personas mayores, presentan una particular vulnerabilidad al empobrecimiento por motivos de salud. Si bien los adultos aportan el sustento económico, la presencia de niños y ancianos, con sus elevadas necesidades de atención médica y limitada capacidad para generar ingresos, incrementa el riesgo de gastos catastróficos. En contraposición, los hogares integrados exclusivamente por adultos, al gozar de una mayor estabilidad económica derivada de sus ingresos laborales, se encuentran menos expuestos a este tipo de vulnerabilidad⁸.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan incrementar el gasto público en salud al menos al 6% del PIB, con un enfoque en atención primaria y equidad, para cerrar brechas derivadas de la segmentación social y económica de la región⁹. En América Latina, la diversidad de contextos ha generado variadas implementaciones de la economía social en salud. Países como Brasil, Chile y México cuentan con experiencias que integran cooperativas de salud, sistemas de seguridad social comunitarios y

proyectos de emprendimiento social orientados a la prevención y manejo de enfermedades crónicas. Estas prácticas reflejan la pertinencia de vincular la economía social con estrategias de salud pública que respondan a las desigualdades estructurales y promuevan la participación ciudadana¹⁰⁻¹¹.

En el ámbito venezolano, se define pobreza como la población con un ingreso menor a 2,15 US\$ por día, en el 2006, el 7.1% de la población se encontraba en esta situación, aunque sabemos que esta cifra debe ser mayor por los altos costos de vida y situación crisis en el país¹². El gasto bolsillo por tema de salud fue el más alto de la región, lo que se traduce en menor inversión del PIB en salud y mayor gasto bolsillo por los usuarios del sistema de salud¹³.

En 2024, Venezuela experimentó un crecimiento económico notable, con estimaciones que indican un aumento del Producto Interno Bruto entre el 6,2% y el 9%. Este repunte se atribuye principalmente a la recuperación del sector petrolero y a políticas económicas que han incentivado la actividad productiva, sin embargo, a pesar de este crecimiento, la inflación sigue siendo un desafío significativo. Diferentes fuentes reportan variaciones en la tasa de inflación anual para 2024¹⁴.

En Venezuela se proyecta un crecimiento del PIB del 4,2% para 2024, impulsado por la recuperación de la actividad petrolera y no petrolera. La demanda agregada interna crecería 3,2%, con incrementos en consumo privado, gasto público y formación de capital fijo. Sin embargo esto queda en cifras por la actual inflación que azota el país por el incremento del dólar paralelo como moneda de uso ilegal pero comercial¹⁵.

Durante la última década, y especialmente desde 2020, se ha evidenciado en Venezuela el rol crucial que estas iniciativas juegan para mitigar la crisis sanitaria. La imposibilidad del sistema hospitalario para cubrir la demanda llevó a que comunidades y actores sociales organizaran redes

solidarias para brindar servicios básicos de salud, educación sanitaria y apoyo logístico. Estas redes operan en condiciones adversas, enfrentando la escasez de insumos, la precariedad económica y la falta de reconocimiento oficial. A pesar de esto, han permitido sostener la atención en zonas urbanas y rurales con baja cobertura formal¹⁶.

DISCUSIÓN

En este contexto latinoamericano, se ha evidenciado que los hogares rurales enfrentan de manera sistemática una mayor exposición a gastos directos en salud que pueden resultar empobrecedores, en comparación con sus contrapartes urbanas. Dicha disparidad subraya la apremiante necesidad de implementar intervenciones focalizadas en las zonas rurales, con el objetivo de mitigar las dificultades financieras y promover un acceso equitativo a servicios de salud asequibles.

Lo expuesto sugiere una relación de causalidad en la cual el incremento en los gastos directos en salud contribuye al aumento de los niveles de pobreza. La comprensión a profundidad de esta dinámica resulta esencial para los responsables de la formulación de políticas, permitiéndoles abordar y optimizar los mecanismos de protección financiera en la atención de la salud, así como mitigar la carga económica que recae sobre los grupos más vulnerables.

Por lo tanto, afrontar estos desafíos de manera eficaz implica priorizar la asignación de recursos hacia la atención primaria, reevaluar las distribuciones presupuestarias existentes y establecer estructuras organizacionales sólidas que respalden un enfoque territorial donde los servicios y recursos se organicen en función de las necesidades específicas de la población local, lo cual resulta fundamental para asegurar una distribución equitativa y sostenible del bienestar en toda la región.

En cuanto al contexto venezolano la crisis eco-

nómica ha afectado gravemente la inversión en salud en Venezuela. El país enfrenta una crisis multidimensional prolongada, donde la economía social aparece como un componente clave para la reconstrucción del tejido social y la mitigación de impactos adversos en la salud pública¹⁷. En 2018, el país destinó alrededor del 4,09% del Producto Interno Bruto (PBI) a este sector, pero este porcentaje ha variado en los últimos años debido a la inestabilidad económica y la falta de recursos. En términos de gasto per cápita, la cifra fue de aproximadamente 165 dólares en ese año, una cantidad insuficiente si se compara con otros países de la región¹⁸.

La experiencia venezolana refleja un escenario de emergencia sanitaria y económica que limita su proyección, pero también una oportunidad para reorientar políticas hacia un desarrollo social sustentable centrado en la justicia y el derecho a la salud¹⁹⁻¹⁷. Aunque ningún sistema de salud es perfecto, se pueden notar diferencias significativas en la calidad de los servicios, acceso a tratamientos y estabilidad de los recursos.

Los profesionales de la salud han emigrado en busca de mejores oportunidades, lo que ha generado una crisis en la atención médica. Mientras en Venezuela conseguir un medicamento puede ser un reto, en otros países la atención médica es más accesible y eficiente, es evidente que los sistemas de salud en muchos países ofrecen más garantías y estabilidad que la que actualmente existe en Venezuela.

En muchos países desarrollados, la demanda de profesionales de la salud supera la oferta local, especialmente en zonas rurales o menos favorecidas. La presencia de personal sanitario extranjero ayuda a mitigar la escasez de trabajadores en sectores críticos de la salud, los migrantes cubren estas vacantes, permitiendo un funcionamiento más eficiente del sistema de salud y evitando colapsos en los servicios médicos. Los profesionales de la

salud migrantes pueden fomentar la innovación y la diversificación en los sistemas sanitarios al introducir nuevas prácticas, conocimientos y experiencias adquiridas en sus países de origen. Este intercambio de conocimientos mejora la calidad de los servicios médicos y contribuye al avance de la investigación en el sector, sin embargo, desabastece de personal al país Venezuela.

En Venezuela, pese a los retos mayúsculos, la economía social en salud representa también un espacio de resistencia y reconstrucción social, con el potencial de transformar no solo la gestión sanitaria, sino también la relación Estado-sociedad y la justicia social. La informalidad laboral y precariedad social inciden directamente en las condiciones de salud pública, mostrando la necesidad de abordar estos problemas desde la economía social y políticas integradas²⁰. La economía social representa una ventana de oportunidad para fortalecer sistemas de salud públicos en contextos de alta vulnerabilidad, como en Venezuela y varios países latinoamericanos. La participación organizada y solidaria de la comunidad no solo complementa la prestación formal de servicios, sino que promueve formas más integrales y humanas de cuidado.

CONCLUSIONES

La economía latinoamericana enfrenta desafíos estructurales que afectan la equidad en el acceso a los servicios de salud. La privatización y la falta de políticas de regionalización han contribuido a la concentración de la riqueza y a la desigualdad en el acceso a la salud.

Los indicadores clave de necesidades insatisfechas, cobertura de servicios y protección financiera revelan las barreras existentes en los sistemas de salud. Los gastos directos de bolsillo representan una carga económica significativa para los hogares, especialmente en zonas rurales.

Es necesario adoptar un enfoque territorial de

la atención primaria de salud, priorizando la inversión y fortaleciendo la protección financiera de los hogares. Las políticas económicas deben promover la equidad, la diversificación y la inversión en sectores clave para mejorar la distribución del PIB y el bienestar de la población.

La economía social emerge como una estrategia clave para enfrentar los desafíos de salud pública en Venezuela y Latinoamérica, especialmente en contextos de crisis. Se requiere impulsar un marco legal robusto y coherente, fortalecer la participación comunitaria y garantizar recursos adecuados para que la economía social pueda ofrecer soluciones efectivas y sostenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Editado por Ligia Giovanella, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. ISBN 978-85-87743-20-6.
- 2.-Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [resolución CD53.R14]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre-3 de octubre de 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. [Accedido 28 Mar 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60812>.
- 3-Fleury Sonia. Derechos sociales: difíciles de construir, fáciles de destruir. Salud colect. [Internet]. 2021 [citado 2025 Abr 05]; 17: e3577. Disponible en: https://www.scielo.org/ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103577&lng=es.Epub 07-Jun 2021. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2021.3577>
- 4-Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base

- para el desarrollo sostenible. Santiago de Chile: CEPAL; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/48518>.
- 5-Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021.[Accedido 28 Mar 2025].Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53299>.
- 6.-Organización Mundial de la Salud, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023. Ginebra: OMS y Banco Mundial; 2023. Resumen disponible en español en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375631/9789240080430-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Accedido 28 Mar 2025]. Informe completo disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400803>
- 7-Hsu J, Flores G, Evans D, Mills A, Hanson K. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *International Journal of Equity in Health*. 2018 May 31; 17(1):69. doi: [10.1186/s12939-018-0749-5](https://doi.org/10.1186/s12939-018-0749-5).
- 8- Organización Panamericana de la Salud. Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329474>.
- 9-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS). La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 22 de noviembre de 2024 [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-10-2024-cepal-ops-llaman-priorizar-inversion-salud-para-reducir-desigualdad-alcanzar>
- 10-CEPEI. República Bolivariana de Venezuela: informe 2020-2025. 2023. Disponible en: <https://cepei.org/wp-content/uploads/2019/10/Venezuela.pdf>
- 11- Observatorio Venezolano de Conflictividad Social. Conflictividad social en Venezuela, enero 2025. 2025 19 de febrero [citado 2025 Ago 4]. Disponible en: <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/tendencias-de-la-conflictividad/conflictividad-social-en-venezuela-en-enero-de-2025>
- 12-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Boletín PNUD 1er trimestre 2024 [Internet]. Disponible en: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/202406/boletin_pnud_1er_trimestre_2024_digital.pdf
- 13- Carrillo Roa A. Sistema de salud en Venezuela en riesgo por crisis económica [Internet]. *SciDev.Net*; 2018 [citado el 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.scidev.net/america-latina/news/sistema-de-salud-en-venezuela-en-riesgo-por-crisis-economica/>
- 14-Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil de país - Venezuela [Internet]. Health Information Platform for the Americas; [citado el 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/venezuela>
- 15- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desempeño Macroeconómico de Venezuela en Tercer Trimestre de 2024 y proyecciones para el futuro [Internet]. Caracas: PNUD; 2024 dic 17 [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/venezuela/publicaciones/desempeno-macroeconomico-de-venezuela-en-tercer-trimestre-de-2024-y-proyecciones-para-el-futuro>
- 16- Aponte Reyes Ortiz G. Financiamiento de la salud pública en América Latina. *Fifarma*. 2024 septiembre [citado 2025 Ago 4]. Disponible en: <https://fifarma.org/wp-content/uploads/2024/09/Financiamiento-de-la-Salud-Publica-en-America-Latina-IRI-USP-2024.pdf>
- 17- Observatorio Venezolano de Salud. Informe Cua-

- litativo de la salud en Venezuela: Cierre del 2024 [Internet]. 2025 11 de febrero [citado 2025 Ago 4]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/informe-cualitativo-de-la-salud-en-venezuela-cierre-del-2024/>
- 18- Centro de Equilibrio para el Desarrollo Económico y Social. Desafíos del financiamiento educativo en Venezuela y propuestas para su solución [Internet]. 2023 [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://equilibriumcende.com/wp-content/uploads/2023/10/El-sistema-educativo-venezolano-en-bancarrota-desafios-del-financiamiento-educativo-en-Venezuela-y-propuestas-para-su-solucion.pdf>
- 19-Villasana Martínez R et al. Fragmentación y financiamiento del sistema de salud venezolano con impacto en la economía social. 2023. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/9795/3/jcaraballo.pdf>
- 20-Rincón Gómez F, Romero G. Integración del sistema de salud de Venezuela. Revista Investigación UCAB. 2022 [citado 2025 Ago 4]. Disponible en: <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/9795/3/jcaraballo.pdf>

COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Maternal and Perinatal Complications Associated with Pregnancy in Adolescents

Buitrago, Elba.¹

Goncalves P., María de Luz.²

¹Clinica Popular Especializada Materno Infantil Ezequiel Zamora. elbabuitrago9@gmail.com, ORCID:0009-0008-2280-3951.

²Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Punto Fijo, Falcón, Venezuela.mariadeluz100@gmail.com, ORCID:0009-0000-2366-6081

RESUMEN. La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período caracterizado por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales, a nivel mundial cerca de 16 millones de adolescentes dan a luz cada año y las complicaciones del embarazo y parto son las causas principales de muerte en este grupo. **Objetivo:** Determinar las complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” en Punto Fijo, estado Falcón, Venezuela. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, de campo no experimental, con una muestra de 45 gestantes adolescentes que acudieron a la emergencia obstétrica, seleccionadas a través de muestreo no probabilístico, intencional. **Resultados:** La edad promedio fue de 16,92 años, edad mínima 14 años y máxima 19 años, 88,89% inició vida sexual entre los 13 y 15 años, 28% solo ha tenido una pareja, 86,67% son primigestas y 93,3% tiene embarazo controlado. 48,89% es bachiller, 64,44% amas de casa, 73,33% viven en unión libre, 55,56% viven solo con su pareja y 40% recibe el aporte económico de ella, 35,56% tuvo complicaciones maternas predominando anemia (100%), infección urinaria y vaginal (93,75%) y 68,75% hipertensión inducida por el embarazo, como complicación perinatal en 46,15% hubo muerte fetal. **Conclusión** La mayoría de las gestantes adolescentes conoce la importancia del control prenatal ya que 93,33% acudió al mismo, sin embargo, es necesario promover educación sexual saludable con programas que permitan disminuir el embarazo adolescente, así como brindar mayores servicios en control prenatal para disminuir las complicaciones.

Palabras clave: embarazo adolescente, complicaciones maternas, complicaciones perinatales.

ABSTRACT. Adolescence, the stage that occurs between childhood and adulthood, is a period characterized by profound physical, psychological, and social changes. Worldwide, approximately 16 million adolescents give birth each year, and complications during pregnancy and childbirth are the leading causes of death in this group. **Objective:** To determine maternal and perinatal complications associated with pregnancy in adolescents attending the “Dr. Rafael Calles Sierra” Hospital in Punto Fijo, Falcón state, Venezuela. **Methodology:** A descriptive, prospective, cross-sectional, non-experimental field study was carried out with a sample of 45 pregnant adolescent women who attended the obstetric emergency room, selected through non-probability, intentional sampling. **Results:** The average age was 16.92 years, minimum age 14 years and maximum 19

years, 88.89% began sexual life between 13 and 15 years, 28% have only had one partner, 86.67% are primigravida and 93.3% have controlled pregnancy. 48.89% are high school graduates, 64.44% housewives, 73.33% live in free union, 55.56% live only with their partner and 40% receive financial support from her, 35.56% had maternal complications predominantly anemia (100%), urinary and vaginal infection (93.75%) and 68.75% pregnancy-induced hypertension, as a perinatal complication in 46.15% there was fetal death. Conclusion: The majority of pregnant adolescents are aware of the importance of prenatal care, with 93.33% attending. However, it is necessary to promote healthy sexuality education with programs to reduce adolescent pregnancy, as well as provide more prenatal care to reduce complications.

Keywords: *adolescent pregnancy, maternal complications, perinatal complications.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas específica incorporada al ciclo vital, está unido a cambios biológicos y psicológicos que encarnan la condición del ser adolescente como estado de transición, de superación de la etapa de la niñez y momento problemático de ingreso a la juventud, con toda la carga simbólica que implica el paso hacia momentos como el inicio de la etapa reproductiva¹.

En otras palabras, la adolescencia es la etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años. El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello, es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. Se caracteriza por la aparición y desarrollo de los ca-

racteres sexuales secundarios, la finalización del crecimiento somático, la adquisición de la capacidad reproductora y el logro de la talla final².

Además, es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, trastornos de la personalidad, entre otros²⁻³.

Es importante señalar que en América Latina y El Caribe los jóvenes de 10 a 24 años representan 30% de la población total y los adolescentes de 10 a 19 años corresponden al 20%. De todos los embarazos en el mundo, 10% ocurren en mujeres adolescentes y cada año 13 millones de adolescentes dan a luz en los países en desarrollo. El embarazo temprano está asociado a efectos adversos, a corto y a mediano plazo, en el binomio madre-niño. Pese a las intervenciones realizadas, el embarazo en la adolescencia presenta resistencia histórica a la disminución, lo cual ha convocado la atención de las autoridades y de la comunidad nacional e internacional³.

Ahora bien, el embarazo se inicia cuando se une espermatozoide y óvulo en la trompa de Falopio, el huevo formado se traslada al útero donde se implanta y desarrolla, hasta que el feto tiene la capacidad de vivir fuera del mismo. Con el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales (modificaciones fisiográvidas) que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción a todos los órganos y sistemas⁴.

Entonces, los cambios que experimenta el organismo se vuelven más acentuados a medida que avanza el embarazo, para llegar a ser muy llamativos al final del mismo. Las modificaciones maternas cobran la mayor importancia si se piensa que, en muchas ocasiones, remedan las respuestas fisiopatológicas ante la enfermedad. A causa de la

variedad de los cambios específicos que se producen en todos los sistemas orgánicos durante la gravidez, resulta difícil describir una panorámica fisiológica total⁴.

Vale la pena mencionar que, el embarazo adolescente definido como el ocurrido en mujeres entre 12 y 19 años de edad, es una variable demográfica asociada al desarrollo de los países, los que tienen mayores niveles de instrucción y educación presentan menor tasa de embarazos en estas edades. El fenómeno se asocia más a la educación y al desarrollo cultural que el desarrollo puramente económico. La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes, la precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones⁵.

Con datos más recientes, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) informa que la tasa de fecundidad de niñas de 10 a 14 años en esta región para el año 2020, fue estimada en 2,4 y en 52.1 para las adolescentes entre 15 y 19 años de edad.⁶ La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé⁷.

El embarazo adolescente califica como problema de salud pública por los riesgos que implica e igualmente, debido a las graves repercusiones que tiene en la salud y en el desarrollo de la persona adolescente. La mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ubica entre las tres primeras causas de muerte en las adolescentes entre 15 y

19 años. En las adolescentes menores de 15 años, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es hasta tres veces más que en mujeres mayores de 20 años⁸.

En este sentido, se registraron en 2019 unos 21 millones de embarazos al año entre las adolescentes de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo; de los cuales aproximadamente el 50% eran no deseados, daban como resultado una cifra estimada de 12 millones de nacimientos, y 55% de los embarazos no deseados terminan en abortos, los cuales a menudo no son seguros en estos países⁹.

Se estima que en América Latina el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil, de igual forma ocurre el incremento en el riesgo de desarrollar eclampsia, endometritis e infecciones puerperales, en relación al feto tiene mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y enfermedades neonatales graves⁸.

En consecuencia, dentro de las complicaciones más frecuentes con adolescentes embarazadas, se reportan trastornos hipertensivos de los cuales en su mayor frecuencia se encuentra la preeclampsia con signos de gravedad (incluido síndrome de HELLP y eclampsia), mayor ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, corioamnionitis y parto pretérmino¹⁰. Igualmente, se ha establecido una asociación entre la mortinatalidad y la mortalidad neonatal de hijos de madres adolescentes; algunos estudios informan que 51% de los embarazos en adolescentes terminan con nacimientos vivos, 35% en aborto inducido y 14% en aborto involuntario o nacimiento de feto muerto. Otros estudios advierten sobre mayores riesgos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, casos de asfixia y futuros problemas de salud en los nacimientos de niñas y adolescentes, lo cual podría atribuirse no sólo a la edad o al desarrollo físico, sino a variables económicas, sociales y educativas⁸.

Por otra parte, las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios, esa situación impacta negativamente en su futuro. El abandono escolar no solo es una consecuencia del embarazo en adolescentes, sino que juega un papel muy importante en las conductas de autocuidado y en las del cuidado del hijo en sus primeros años de vida. El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos; el embarazo en la adolescencia acentúa el círculo vicioso de la pobreza, y además aumenta la probabilidad de transmisión de la pobreza de una generación a otra¹¹.

En este sentido, las consecuencias de los embarazos de adolescentes son múltiples y complejas, es considerado un problema individual, familiar y colectivo, porque constituye una situación difícil, que se agrega a las dificultades del entorno y a las dificultades propias del proceso de desarrollo biopsicosocial en la transición de la niñez a la vida adulta, afectando el presente y el futuro de las madres adolescentes, de sus hijos y de la sociedad¹².

El Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” del IVSS Punto Fijo, Falcón es considerado el principal centro de atención materno infantil de la Península de Paraguaná, Venezuela, por el gran volumen de pacientes que allí se asisten en materia de salud obstétrica, neonatal y ginecológica de los tres municipios que conforman esta región la frecuencia de atención de parto ya sea vaginal o cesárea iterativa en gestantes adolescentes es cada vez más frecuente y cada caso requiere conducta médica distinta.

Conociendo las complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en adolescentes en el centro de salud, permitirá establecer pautas para disminuir el riesgo de morbilidad materno fetal, sabiendo que un gran porcentaje de estos embarazos presentan mal control prenatal, aumentando el riesgo de comorbilidades asociadas al estado grávido.

Tomando en cuenta lo antes planteado surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las complicaciones maternas y perinatales asociadas a embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”?

En lo que respecta a las complicaciones maternas y fetales que se presentan en embarazos adolescentes, se han realizado diferentes estudios, entre ellos se encuentran a nivel internacional:

Rodríguez M.¹³, con el objetivo de describir las complicaciones maternas entre las madres adolescentes primigestas en el Hospital de La Mujer Aguascalientes en México, realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en 104 embarazadas adolescentes, encontrando que la edad de las pacientes comprendió un rango mínimo de 14 años y máximo de 19 años, con una desviación estándar de 1.252. El estado civil más frecuente fue la unión libre con un 52.9%, el 89.4% se dedicaba al hogar, la mayoría (37.5%) tuvo como grado máximo la educación secundaria completa, el 76.9% tuvo un parto vaginal como vía de resolución del embarazo, la principal complicación presentada fue la resolución del embarazo por operación cesárea con un 25%, la principal indicación para realización de operación cesárea fue el período expulsivo prolongado con 7.7%.

En cuanto a las características perinatales la edad gestacional predominante fue en el rango de 39-41 semanas, el peso de los productos fue del 46.2% en el rango de 3001-3500 gramos y la mayoría de los productos el 88.5% presentó un Apgar a los 5 minutos de 9.6 y concluyen que la principal complicación obstétrica presentada por las madres adolescentes primigestas fue la resolución del embarazo por operación cesárea, seguida de ruptura prematura de membranas, lo que concuerda con la literatura científica¹³.

Por su parte, Fawed, O. et al.¹⁴, con el objetivo de identificar cuáles son las complicaciones obstétricas que más inciden en adolescentes y mu-

jes adultas con la edad como factor de riesgo asociado, realizan estudio analítico retrospectivo, en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras, revisaron 380 expedientes. De acuerdo a la edad, un 33,68% (128) pertenece al rango de 10-19 años, en cuanto al grado de escolaridad un 40,26% (153) poseen educación básica incompleta, de estado civil fue unión libre con un 54,74% (208). De las 380/235 (61.84%) participantes presentaron complicaciones en distintas etapas del desarrollo gestivo, desgarros perineales presente en 107 (28.15%), ruptura prematura de membrana con 23 (6.05%), anemia con 20 (5.26%) y parto precipitado 13 (3.42%)¹⁴.

A nivel Nacional, Gálvez F. et. al.¹⁵ en Península de Macanao, Venezuela, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal con la finalidad de determinar las características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia, fueron incluidas 45 gestantes en edades comprendidas entre 12 y 19 años y obtienen los siguientes resultados: la edad de mayor predominio fue la comprendida entre 17 y 19 años, con nivel secundario en un 57,8% de estado civil unión estable 90%, En cuanto a la situación económica predominio de la mala situación económica en 64,4%, 97,8% son multípara, en relación a las complicaciones, hubo predominio de las infecciones vaginales 31,1%, seguido de la sepsis urinaria 22,2%. la HTA transitoria 20%, la anemia y la preeclampsia se comportaron de forma similar con 11,1%¹⁵.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se planteó como objetivo general para la presente investigación: Determinar las complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en adolescentes que acuden a Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” en Punto Fijo, estado Falcón, Venezuela, durante el periodo enero-julio 2021. Entre los objetivos específicos: Conocer las ca-

racterísticas biológicas y socio demográficas de las gestantes adolescentes que acuden al hospital, Identificar las complicaciones maternas asociadas a las gestantes adolescentes, así como mencionar las complicaciones perinatales presentes en estas gestantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, de campo no experimental.

Población y Muestra:

Población: estuvo comprendida por las embarazadas adolescentes que acudieron a Sala de Partos del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra de la ciudad de Punto Fijo, entre enero y julio de 2021.

Muestra: 45 pacientes seleccionadas a través de un muestreo de tipo intencional no probabilístico, supeditado a criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestantes adolescentes que acudieron a Sala de partos del hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” durante el periodo de estudio.
- Aceptaron participar y firmaron consentimiento informado.

Técnicas de Recolección de Datos:

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité de Bioética y la Comisión de evaluación de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” se procedió a informar a todas las adolescentes embarazadas asistidas en la sala de partos del Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” Punto Fijo estado Falcón-Venezuela en qué consistía la investigación, el propósito y el beneficio de la misma, posteriormente se solicitó la firma del consentimiento informado. Para la recolección de datos se aplicó como técnica la entrevista, para obtener información sobre las características biológicas y socio demográficas, a cada gestante se le realizó seguimiento hasta finalizar la gestación para identificar las complicaciones ma-

ternas y perinatales. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos la cual fue diseñada tomando en cuenta los objetivos de la investigación y fueron analizados con estadística descriptiva de tendencia central: frecuencia, valor porcentual, rango y promedio.

trica del hospital Dr. Rafael Calles Sierra, Estado Falcón, durante el periodo enero-julio 2021 que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniendo los siguientes resultados.

RESULTADOS

A través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional se seleccionaron 45 gestantes adolescentes que acudieron a la emergencia obsté-

Tabla 1. Características biológicas de las gestantes adolescentes del estudio

Variable	Frecuencia (n 45)	Porcentaje (%)
Edad (años)		
14 - 15	5	11,11
16 - 17	21	46,67
18 - 19	19	42,22
Sexarquía (años)		
13 - 15	40	88,89
16 - 18	5	11,11
Número de Parejas		
1	28	62,22
2	13	28,89
3 y más	4	8,89
Paridad		
I gesta	39	86,67
II - III	6	13,33
IV y más	0	0
Control Prenatal		
Embarazo Controlado	42	93,3
Embarazo No controlado	3	6,7
Complicaciones en embarazos anteriores		
Infecciones del tracto urinario	2	4,44
Parto Pretérmino	2	4,44
Anemia	1	2,22
Hipertensión inducida en el embarazo	1	2,22
Estado Nutricional		
Normal	43	95,56
Obesidad	1	2,22
Desnutrición	1	2,22

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Tabla 2. Características sociodemográficas de las embarazadas adolescentes del estudio

Variable	Frecuencia (n 45)	Porcentaje (%)
Estado Civil		
Soltera	33	73,33
Concubina	12	26,67
Grado de Instrucción		
Secundaria Incompleta	23	51,11
Bachiller	22	48,89
Ocupación		
Ama de Casa	29	64,44
Estudiante	16	35,56
Aporte económico		
Padres	17	37,78
Pareja	18	40,00
Padres y pareja	10	2,22
Núcleo familiar		
Padres	12	26,66
Pareja	25	55,56
Padres y pareja	8	17,78

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

Tabla 3. Complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes

Vía de resolución de la Gestación	Frecuencia (n45)	Porcentaje (%)
Aborto	5	11,11
Parto vaginal	24	53,33
Cesárea	16	35,56
Complicaciones maternas		
Anemia	16	100
Infecciones del tracto urinario	15	93,75
Infecciones Vaginales	15	93,75
Hipertensión Inducida en el embarazo	11	68,75
Aborto	5	31,25
Amenaza de Parto Pretérmino	2	12,5
Parto Pretérmino	4	25
Distocia de Dilatación	2	12,5
Complicaciones Perinatales		
Muerte Fetal	6	46,15
Recién nacido pretérmino	4	30,77
RCIU	2	15,38
Taquipnea Transitoria de RN	1	7,69

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos.

DISCUSIÓN

Con respecto a las características biológicas en las gestantes adolescentes que acudieron al hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”, se estudiaron 45 pacientes, con edad promedio de 16,92 años, siendo el grupo etario predominante con 46,67% el de 16 a 17 años, en los estudios de referencia los rangos de edad se estudiaron de forma diferente, razón por la cual no puede ser comparada, 86,67% es primigesta lo cual difiere del estudio de Gálvez F. et al¹⁵ en Península de Macanao, Venezuela donde hubo predominio de múltiparas. En relación a la sexarquia en el 88,89% fue entre los 13 y 15 años, 62,22% tuvo una sola pareja, 93,3% se controló el embarazo, reportando 95,56% un índice de masa corporal normal, en relación al 13,33% que tiene paridad previa reportó como antecedente infección urinaria y parto pretérmino 4,44% y anemia e hipertensión inducida en el embarazo 2,22%, estas variables no fueron tomadas en cuenta en los estudios de referencia. Estos datos pueden observarse en la Tabla 1.

En cuanto a las características sociodemográficas tal como se muestran en la tabla 2, el 73,33% refiere ser solteras, 64,44% se dedica a los oficios del hogar y únicamente 48,89% culminó sus estudios de educación secundaria, estos datos difieren de los resultados reportados en los estudios nacionales e internacionales consultados. El 55,56% de las gestantes vive con su pareja, pero solo el 40% percibe ingresos económicos de ella.

Ahora bien, en relación a las complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en las gestantes adolescentes, tal como se muestra en la Tabla 3. 53,33% tuvo como vía de resolución de la gestación el parto vaginal, Rodríguez M.¹³ en México reportó predominio de esta misma vía de resolución pero en 76.9%. 35,56% de las gestantes, presentó alguna complicación materna, predominando la anemia 100%, con 93,75% infeccio-

nes urinarias y vaginales y 68,75% hipertensión Inducida en el embarazo, Gálvez F. et al (2017) en Península de Macanao, Venezuela señala las mismas complicaciones pero difiere en la frecuencia de estas.

En relación a las complicaciones perinatales solo estuvo presente en el 28,89% de los neonatos, con muerte Fetal en 46,15%, recién nacido pretérmino 30,77%, RCIU 15,38% y Taquipnea Transitoria de RN 7,69%, en los estudios de referencia no se reportan complicaciones perinatales, sin embargo, datos aportados por Perdomo, G.⁸ en Venezuela, menciona que el 35% de los embarazos en adolescentes culmina en aborto inducido y 14% en aborto involuntario o nacimiento de feto muerto.

CONCLUSIÓN

Es importante implementar campañas educativas sobre la importancia de la planificación familiar y uso de anticonceptivos con la finalidad de disminuir la incidencia del embarazo precoz, así como educar a la población adolescente sobre la importancia de control prenatal y concientizar sobre los factores de riesgo que inciden en la aparición de complicaciones maternas y perinatales y fomentar la atención integral en las gestantes adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Triviño, C., et al. (2019) Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 5, núm. 2, Especial diciembre 2019, pp. 554-571. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
2. Cortés A. et al. (1999). Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].

- 1999 25(1): 34-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100007&lng=es.
3. Alarcón R. et al. (2009) Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007&lng=es.
 4. Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS (2014). Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Primera edición: Marzo 2014. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
 5. Borregales, L. Giordano, F. (2011) Primer Consenso Venezolano de Infección Urinaria 2011 Caracas: Editorial Ateproca; 2011.p.III-IV. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/10574735/primer-consenso-venezolano-de-infeccion-urinaria-2011>
 6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). CEPALSTAT. Base de Datos y Publicaciones Estadísticas. Disponible en: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>
 7. Mirama L, et al (2020), El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. RECIMUNDO, 4(3), 174-183. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183 disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/861>
 8. Perdomo, G. (2024). El embarazo adolescente: problema de salud pública y de vulneración de los derechos de niñas y adolescentes en Venezuela. Comunidad y Salud Año 2024; 22(1) Ene-Jun Online ISSN 2665-024x - Print ISBN 1690-3293. Disponible en: <https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv22n1/art02.pdf>
 9. Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. Nueva York: Guttmacher Institute; 2020. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019.pdf
 10. Ortiz R. et al. (2018) Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018; 83(5): 478-486. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500478&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>
 11. Flores M., Nava G, y Arenas L.(2017), “Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública.” Rev. Salud Pública. 19 (3): 374-378, 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903>
 12. Francisco, J.(2023). Embarazo en adolescentes en Venezuela. Reconsideración del problema. Anales Venezolanos de Nutrición. Vol 36. No.1. Año 2023. Disponible en <https://www.analesdenutricion.org/ve/ediciones/2023/1/> <https://doi.org/10.54624/2023.36.1.004>
 13. Rodríguez, M. (2015). Complicaciones del embarazo en adolescente primigesta en el Hospital de la Mujer Aguascalientes. Repositorio Universidad Autónoma de Aguascalientes Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/332>
 14. Fawed O. et at. (2016), Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados. Vol. 12 No. 4: 4 doi: 10.3823/1327 disponible en: www.archivosdemedicina.com
 15. Gálvez Henry Francisco, Rodríguez Sánchez Bárbara A, Lugones Botell Miguel, Altunaga Palacio Margarita. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Sep [citado 2025 Oct 03] ; 43(3): 15-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003&lng=es.

DECLARACIÓN JURADA

Título: Complicaciones maternas y perinatales asociadas al embarazo en adolescentes.

DECLARACIÓN: Mediante la presente certificado que he contribuido directamente al contenido intelectual de este artículo, a la génesis y análisis de sus datos, por lo que estoy en condición de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores. Certifico que este trabajo es original e inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de la revista CientifSALUD. Así mismo, certifico que se han cumplido los requisitos de control ético.

Igualmente, concedo a la Revista CientifSALUD los derechos de publicar en medios electrónicos o impresos el contenido de este Artículo.

Conflicto de intereses: No existe un posible conflicto de intereses en este manuscrito. Si existiera, será declarado en la página de Identificación, al señalarlas fuentes de financiamiento o alguna otra información de relevancia.

Buitrago Bracho, Elba María. CI 21649298 ORCID: 0009-0008-2280-3951. elbabuitrago9@gmail.com, Médico Cirujano. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM). Médico Especialista. Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM). Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM. Adjunto 1 y Jefa de Servicio Ginecología y Obstetricia de la Clínica Popular Especializada Materno Infantil Ezequiel Zamora. Docente contratada de Pre y Post Grado, Unidad curricular Clínica Gineco-Obstetricia UNEFM.

Goncalves Pereira, María de Luz. CI 10966884. ORCID: 0009-0000-2366-6081 maria-deluz100@gmail.com Médico Cirujano. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM). Diplomado en Salud Pública, UNEFM. Post-Grado Ginecología Obstetricia. Univer-

sidad Central de Venezuela. Diplomado Docencia Universitaria. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Diplomado de Urgencias y manejo de la Materna Crítica, MPPS- UNEFM. Doctorado en Ciencias de la Salud UNEFM. Adjunto 2 y Jefe de Departamento Ginecología Obstetricia. Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” Punto Fijo, Estado Falcón. Docente adscrita al departamento de integración Docente Asistencial extensión Paraguaná. Instructor a tiempo completo Pre y Post Grado, Unidad curricular Clínica Gineco-Obstetricia. Coordinadora de Pre y Post Grado Ginecología y Obstetricia UNEFM-IVSS. Extensión Paraguaná. Miembro Afiliado a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL POR ARTRITIS REUMATOIDE EN LA EPIDEMIOLOGÍA, FAMILIA Y ECONOMÍA LATINOAMERICANA

Impact of functional disability due to rheumatoid arthritis on the latin american epidemiology, family and economy

Rodríguez, Elaudi.¹

¹ Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Email: elaudiroduriquez@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5969-1063.

RESUMEN. *Artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática autoinmune, de carácter crónico, que afecta principalmente las articulaciones diartrodiales y puede conllevar a un grado variable de discapacidad funcional. Tiene una prevalencia aproximada de 1%, pero varía de país a país y afecta principalmente al sexo femenino. La metodología se realizó a través de una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar la transversalidad que existe entre la discapacidad funcional en pacientes con AR y su repercusión en el ámbito epidemiológico, familiar y económico, en el contexto Latinoamericano y venezolano. Se observó que la discapacidad en artritis reumatoide genera cambios importantes en la epidemiología de cada región y nación, modifica la dinámica familiar afectando no solo la atención al paciente sino la propia estructura de los cuidadores quienes deben modificar sus actividades diarias y sus roles; e influye en la economía familiar y del país, debido a que el mayor porcentaje de afectados se encuentra en edad productiva, y esto trae como consecuencia reposos y/o incapacidad laboral, aumento en la demanda de servicios de salud y medicamentos, representando menor poder adquisitivo y mayor gasto familiar e incremento en la estimación de costos de una nación. En conclusión, la discapacidad funcional en artritis reumatoide ocasiona un impacto significativo en la epidemiología, familia y economía, por lo que se requieren evaluaciones en las políticas de salud que puedan favorecer a la población afectada.*

Palabras clave: *Artritis Reumatoide, discapacidad funcional, epidemiología, familia, economía.*

ABSTRACT. *Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune rheumatic disease that mainly affects the diarthrodial joints and can lead to a variable degree of functional disability. It has an approximate prevalence of 1%, but it varies from country to country and mainly affects the female sex. The methodology was carried out through a bibliographic review with the objective of analyzing the cross-cutting nature that exists between functional disability in patients with RA and its repercussion in the epidemiological, family and economic spheres, in the Latin American and Venezuelan context. It was observed that disability in rheumatoid arthritis generates important changes in the epidemiology of each region and nation, modifies family dynamics, affecting not only patient care but also the very structure of caregivers who must modify their daily activities and roles; and influences the family economy and the country, because the highest percentage of those affected is of*

productive age, and this results in rest and/or work incapacity, increased demand for health services and medicines, representing less power purchasing power and higher family spending and increase in the estimate of costs of a nation. In conclusion, functional disability in rheumatoid arthritis causes a significant impact on epidemiology, family and economy. Therefore, evaluations are required in health policies that can favor the affected population.

Keywords: *Rheumatoid Arthritis, functional disability, epidemiology, family, economy*

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática de evolución crónica, de tipo inmunológico con manifestaciones tanto articulares como extraarticulares que afecta principalmente a la población en edad productiva, y que puede llevar a una condición de discapacidad importante sino se diagnostica y se trata oportunamente, ocasionando un impacto negativo en la calidad de vida de quienes la padecen.

Enmarcada en su definición estrictamente clínica, la AR es una enfermedad sistémica, autoinmune, caracterizada por una inflamación crónica de las articulaciones, que produce su destrucción progresiva dando lugar a distintos grados de deformidad e incapacidad funcional, y además afirma que la AR constituye la enfermedad músculo-esquelética con mayores implicaciones para el paciente, la sociedad y el sistema económico, sanitario y social¹.

La AR se considera un problema de salud pública porque afecta la calidad de vida de las personas y puede producir una mortalidad prematura². El grupo latinoamericano para el estudio de la AR afirma que esta patología autoinmune es compleja en su manejo, por lo que se propone un abordaje biopsicosocial a las personas y se realicen estudios de investigación a gran escala que permitan mos-

trar su impacto en la salud pública y en la productividad de la población.

Los cambios derivados de la AR son numerosos y medibles de acuerdo a variables tan importantes como son la calidad de vida, la capacidad funcional, la integración laboral, los costes económicos directos e indirectos, la discapacidad, el estado psico-emocional, la comorbilidad y mortalidad, generando un impacto significativo en la salud pública debido a que es la principal causa de discapacidad³.

La globalización de las enfermedades reumáticas y sus grados de discapacidad funcional que compromete principalmente a los pacientes con artritis reumatoide, desencadena consecuencias que se deben considerar por su influencia en el ámbito epidemiológico, familiar y económico. En este sentido, América Latina y el Caribe están atravesando una Situación Económica y Socio sanitaria que agrava la crisis de los centros asistenciales y a la cual Venezuela no está exenta, repercutiendo esto significativamente en la atención en salud.

Respecto a la epidemiología de la enfermedad en Latinoamérica, las tasas de incidencia y prevalencia varían considerablemente. La Artritis Reumatoide es una enfermedad reumática crónica, con una prevalencia de 0.5-1 % de la población mundial, así también se reporta entre 0.4 a 1.6 % en América Latin⁴, y en Venezuela la prevalencia se reporta en 0,4% en el área urbana y se clasificó como el 42º contribuidor más alto a la discapacidad global⁵.

El Programa de Control de la Carga Mundial de Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud ha identificado a la artritis como una de las 10 principales causas de discapacidad en los países de la Unión Europea⁶. Por lo que han reportado que una de cada cuatro personas mayores de 20 años en España sufre alguna enfermedad reumática, no estando exentos los niños y adolescentes, lo que supone cerca de 11 millones de personas

afectadas⁷.

En este sentido, las afecciones musculoesqueléticas poseen una prevalencia y un impacto importante a nivel mundial, siendo la causa más común de severos dolores y discapacidad física, afectando a millones de personas alrededor del mundo. En el futuro, alrededor del 30% de la población adulta americana se verá afectada por discapacidad funcional y dolor⁸. Es por ello que el estudio de las enfermedades reumáticas debe ser contemplado como prioridad para prevención y atención de la discapacidad.

La AR acorta la supervivencia e influye significativamente en la calidad de vida en la mayoría de los pacientes. El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: «La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones⁹». Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Teniendo en cuenta que la AR es una enfermedad crónica no transmisible con un gran impacto individual, familiar y social, caracterizada por elevada incidencia y variable prevalencia entre países, con discapacidad en diversos grados, se desarrolla este artículo de revisión con el objetivo de analizar la transversalidad que existe entre la discapacidad funcional en pacientes con AR y su impacto en el ámbito epidemiológico, familiar y económico en el contexto Latinoamericano y venezolano.

METODOLOGÍA

El desarrollo del presente artículo se realizó a través una revisión de fuentes bibliográficas (artículos, revistas, libros, reportes) con la finalidad

de describir los aspectos relevantes y de interés, relacionados a la Discapacidad funcional en Artritis Reumatoide y de qué manera impactan en la Epidemiología, la familia y la economía de la nación y de Latinoamérica, para plantear posibles soluciones que repercutan en la mejora de la salud y calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

DESARROLLO

La Artritis Reumatoide, representa una entidad nosológica que afecta a muchas facetas de la vida del paciente, como su bienestar físico y emocional, sus relaciones familiares y personales, así como su vida laboral¹⁰, de esta manera el dolor crónico y la discapacidad repercuten en la realización de las actividades de la vida diaria, la salud mental y la calidad de vida, con pérdida de independencia y deterioro de las relaciones familiares y sociales.

La importancia del impacto de la AR deriva de su elevada prevalencia, su carácter crónico, con exacerbaciones y remisiones que originan un elevado consumo de recursos, y su potencial para producir discapacidad, así mismo, la capacidad funcional es el principal predictor de la calidad de vida¹⁰. Otros factores asociados son la edad avanzada, el sexo femenino y el tiempo de evolución, lo que se explicaría por un mayor impacto de la enfermedad en pacientes jóvenes y mejor aceptación de la enfermedad en los de larga evolución.

En este sentido, es importante definir la discapacidad, así la Organización Mundial de la Salud (OMS) la conceptualiza como complicaciones que afectan la estructura natural del cuerpo humano o reduce la funcionalidad de algún órgano, mientras que por limitaciones se hace referencia a la dificultad que tiene una persona para desarrollar una tarea en específico¹¹ y finalmente se deja por

sentado que las restricciones son problemas que le impiden ser partícipe de eventos vitales para el ser humano.

En relación a la AR y la discapacidad, existe una relación directa como una consecuencia de la enfermedad y el dolor y la inflamación sostenida, que les va limitando en la realización de muchas de sus actividades, siendo percibido por los pacientes como uno de los aspectos más frustrantes de la enfermedad ya que los hace dependientes de terceros, incluso para realizar actividades de la vida cotidiana, perdiendo su autonomía¹². Esta situación se presenta en ocasiones en etapas tempranas del curso de la enfermedad afectando la calidad de vida.

En contraste a lo anterior, la limitación y la dependencia de otros derivada de ella, unida al dolor, son los estresores asociados a las ER. En muchos casos ven reducida su habilidad para andar y hacer ejercicio, afectando en ocasiones a la realización de tareas domésticas, y especialmente se verán más perjudicados los pacientes deportistas, que disminuyen drásticamente la práctica de estas actividades¹². Esta condición de discapacidad los hace perder su independencia incluso para las actividades de la vida diaria.

En lo que respecta a la epidemiología en la AR, tanto la prevalencia como la incidencia varían dependiendo del área geográfica, con una prevalencia mundial del 0.3 al 1 % de la población. La pérdida de la capacidad laboral se inicia durante la edad laboral; entre el 26 y el 60 % de ellos en el transcurso de 10 años, se ven obligados a abandonar su trabajo¹³. En Latinoamérica, indican que hay 34 millones de personas con discapacidad permanente y 140 millones con discapacidad temporal a causa de las enfermedades reumáticas.

De acuerdo a información del Instituto de Métricas de Salud Estadounidense, en su proyecto de Carga Global de Enfermedad, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a la

AR en Argentina para el 2017 fueron 50,64 por 100 000 (IC95%: 37,93 a 65,01); los casos prevalentes, 304,9 por 100 000 habitantes y los casos incidentes, 17,29 por 100 000 habitantes por año. Las muertes correspondieron a 0,47 por 100 000 habitantes en ese año¹⁴. La prevalencia encontrada es similar a la de Brasil, y ambas más altas que la de México.

En este mismo orden de ideas, La OMS también advierte que, las tasas de discapacidad están en aumento, entre otras causas, por el progresivo envejecimiento poblacional y aumento de enfermedades crónicas. En España, un 9% del total de la población que vive en hogares familiares tiene algún tipo de discapacidad y las personas mayores de 65 años que necesitan ayuda y carecen de autonomía supone un 17%¹⁵.

Así tenemos que los pacientes que padecen AR sino no son diagnosticados y tratados oportunamente tienen mayor riesgo de deterioro articular y por consiguiente de su capacidad funcional, no olvidando que en los próximos años la Región de las Américas enfrentará un rápido proceso de envejecimiento poblacional¹ y que este aumento de la expectativa de vida no ha ido de la mano con los ajustes necesarios en el sistema de salud y de cuidados requeridos por la población¹⁶, lo que representa un desafío para las autoridades competentes.

En este sentido, este fenómeno del aumento de la expectativa de vida ha implicado que las personas mayores lleguen a esta etapa del ciclo vital con alta carga de enfermedad, principalmente enfermedades crónicas no transmisibles como la AR (en su mayoría asociada a comorbilidades), lo cual se relaciona directamente con la prevalencia de limitaciones funcionales, requiriendo mayores cuidados por parte de familiares y en el área de salud.

Al evaluar las enfermedades crónicas de tipo musculoesquelético, en este caso específicamente la AR, podemos observar que no solo ocasionan

un impacto en la calidad de vida por el grado de discapacidad funcional que pueden producir y en los indicadores epidemiológicos de una región o nación, sino que también puede reflejarse en otros ámbitos como lo es el impacto en la familia de las personas portadoras de esta patología.

Importa, y por muchas razones hay que destacar que la discapacidad funcional en AR no solo afecta al individuo que la padece, ya que suele provocar crisis en la vida de las personas y produce un impacto psicoemocional profundo en el paciente, sino que también altera notablemente las relaciones familiares¹⁰. La conducta de la familia ante la enfermedad crónica resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del enfermo y de ella depende gran parte de que la evolución sea satisfactoria o no.

En base a esta aseveración pueden surgir muchas interrogantes con respecto al rol de la familia en este contexto, por lo que nos preguntamos lo siguiente, ¿la discapacidad afecta a todos los miembros de una familia por igual? ¿Se debe dar la misma importancia a la influencia de la enfermedad en el cuidador principal o en toda la estructura familiar? ¿Se hacen las valoraciones oportunas de sobrecarga en el entorno familiar?

La familia es el cimiento principal en la vida de cada persona, en el que entran en juego cada integrante de ella, donde al afectarse un miembro, la familia percibirá también el cambio. Una de las situaciones que pueden modificar la estructura familiar es la discapacidad requiriendo en muchas ocasiones importantes cuidados. El cuidado de estas personas es una responsabilidad que podría implicar directamente a familiares, modificando los roles que cada uno ocupaba anteriormente.

La discapacidad ocasionada por la AR hace que algunos pacientes necesiten que alguien les cuide. El hecho de cuidar a un familiar puede tener repercusiones considerables en la salud y calidad de vida de los cuidadores, tales como ansiedad, irri-

tabilidad, insomnio, cansancio, disminución del tiempo libre y alteraciones en la vida social y en la situación económica. Estas situaciones pueden generar en los cuidadores «sobrecarga física y psicológica» e importantes pérdidas o carencias en lo laboral, social y personal¹⁷.

La AR como enfermedad crónica potencialmente discapacitante puede alterar la dinámica familiar con cambios en su estructura y funcionamiento, con hechos generadores de estrés en un miembro de la familia, lo cual tiene expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, propia dinámica, significación que asigna al evento y recursos que cuenta para hacerle frente¹³. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son de enfrentamiento que derivan de las llamadas crisis no transitorias o paranormativas.

Desde la perspectiva más general, cada familia reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular, ya que el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y otra, o en un momento u otro. El impacto en la salud familiar depende, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para enfrentar los cambios, realizar los ajustes necesarios, en pro de adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como sistema, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones

En este sentido, se considera que la AR en el adulto puede reflejar diferentes niveles de afectación o repercusión familiar, también puede ser un riesgo para la salud de la familia y en algunas puede no representar un problema de salud, sino por el contrario, lograr una evolución a partir de los cambios o transformaciones necesarios para el desarrollo de la misma. El resultado va a depender de la actitud de los familiares ante esta situación.

Vale la pena destacar que los recursos familiares son fundamentales para la resolución de con-

fictos ante situaciones imprevistas, y a través de las redes de apoyo pueden plantearse estrategias de adaptación¹⁹. Entre ellas, la necesidad de un cuidador familiar que brinde el apoyo emocional y físico requerido cada día. Sin embargo, el cambio de roles y actividades conlleva un cambio en el estilo de vida de quien adopta el rol de cuidador, teniendo que abandonar parte de su vida y actividades por cumplir con el compromiso adquirido al cuidar de otro.

Debido a esto, se estima que la implicación familiar y la interacción social pueden influir directamente sobre la reducción de los conflictos, la adherencia terapéutica, el grado de autoestima, resiliencia y el cambio en el desempeño de roles¹⁹. Por lo tanto, es necesario reflexionar sobre el papel de la familia como una organización social con potencial para desarrollar intervenciones de forma preventiva o terapéutica, con el fin de generar cambios estructurales para mejorar la calidad de vida, la capacidad funcional y el funcionamiento familiar.

En la esfera socioeconómica, el principal aspecto que se afecta, es dificultad en recursos económicos de la familia para afrontar el evento, ya que la AR tiene un impacto socioeconómico muy grande y se deriva tanto de los costos directos como indirectos¹³. Esta enfermedad genera no solo incapacidad temporal, sino también permanente, recibiendo subsidios por invalidez, lo cual produce un impacto negativo en las familias, por el daño económico que se produce, lo que puede generar una crisis por desorganización.

Las Enfermedades Reumáticas (ER), representan la segunda causa de consulta en los hospitales, aportando más del 50% de invalidez total, o parcial, y de ausentismo laboral y pérdida de trabajo²⁰. La AR representa una de las ER más discapacitante, requiriendo mayor atención por consultas y que además se encuentra asociada a comorbilidades, ameritando manejo multidisciplinario. Repre-

sentan un coste socioeconómico considerable, y la mayor carga proviene de los casos de raquialgia, de artrosis y de artritis reumatoide²¹.

En lo que respecta a la magnitud de este problema, se reportó que la artritis y otras enfermedades reumáticas son la principal causa de discapacidad en Estados Unidos, afectando aproximadamente a 43 millones de personas y a un costo de 65 billones de dólares en 1992. Los resultados indican que la artritis y otras enfermedades reumáticas poseen un alto impacto de hospitalización, visitas ambulatorias y cuidados en el hogar, con una mayor afectación en las mujeres y en las personas mayores de 65 años²².

La incapacidad física asociada con la AR afecta el campo laboral del paciente dificultándole mantener un empleo estable. La incapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es del 43% al 50%, en muchos casos no vuelven a trabajar o cuando lo hacen se encuentran con que deben ocupar un cargo de menor responsabilidad²³. Los costos económicos directos, indirectos e intangibles de la AR son enormes, siendo la segunda causa de pérdida de años saludables por discapacidad en mujeres.

La cualidad discapacitante de la artritis reumatoide afecta la autonomía produciendo hasta 30% más de posibilidades de dependencia para el autocuidado. En algún punto de la etapa laboral, 80% de las personas con artritis reumatoide presentarán condicionamientos para el cumplimiento de las actividades laborales. Esto representa un riesgo económico, se ha reportado que 10% de las personas con artritis reumatoide pierde el empleo en el primer año de evolución y entre 26-60%, dentro de los primeros diez años¹⁰.

Esta afección por su carácter discapacitante conlleva a un número considerable de reposos laborales, aumento del porcentaje de consultas especializadas, mayor demanda de medicamentos, sobre todo de alto costo e incluso uso de dispositi-

vos de ayuda, además requieren material de osteosíntesis u ortesis, disminuyendo la productividad horas/hombre, lo cual genera un impacto significativo en la economía de una nación.

Así tenemos que, en relación con la vida laboral, los pacientes con AR tienen menos probabilidad de encontrar trabajo y se jubilan de forma precoz, y tener menos ingresos. Esta pérdida de productividad laboral tiene un impacto importante en la economía de cualquier país, tanto por la pérdida de impuestos recaudados como por la mayor necesidad de servicios¹⁰. La discapacidad laboral es el resultado de una interacción compleja entre la enfermedad, las variables sociodemográficas, los factores personales y culturales, y las condiciones macroeconómicas de un país.

De esta manera, una disminución en la capacidad de trabajo es un resultado importante de la enfermedad, por lo que el deterioro de la capacidad laboral como la reducción de las horas de trabajo, el cambio de trabajo o el abandono prematuro de la fuerza laboral debido al dolor inflamatorio crónico asociado con la AR. Así mismo, Reducido Horas Laborales se define como días de trabajo perdidos o una disminución en el tiempo de trabajo rutinario debido a la artritis inflamatoria²⁴.

En este mismo orden de ideas, el Cambio de trabajo se atribuye a la agitación en el trabajo como resultado de la artritis inflamatoria contraria a la elección del individuo y que afecta negativamente a las circunstancias individuales de trabajo y, Abandono temprano de la fuerza laboral se define como el abandono de la fuerza laboral debido al dolor inflamatorio causado por la AR antes de la edad oficial de jubilación²⁴.

El impacto económico de la AR, es importante debido a la utilización de fármacos de elevado costo, como los biológicos, y a la limitación de recursos de los sistemas sanitarios actuales. La enfermedad tiene repercusiones sobre distintos actores y escenarios (paciente, familia, cuidadores,

empleadores, recursos), por lo que en el cálculo del impacto económico se deben incluir costes directos (derivados de la enfermedad en sí misma o su discapacidad), indirectos (atribuibles a la pérdida de productividad y de recursos) e intangibles (relacionados con problemas psicosociales por estrés laboral, dificultades económicas, calidad de vida)¹⁰.

Es importante destacar el impacto socioeconómico que esta enfermedad acarrea, donde los principales efectos se deben al consumo de recursos y a los costes asociados. La AR genera un importante consumo de recursos, directos e indirectos, relacionados fundamentalmente con la enfermedad y la discapacidad asociada, con el consiguiente impacto socioeconómico. En Venezuela, La AR es la enfermedad reumática de alto costo de mayor impacto económico en relación con la dispensación de medicamentos para el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales – IVSS⁵.

Por último, es notorio como la discapacidad funcional en artritis reumatoide, como condición reumática, juega un papel importante en el ámbito económico tanto individual (gastos en medicamentos, consultas, dispositivos de ayuda), como familiar (cuidados y rehabilitación y socio-sanitario (insumos médico-quirúrgicos y fisiátricos/incapacidad residual) a nivel regional, nacional y de Latinoamérica con costos directos, indirectos y tangibles. Es una enfermedad que ocasiona grandes gastos a la nación y debe ser considerada como un problema de salud pública.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La artritis reumatoide es una enfermedad que engloba múltiples consecuencias que pueden afectar no solo la vida del paciente sino de su entorno familiar, social y laboral y que está influenciado por diferentes factores como la no aceptación de la enfermedad, limitación en el acceso a los ser-

vicios de salud, el no disponer de todos los medicamentos necesarios para controlar y detener la enfermedad, escasez de recursos necesarios para obtener dispositivos de ayuda (bastón, muletas, andaderas) y/o material ortesis para reemplazos articulares o cirugías reumáticas que pueden mermar de alguna manera la discapacidad.

Con base a lo antes expuesto, se ha descrito que, 77,4 % de los pacientes no tienen adherencia al seguimiento por parte del especialista en reumatología, justificado por dificultades para trasladarse al nivel de atención primaria y secundaria, no evolución satisfactoria de su enfermedad y aceptación o adaptación de padecer una enfermedad que no tiene cura¹³.

Las enfermedades reumáticas demandan mayor número de consultas, sobre todo a causa de la artritis, a causa de dolor recurrente y limitación funcional, esto se contrasta con lo reportado por la OMS, que las Enfermedades reumáticas son la segunda causa de consulta en los hospitales, aportando más del 50% de invalidez total, o parcial, y de ausentismo laboral y pérdida de trabajo²⁰.

El advenimiento de la era de las terapias biológicas en el arsenal terapéutico para enfermedades reumáticas, específicamente para la artritis reumatoide, produjo un cambio significativo en la evolución de esta enfermedad y la prevención de la discapacidad, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente no solo en América Latina y Venezuela sino a nivel mundial.

Sin embargo, muchos Países de América Latina atraviesan una crisis global afectando sus políticas públicas y sociosanitarias, ocupando Venezuela uno de los primeros lugares con una gran escasez de recursos y toda esta situación ha llevado a una disminución significativa en la asignación de presupuestos en el Sector salud, repercutiendo en la calidad de atención a los pacientes, no solo con patologías reumáticas, sino la atención global.

En este sentido, hay que destacar que el uso de

terapias biológicas, si bien ha favorecido la salud y disminuido la discapacidad funcional en los pacientes con AR, también han generado un gran gasto a la nación por tratarse de medicamentos de alto costo económico y que en gran porcentaje son dispensados en forma gratuita por la seguridad social nacional. Es así como la creciente utilización de drogas biológicas para el tratamiento de los pacientes con AR en 2012-2022 resultaría en un ahorro neto acumulado de ARS 2,3 billones en 2012, en Argentina¹⁴.

En Venezuela, desde el año 2015 se generó una crisis sostenida de escasez de medicamentos de alto costo, y no pudiendo ser adquiridos por los pacientes de forma privada, trajo como consecuencia un gran porcentaje de pacientes con enfermedad activa, dada por dolor e inflamación crónica, con anticuerpos y reactantes de fase aguda positivos, que han agravado el cuadro de actividad, ocasionando en muchos de ellos discapacidad funcional.

A lo antes expuesto se le suma que esto implica mayor número de pacientes ameritando incapacidad temporal, mayor demanda de pacientes en las consultas de reumatología y muchos de ellos por convalidar un reposo médico. La ausencia laboral, que además de la paralización de las actividades productivas, estos salarios los debe asumir el estado a través del IVSS generando mayor carga económica para la nación.

En otro orden de ideas, no se puede dejar de mencionar la situación pandemia por COVID-19 vivida recientemente, que ocasionó un gran impacto en el sector salud, obligando a desviar presupuestos para afrontar la contingencia, quedando desprovistos muchos pacientes del programa de alto costo, por otro lado, el cierre técnico de las consultas y el confinamiento domiciliario que redujo la movilidad musculoesquelética llevando a mayor sedentarismo y además difícil acceso a los medicamentos.

Por otro lado, resulta importante destacar que hay factores que pueden disminuir el riesgo de discapacidad funcional en AR y que abarcan desde la perspectiva del propio paciente, basada en buscar ayuda tempranamente al tener síntomas articulares, si está diagnosticado debe cumplir el tratamiento en forma regular y asistir periódicamente a sus controles, por parte de las instituciones de salud, fortalecer las consultas de reumatología y rehabilitación física, dotándolas de los recursos necesarios que permitan brindar una atención integral al paciente.

En este mismo orden de ideas, se debe instar al gobierno a mejorar y cumplir las políticas de salud públicas, de tal manera que puedan garantizar los medicamentos y dispositivos de ayuda necesarios para el tratamiento de pacientes con esta afección y que gocen de espacios de trabajo confortables y salarios dignos que les permita tener calidad de vida, con áreas de esparcimiento, alimentación adecuada y programas educativos para pacientes reumáticos.

Insertar al paciente en su campo laboral y lograr que sea productivo es uno de los principales objetivos del Reumatólogo, pero se necesita de la aceptación y disposición del paciente y del apoyo familiar, quien juega un rol importante en la evolución satisfactoria del paciente con AR y por supuesto, contar con los recursos necesarios para la atención y rehabilitación del paciente con artritis reumatoide.

En base a lo antes expuesto, se concluye que la artritis reumatoide es una enfermedad de baja prevalencia, pero con gran potencial de producir discapacidad funcional y afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y de su entorno familiar y que además genera un alto impacto en los ingresos familiares y los costos sociosanitarios de la nación. De allí que conocer estos aspectos también ayudará al gobierno, los empleadores, los formuladores de políticas a formular y desarrollar

políticas adecuadas para afrontar este problema.

Finalmente, se propone que no solo los reumatólogos, sino la sociedad en conjunto y los responsables políticos deben asumir la responsabilidad de mejorar la atención al paciente discapacitado con artritis reumatoide, a través del reacondicionamiento de las unidades de Reumatología a nivel nacional y la reactivación de consultas tanto de reumatología como de fisioterapia y los programas de rehabilitación, así como reforzar la educación médica continua en atención primaria para fomentar la referencia temprana y mejor pronóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gabriele, G Artritis reumatoide: una visión del presente y una mirada al futuro. Publicaciones Universidad de los Pacientes. 2011.
2. Gómez, J. Calidad de vida, nivel de salud percibido y factores sociodemográficos en personas con artritis reumatoide. *Aquichan*. 2017;17(2): 150-161.
3. Rodríguez, J. Medición de la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital Universitario del Caribe, Bolívar, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas* Vol. 10 Núm. 4, 246-25. 2021.
4. Sosa. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide de una Asociación de Paraguay *Rev. cient. cienc. salud*; 4(2):09. 2022.
5. Rojano, J Percepción de los pacientes de artritis reumatoidea con relación a su enfermedad. *Rev Digit Postgrado*. 2020; 9(3): e235. doi: 10.37910.
6. Cross, M. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol* 2023; 5: e594–610.
7. Sociedad Española de Reumatología. Nov. 2022. [https://www.ser.es/las-enfermedades-reumaticas-pueden-convertirse-en-un-problema-de-sa-](https://www.ser.es/las-enfermedades-reumaticas-pueden-convertirse-en-un-problema-de-sa)

- [lud-publica/](#).
8. Wolf y col. Policy and Practice Bulletin of the World Health Organization 2003.81(a) pag. 646-648. Estados Unidos.
 9. Prada. et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología; XVII (1): 48-60. 2015
 10. García. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. Reumatol Clin Supl.; 14(2):3-6. 2018
 11. Barreto, W. Salud mental en cuidadores informales de pacientes con discapacidades que acuden a centros de atención primaria de salud. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6874/10445>
 12. León. Aspectos psicosociales de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Reumatol Clin. 16(1):1-2 2020
 13. Cotarelo y cols. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide Volumen XV, Número 3 146-152.2013
 14. Secco. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica 37 (3) <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4766> 2020
 15. Pérez, A. Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar. Universidad Pública de Navarra. 2016.
 16. Echeverría A. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? Rev Panam Salud Publica. 2022 Apr 12; 46:e34. Spanish. doi: [10.26633/RPSP.2022.34](https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34).
 17. Alfaro, Nohelia. Percepciones, actitudes y vivencias de los familiares de pacientes con enfermedades músculo-esqueléticas: una aproximación cualitativa. ReumatolClin.2013;9(6):334-339.
 18. Herrera. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13(6), 591-595. Recuperado en 04 de junio de 2023, de <http://scielo.sld.cu/> 1997
 19. López. Implicaciones de la capacidad funcional en la funcionalidad familiar de las personas con artritis reumatoide. Aten Fam.;29(1):51-53. 2022
 20. Inoñan. Nivel de incertidumbre en adultos con enfermedades reumáticas en un hospital de Chiclayo. Rev. cuerpo méd. HNAAA 13(3) 2020.
 21. Olivé, A. sistema sanitario para los pacientes con enfermedades reumáticas: un servicio de reumatología. Seminarios de la fundación española de reumatología. Vol. 8 / Núm 3 - pp. 130-44 / 2007.
 22. Morbidity and Mortality Weekley Report. "Impacto de la Artritis Reumatoide en Sistemas de Cuidados de Salud". Puede ser localizado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/80/>. 1997
 23. Quiceno. Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. revista diversitas - perspectivas en psicología - vol. 7, no 1, 2011.
 24. Devaansh S. Impacto de la artritis reumatoide en el deterioro de la capacidad laboral y sus predictores. Clin reumatol. 2019.

POLÍTICAS DE SALUD EN VENEZUELA PARA EL CONTROL DEL DENGUE: CRONOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y DESAFÍOS (2003-2025)

Health policies in Venezuela for dengue control: chronology, evolution and challenges (2003-2025)

Beberaggi M., Angélica C.¹

Graterol M., Deirys I.²

Orbeta M., Maigualida.³

¹Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela. Email: anggenabeberaggi@gmail.com. ORCID 0009-0007-4700-2360

²Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela. Email: deirysgraterol@gmail.com. ORCID 0009-0009-2215-0409

³Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Venezuela. Email: mayavet200521@gmail.com. ORCID 0009-0006-6341-6873

RESUMEN. *Este trabajo presenta una revisión exhaustiva de la literatura sobre la historia, el desarrollo y los retos actuales de las políticas públicas orientadas al control del dengue en Venezuela. El objetivo es analizar la evolución de las políticas venezolanas para el control del dengue entre 2003 y 2025, evaluando su impacto y desafíos. Métodos: análisis documental de estrategias promovidas por la OPS/OMS, reportes oficiales y estudios epidemiológicos locales. Resultados: La implementación de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-dengue) en 2003 redujo la morbilidad en un 40% en sus primeros cinco años de aplicación. Sin embargo, la reemergencia de casos desde 2019 (70,32% de seropositividad en Zulia) evidenció limitaciones en la sostenibilidad de las acciones preventivas y de control. En 2025, el Plan Nacional de Vacunación y Fumigación logró contener brotes en 10 estados prioritarios mediante campañas masivas de eliminación de criaderos y la participación activa de comunidades y trabajadores de la salud. En conclusión la experiencia venezolana resalta la importancia de la integración comunitaria y el enfoque multidisciplinario para el éxito de las políticas, no obstante, persisten desafíos estructurales que dificultan la erradicación sostenida del vector y la reducción de la transmisión de la enfermedad.*

Palabras clave: *políticas públicas, control, morbilidad.*

ABSTRACT. *This paper presents an exhaustive review of the literature on the history, development, and current challenges of public policies aimed at the control of dengue in Venezuela. The objective is to analyze the evolution of Venezuelan policies for dengue control between 2003 and 2025, evaluating their impact and challenges. Methods: documentary analysis of strategies promoted by the OPS/OMS, official reports and local epidemiological studies. Results: The implementation of the Integrated Management Strategy (IGI-dengue) in 2003 reduced morbidity by 40% in its first five years of application. However, the re-emergence of cases since 2019 (70.32% seropositivity in Zulia) evidenced limitations in the sustainability of preventive and control actions. In 2025, the National Vaccination and Fumigation Plan managed to contain outbreaks in 10 priority states through massive campaigns of elimination of breeding sites and the active participation of communities and health workers. In conclusion, the Venezuelan experience highlights the importance of community integration and the multidisciplinary approach for the success of the policies, however, structural challenges persist that hinder the sustained eradication of the vector and the reduction of the transmission of the disease.*

and challenges. Methods: Documentary analysis of strategies promoted by PAHO/WHO, official reports, and local epidemiological studies. Results: The implementation of the Integrated Management Strategy (IMS-dengue) in 2003 reduced morbidity by 40% in its first five years of application. However, the re-emergence of cases since 2019 (70.32% seropositivity in Zulia) evidenced limitations in the sustainability of preventive and control actions. By 2025, the National Vaccination and Fumigation Plan managed to contain outbreaks in 10 priority states through massive breeding site elimination campaigns and the active participation of communities and health workers. In conclusion, the Venezuelan experience highlights the importance of community integration and the multidisciplinary approach for the success of policies, however, structural challenges persist that hinder the sustained eradication of the vector and the reduction of disease transmission.

Keywords: *public policies, control, morbidity.*

INTRODUCCION

El dengue constituye un desafío epidemiológico de significativa envergadura, representando uno de los problemas de salud pública más críticos en América Latina y Venezuela no es la excepción, la entidad presenta un carácter endémico con brotes recurrentes asociados a factores climáticos, urbanismo desordenado y limitaciones en el sector sanitario. Los antecedentes históricos de la enfermedad en Venezuela datan de la epidemia registrada en Caracas en 1928, considerada el primer brote documentado en el país¹. Durante el siglo XX, la enfermedad mantuvo un patrón cíclico, con picos epidémicos como el de 1989, que reportó 8.619 casos y 117 fallecidos, consolidando su carácter endémico²⁻¹.

En las últimas tres décadas, la convergencia de factores como el urbanismo no planificado, la reinfestación por *Aedes aegypti* post-erradicación

continental (1948-1972)^{3,4} y la circulación simultánea de los cuatro serotipos virales (DENV-1 a DENV-4)¹, ha configurado un escenario hiperendémico, particularmente en regiones como Zulia y Amazonas¹⁻². En los últimos cinco años, Venezuela ha experimentado un aumento significativo en los casos de dengue, convirtiéndose en un problema de salud pública crítico, siendo crucial implementar un plan de acción integral que incluya vigilancia, control de vectores, educación y acceso a atención médica. La colaboración entre diferentes sectores y la inversión en salud pública son esenciales para revertir esta tendencia y proteger la salud de la población venezolana.

En respuesta a esta problemática el estado ha implementado un Plan Nacional de Vacunación y Fumigación para prevenir el dengue. Este plan incluye la eliminación de criaderos, prioriza los estados y municipios con alta incidencia de casos, así mismo se realizan jornadas de eliminación de criaderos en las que participan más de 10.000 trabajadores del sector público, la participación comunitaria, mediante circuitos comunales, también forma parte de la estrategia de prevención y control del vector⁵.

Este artículo realiza un análisis exhaustivo de las políticas adoptadas por Venezuela en el control del dengue, evaluando su efectividad, alcance y evolución a partir de antecedentes documentados, estudios relevantes y datos recientes, con el fin de ofrecer recomendaciones fundamentadas que contribuyan a optimizar las estrategias de salud pública y reducir la incidencia y mortalidad asociadas a esta enfermedad.

Para garantizar la rigurosidad y sistematización de esta revisión, se aplicó la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) que permitió realizar una búsqueda exhaustiva y estructurada en bases de datos académicos, informes oficiales y literatura científica relevante, incluyendo fuentes de la

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y estudios epidemiológicos venezolanos. Se utilizaron palabras clave como “dengue”, “control del dengue”, “políticas públicas Venezuela”, “vigilancia epidemiológica” y “participación comunitaria”.

Se aplicaron criterios estrictos de selección, incorporando estudios publicados entre 2000 y 2025 que abordaran políticas y estrategias de control del dengue en Venezuela, y se excluyeron documentos sin revisión por pares o irrelevantes para el contexto nacional. Los textos completos fueron evaluados para asegurar su pertinencia y calidad metodológica, considerando morbilidad, intervenciones (fumigación, abatización, eliminación de criaderos, vacunación) y la participación comunitaria. Finalmente, se integraron los estudios que cumplieron dichos criterios para garantizar un análisis exhaustivo y representativo de los avances y desafíos en las políticas públicas venezolanas para el dengue.

Los datos extraídos se organizan cualitativamente para identificar tendencias, fortalezas y limitaciones, destacando la importancia de la coordinación multisectorial, la innovación tecnológica y la participación social sostenida en la sostenibilidad de las intervenciones¹.

La importancia de este trabajo radica en su potencial impacto directo sobre la salud de millones de venezolanos y en la necesidad imperante de establecer estrategias basadas en evidencia, destinadas a reducir la incidencia y mortalidad asociadas al dengue, mejorar las acciones preventivas en una población vulnerable y en la necesidad permanente de evidencias científicas que sustenten las decisiones en salud pública frente a la epidemiología dinámica del dengue, considerando estudios de intervenciones específicas y evaluaciones históricas de los programas de control en la región. No obstante, cabe señalar que la evidencia disponible posterior a 2020 es limitada, lo que subraya la

necesidad de realizar investigaciones actualizadas que permitan una reevaluación de la eficacia de las políticas implementadas.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Diversos estudios han abordado la problemática del dengue en América Latina, y en el caso venezolano se ha explorado desde diferentes frentes. Los antecedentes históricos sobre estrategias de control en la región destacan que, tras las campañas de erradicación de *Aedes aegypti* implementadas en los años 50 y 60, las intervenciones han evolucionado hacia enfoques más comunitarios y basados en la co-producción de servicios de salud, en los cuales los pacientes y la comunidad juegan un papel activo en la vigilancia y el control.

En el marco institucional, los esfuerzos sanitarios venezolanos contra enfermedades vectoriales iniciaron formalmente en 1930 con campañas contra el paludismo, lideradas por figuras como el Dr. Arnaldo Gabaldón⁶. Estas experiencias sentaron las bases para la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936, que centralizó las políticas de control epidemiológico⁶. No obstante, el dengue permaneció subatendido hasta finales del siglo XX, cuando se reconoció su asociación con determinantes sociales como el acceso irregular a agua potable y la gestión deficiente de residuos sólidos⁷⁻².

La década de 1990 marcó un punto de inflexión: en 1995, el estado Amazonas reportó su primer brote con 546 casos, seguido de la identificación de los cuatro serotipos circulantes¹. Para 2003, el aumento del 75% en los casos de dengue en Caracas evidenció la necesidad de reformular las estrategias⁷, lo que llevó a adoptar la EGI-dengue. Este modelo, basado en la cooperación técnica de la OPS, incorporó la vigilancia integrada combinando diagnóstico laboratorial y notifica-

ción obligatoria⁸⁻²; el control vectorial mediante abatización, fumigación y eliminación de criaderos⁸⁻⁷; y la participación comunitaria: a través de campañas educativas y comités locales⁷⁻².

A pesar de los avances iniciales (reducción del 40% en la morbilidad entre 2003-2008)², la crisis económica post-2015 afectó la sostenibilidad de las políticas. La descentralización del sistema sa-

nitario y la fragmentación de recursos generaron disparidades en la ejecución de programas, particularmente en estados como Zulia, que reportó una seropositividad del 70,32% en 2019¹⁻⁷. Expertos como el Dr. Oscar Noya destacaron la necesidad de fortalecer el saneamiento ambiental y la coordinación interinstitucional para contener al vector *Aedes aegypti*⁷.

Gráfico 1. Evolución de casos de Dengue en Venezuela (2003 - 2025)

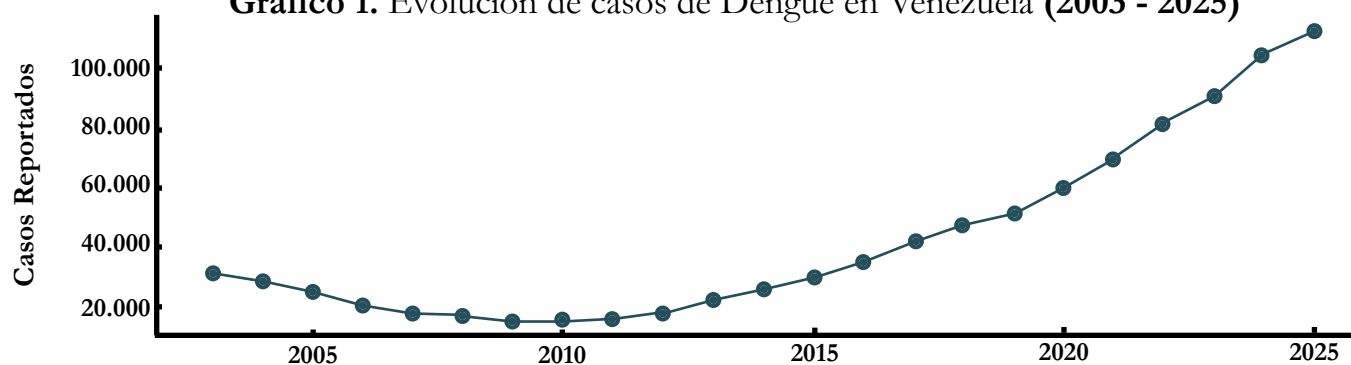


Gráfico elaborado por el autor con base en datos visuales del boletín epidemiológico de la OPS. La información fue extraída del documento: Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas: Semana Epidemiológica 23, año 2025 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 12 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-06/2025-cde-dengue-sitrep-americas-epi-week-23-jun-es.pdf>

El gráfico muestra la evolución de los casos de dengue en el país entre los años 2003 y 2025. Se observa una tendencia creciente a partir de 2015, lo que coincide con la intensificación de la crisis económica y la reducción de recursos para políticas sanitarias.

En 2019, se registró una seropositividad del 70,32% en Zulia, lo cual indica una alta circulación viral y fallas en el control del vector¹.

En 2025, el Plan Nacional de Vacunación y Fumigación⁹ representó un giro hacia intervenciones combinadas, priorizando 10 estados endémicos mediante campañas masivas y el uso experimental de vacunas⁸⁻⁷. No obstante, la persistencia de casos

graves subraya la urgencia de abordar determinantes estructurales, como señalaron estudios del Instituto de Medicina Tropical de la UCV⁷⁻².

El documento *Dengue in the Americas: challenges for prevention and control*¹⁰ aborda los desafíos que han enfrentado las políticas de salud en diversas naciones de la región, enfatizando que la percepción del dengue como un problema de “otros” ha dificultado la asunción de responsabilidades claras a nivel interinstitucional. La complicación principal reside en que la enfermedad es considerada como un problema marginal por muchos sectores, lo que a su vez genera retrasos en la implementación de las medidas de control y prevención. Esto

se traduce en una deficiente vigilancia epidemiológica y en indicadores imprecisos que dificultan la toma de decisiones basadas en datos confiables.

El estudio titulado *Evaluation of insecticide treated window curtains and water container covers for dengue vector control in a large-scale cluster-randomized trial in*

*Venezuela*¹¹ examinó la eficacia de intervenciones basadas en el uso de materiales tratados con insecticidas, este ensayo clínico masivo demostró su efectividad en comunidades con alta densidad vectorial.

Gráfico 2. Impacto Estimado de Estrategias de Control del Dengue por País

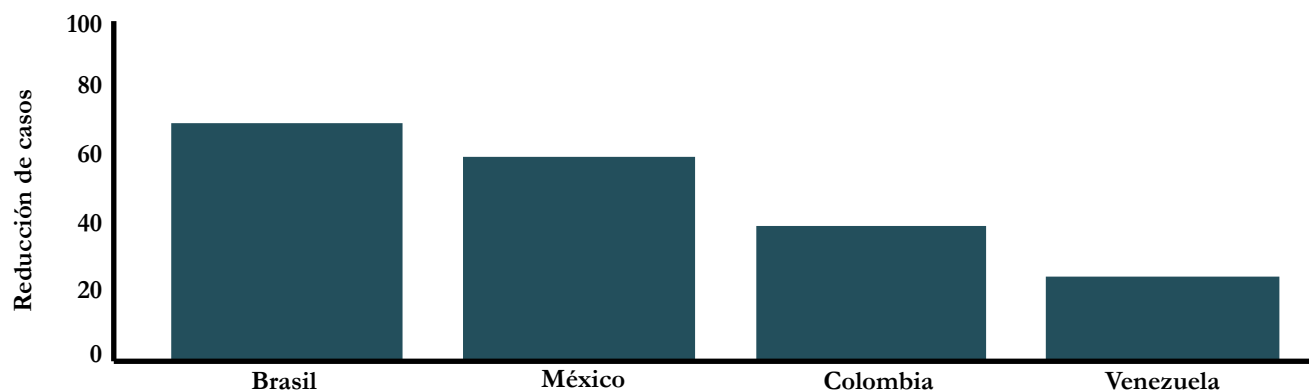


Gráfico adaptado por el autor a partir de datos comparativos publicados por la OPS. La reducción de casos entre 2024 y 2025 fue reportada en el boletín técnico: Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas: Semana Epidemiológica 23, año 2025 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 12 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-06/2025-cde-dengue-sitrep-americas-epi-week-23-jun-es.pdf>

Este gráfico compara el porcentaje estimado de reducción de casos de dengue como resultado de las estrategias implementadas en diferentes países⁹.

A nivel internacional, durante la última década se han propuesto múltiples innovaciones tecnológicas que han sido incorporadas a las estrategias globales para el control del dengue. Entre estas destacan el uso de cortinas tratadas con insecticida y cobertores para recipientes de agua¹¹ sistemas de monitoreo georreferenciado, la aplicación de inteligencia artificial para la predicción de brotes, y la introducción del mosquito modificado con *Wolbachia*, una bacteria que reduce la capacidad del vector para transmitir el virus del dengue. Países

como Brasil, Indonesia y Australia han reportado resultados positivos tras la liberación de mosquitos infectados con *Wolbachia*.

De acuerdo con la iniciativa *World Mosquito Program*, esta estrategia ha logrado reducir en más de un 70% la incidencia del dengue en ciudades como Yogyakarta, Indonesia⁴. Estos enfoques, junto con tecnologías digitales de geolocalización de criaderos y monitoreo en tiempo real, están siendo evaluados en países como Brasil y México como parte de estrategias sostenibles para el control vectorial.

El siguiente gráfico ilustra el grado de adopción de diversas tecnologías en países de América Latina, destacando la vigilancia participativa y la

georreferenciación como herramientas predominantes⁴.

Gráfico 3. Adopción de Tecnologías para el Control del Dengue en América Latina

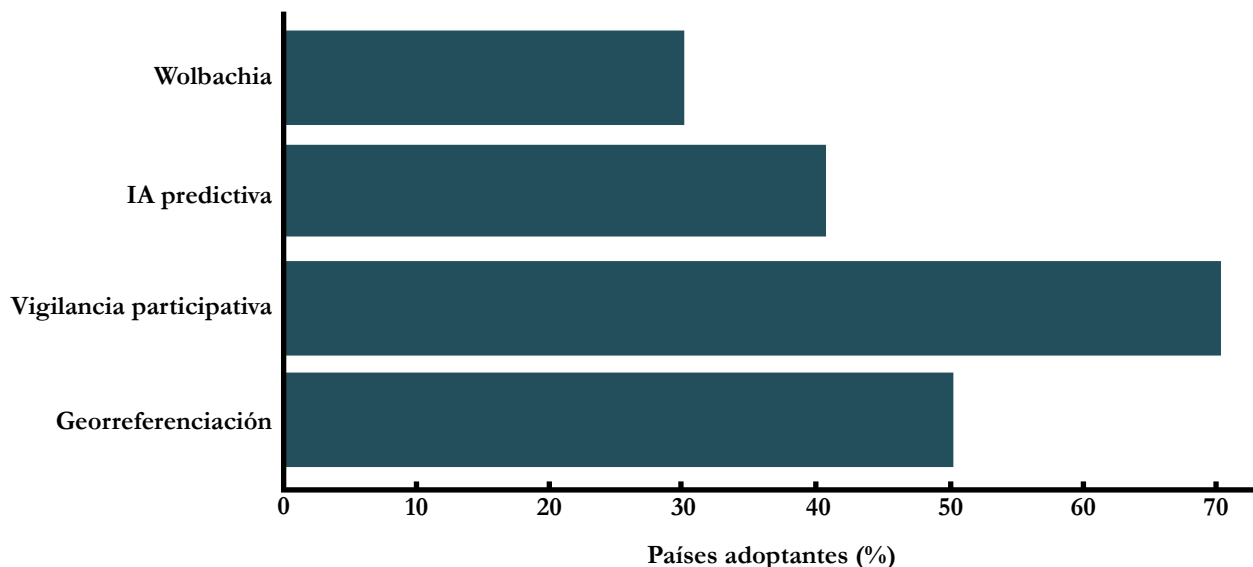


Gráfico elaborado por el autor con base en datos visuales del boletín de la OPS. La sección “Innovaciones en vigilancia y control vectorial” del documento citado presenta los porcentajes de adopción de herramientas como Wolbachia, IA predictiva, vigilancia participativa y georreferenciación. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas: Semana Epidemiológica 23, año 2025 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 12 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-06/2025-cde-dengue-sitrep-americas-epi-week-23-jun-es.pdf>

En Venezuela, iniciativas similares han sido limitadas por restricciones presupuestarias y debilidades institucionales. Sin embargo, existen oportunidades de colaboración internacional para implementar ensayos piloto en estados altamente endémicos como Zulia y Bolívar. Otra estrategia emergente ha sido el uso de plataformas digitales de vigilancia participativa, como DengueMap¹², que permite a los ciudadanos reportar brotes y síntomas, facilitando la acción temprana por parte de autoridades sanitarias.

Estas herramientas permiten visualizar la evolución de los casos en tiempo real, mejorando la respuesta y focalización de recursos. La aplicación de estas tecnologías requiere de marcos legales,

éticos y operativos bien definidos, además de capacitación continua del personal sanitario. Expertos del Instituto Pasteur han advertido que sin un componente humano robusto, la tecnología por sí sola no puede sustituir las tareas de control de campo¹³.

La evaluación de las políticas de salud en Venezuela para el control del dengue es un reto importante por la escasa disponibilidad de estudios actualizados correspondientes al periodo 2020–actualidad. La mayoría de la literatura disponible se basa en antecedentes anteriores a 2020, lo que impide una comparación directa para sugerir actualizaciones en materia de política de salud. Es evidente la necesidad imperiosa de realizar estu-

dios de seguimiento que permitan evaluar la efectividad real de las intervenciones contemporáneas y detectar posibles brechas en la implementación de medidas de control.

El dengue persiste como una de las enfermedades vectoriales más relevantes en términos de morbilidad y mortalidad en Venezuela y América Latina, representando un serio desafío para los sistemas de salud regionales. A lo largo del período 2020-2025, la región ha experimentado un importante aumento en la incidencia de esta enfermedad, con brotes de magnitud histórica que han evidenciado la vulnerabilidad de las estrategias tradicionales de control y prevención. Durante los años 2019 y 2023-2024, se registraron los picos epidémicos más altos en décadas, con cerca de 3 a 12 millones de casos reportados, y millas de funciones confirmadas, principalmente en países como Brasil, Argentina, Colombia y México¹⁴⁻¹⁵.

En el caso venezolano, la epidemia de dengue ha mostrado características preocupantes, destacándose la circulación simultánea de los cuatro serotipos del virus, lo que incrementa el riesgo de casos graves y formas hemorrágicas de la enfermedad. Según informes recientes, la incidencia anual supera los 10.000 casos, con una tasa creciente de hospitalizaciones y mortalidad, situación que se agrava por las deficiencias estructurales del sistema sanitario nacional y las limitaciones en la capacidad de respuesta epidemiológica¹⁶. Además, factores como la crisis socioeconómica, la migración masiva, la escasez de insumos y el deterioro de la infraestructura hospitalaria agravan considerablemente las dificultades para un control efectivo del dengue en el país. Asimismo, la heterogeneidad en la ejecución de las estrategias, la cobertura territorial insuficiente y la incidencia de fenómenos climáticos adversos como el incremento de precipitaciones y temperaturas vinculadas al cambio climático restringen la efectividad de dichas intervenciones^{17,18}.

En esta línea, se reconoce que la erradicación total del dengue aún es un objetivo lejano, por lo que se insiste en fortalecer el sistema de salud pública mediante la capacitación continua de personal, el mejoramiento de laboratorios de diagnóstico, la adopción de tecnologías innovadoras como trampas inteligentes y modelaciones predictivas, y el fomento de la participación comunitaria como eje central para el éxito de las intervenciones¹⁹. Además, la introducción y evaluación de vacunas contra el dengue, como la vacuna tetravalente, representan avances significativos, aunque su aplicabilidad está condicionada por criterios epidemiológicos y logísticos que deben ser evaluados cuidadosamente.

DISCUSIÓN

La discusión sobre las políticas de salud en Venezuela para el control del dengue en la última década revela múltiples obstáculos que han limitado la efectividad de las intervenciones. Un desafío central ha sido la dificultad para mantener la cobertura sostenida de medidas basadas en la aplicación de insecticidas, debido a limitaciones logísticas y recursos insuficientes. Esta situación se enmarca en un sistema sanitario fragmentado desde 2015, que ha debilitado la capacidad estatal para implementar estrategias integrales y de largo plazo²⁰⁻²¹.

Históricamente, la respuesta venezolana transitó de enfoques verticales, como la erradicación vectorial en los años 50, hacia modelos integrados. La Estrategia de Gestión Integrada para el dengue (EGI-dengue) lanzada en 2003 incorporó vigilancia epidemiológica activa, control químico mediante abatización y participación comunitaria, buscando una acción multisectorial y sostenida¹³. Sin embargo, la persistencia de determinantes sociales, como la falta de acceso continuo al agua potable en el 40% de las comunidades urbanas, ha

favorecido la proliferación de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*, principal vector del dengue²⁰⁻¹³.

El contexto socioeconómico venezolano ha agravado la complejidad de la implementación de políticas de salud. La inestabilidad económica, el deterioro de la infraestructura sanitaria y la escasez de insumos médicos han limitado la capacidad del Estado para ejecutar intervenciones a gran escala y con calidad adecuada. Además, estos factores afectan la percepción de riesgo y la participación comunitaria, elementos esenciales para el éxito de cualquier estrategia de control vectorial¹³. La literatura indica que la desconfianza hacia las instituciones públicas reduce la respuesta comunitaria a campañas educativas y medidas preventivas, mientras que la baja percepción del riesgo del dengue dificulta el compromiso sostenido de la población y autoridades¹³.

Asimismo, dinámicas sociales como las migraciones internas y el crecimiento de asentamientos informales han creado condiciones propicias para la proliferación del vector, exigiendo una adaptación constante de las intervenciones a un entorno epidemiológico cambiante¹³. A pesar de que existen intervenciones con eficacia comprobada en el corto plazo, la sostenibilidad de estas medidas sigue siendo un reto para el sistema de salud venezolano. La aplicación puntual de fumigaciones y abatización no garantiza una protección permanente, lo que demanda políticas que integren mecanismos de monitoreo y evaluación continuos¹²⁻¹³.

En respuesta a estos desafíos, el gobierno venezolano ha impulsado planes nacionales que combinan vacunación, fumigación y jornadas masivas de eliminación de criaderos, con la participación activa de circuitos comunales y brigadas de salud. Estas acciones buscan alcanzar periodos prolongados sin nuevos casos de dengue mediante la movilización social y la articulación interinstitucional. Sin embargo, la efectividad de estas políticas depende en gran medida de la continuidad, la calidad

de la ejecución y la confianza comunitaria, factores que la crisis socioeconómica y política han dificultado mantener.

La experiencia venezolana evidencia la complejidad inherente al control de enfermedades transmitidas por vectores en un contexto caracterizado por condiciones socioeconómicas desfavorables y un sistema de salud marcado por limitaciones tanto presupuestarias como estructurales. La propuesta de una estrategia integral ofrece una perspectiva sólida y necesaria para abordar los múltiples factores involucrados; Sin embargo, su implementación efectiva requiere un compromiso multisectorial genuino, altos niveles de gobernanza institucional y una participación comunitaria activa y sostenida.

En síntesis, la discusión evidencia que el control del dengue en Venezuela requiere un enfoque integral que supere las limitaciones estructurales y sociales actuales, fortaleciendo la capacidad institucional, promoviendo la participación comunitaria y garantizando la sostenibilidad de las intervenciones a largo plazo. Solo así será posible reducir la incidencia de dengue y mitigar su impacto en la salud pública venezolana.

CONCLUSIONES

En conclusión, aunque existen intervenciones con potencial comprobado para el control del dengue, los desafíos en términos de sostenibilidad, coordinación institucional y financiación persisten en el contexto venezolano.

La actualización metodológica, la adopción de tecnologías innovadoras y la integración de modelos de co-producción constituyen vías prometedoras para mejorar la efectividad de las políticas de salud en el país.

La evidencia acumulada respalda la idea de que, sin un compromiso intersectorial y sin inversiones continuas en infraestructura y capacitación, las estrategias implementadas no alcanzarán el impacto

deseado a largo plazo.

El futuro de las políticas públicas dependerá de su capacidad para integrar la tecnología, la participación ciudadana y la voluntad política en torno a un objetivo común: erradicar sosteniblemente el dengue en el país.

Las principales recomendaciones surgidas de este estudio se resumen en la siguiente lista:

- Fortalecimiento de la coordinación intersectorial entre las autoridades y la comunidad.
- Impulso a modelos de co-producción en salud, que integren a pacientes y ciudadanos en la planificación y evaluación de políticas.
- Desarrollo e implementación de sistemas de vigilancia basados en tecnologías digitales para mejorar la capacidad de respuesta.
- Realización de estudios de seguimiento y evaluación a largo plazo para ajustar y optimizar las intervenciones de control.
- Capacitación y campañas educativas continuas para mejorar la conciencia y la participación comunitaria en la prevención del dengue.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Duarte RC, Cardona CN, González BK, Pacheco TM, García DM. Revisión de los casos de dengue en el estado Amazonas, Venezuela, 1995-2008. *Rev Inst Nac Hig Rangel*. 2012;43(1): Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772012000100006
- 2.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 2025 Abr 28]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/dengue/estrategia-gestion-integrada-para-prevencion-control-dengue>
- 3.- Oficina Sanitaria Panamericana. Estrategias para el control del dengue y del *Aedes aegypti* en las Américas. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2002 [citado 2025 Abr 28];54(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602002000300004
- 4.- Oficina Sanitaria Panamericana. Distribución de *Aedes aegypti* en las Américas: 1930-1999. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2002 [citado 2025 Abr 29];54(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602002000300004
- 5.-Swissinfo.ch. Venezuela ejecuta un plan nacional de vacunación y fumigación para prevenir el dengue [Internet]. Caracas: *Swissinfo.ch*; 2025 Mar 29 [citado 2025 May 1]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/venezuela-ejecuta-un-plan-nacional-de-vacunaci%C3%B3n-y-fumigaci%C3%B3n-para-prevenir-el-dengue/89085142>
- 6.-Benítez G, Garcés F, Lira L, Núñez B, Arias S. Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano (1909-2023). *Rev Digit Postgrado*. 2023;12(2):e370. Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1014218009/>
- 7.- Pereira J. Dengue y descentralización de la salud [Internet]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; [fecha desconocida] [citado 2025 Abr 29]. Disponible en: https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_2085.pdf
- 8.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue en Venezuela [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [citado 2025 Abr 30]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EGI%20NAL%20VEN.doc>
- 9.-Ministerio del Poder Popular para la Salud. Gobierno Nacional despliega jornadas de fumigación y vacunación contra el dengue [Internet]. Caracas: MPPS; 2025 [citado 2025 May 1]. Disponible en: <https://mincyt.gob.ve/gobierno-nacional-despliega-jornadas-fumigacion/>
- 10.-Gómez-Dantés H, Willoquet JR. Dengue in the Americas: challenges for prevention and control. *Cad Saude Publica*. 2009;25 Suppl 1:S19-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19287863/>

- 11.-Lenhart A, Castillo CE, Oviedo M, Villegas E, Villegas L, Santacruz E, et al. Evaluation of insecticide treated window curtains and water container covers for dengue vector control in a large-scale cluster-randomized trial in Venezuela. PLoS Negl Trop Dis. 2022 Mar 4;16(3):e0010135. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010135>
- 12.-HealthMap. DengueMap [Internet]. Boston: Boston Children's Hospital; [citado 2025 May 1]. Disponible en: <https://www.healthmap.org/dengue/>
- 13.-World Mosquito Program. Yogyakarta City Trial. [Internet].[citado 2025 May 1]. Disponible en: <https://www.worldmosquitoprogram.org/en/work/indonesia/yogyakarta-city-trial>
- 14.-Miranda B. Por qué América Latina está registrando “la mayor epidemia de dengue de su historia” [Internet]. BBC Noticias Mundo; 12 de febrero de 2020 [consultado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51496280>
- 15.-Organización Panamericana de la Salud. Emergencia Grado 3 por brote multi-país de dengue - OPS/OMS [Internet]. 29 de abril de 2025 [consultado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/dengue/brote-dengue-multi-pais-grado-3>
- 16.-Grupo Médicos Santa Paula. Dengue: Una amenaza en aumento en Venezuela [Internet]. 10 de abril de 2024 [consultado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.grupomedicosp.com/noticias_item.php?id_noticia=385
- 17.-Organización Panamericana de la Salud. Vectores: Manejo integrado y entomología en salud pública [Internet]. 28 de diciembre de 2024 [consultado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vectores-manejo-integrado-entomologia-salud-publica>
- 18.-Instituto Nacional de Salud Colombia. Dengue - Protocolo de vigilancia en salud pública [Internet]. 2023 [consultado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf)
- 19.-Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. Septiembre de 2024 [consultado el 21 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- 20.- World Health Organization. Global strategy for dengue prevention and control, 2012–2020. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504034>
- 21.- Bowman LR, Runge-Ranzinger S, McCall PJ. Assessing the relationship between vector indices and dengue transmission: a systematic review of the evidence. PLoS Negl Trop Dis. 2014;Mayo;8(5):e2848. doi:10.1371/journal.pntd.0002848

EFICACIA DEL ONDANSETRÓN EN MITIGAR ALTERACIONES HEMODINÁMICAS CAUSADAS POR LA ANESTESIA RAQUÍDEA EN CESÁREA SEGMENTARIA

Efficacy of Ondansetron in Mitigating Hemodynamic Alterations Caused by Spinal Anesthesia in Segmental Cesarean Section

García Guanipa, Jordan Leonardo ¹

Lugo Jordán, Carolina Jasmin ²

¹ Especialista en Anestesiología Docente UNEFM. Mail: jordan.g1710@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7751-5923>

² Especialista en Anestesiología Coordinadora de Postgrado Anestesiología UNEFM. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4979-2035>

RESUMEN. El síndrome de hipotensión arterial supina, de la embarazada a término, continúa siendo un reto para el anestesiólogo ya que la anestesia subaracnoidea (SA) desencadena una simpaticolisis reflejada en hipotensión y bradicardia conllevando a hipoxemia en el feto y complicaciones maternas. Objetivo: se evaluó la efectividad del ondansetrón para disminuir los efectos hemodinámicos de la anestesia (SA) en las pacientes sometidas a cesárea segmentaria, en el Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra” de la ciudad de Punto Fijo. Metodología: tipo de investigación fue comparativo, prospectivo de corte transversal el cual se realizó en una población de 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se separaron en dos grupos el A (ondansetrón) y B (solución al 0,9%) 5 minutos previo a la técnica anestésica, con el propósito de evaluar los cambios hemodinámicos en las pacientes sometidas al estudio, así como también el uso o no de vasopresores. Resultados: se determinó que en un total de 13 pacientes (43,3%) no se requirió el uso de vasopresores, todos pertenecientes al grupo A sin embargo, en un total de 17 pacientes (56,7 %) si fue necesario el uso de vasopresores, 2 (6,7%) del grupo A y 15 (50%) del grupo B, Conclusión: En los pacientes del estudio hubo cambios hemodinámicos en ambos grupos, sin embargo, el grupo B fue el que presentó cambios mucho más marcados, dados por hipotensión, bradicardia, desaturación y complicaciones, determinando así que existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.

Palabras clave: Hipotensión Arterial Supina, Anestesia Subaracnoidea, Cesárea Segmentaria, Ondansetron

ABSTRACT. Supine hypotension syndrome in pregnant women at term continues to be a challenge for the anesthesiologist since subarachnoid anesthesia (SA) triggers sympatholysis reflected in hypotension and bradycardia leading to fetal hypoxemia and maternal complications. Objective: The effectiveness of ondansetron in reducing the hemodynamic effects of anesthesia (SA) in patients undergoing segmental cesarean section

was evaluated at "Dr. Rafael Calles Sierra" Hospital in Punto Fijo. Methodology: The research was comparative, prospective, cross-sectional, and was conducted in a population of 30 patients who met the inclusion criteria. They were separated into two groups, A (ondansetron) and B (0.9% solution), 5 minutes prior to the anesthetic technique, in order to evaluate the hemodynamic changes in the patients undergoing the study, as well as the use or not of vasopressors. Results: It was determined that in a total of 13 patients (43.3%) the use of vasopressors was not required, all belonging to group A, however, in a total of 17 patients (56.7%) the use of vasopressors was necessary, 2 (6.7%) from group A and 15 (50%) from group B, Conclusion: In the study patients there were hemodynamic changes in both groups, however, group B was the one that presented much more marked changes, given by hypotension, bradycardia, desaturation and complications, thus determining that there were statistically significant differences between the groups studied.

Keywords: *Supine arterial hypotension, subarachnoid anesthesia, segmental cesarean, ondansetron.*

INTRODUCCIÓN

La anestesia subaracnoidea (SA), o raquianestesia, es una técnica regional ampliamente utilizada en el campo de la obstetricia debido a su rápido inicio de acción, su excelente bloqueo sensorial y motor, y su mínimo impacto sistémico en el feto. A pesar de estas ventajas, la hipotensión arterial materna es una de las complicaciones más comunes y significativas, con una incidencia que puede superar el 80% si no se aplican medidas preventivas adecuadas¹⁻². La fisiología de la gestante a término la predispone a este síndrome; el útero grávido comprime la vena cava inferior y la aorta, reduciendo el retorno venoso, lo que disminuye el gasto cardíaco y la perfusión uteroplacentaria,

un fenómeno que ha sido estudiado con técnicas como el Doppler Ultrasound³.

Estos cambios fisiológicos se ven exacerbados por el bloqueo simpático que resulta de la anestesia raquídea, que provoca una vasodilatación periférica masiva, una disminución de la resistencia vascular sistémica y una reducción aún mayor del retorno venoso al corazón. Esto puede llevar a hipoperfusión fetal, acidosis, y síntomas maternos como náuseas, vómitos y, en casos graves, pérdida de conciencia.

Para contrarrestar estos efectos adversos, se han explorado diversas estrategias. Una de las más comunes y eficaces es el uso profiláctico de vasopresores como la efedrina y la fenilefrina⁴⁻⁵. No obstante, estos fármacos presentan sus propias consideraciones; por ejemplo, la efedrina se ha asociado con una mayor transferencia placentaria, lo que puede llevar a una acidosis metabólica en el recién nacido, una preocupación que se ha evidenciado en estudios comparativos de su uso⁶⁻⁷. Por otro lado, la fenilefrina, aunque más segura para el feto, se ha asociado con un mayor riesgo de bradicardia materna refleja.

En este contexto, ha cobrado un notable interés el papel del ondansetrón, un antagonista selectivo del receptor de serotonina 5-HT₃, no solo por su conocida y eficaz acción antiemética, sino también por su potencial para mitigar la hipotensión inducida por la anestesia espinal, un hallazgo respaldado por numerosos estudios recientes⁸⁻¹⁰.

La hipótesis que sustenta esta aplicación es la modulación del reflejo de Bezold-Jarisch. Este reflejo se activa en respuesta a la disminución del retorno venoso, lo que provoca la liberación de serotonina por los trombocitos activados en la pared de las venas cavas y el ventrículo derecho¹¹. Esta liberación de serotonina estimula los receptores 5-HT₃ en el corazón, desencadenando una respuesta paradójica de bradicardia e hipotensión que agrava aún más la inestabilidad hemodinámica.

ca. Al bloquear estos receptores, el ondansetrón interrumpe el ciclo de retroalimentación de este reflejo, lo que ayuda a mantener la estabilidad hemodinámica.

Estudios clínicos, incluyendo ensayos aleatorizados, han demostrado que la administración profiláctica de ondansetrón intravenoso reduce la incidencia de hipotensión y bradicardia, disminuyendo así la necesidad de vasopresores, sin efectos adversos significativos para la madre o el feto¹²⁻¹⁴. Los resultados de metanálisis también respaldan la eficacia de este enfoque en la prevención de la hipotensión post-raquianestesia en cesáreas¹⁵. Esto lo posiciona como una opción prometedora y segura, ya que está clasificado por la FDA como categoría B en el tercer trimestre del embarazo. Por lo tanto, el ondansetrón emerge como un coadyuvante valioso en una estrategia multimodal para la prevención de la hipotensión en cesáreas.

El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia del ondansetrón administrado de forma profiláctica, en comparación con un placebo, para reducir las alteraciones hemodinámicas (hipotensión y bradicardia) en pacientes embarazadas a término sometidas a cesárea segmentaria bajo anestesia subaracnoidea, en el Hospital Dr. Rafael Calles Sierra de la ciudad de Punto Fijo estado Falcón - Venezuela

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar la eficacia del ondansetrón en mitigar alteraciones hemodinámicas causadas por la anestesia raquídea en cesárea segmentaria en el hospital Dr. Rafael Calles Sierra Punto Fijo, Estado Falcón. Período Enero 2021 - Julio 2021.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características biológicas de las pacientes que acuden para la realización de cesárea segmentaria.

2. Evaluar los cambios hemodinámicos en las pacientes sometidas al estudio.

3. Determinar la necesidad de uso de vasopresores post bloqueo simpático en los sujetos de estudio.

4. Establecer las complicaciones y/o efectos adversos presentado por las pacientes durante el trans y postoperatorio.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Prospectivo, de corte transversal.

- Tipo de Investigación: Observacional, comparativo.

- Diseño de la investigación: Cuasi experimental.

Población y Muestra: La población estuvo comprendida por todas las pacientes que fueron sometidas a cesáreas segmentarias en el Hospital Dr. Rafael Calles Sierra de la ciudad de Punto Fijo, Municipio Carirubana, del Estado Falcón en el periodo comprendido Enero 2021 - Julio 2021. La muestra consistió en una población de 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

1. Firma de consentimiento informado.
2. Pacientes embarazadas con edades comprendidas entre 18 - 35 años.
3. Pacientes embarazadas sometidas a anestesia subaracnoidea.

Criterios de Exclusión:

1. Alergia al ondansetrón y los anestésicos locales.
2. Pacientes con embarazo pretérmino.
3. Pacientes que presenten complicaciones durante el trabajo de parto.
4. Pacientes clasificadas por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) grado III - IV.
5. Pacientes preeclámpticas.

Técnicas e instrumento de recolección de datos

Luego de la aprobación del proyecto de investigación por el comité de bioética de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda y de la Oficina de Investigación y Educación del Hospital Universitario de Coro Dr. Alfredo Van Grieken se les explicara a todas las pacientes que sean sometidos a cesárea segmentaria bajo anestesia raquídea, el título y objetivos del estudio y que debe firmar el consentimiento informado (Anexo 1). para su participación.

Posteriormente previo a la entrada de quirófano se le asignó a la paciente de forma aleatoria el grupo de estudio al cual iba a pertenecer, quedando la distribución de los grupos de la siguiente manera: Grupo A (Grupo del ondansetrón) Grupo B (Precarga con soluciones cristaloides).

El método que se realizó es el siguiente:

Al grupo A se procedió a realizar la premedicación a puerta de quirófano (5 minutos previo) con 4 mg de Ondansetron (Ondansetron® 2mg/ml laboratorios KLINOS) además de precarga con cristaloides tipo solución al 0,9% a la dosis de 1000 ml.

A continuación, la paciente entró al área quirúrgica donde bajo monitoreo no invasivo de signos vitales según lo establecido por el ASA estándar se realizó la técnica neuroaxial tipo raquídea con dosis de fentanilo (Fentanilo® 0,5 mg/ml Pharmaceutical YICHANG HUMANWELL) de 25mcg o dosis de 0,01 mcg - 0,02 mcg/kg más Bupivacaina al 0,5% (Bupivacaina® 50mg/10ml laboratorios BIOSANO S. A.) 10 mg o dosis de 0,03 - 0,05mg/kg.

Luego la paciente se colocó en posición en decúbito dorsal y se evaluaron los signos vitales, así como también la necesidad o no de vasopresores y la presencia o no de complicaciones.

A diferencia del grupo A al grupo B solo se realizó la precarga de cristaloides tipo solución al 0.9% a dosis de 1000 ml a puerta de quirófano, a continuación, la paciente entró al área quirúr-

gica donde, al igual que el grupo anterior bajo monitoreo no invasivo de signos vitales según lo establecido por el ASA estándar se realizó la técnica neuroaxial tipo subaracnoidea.

El instrumento necesario para la recolección de datos (ANEXO 2) se hizo en una ficha diseñada para tal fin la cual estuvo constituida por 5 partes, donde se anotó lo siguiente:

En la parte I Características Biológicas donde se anotó: edad, peso, talla, edad gestacional, y la clasificación según la Sociedad Americana de Anestesiología.

En la parte II Parámetros hemodinámicos como: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, presión arterial media, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, desde el minuto 0 luego en el minuto 1, 3, y 5 minutos luego cada 15 minutos hasta llegar a los 60 minutos o culminar la intervención.

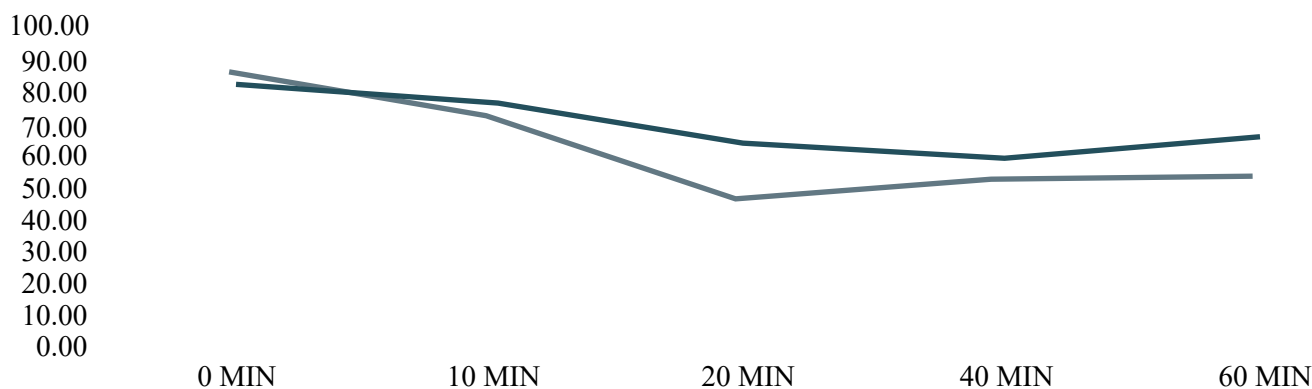
En la parte III se determinó la eficacia del uso del ondansetrón con una escala diseñada que dependió del porcentaje (%) de disminución de la presión arterial media: menor o igual al 20%: efectivo, de 20% a 30%: medianamente efectivo >30%: inefectivo.

La parte IV la necesidad de uso de vasopresores o no y la parte V determinar si se presentó alguna complicación y/o efecto adverso especificando cuál.

RESULTADOS

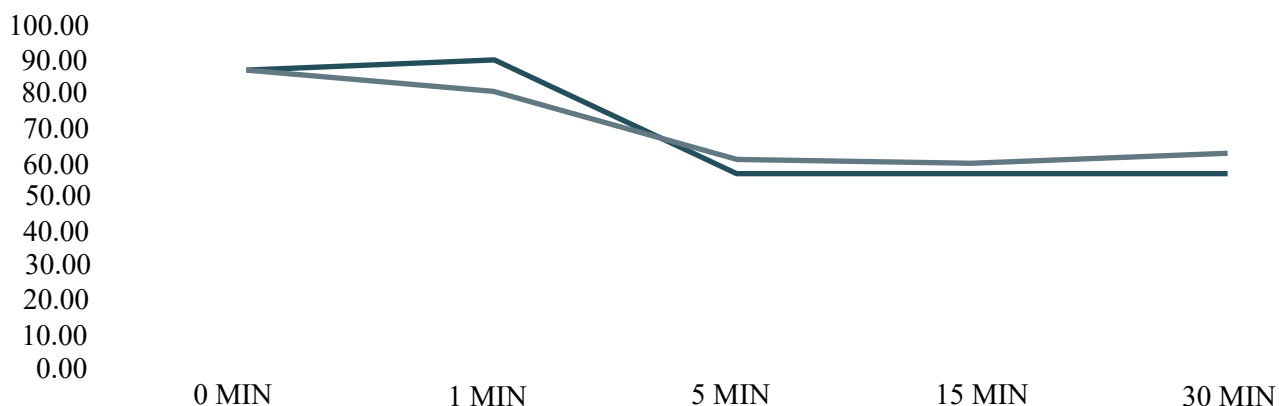
Los resultados del estudio demostraron la eficacia del ondansetrón para disminuir los efectos hemodinámicos adversos. Se estableció que las pacientes que recibieron ondansetrón presentaron una menor incidencia de hipotensión y bradicardia, disminuyendo así la necesidad de uso de vasopresores, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.

**Gráfico 1. Distribución de la muestra de pacientes sometidos a cesáreas segmen-
tarias en el hospital dr. Rafael calles sierra de la ciudad de punto fijo, municipio
carirubana, del estado falcón en el periodo comprendido enero 2021 - julio 2021, de
acuerdo a los resultados de la fc a 0; 1; 5; 15 y 30 min del proceso.**



Fuente: Datos procesados por el autor (2021)

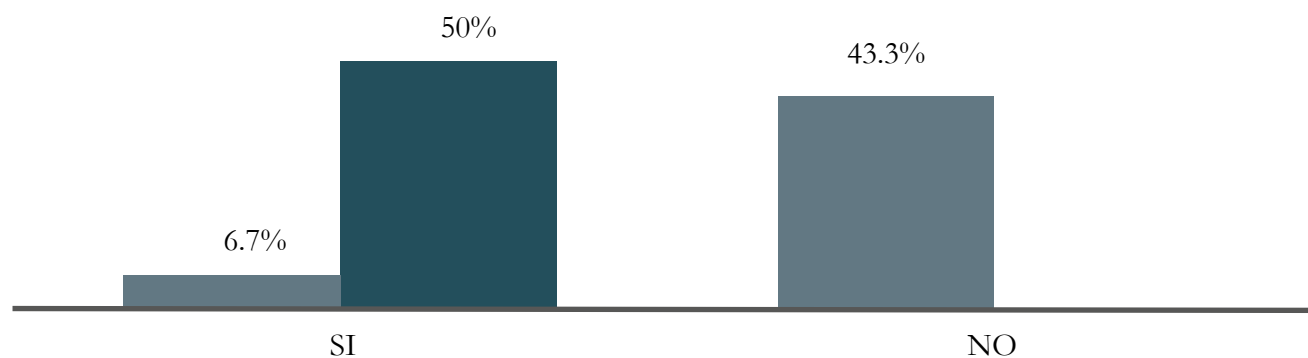
**Gráfico 2. Distribución de la muestra de pacientes sometidos a cesáreas segmen-
tarias en el hospital dr. Rafael calles sierra de la ciudad de punto fijo, municipio
carirubana, del estado falcón en el periodo comprendido enero 2021 - julio 2021, de
acuerdo a los resultados de la pam a 0; 1; 5; 15 y 30 min. Del proceso.**



Fuente: Datos procesados por el autor (2021)

En cuanto a la necesidad de uso de vasopresores post bloqueo simpático, en un total de 13 pacientes (43,3%) no se requirió su uso, todwwos pertenecientes al grupo de estudio (con ondansetrón); mientras que en 17 pacientes (56,7%) sí fue necesario, con 2 (6,7%) del grupo de estudio y 15 (50%) del grupo control.

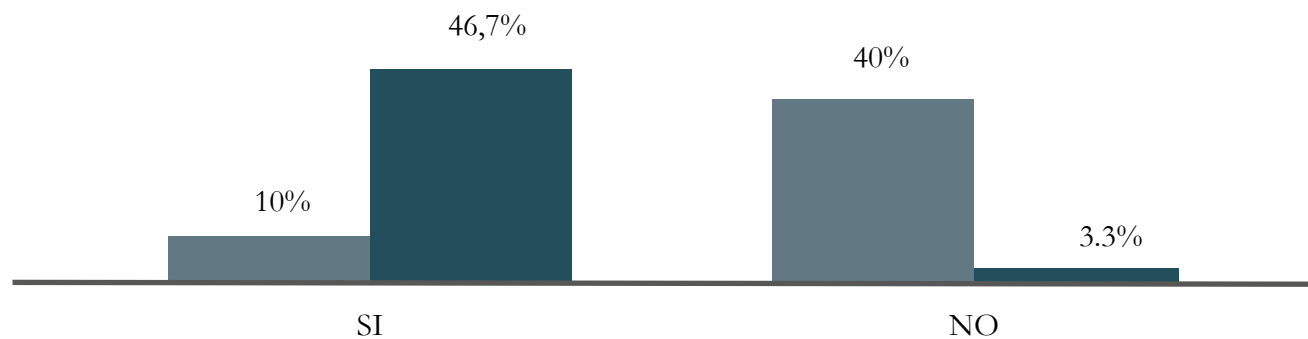
Gráfico 3. Distribución de la muestra de pacientes sometidos a cesáreas segmentarias en el hospital dr. Rafael calles sierra de la ciudad de punto fijo, municipio carirubana, del estado falcón en el periodo comprendido enero 2021 - julio 2021, de acuerdo al uso de vasopresores.



Fuente: Datos procesados por el autor (2021)

Se observó una menor incidencia de complicaciones y/o efectos adversos en el grupo de ondansetrón: de un total de 13 pacientes (56,7%) sin efectos adversos, 12 (40%) pertenecían al grupo de estudio y solo 1 (3,3%) al grupo control. Por el contrario, en un total de 17 pacientes (43,3%) sí se observaron complicaciones, con 3 (10%) del grupo A y 12 (40%) del grupo B.

Gráfico 4. Distribución de la muestra de pacientes sometidos a cesáreas segmentarias en el hospital dr. Rafael calles sierra de la ciudad de punto fijo, municipio carirubana, del estado falcón en el periodo comprendido enero 2021 - julio 2021, de acuerdo efectos secundarios.



Fuente: Datos procesados por el autor (2021)

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio demuestran que la administración profiláctica de ondansetrón por vía intravenosa, 5 minutos antes del bloqueo subaracnoideo, se asocia con una menor incidencia de hipotensión y bradicardia en pacientes sometidas a cesárea segmentaria. Esto concuerda con la literatura reciente que sugiere un efecto beneficioso de los antagonistas de los receptores 5-HT₃ en la estabilidad hemodinámica durante la anestesia espinal. La acción del ondansetrón se postula que está relacionada con la inhibición del reflejo de Bezold-Jarisch, el cual es desencadenado por la liberación de serotonina y contribuye a la vasodilatación y bradicardia.

Aunque la incidencia de hipotensión fue menor en el grupo de ondansetrón, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de uso de vasopresores en la mayoría de los casos, lo que podría indicar que, si bien el ondansetrón ayuda a mantener la estabilidad, los vasopresores siguen siendo una herramienta necesaria para el tratamiento de la hipotensión establecida. Sin embargo, es notable que un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de ondansetrón no requirió vasopresores en absoluto (43.3% vs. 6.7%), lo que apoya su papel como un coadyuvante útil en la prevención.

Nuestros resultados también mostraron una menor incidencia de complicaciones y efectos adversos en el grupo de ondansetrón, lo que es consistente con su conocido perfil de seguridad y su efecto antiemético. La reducción de náuseas y vómitos es un beneficio adicional importante para la satisfacción y el bienestar de la paciente.

Las limitaciones de este estudio incluyen el tamaño relativamente pequeño de la muestra y el hecho de que solo se evaluó una dosis fija de ondansetrón (4 mg). Futuros estudios con muestras más grandes y la evaluación de diferentes dosis podrían

proporcionar una comprensión más profunda de su efectividad. A pesar de estas limitaciones, los resultados sugieren que el ondansetrón es una opción viable y segura para ser utilizada como parte de una estrategia multimodal para la prevención de la hipotensión inducida por la anestesia espinal en cesáreas, complementando el uso de vasopresores y la administración de fluidos.

Referencias Bibliográficas

1. Karacaer F, Biricik E, Ünal İ, Büyükkurt S, Ünlügenç H. Does prophylactic ondansetron reduce norepinephrine consumption in patients undergoing cesarean section with spinal anesthesia? *J Anesth.* 2018;32(1):90-7.
2. Zhou C, Zhu Y, Bao Z, et al. Efficacy of ondansetron for spinal anesthesia during cesarean section: a meta-analysis of randomized trials. *J Anesth.* 2018;32(2):221-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5971492/>
3. Karaman S, Gürkan Y, Keskin Ö, et al. Efficacy of prophylactic intravenous ondansetron on the prevention of hypotension during cesarean delivery: a dose-dependent study. *J Anesth.* 2015;29(2):247-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4307470/>
4. Llanos J, Gutiérrez S. Norepinefrina vs etilefrina como prevención de hipotensión materna en cesárea bajo anestesia raquídea. *Rev Cient Cienc Med.* 2018;21(1):4-9. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000100009
5. Ortiz-Gómez JR, Palacio-Abizanda FJ, Fornet-Ruiz I. Técnicas para prevención de la hipotensión durante anestesia espinal. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2016;63(2):98-106. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391515>
6. Sánchez-Rodríguez S, Aldea-Salazar C, Gil-Mata M. Eficacia del ondansetron intravenoso en la prevención de la hipotensión arterial y bradicardia.

- dia tras anestesia espinal en cesárea. *Anest Mex*. 2021;33(2):101-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anestesiologia/an-2021/an212d.pdf>
7. Singh Y, Choudhary S, Singh S, Singh B. A comparison of prophylactic intravenous ondansetron with phenylephrine infusion for prevention of hypotension in cesarean section under spinal anesthesia. *Anesth Essays Res*. 2020;14(1):31-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7326416/>
8. Saha D, Sarkar P, Dasgupta S, et al. Ondansetron versus phenylephrine to prevent maternal hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Anesth Pain Med*. 2020;10(2):e101740. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7216650/>
9. Liang B, Cao Y, Wang Q, et al. Efficacy of ondansetron for spinal anesthesia during cesarean section: a meta-analysis of randomized trials. *BMC Anesthesiol*. 2019;19(1):153. Disponible en: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-019-0824-3>
10. Saroa R, Singh H, Chhabra A. Comparison of ondansetron and ephedrine for prevention of hypotension in women undergoing caesarean section under spinal anaesthesia: A randomized controlled trial. *Indian J Anaesth*. 2017;61(5):398-403. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446059/>
11. Bhasin N, Bhasin D, Gupta A, et al. Ondansetron for prevention of spinal anaesthesia-induced hypotension and bradycardia during caesarean section: A randomized controlled trial. *J Clin Anesth*. 2017;36:139-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.08.012>
12. Cyna AM, Andrew M, Emmett RS, Middleton P, Simmons SW. Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;4:CD005295. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005295.pub2/full>
13. Macarthur A. Solving the problem of spinal-induced hypotension in obstetric anesthesia. *Can J Anesth*. 2002;49(6):536-9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03017409>
14. Saravanan S, Kocarev M, Wilson RC, Watkins E, Columb MO, Lyons G. Equivalent dose of ephedrine and phenylephrine in the prevention of post-spinal hypotension in Caesarean section. *Br J Anaesth*. 2006;96(1):95-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/bja/article/96/1/95/291669>
15. Valli J, Pirhonen J, Aantaa R, Erkkola R, Kantto J. The effects of regional anaesthesia for caesarean section on maternal and fetal blood flow velocities measured by Doppler Ultrasound. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1994;38(2):165-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.1994.tb03893.x>

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
“FRANCISCO DE MIRANDA”
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ÁREA DE POSTGRADO
DIRECCIÓN DE PROGRAMAS DE POSTGRADO
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA

Autores: García Guanipa, Jordan L
Lugo Jordan, Carolina J.

Fecha:

En la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”, a través del Programa de Especialización en Anestesiología, se está realizando la investigación titulada EFICACIA DEL ONDANSETRÓN EN MITIGAR ALTERACIO-

NES HEMODINÁMICAS CAUSADAS POR LA ANESTESIA RAQUÍDEA EN CESÁREA SEGMENTARIA cuyo propósito es: Evaluar la efectividad del ondansetrón para disminuir los cambios hemodinámicos de la anestesia subaracnoidea en las pacientes gestantes que tienen indicación de cesárea. Por lo que se ha informado:

1) Acepto que se me realice la técnica de manobra voluntaria.

2) Que si decido no participar en este estudio no repercutirá en la asistencia médica que recibiré.

3) Que se me explicó que existen dos grupos de estudio y que él pudiese formar parte de cualquier grupo, enfatizando en la repercusión a su estado de salud y/o tratamiento oportuno si llegase a ocurrir cualquier eventualidad.

4) Que la asignación al grupo de estudio se realizará mediante un método aleatorio a su llegada al área de quirófano a través de la obtención de una tira de papel en un recipiente donde aparece: grupo A (Ondansetrón) y grupo B (Precarga de soluciones cristaloides)

5) Que deberé aportar información sobre: edad, sexo, procedencia, estado civil, nivel educativo, condición laboral, condición socioeconómica y número de teléfono.

6) Que los fármacos serán administrados por el centro asistencial y/o por los investigadores, por lo que no representa ningún gasto económico para mí o para mi familia.

7) Que de mi historia clínica se obtendrán datos sobre la atención que recibí durante el procedimiento anestésico.

8) Que el beneficio de esta investigación radica en la mejoría rápida y evitar las complicaciones que se pueden presentar en el trans y postoperatorio producto de la hipotensión materna.

9) Que si presentó alguna complicación durante o posterior a la técnica anestésica se me administrara un medicamento capaz de controlar dicha complicación.

10) Que cualquier duda o incertidumbre que yo o mi familia tengamos en relación a este estudio podrá ser aclarada por M. E. Jordan García y/o M. E. Carolina Lugo.

Paciente: _____

Nombre _____

Firma o huella dactilar _____

Lugar _____

Fecha _____

Testigo _____

Nombre _____

Firma o huella dactilar _____

Lugar _____

Fecha _____

Investigador(a) _____

Nombre _____

Firma o huella dactilar _____

Lugar _____

Fecha _____

ANEXO 2

Modelo del Formato del Instrumento de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL

EXPERIMENTAL

“FRANCISCO DE MIRANDA”

VICERRECTORADO ACADÉMICO

ÁREA DE POSTGRADO

DIRECCIÓN DE PROGRAMAS DE

POSTGRADO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA

EFICACIA DEL ONDANSETRÓN EN MITIGAR ALTERACIONES HEMODINÁMICAS CAUSADAS POR LA ANESTESIA RA-

QUÍDEA EN CESÁREA SEGMENTARIA

Autores: M.E García Guanipa, Jordan L.
M.E Lugo Jordan, Carolina J.

Fecha:

PARTE I CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

Nº de Historia: _____

EDAD: ___ ASA: ___ PESO: ___ TALLA: ___

PARTE II PARÁMETROS HEMODINÁMICOS (Monitoreo no invasivo)

INTERVALOS	TAS/TAD	TAM	FC	FR	SATO2
0 MIN					
1 MIN					
3 MIN					
5 MIN					
15 MIN					
30 MIN					
45 MIN					
60 MIN					

PARTE III EFICACIA DEL ONDANSETRÓN

Porcentaje de disminución de TAM	Paciente (X)	Resultado
< 0 = 20%		Eficaz
20 - 30 %		Medianamente eficaz
> 30%		Inefectivo

PARTE IV USO DE VASOPRESORES

USO DE VASOPRESOR	RESULTADO (X)
SI	
NO	

PARTE V COMPLICACIONES Presencia
SI___ NO___ Tipo: _____

EDEMA EN PEDIATRÍA NO SIEMPRE ES NEFROPATÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Edema in pediatrics is not always nephropathy, report of a case

Rengifo, Víctor ¹

Amaya, Jenny ²

Fierro, Johanna ³

¹ Médico Cirujano. Especialista en Pediatría y Puericultura. Veregu101010@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0003-7675-8627>

² Médico Cirujano. Especialista en Pediatría y Puericultura. drajennyaj@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0001-9020-268X>

³ Médico Cirujano. Residente del Postgrado de Pediatría y Puericultura. ferrojojhannia043@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0004-5311-4981>

RESUMEN. El síndrome de intestino corto es un cuadro clínico caracterizado por una importante disminución de la superficie intestinal efectiva por la pérdida anatómica o funcional del intestino delgado. Esto provoca diarrea, deshidratación, pérdida de peso, desnutrición, y déficit de electrolitos, vitaminas y oligoelementos como complicaciones fundamentales. Objetivo: Describir las características clínicas y paraclínicas del síndrome de intestino corto en un paciente pediátrico con edema y antecedente de resección intestinal. Metodología: estudio descriptivos de un paciente en relación a las características generales. Se trata de escolar femenino de 6 años + 3 meses de edad con antecedente de postoperatorio tardío de restitución intestinal a los 4 años de edad, quien presenta 8 días previos a su ingreso edema en miembros superiores e inferiores, astenia, adinamia, hiporexia, al examen físico se evidencia marcada palidez cutáneo mucosa, estigmas de desnutrición y hepatomegalia. Hallazgos paraclínicos: anemia (macrocitica), leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia; ascitis y hepatomegalia en ecosonograma abdominal. Resultado: Paciente con evolución tórpida y terapéutica no funcionante, sin contar con gastropediatra a nivel regional en ese momento, considerando antecedentes quirúrgicos, estado nutricional, clínica de ingreso y a través de paraclínicos realizados, en conjunto con pediatras, nutricionistas y hematólogos se plantea el diagnóstico síndrome de intestino corto indicando tratamiento a base de Metronidazol, complejo B, ácido fólico y probiótico, obteniendo resultados favorables egresando a los 40 días de evolución intrahospitalarios. Conclusión: la resolución de un caso complicado se puede lograr a través del conocimiento e investigación.

Palabras clave: Edema, Pancitopenia, Hipoalbuminemia, Hepatopatía, Síndrome intestino corto

ABSTRACT. Short bowel syndrome is a clinical condition characterized by a significant decrease in the effective intestinal surface area due to anatomical or functional loss of the small intestine. This causes dia-

rrhea, dehydration, weight loss, malnutrition, and deficiency of electrolytes, vitamins and trace elements as fundamental complications. Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of short bowel syndrome in a pediatric patient with edema and a history of intestinal resection. Methodology: descriptive study of a patient in relation to general characteristics. This is a female schoolchild, 6 years + 3 months old, with a history of late postoperative intestinal restitution at 4 years of age, who presented 8 days prior to admission with edema in the upper and lower limbs, asthenia, adynamia, hyporexia, Physical examination revealed marked mucous skin paleness, marks of malnutrition and hepatomegaly. Paraclinical findings: anemia (macrocytic), leukopenia, neutropenia, thrombocytopenia, hypoalbuminemia; ascites and hepatomegaly in abdominal ultrasound. Result: Patient with a torpid evolution and non-functional therapy, without a regional gastro-pediatrician at that time, considering surgical history, nutritional status, admission symptoms and through paraclinical tests performed, together with pediatricians, nutritionists and hematologists, a diagnosis of short bowel syndrome was made, indicating treatment based on Metronidazole, B complex, folic acid and probiotics, obtaining favorable results and discharged after 40 days of in-hospital evolution. Conclusion: The resolution of a complicated case can be achieved through knowledge and research.

Keywords: *Edema, Pancytopenia, Hypoalbuminemia, Liver disease, Short bowel syndrome.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino corto es un cuadro clínico caracterizado por una importante disminución de la superficie intestinal efectiva por la pérdida anatómica o funcional del intestino delgado. Esto provoca diarrea, deshidratación, pérdida de

peso, desnutrición, y déficit de electrolitos, vitaminas y oligoelementos como complicaciones fundamentales.¹

Pocas entidades en pediatría especialmente en gastroenterología, nutrición y cirugía pediátrica, representan un importante y significativo reto de manejo, como lo representa un niño con síndrome de intestino corto (SIC) secundario a una resección quirúrgica. La historia empieza ante el reto para el cirujano pediatra de enfrentarse a un niño con un evento que puede considerarse como catastrófico, sin posibilidad de sobrevida sino se practica una resección. Sigue con el gastroenterólogo y nutriólogo en donde se enfrentan al reto de alimentar y/o nutrir a un niño, en quien la superficie anatómica y funcional del intestino ha sido reducida en forma importante, condicionando un estado de malabsorción de agua, electrolitos y nutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales)².

Los pacientes con síndrome de intestino corto precisaran un soporte nutricional adecuado e individualizado, inicialmente con nutrición parenteral total, y algunos de ellos de por vida, mientras en su intestino se producen cambios adaptativos para aumentar la absorción de nutrientes. Los avances en la nutrición han mejorado el pronóstico de estos pacientes a lo que se suman diversas técnicas quirúrgicas, como el trasplante intestinal, aunque conlleva una alta mortalidad¹⁻³.

La adaptación intestinal y presencia de las complicaciones nutricionales, metabólicas e infecciosas en el SIC, dependen de la longitud del intestino resecado, asociándose a un mayor número de complicaciones cuando quedan sólo 100 cm de ID o bien, cuando se ha resecado más del 80,0% del mismo en ausencia de válvula ileocecal y colon⁴⁻⁵.

La mayor complicación de los pacientes con SIC es la malabsorción generalizada de nutrientes debido a la pérdida de superficie de absorción, así como la disminución de enzimas digestivas y

proteínas transportadoras, condicionando la presencia de diarrea osmótica en el caso de carbohidratos y proteínas, y malabsorción de grasas y vitaminas liposolubles en los casos con resección ileal⁶.

REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso clínico de escolar femenino de 6 años + 3 meses de edad con antecedente de postoperatorio tardío de restitución intestinal a los 4 años de edad, quien madre refiere inicio de enfermedad actual 8 días previos a su ingreso caracterizado por presentar aumento de volumen en miembros inferiores el cual ha progresado hasta llegar a miembros superiores, sin signos de flogosis, acompañado de astenia y adinamia, por lo que es llevada a facultativo rural el cual refieren al Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, Coro - Edo Falcón.

Antecedentes Personales: Madre refiere intervención quirúrgica a los 2 años de edad ameritando 46 días de hospitalización egresando con el diagnóstico de postoperatorio tardío de ileostomía por obstrucción intestinal por áscaris lumbricoides, segunda intervención a los 4 años de edad para restitución intestinal, tercera intervención a los tantos 5 años de edad por bridas y adherencias; cuarta hospitalización a los 5 años +11 meses durante 16 días por diarrea aguda infecciosa no específica tratamiento, y a los 6 años + 1 meses por síndrome edematoso en estudio y hepatopatía en estudio.

Alimentación: Al momento del ingreso adaptado a menú familiar proteínas (carnes y pollo) 7/7 granos 1/7 carbohidratos 7/7 frutas 3/7 verduras 3/7 vegetales 0/7.

Al examen físico de ingreso: Paciente afebril, hidratada FC: 99 FR: 23, Temperatura: 37°C, peso: 11,900, peso seco: 11kg, talla: 95 cm, IMC: 10,0 puntuación Z-score: -2/-3. Piel: se eviden-

cia marcada palidez cutáneo mucosa. Cabeza: se evidencia signo de la bandera. Cara: se evidencia mejillas en bola de boliche. Abdomen: ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda generalizada, con hepatomegalia: hepatometría LPE: 9cm, LMD: 12cm y LAS: 13cm, se evidencia horizontalización de cicatriz umbilical y cicatriz de postoperatorio en región de hemiabdomen inferior. Genitales: presencia de edema vulvar, labios mayores que cubren menores, con presencia de himen. Extremidades: asimétricas, se evidencia aumento de volumen en miembros inferiores grado III que deja fovea y edema duro en miembros superiores que no deja fovea. Neurológico: consciente, hipoactiva, con respuesta al llamado.

Laboratorios: El 1er día de evolución se recibe Hematología Completa que reporta: HB: 9.3gr/dl, Htc: 25,5%, CB 3500xmm³, Segmentados: 13,3%, Linfocitos: 85%, PLT: 80.000mm³, proteínas totales: 4,4g/dl, albumina: 2,0gr/dl, globulina: 2,39g/dl, relación alb/glo: 0,87, LDH: 1383 UI, evidencian pancitopenia, hipoproteinemia y LDH elevado; Uroanálisis, Creatinina, Urea, Colesterol y Triglicéridos con valores normales para grupo etario. El 6to día de evolución se realiza frotis de sangre periférica evaluado por hematología que reporta anemia macrocítica. El día 20 de evolución reporta VIH, VDRL, Ant. Superficie de Hep B y Ag Core Hep B Negativos. El día 29 de evolución se realiza laboratorios que reporta: Ac. Urico, Fosfatasa Alcalina, Hierro y transferrina encontrándose dentro de los límites normales.

Ecosonograma Abdominal al 6to día de evolución que reporta: Ascitis leve y hepatomegalia; Rayos X de Tórax sin alteraciones.

Evolución: Paciente quien al momento del ingreso presenta evolución tórpida con terapéutica no funcionante y estudios no concluyentes, sin mejoría clínica, ameritando valoración hematológica y nutricional, sin contar con gastropediatra a

nivel regional en ese momento, considerando antecedentes quirúrgicos, estado nutricional, clínica de ingreso y a través de paraclínicos realizados en conjunto con pediatras, nutricionistas y hematólogos se plantea el diagnóstico síndrome de intestino corto, indicando tratamiento a base de Metronidazol, complejo B, ácido fólico y probiótico, obteniendo buenos resultados egresando a los 40 días de evolución intrahospitalarios refiriendo a gastropediatra y valoración nutricional para su seguimiento.

DISCUSIÓN

El edema en pediatría no siempre es clínica de nefropatías, debe descartarse ciertos diagnósticos diferenciales al momento de evaluar un paciente pediátrico con clínica de edema. Si a este edema se le añade hipoalbuminemia sin proteinuria, dolor abdominal y clínica malasortiva debemos pensar en una Enteropatía pierde – proteína⁷.

La anemia macrocítica cuando es arregenerativa puede ser causado por déficit de ácido fólico o vitamina B12; el déficit de Vitamina B12 (cobalamina) puede conllevar a una alteración de la hematopoyesis, la mielinización del SNC y el desarrollo mental y psicomotor encontrándose clínicamente astenia, adinamia, hiporexia, entre otros síntomas⁸.

El déficit nutricional de vitamina B12 y Ácido fólico se encuentran como causas centrales de pancitopenia. Dentro de las causas de malabsorción de Vitamina B12 se describe el sobrecrecimiento bacteriano⁹.

El sobrecrecimiento bacteriano, la hepatopatía, la malnutrición, el déficit de vitaminas y minerales son complicaciones que podemos encontrar en el síndrome de intestino corto secundario a cirugías, accidentes vasculares, entre otros, donde existe un cuadro de malabsorción y fracaso intestinal como consecuencia de una resección extensa de intesti-

no delgado¹⁰.

El duodeno y el yeyuno son responsables de la absorción de la mayoría de los nutrientes de la dieta. En términos generales, la digestión y absorción de los nutrientes se completa dentro de los primeros 100 a 150 cm del yeyuno en un niño sano. En niños con una cantidad menor de superficie anatómica absorptiva y/o funcional de yeyuno presentan manifestaciones importantes de malabsorción. Aún y cuando el íleon es limitado en su función de formar quilomicrones comparado con el yeyuno, diferentes estudios han mostrado que el íleon tiene una mayor capacidad adaptativa en la absorción de nutrientes en niños con SIC. Por lo contrario, el yeyuno no puede desarrollar transportadores específicos de vitamina B12 y sales biliares y en consecuencia, son mal absorbidos en pacientes con resección ileal¹¹⁻¹²⁻¹³.

El pronóstico y el manejo de esta patología están condicionados por la longitud, el tipo y el estado del intestino remanente. En el caso del sobrecrecimiento bacteriano en estos pacientes con síndrome de intestino corto, un ciclo de 10-14 días con antibióticos orales como el metronidazol o tetraciclina debería mejorar los síntomas (meteorismo, diarrea, pérdida de peso) en 1-2 semanas¹⁻¹⁴.

En los últimos años, se ha planteado el empleo de probióticos. El soporte nutricional es una parte importante en el tratamiento, sobre todo teniendo en cuenta que su presencia puede implicar la necesidad de nutrición parenteral¹⁻¹⁴.

La clave para la supervivencia después de una resección intestinal es la capacidad de adaptación del intestino. Se ha observado que posterior a una resección intestinal extensa, se lleva a cabo un mecanismo de adaptación del intestino tanto morfológico como funcional, en el cual hay aumento de la profundidad de las criptas y alargamiento de las vellosidades intestinales para proporcionar mayor superficie absorptiva. Existe hipertrofia de la mucosa e hiperplasia de los enterocitos, lo cual puede

ocurrir dentro de las primeras 48 horas y continúa de meses a años, dependiendo de ciertos factores, tales como la longitud del segmento reseado y la presencia o no de válvula ileocecal y colon. En cuanto a la adaptación funcional hay incremento en la absorción de carbohidratos, proteínas, agua y electrolitos, por lo que se han buscado elementos que ayuden a mejorar ésta adaptación. Por otro lado, dependiendo del periodo crítico por el que esté cursando el niño con SIC serán las manifestaciones clínicas¹⁵.

CONCLUSIÓN

Las causas de edema en pediatría abarca un abanico de patologías, sin embargo a través de una anamnesis exhaustiva y un examen físico minucioso junto con paraclínicos de base facilitan el planteamiento de las causas.

La severidad del síndrome de intestino corto radica en el diagnóstico tardío y mal manejo de dicha patología

El investigador nace a través del conocimiento y el análisis de los casos, enfrentado patologías complicadas y estudios limitantes.

REFERENCIAS

1. Morales P, Alramadan M, Serrano B, Achille R. Síndrome de intestino corto. Scielo. 2011; 4 (2) [citado 20 de noviembre 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200013#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20intestino%20corto,intestinales%20extensas%20por%20isquemia%20mesent%C3%A9rica
2. D. Valdovinos, J. Cadena, E. Montijo, F. Zárate, M. Cazares, E. Toro, R. Cervantes, J. Ramírez-Mayans. Síndrome de intestino corto en niños. ScieDirect. 2012; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090612000407>
3. Barrio J, Fernández S, Grande A, Torres R. Diarrea crónica y síndrome de malabsorción. Aproximación diagnóstica. En: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 3ª ed. Madrid: Ergon, 2012; p. 93-109.
4. D.L. Sigalet. Síndrome del intestino corto en bebés y niños. ScieDirect. 2001; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055858601700108>
5. M. D. Ballester, A. Vidal. Síndrome de intestino corto: definición, causas, adaptación intestinal y sobrecrecimiento bacteriano. Scielo 2007; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112007000500010&script=sci_arttext&tlng=pt
6. J. Andorsky, P. Lund, W. Lillehei, S. Richardson. El manejo nutricional y otros aspectos posoperatorios de los neonatos con síndrome del intestino corto se correlacionan con los resultados clínicos. ELSEVIER 2011; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347601851581>
7. Soler M, Valladares A, Vicente C. Edemas en Pediatría: No todo es síndrome nefrótico. AEP. 2022; [20 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.aepeventosdigitales.com/files/914/cyp/429.pdf>
8. Sachdev Y, Dheeraj S. Deficiencia y exceso de vitaminas del complejo B. EN: Kliegman R, Geme J. (editores) Tratado de Pediatría. 21ª Ed. Elsevier, Barcelona 2021; pp. 372-373
9. Nova M, Magallares L. Pancitopenia. EN: Guerrero F, Cartón A, Barreda A (editores) Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Panamericana, La Paz 2020; p. 1181-1186.
10. Rosich del Cacho B, Pérez A. Fracaso intestinal. EN: Guerrero F, Cartón A, Barreda A (editores)

- Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Panamericana, La Paz 2020. pp. 988-989.
11. J. Goulet, Y. Revillon, D. Jan, S. De Potter, C. Mauge. Síndrome del intestino corto neonatal. *ScienceDirect* 1991; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347605810327>
 12. E. Quirós-Tejeira, E. Ament, L. Reyen, F. Herzog, M. Merjanian. Soporte nutricional parenteral a largo plazo y adaptación intestinal en niños con síndrome de intestino corto: una experiencia de 25 años. *ScienceDirect* 2004; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002234760400160X>
 13. V. Raval, C. Redden, M. Weiner. Gastrosquiasis, atresia, dismotilidad: estrategias de tratamiento quirúrgico para una entidad clínica distinta. *ScienceDirect* 2008; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022346808007641>
 14. D'Antiga L, Goulet O. Intestinal failure in children: the European view. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56:118-26
 15. H. Menge, J. Robinson. Relación entre las alteraciones funcionales y estructurales en el intestino delgado de la rata después de una resección proximal de extensión variable. *Springer Nature Link* 1978; [citado 27 de octubre 2024]. Disponibilidad en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01851373>

EN MEDICINA UNO MAS UNO NO ES IGUAL A DENGUE. A PROPOSITO DE UN CASO

In medicine one plus one is not equal to dengue. Report of a case

Colina, Olga ¹

Rengifo, Víctor ²

¹ Médico Cirujano, Residente del Postgrado de Puericultura y Pediatría. olgacolina96@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0004-0844-0243>

² Médico Cirujano, Especialista en Puericultura y Pediatría. veregu101010@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0003-7675-8627>.

RESUMEN. El dengue es un síndrome benigno causado por varios virus transmitidos por artrópodos y se caracteriza por fiebre bifásica, mialgias o artralgias, exantema, leucopenia y linfadenopatías. Entre las semanas epidemiológicas 1 y 25 del 2024, se reportaron un total de 10.363.448 casos sospechosos de dengue. *Objetivo:* Evaluar las características clínicas y paraclínicas en el dengue frente a una evolución atípica. *Metodología:* es una investigación descriptiva de las características tanto clínica como paraclínica a través de análisis en un paciente con evolución atípica del dengue. Se presenta caso clínico de escolar femenino de 6 años + 1 mes de edad quien presenta cinco días previos a su ingreso alza térmica no cuantificada, agregándose al cuarto día edema en cara y miembros inferiores, al examen físico se evidencia febril, taquicárdica, taquipnéica, desaturada, en anasarca, marcada palidez cutáneo mucosa. Hallazgos paraclínicos: anemia, leucocitosis, Procalcitonina positiva, TGO y TGP elevadas, tiempos de coagulación alargados, hipoalbuminemia, serología IgM Dengue positiva con ascitis en ecosonograma abdominal y neumonía derecha con derrame pleural bilateral en rayos x de tórax. *Resultado:* Paciente con evolución favorable quien a través de estudios y discusión de casos se realizó manejo adecuado cursando a su vez con un proceso de sobreinfección, siendo egresado a las 10 días de evolución intrahospitalaria. *Conclusión:* un interrogatorio exhaustivo junto con el apoyo de la clínica y paraclínicos son las herramientas ante una evolución atípica de cualquier patología.

Palabras clave: Fiebre, Edema, Neumonía, Derrame pleural, Leucocitosis

ABSTRACT. Dengue is a benign syndrome caused by several viruses transmitted by arthropods and is characterized by biphasic fever, myalgias or arthralgias, rash, leukopenia and lymphadenopathy. Between epidemiological weeks (EW) 1 and 25 of 2024, a total of 10,363,448 suspected cases of dengue were reported. *Objective:* To evaluate the clinical and paraclinical characteristics of dengue in the face of an atypical evolution. *Methodology:* This is a descriptive investigation of both clinical and paraclinical characteristics through analysis in a patient with an atypical evolution of dengue. A clinical case is presented of a female schoolchild, 6 years + 1 month old, who presented an unquantified rise in temperature five days prior to admission, adding to the fourth day edema in the face and lower limbs. The physical examination revealed fever, tachycardic, tachypneic, desaturated, in anasarca, marked mucosal skin pallor. *Paraclinical findings:* anemia, leukocytosis, positive

procalcitonin, elevated TGO and TGP, prolonged clotting times, hypoalbuminemia, positive Dengue IgM serology with ascites on abdominal echosonogram and right-sided pneumonia with bilateral pleural effusion on chest x-ray. Result: Patient with favorable evolution who through studies and discussion of cases was managed appropriately, presenting at the same time with a process of superinfection, being discharged after 10 days of intra-hospital evolution. Conclusion: Exhaustive interrogations together with the support of the clinic and paraclinical tests are the tools in the face of an atypical evolution of any pathology.

Keywords: Fever, Edema, Pneumonía, pleural effusion, Leukocytosis.

INTRODUCCIÓN

La fiebre del dengue es un síndrome benigno causado por varios virus transmitidos por artrópodos y se caracteriza por fiebre bifásica, mialgias o artralgias, exantema, leucopenia y linfadenopatías. La fiebre hemorrágica por dengue es una enfermedad febril grave, a menudo mortal, causada por uno de los cuatro virus del dengue. Se caracteriza por permeabilidad capilar, anomalías de la hemostasia y, en los casos graves, un síndrome de shock con pérdida de proteínas¹.

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 25 del 2024, se reportaron un total de 10,363,448 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1,098 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa un incremento de 232% en comparación al mismo periodo del 2023 y 420% con respecto al promedio de los últimos 5 años².

REPORTE DEL CASO

Se presenta caso clínico de escolar femenino de 6años + 1 mes de edad quien madre refiere

inicio de enfermedad actual 5 días previos a su ingreso caracterizado por presentar alza térmica no cuantificada que cede con la administración de acetaminofén, dos días previos a su ingreso se asocia al cuadro clínico vómitos en número de 4, de moderada cantidad, de contenido alimentario, ultimo con expulsión de dos ascaris, motivo por el cual acude a facultativo de su localidad donde administran solución 0,9% (500cc)+ ranitidina+ ondansetron, un día previo a su ingreso por expulsión de áscaris por las heces y agregarse al cuadro clínico edema en cara y miembros inferiores es llevada nuevamente a facultativo donde evalúan y refieren al Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, Coro – Edo. Falcón.

Alimentación: en el momento del ingreso alimentación adaptada a menú familiar proteína 4/7, pasta 2/7, arroz 2/7, harinas 7/7 vegetales 0/7, frutas 7/7, lácteos 7/7, golosinas 5/7.

Al examen físico de ingreso: Paciente deshidratado, febril al tacto. FC: 129 lpm, FR: 46rpm, SatO₂: 80%, Temp 38,5 (via axilar), TA: 100/60mmhg, Peso actual: 19,6kg, peso seco:19kg, talla: 116cm. Piel: lisa, poco turgente, llenado capilar <2seg, se evidencia palidez cutánea mucosa. Cara: Se evidencia fascine de luna llena, edema bipalpebral. Boca: Se evidencian múltiples lesiones tipo aftas en lengua, inflamación de mucosa gingival y se evidencia estigmas de sangrado, no se explora faringe en vista de poca apertura bucal. Cardiopulmonar: Se evidencia ligero edema en región escapular bilateral, Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos con agregados tipo crepitantes en base pulmonar derecha. Abdomen: Distendido, se evidencia horizontalizacion de cicatriz umbilical, CA: 57cm, ruidos hidroareos disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes, con hepatomegalia. Extremidades: Se evidencia edema en miembros inferiores que deja fóvea, doloroso a la movilización. Neurológico:

alterna periodos de somnolencia con irritabilidad, fuerza muscular 5/5ptos, normorreflexico, Glasgow 15/15ptos.

Laboratorios: DIA 1 se reciben laboratorios que reportan TGO 1224mg/dl, TGP 780mg/dl, Proteinas totales 4,9mg/dl, albumina 2,6mg/dl, globulina 1,99mg/dl, PCR 4,8mg/dl, Hg 10g/dl, HCT 31%, LEU 31200, SEG 89%, LINF 4%, MO2%. EOS 6%, PLQ120000, TP 15seg, TPT 45,8seg, diferencia +15,5seg, donde se evidencia elevación de transaminasas, leucocitosis a expensas de segmentados, PCR positiva, hipoalbuminemia, tiempos de coagulación alargados, y anemia; urea, creatinina y electrolitos séricos dentro de los valores normales. DIA 2 se reciben resultados de VSG en 40mmh y Procalcitonina en 3,60mg/dl; serología para hepatitis A,B y C negativo, bilirrubina dentro de límites normales. DIA 3 se reciben resultados de laboratorios que reportan IgM e IgG para covid19 negativo, ph y gases arteriales dentro de valores normales. DIA 4 se reciben resultados de laboratorios que reportan LEU 14030, SEG 65,8%, LINF 28,2%, HGB 10,1gr/dl, HCT 31%, PLQ 55.000, donde se evidencia anemia, leucocitosis sin embargo con mejoría respecto a control anterior y trombocitopenia; uroanálisis sin alteraciones. DIA 5 se reciben resultados de laboratorios que reportan TGO 151 U/L, TGP291 U/L, evidenciando mejoría de enzimas hepáticas. DIA 6 se recibe resultados de serología para dengue que reporta IgM positivo. DIA 7 Se reciben resultados de serología para citomegalovirus IgM negativo, IgG positivo, Epstein Barr IgM negativo, IgG positivo.

Ecosonograma abdominal al momento del ingreso que reporta líquido libre en cavidad y Rayos x de tórax donde se evidencia opacidad heterogénea que afecta campo pulmonar derecho, con borramiento de ángulo costofrenico. DIA 3 se realiza ecosonograma abdominal que reporta derrame pleural bilateral, colección de líquido in-

teresa, hepatomegalia, se recibe Rayos x de torax donde se evidencia densidad heterogénea en campo pulmonar derecho apicobasal acompañado de densidad homogénea en región basal que ocupa ángulo costofrenico.

Evolución: paciente quien ingresa con antibioterapia en vista de condiciones generales solicitando laboratorios y paraclínicos, sin contar con infectologo pediatra en el servicio actualmente; se observan reactantes de fase aguda positivo manteniendo conducta siendo valorado en conjunto con gastroenterólogo pediátrico por clínica de hemorragia digestiva e insuficiencia hepática secundaria. Al observar imágenes de rayos x control y observar mejoría de patología pulmonar y clínica del paciente al 8vo día de enfermedad se esperan resultados serológicos evidenciando IgM positivo de Dengue, cursando con coinfección siendo confirmados con paraclínicos e imágenes radiológicas teniendo una evolución satisfactoria siendo egresada a los 10 días de evolución.

DISCUSIÓN

El síndrome edematoso puede ser la consecuencia de una patología sistémica, cuando este es de origen infeccioso (viral) se caracteriza por tener evolución brusca, tórpida, y en la mayoría de los casos resolución espontanea, una vez que pasa la fase crítica de la enfermedad³⁻⁴.

Después de los dos años de edad la principal causa de neumonía es bacteriana y una de sus complicaciones es el derrame pleural paraneumonico, la leucocitosis, velocidad de sedimentación globular (VSG), PCR y procalcitonina elevadas se correlacionan⁵.

La hipertransaminasemia es un hallazgo frecuente en pediatría, el origen puede ser hepático (por enfermedades del hígado y de las vías biliares o por enfermedades sistémicas que cursen con afectación hepática), hay virus que son hepatotro-

fos y generan un aumento de las transaminasas sin elevación importante de las bilirrubinas^{6,7}.

El dengue es una sola enfermedad, con diferentes presentaciones clínicas y con evolución clínica impredecible, y que dependiendo de varios factores puede llegar a complicarse, en casos de coinfecciones bacterianas (como la neumonía) puede presentar reactantes de fase aguda como la procalcitonina positiva y leucocitosis⁸⁻⁹.

CONCLUSIÓN

El caso clínico se hace relevante por varios aspectos; el primero de ellos es que se trata de una entidad bastante frecuente, pero presentada en esta oportunidad con sintomatología inusual y con una presentación inicial atípica en la paciente; el segundo recalcar la necesidad de una exploración y anamnesis exhaustivas que permitan diferenciar dicha infección viral de otras infecciones que puedan confundirse y; por último, recordar que el Dengue continúa siendo una alerta epidemiológica.

REFERENCIAS

1. Scott B. Fiebre dengue, fiebre hemorrágica por dengue y dengue grave. EN: Kliegman R, Geme J. (editores) Tratado de Pediatría. 21ª Ed. Elsevier, Barcelona 2021; pp 1760 -1763
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe de situación No 25. Situación epidemiológica del dengue en las Américas – Semana epidemiológica 25, 2024. [Revisado 02 Julio 2024] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-no-25-situacion-epidemiologica-dengue-americas-semana>.
3. Roriz M, Henniart A, Del síntoma al diagnóstico Edemas ELSEVIER. 2020; 24 (3) PP 1-5 [citado 02 julio 2024] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541020440176#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20edematoso%20es%20el%20resultado%20de%20una,ser%20secundarios%20a%20una%20patolog%C3%ADa%20local%20o%20sist%C3%A9mica>.
4. Abiantún M, Rojas P, Martínez G, Síndrome edematoso en la Infancia: etiología y abordaje Inicial [citada 1 02 de julio 2024] disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/sindrome-edematoso-en-la-infancia-etilogia-y-abordaje-inicial/>
5. Martín A, Asensio de la Cruz O, Pérez G. Complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad: derrame pleural, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y pnoneumotórax. AEP. 2017;1 PP 127-146. [citado 02 de julio 2024] disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pdf
6. Ros I, Servet M, Reyes J, Mercadal M, Blesa L, García D, Campuzano S, De la Calle N, Vegas M. Actuación diagnóstica ante hipertransaminasemia en Pediatría. AEP. 2022 [citado 02 de julio 2024] Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/doc_completo_consensu_hipertransaminasemia_vf_2022-09.pdf
7. Jiménez J, Salazar N, Valverde M. Patogénesis de la enfermedad por virus del dengue. Revisión de la literatura. Rev Cl EMed UCR 2016. 16(2) [citado 02 de julio 2024] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr162j.pdf>
8. Lovera D, Pavlicich V, Bogado N, Merlo O, Dengue: Guía de Manejo Clínico – 2012 [citado 02 de julio 2024] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10101/9789996768422_esp.%20pdf?sequence=1
9. Sánchez R, Gutiérrez C, César M, Vilanova R. Procalcitonina y proteína C reactiva en el diagnóstico de neumonías bacterianas en pacientes de urgencias. ELSEVIER. 2008. 1 (2)pp 59-63 [citado 02 de julio 2024] Disponible en: <https://www>

elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-procalcitonina-proteina-c-reactiva-el-S1888400808000044



CientifSALUD

REVISTA ELECTRÓNICA ORGANO DIVULGATIVO DE LAS PRODUCCIONES CIENTÍFICAS EN SALUD

Convocatoria de Manuscritos 2026

Vol. 1, No. 2 (Julio – Diciembre)

El Comité Editorial de CientifSALUD invita a investigadores, profesionales de la salud y académicos a postular sus producciones científicas para nuestra próxima edición. Recibimos manuscritos originales que contribuyan al avance del conocimiento en las áreas de:

Ciencias Médicas y Quirúrgicas.

Gestión de Salud Pública.

Innovación Tecnológica en Salud.

Casos Clínicos de Impacto Regional.

Fecha límite de recepción: [Insertar Fecha, ej: 30 de mayo de 2026]

Envío de originales: [Insertar correo electrónico, ej: editorial@cientifsalud.com]

RESUMEN DE NORMAS PARA AUTORES - CientifSALUD

Originalidad: Los manuscritos deben ser inéditos y no estar en proceso de evaluación por otra revista.

Formato: Los trabajos se recibirán en formato .doc o .docx, fuente Arial 12, interlineado 1.5.

Referencias: Se exigirá el uso estricto de Normas Vancouver para citas y bibliografía.

Resumen: Todo artículo debe incluir un resumen analítico (máximo 250 palabras) y palabras clave en español e inglés.

Envío: Las propuestas deben enviarse a través del correo: cientifsalud.unefm@gmail.com.



Cientif **SALUD**

NORMAS EDITORIALES

La Revista *CientifSALUD*, constituye un marco referencial para la construcción del conocimiento integral de las ciencias de la salud. A continuación, se precisan las normas editoriales de la Revista.

Instrucciones para autores

La Revista *CientifSALUD* es un espacio de publicación electrónica, con acceso abierto, gratuita para autores y lectores que se editará trimestralmente. Es el órgano divulgativo de las investigaciones del Área de la Salud, adscritos al Instituto de Investigación del Área de Ciencias de la Salud.

La Revista tiene como propósito ser un medio de publicación científica, que promueva y difunda mediante escritos de calidad, originalidad y aplicabilidad, mostrando el avance en el desarrollo del conocimiento y quehacer de las ciencias de la salud, tanto en el campo de la atención del proceso salud/enfermedad, así como en los aspectos tecnológicos, de gestión, procesos de docencia en salud; que organice, oriente y forme criterios entre los profesionales responsables en la solución de problemas de salud de las personas, las familias y las comunidades. La revista está dirigida a diversos profesionales de la salud: profesores, estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, fonoaudiología, fisioterapia, biomédico trabajo social, psicología, entre otros; tanto de nivel técnico como de licenciatura o posgrado, que estén en ejercicio de sus funciones operativas en la práctica cotidiana o que sean académicos o directivos responsables del sistema de salud.

Con este propósito, la revista considerará contribuciones en las siguientes secciones:

1. Editorial (por invitación)
2. Artículo original.
3. Artículos de Revisión.
4. Caso clínico:
5. Caso familiar o comunitario
6. Histórico del área de la salud



CientifSALUD

7. Revisión de Actualidad terapéutica tecnológica, en gestión clínica y organizacional
8. Memorias de eventos científicos
9. Reseña Biográfica
10. Carta al editor
11. Noticias y anuncios de eventos de los diferentes programas del área de la salud.
12. Estudios de intervención comunitarios cualitativos o cuantitativos

Preparación y envío de manuscritos

Los manuscritos deben enviarse al comité editorial de la revista en la dirección electrónica: cientifsalud.unefm@gmail.com.

Para la publicación, todos los artículos deben incluir, sin excepción, títulos en español e inglés para el artículo, así como un título corto, no mayor de 15 palabras, seguido de nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos ni cargos), adscripciones, así como los ORCID de todos los participantes, nombre y dirección del autor de correspondencia, resúmenes en español e inglés con sus palabras clave, el manuscrito completo, también se debe presentar declaraciones de financiamiento, conflicto de intereses, referencias, responsabilidades éticas, tablas y pies de figuras. La escritura del texto de ser en formato Microsoft Word.

Cada sección comenzará en una nueva página, la cual se numerará consecutivamente, comenzando por la portada. El número se colocará en la parte superior de cada página. Con el propósito de adecuar mejor el proceso de redacción, se sugiere a los autores revisar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas), www.icmje.org.

El manuscrito

El manuscrito, al momento de consignarlo ante *CientifSALUD*, debe ser un documento original e inédito. Por lo que el mismo no puede haber sido publicado a través de ningún medio de difusión, tanto impreso como en formato digital, tampoco puede estar en proceso de revisión, corrección o fase de publicación en ninguna otra revista.

El origen del manuscrito, debe ser producto de un proceso investigativo de cualquier tema relacionado



Cientif **SALUD**

con las Ciencias de la Salud, que requiere rigurosidad metodológica y el cumplimiento de los principios bioéticos.

De las características del manuscrito

Respecto a la redacción del manuscrito.

Será elaborado utilizando el programa Microsoft Word (extensión .doc o .docx), en español o inglés.

Debe obedecer a la estructura formal sugerida por CientifSALUD, mediante el uso de las plantillas según el tipo de artículo a publicar.

Los títulos de los artículos deben ser cortos, claros y concisos, sin exceder a un máximo de 15 palabras.

Respecto al autor o autores deben estar identificado con su nombre, institución a la que se encuentran afiliados, correo electrónico, así como (Open Researcher and Contributor Identification) ORCID. En el caso que el autor o autores no se encuentren registrados en ORCID, deberán realizar su registro pertinente, este proceso es totalmente gratuito por lo que se pueden registrar a través del siguiente link: en <https://orcid.org/>

Aspectos formales

Durante la realización del manuscrito, utilice abreviaturas comunes empleadas en redacciones relacionadas con las ciencias de la salud, respetando su uso en los títulos. En el texto una abreviatura cuando esta aparece por primera vez debe ir acompañada del término de lo que se está haciendo referencia, ejemplo: Organización Mundial de la Salud (OMS). ahora bien, cuando se refiere al uso de unidades de medidas, estas se expresarán según lo establecido en el Sistema Internacional, donde las unidades de medidas físicas, biológicas, químicas, clínicas tienen que estar representadas de forma precisa. Ahora bien, en relación a los nombres científicos deben seguir estrictamente las normas de nomenclatura y taxonomía.

Es necesario que todos los manuscritos utilicen letra Arial tamaño 11, con interlineado de espacio y medio, en un papel tamaño A4, con márgenes de 2,5 cm. En relación a las citas, llevarán un superíndice antes del punto final del párrafo o la oración citada, por ejemplo:

La familia, es una unidad que se articula con el entorno social donde se desarrolla, teniendo una interacción bidireccional². En el caso que la cita sea de más de 6 autores, se utilizará el término “et al.”, por ejemplo, Gutiérrez et al.



Cientif **SALUD**

Los manuscritos tendrán una extensión máxima de 12 páginas independientemente del tipo de manuscrito (artículos originales, artículos de revisión y casos clínicos) este límite no incluye las referencias consultadas..

Tipo de manuscrito

1. Editoriales: estos artículos hacen referencia a temas de actualidad, que pueden incluir aspectos filosóficos, tópicos de avances científicos, políticas editoriales ente otros. Estos escritos siguen un propósito que pueden ser indicados por el editor, por el comité de editores, o a petición de un particular siendo un invitado destacado con amplia trayectoria en el tema. algún miembro de la Comisión Editorial o algún invitado destacado, esta redacción no excederá a dos páginas.

2. Artículos originales: estos artículos, provienen de investigaciones dónde se aplicó el método científico con rigor y apego a los principios de la bioética, deben ofrecer un contenido relacionado con e las Ciencias de la Salud y deben mostrar originalidad. Los ensayos o experimentos deben la capacidad de ser reproducidos bajo las mismas condiciones.

3. Artículos de Revisión: son artículos científicos que recopilan, analizan y sintetizan la información publicada sobre un tema específico. Se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo en el tema. Deben tener un máximo de 12 páginas, con un resumen de 250 palabras. La cantidad mínima de referencias bibliográficas es de 20, de las cuales al menos el 80% deben ser de los últimos 5 años, siempre y cuando la revisión amerite información relevante de mayor data. El contenido principal debe organizarse de la siguiente forma: introducción, el cuerpo debe incluir la metodología empleada para la revisión de la literatura ejemplo: PRISMA, desarrollo del tema, discusión y conclusiones. El cuerpo o revisión de la literatura debe representar (dos tercios del escrito), es la exposición de las ideas sobre el tema, que puede ir contrastado con reflexiones personales, datos, conceptos, confrontación de ideas, discrepancias entre otros aspectos relevantes.

4. Casos Clínicos: son manuscritos que describen casos clínicos de interés. Con el objeto de tratar sobre nuevas técnicas, resultados o patologías infrecuentes, en el orden tendrá: El resumen debe tener 250 palabras, texto principal o cuerpo organizado en introducción, reporte del caso, discusión, conclusión y referencias bibliográficas. Los casos clínicos tendrán finalidad educativa, utilizando en su práctica aque-



Cientif **SALUD**

los casos clínicos empleados en el aprendizaje basado en la solución de problemas o para el análisis y discusión de casos; es válido el uso de cuadros sinópticos y de mapas conceptuales e incluso listas de cotejo o escalas evaluativas

5. Caso familiar o comunitario: aquellos casos con intención de dar a conocer enfoques de estudio de la familia, desde los diferentes enfoques. Socioantropológico, económico, psicológico y sistémico; que aporte sustancialmente a la salud familiar. Promoviendo la atención continuada o planes de manejo y seguimiento integral, desarrollo de un estudio de salud familiar con fines de enseñanza, investigación u otorgamiento de servicios, considerar que aplican los criterios mencionados en casos clínicos.

6. Artículo histórico para la medicina: Sección que describe un tema histórico relevante de la medicina, mundial, regional, nacional o local; escrito original, organizado en: resumen de 250 palabras, descripción histórica, interpretación del autor y referencias bibliográficas.

7. Revisión de Actualidad en gestión clínica, terapéutica, tecnológica y organizacional. Sirve para comunicar resultados de investigación de actualidad e innovadores que ofrecen evidencias científicas y recomendaciones trascendentes para su uso en la práctica clínica, así como la educación en salud o procesos de gestión organizacional. ofrecer al lector información reciente y multidisciplinaria. Tendrá una estructura similar al artículo de revisión.

8. Memoria de eventos científicos: se busca contribuir a formar criterios ampliados y aplicables en la práctica de las ciencias de la salud, ya sea en la gestión, la investigación o la docencia médica. Pueden incluir trabajos presentados, foros, mesas redondas, simposio. En términos generales esta sección sirve para mostrar las conclusiones que un grupo de expertos debatan y concluyan sobre temas relevantes, apoyados de recursos didácticos, con una extensión no mayor a 6 páginas.

9. Memorial biográfico de reconocimiento: se difunden biografías de destacados profesionales de las distintas disciplinas por sus aportaciones a las ciencias de la salud. Este apartado estará dedicado al reconocimiento de ese buen desempeño del trabajo médico forma constante, dedicada, con discreción, avalado por los propios miembros del equipo de salud. La extensión máxima es de 5 páginas, puede incluir hasta 6 figuras.

10. Carta al editor. Cartas de los lectores con observaciones o comentarios relevantes, Tendrán pre-



CientifSALUD

ferencia aquellos relacionados con los manuscritos publicados en CientifSALUD. La extensión máxima es de 3 páginas.

11. Noticias de interés. Espacio de la revista dedicado a la promoción de eventos de diversos tópicos y enfoques que organizan nuestros diferentes programas de pre y postgrado, tales como: cursos de educación continua, congresos o jornadas nacionales o regionales y presentaciones de libros, revistas, boletines.

12. Estudios de intervención comunitarios cualitativos o cuantitativos. Artículos dedicados a informes de intervención participativa en salud rural bajo un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y mediante la metodología de Investigación-Acción Participativa (IAP), apegados al formato IMRD y al estilo Vancouver.

Estructura de los manuscritos

- **Resumen:** estructurado de esta forma (Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones). Respecto al resumen debe incluir entre 3 a 5 palabras clave tanto en el español como en el idioma inglés, haciendo referencia a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME (<http://DeCS.bvs.br>) y en el Medical Subject Headings (MeSH) de Index Medicus/Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

- **Introducción:** desarrollará brevemente los aspectos teóricos con énfasis en la problemática planteada, antecedentes, justificación y objetivo del estudio.

- **Material y métodos:** Este apartado, necesita mostrar claramente las características de la muestra, los métodos empleados con las referencias pertinentes, pues se requiere que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. En tanto que, los métodos estadísticos empleados deben señalarse claramente con la referencia correspondiente. Cabe destacar que, los autores deben detallar en este punto los procedimientos éticos que han seguido; esto sumamente necesario para experimentos que involucran animales, pacientes, manejo de datos confidenciales, consentimiento informado, etc. y que cuentan con la autorización del comité de ética de su institución. Las enfermedades se expresarán acordes a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Los nombres genéricos, posología y vía de administración del fármaco, drogas o sustancias químicas estarán citados conforme a la nomenclatura internacional.



Cientif **SALUD**

- **Resultados:** estos deben incluir los hallazgos relevantes del estudio, contrastados con las figuras o gráficas eminentemente necesarias que sirvan para ampliar la información vertida en el texto. No repita información en el escrito y en las tablas y/o figuras.
- **Discusión:** en este apartado deben contrastarse los resultados de la investigación con lo informado en la literatura científica y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.
- **Conclusiones:** en esta sección se establecen las principales conclusiones del estudio, que darán pie a futuros estudios. Es necesario que las conclusiones sean congruentes con los objetivos que se plantearon y que se deriven directamente del proceso de investigación realizado.
- **Agradecimientos:** en esta sección se realizan los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos. Esta sección debe ir en la página frontal para que el documento principal del manuscrito siga siendo anónimo.
- **Referencias:** Este apartado será desarrollado más adelante y será común a todos los diferentes tipos de manuscritos.
- **Tablas:** deben incluir un título en la parte superior, se numeran consecutivamente en números arábigos. Solo deben tener líneas horizontales y seguir el estilo de presentación de tablas para artículos del área de ciencias de la Salud. Las notas u observaciones se deben colocar al final haciendo uso de los símbolos correspondientes. La información de las tablas no puede repetirse en figuras ni texto, sólo se realizarán comentarios estrictamente necesarios haciendo referencia a la respectiva tabla.
- **Figuras:** solo se incluyen las figuras que sean estrictamente necesarias para la comprensión de los resultados, se numeran en arábigos. Estas deben incluir una leyenda.
- **Fotografías:** de incluirse fotografías, estas deben tener la calidad necesaria para su correcta visualización. Se recomienda utilizar este recurso solo para resultados donde se requiera la observación directa, como en el caso de microfotografías histológicas, imágenes de microscopía electrónica, entre otras.

Información sobre Referencias:

- Estas serán presentadas en formato Vancouver de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédi-



Cientif **SALUD**

cas). Estas se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán tanto en el texto, las tablas y pies de figura con los números correspondientes. En aquellas dónde existen múltiples autores (más de seis autores), se incluirán solo los 6 primeros autores del trabajo, seguido de et al., luego de la abreviatura del nombre o nombres del 6° autor. En el caso de 6 o menos autores, se colocan todos.

https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

- Los nombres de las revistas se deben abreviar de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus/ Medline. La lista de abreviaturas de revistas se puede encontrar en el sitio web del National Library of Medicine (NLM): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

DECLARACIONES ÉTICAS

Responsabilidades éticas

Respecto a posibles conflictos de intereses, estableciéndose el derecho de los sujetos a la privacidad y confidencialidad, así como los derechos humanos y animales. Esta revista se apega a los requisitos propuestos de uniformes para preparar los manuscritos presentados en revistas biomédicas: redacción y edición de publicaciones. Usando la versión más reciente publicada por el International Committee of Medical Journal Editors en su página <http://www.icmje.org>. Se solicitará mostrar consentimiento informado, en aquellos estudios con pacientes y casos clínicos, así como la aprobación del Comité de Bioética de la institución correspondiente en el caso de estudios clínicos y experimentales.

En relación a los procedimientos en seres humanos se ajustarán a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 (World Medical Association Declaration of Helsinki) Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2000; 284:3043-5, así como a las Normas del Comité de Ética y de Investigación de la Institución donde se realizó el trabajo original. No obstante, los estudios en animales seguirán lineamientos similares (Institute of Laboratory Animal Resources, National Research Council. Guide for the care and use of laboratory animals. Washington, DC. National Academy Press. 1996). Por otro lado, en relación a la confidencialidad de los datos, se informará sobre del modo en que



CientifSALUD

se protegió el anonimato de los participantes, así como la privacidad de su información.

Fuente de financiamiento

El o los autores deben mencionar las organizaciones que financian su investigación, incluyendo los números de subvención, siempre y cuando esto sea necesarios.

Conflicto de intereses

El o los autores, necesariamente deben detallar cualquier relación financiera o personal que tengan con otras personas u organizaciones, hechos que pudieran dar lugar a conflicto de intereses en relación al artículo sometido a revisión para publicación. Con el objeto de propiciar transparencia de la investigación, se exigirá a los autores la revisión y apego a las guías internacionales pertinentes, según el tipo de estudio:

- Artículos sobre pruebas diagnósticas: STARD (www.equatornetwork.org/reporting-guidelines/stard/).
- Ensayos clínicos: CONSORT (<http://www.consortstatement.org/>). Además, todos los ensayos deberán estar registrados en alguna de las bases de datos internacionales, y siempre se deberá indicar el número de registro correspondiente.
- Estudios observacionales: STROBE (www.strobestatement.org).
- Otro estudio, consultar las guías en la iniciativa EQUATOR (<http://www.equator-network.org/>).

COPYRIGHT: Los trabajos enviados a la revista CientifSALUD, deben enviarse con una carta firmada por todos los autores del trabajo, donde se dé constancia de que éste artículo, no fue publicado anteriormente, que tampoco se ha enviado de manera simultánea a otra revista, por otro lado, que no existe conflicto de intereses.

Los autores se hacen responsables de las opiniones contenidas en el artículo.

Favor absténgase de enviar para revisión, si su artículo no está preparado en concordancia con las instrucciones elaboradas para los autores.

ETAPAS DEL PROCESO DE EDICIÓN

1. Recepción del manuscrito. Aquí se comprueba que el manuscrito cumple con las especificaciones



Cientif **SALUD**

de las instrucciones elaboradas para autores y que los documentos enviados están completos. El envío se realizará al correo electrónico:

2. Revisión inicial por el comité editorial (tiempo máximo 5 días hábiles): se encargan de corroborar pertinencia, actualidad, originalidad y aportación científica del manuscrito, por otro lado, se detalla el rigor metodológico y estadística del estudio. Revisión de plagio, lo que generará el rechazo del artículo o pasará a la fase de revisión por investigadores pares.

3. Revisión por pares (máximo 15 días hábiles): Se utilizará la opinión de mínimo dos personas con amplia experiencia en el área en cuestión estos evaluarán los aspectos técnicos y metodológicos de la investigación

4. Revisión editorial (máximo 7 días hábiles): de acuerdo con la opinión basada en la revisora par. Se dictaminará que: puede ser rechazado, aprobado con correcciones, correcciones mayores o aceptado. En el caso de correcciones mayores o menores se someterá nuevamente a evaluación por los revisores pares iniciales.

5. Edición final (4 semanas): en este caso se realizará la edición técnica y lingüística (y traducción), proceso de maquetación, así como asignación del DOI, y corrección por parte del autor.

6. Publicación: Todos los manuscritos serán publicados cuando completen el proceso de edición, hasta poder ser incorporados en un número final de la revista.

REVISIÓN FINAL DEL ARTÍCULO ACEPTADO (PDF)

El autor de correspondencia recibirá un correo electrónico con el artículo en formato PDF, sobre el que podrá dejar sus comentarios. Este envío se realizará al autor para la revisión y corrección de errores de terminología, u otras actualizaciones relacionadas con datos/cifras. En virtud de que el artículo estará ya editado según la normativa de la revista, no se aceptará que hagan correcciones de estilo.

Para un mejor apoyo los autores podrán enviar una lista de las correcciones necesarias y enviarlas por correo electrónico. Todo cambio de valor en esta etapa de penderá de la aprobación del Editor. En este sentido es importante que envíe todos los cambios necesarios sugeridos por el autor pues posteriormente no habrá oportunidad de arreglos. Este apartado es de responsabilidad del autor.



CientifSALUD

INSTRUCCIONES PARA EL ARBITRAJE

Apreciado Arbitro, reciba un cordial saludo de parte del equipo de la revista CientifSALUD revista electrónica, órgano divulgativo de las producciones científicas en ciencias de la salud. Estamos complacidos de que usted forme parte del equipo de arbitraje de la revista, lo que le da prestigio y calidad a nuestras producciones. Agradecemos grandemente que tome un poco de su tiempo para hacer aportes significativos a la ciencia.

Estimado árbitro estamos haciendo envío de un artículo científico, el cual debe ser valorado apegado a las normas de edición elaboradas por el equipo de la Revista CientifSALUD, por lo que solicitamos la mayor colaboración en el seguimiento de las instrucciones.

La Revista CientifSALUD, pretende la divulgación de investigaciones de calidad de las diferentes vertientes que conforman el área de la salud, que ofrezcan aportes sustanciales, que tributen a mejorar la calidad de vida, el sistema de salud y las organizaciones proveedores de servicios de salud, así como el fortalecimiento académico de los diversos equipos que las conforman.

A propósito de lo anteriormente planteado a continuación se muestra un instrumento que facilitará su tarea de arbitraje, mediante la valoración cualitativa del artículo científico.

PARÁMETROS	Valor	OBSERVACIONES
<i>1. Pertinencia del título del artículo o trabajo.</i>		
<i>2. Calidad y redacción del resumen.</i>		
<i>3. Aspectos formales del discurso: Claridad, coherencia y originalidad.</i>		
<i>4. Organización del manuscrito</i>		
<i>5. Pertinencia y calidad de las referencias bibliográficas citadas.</i>		
<i>6. Aportes significativos del artículo al área de conocimiento</i>		
<i>7. Calidad en la aplicación de las normas editoriales.</i>		
<i>8. Valoración integral de documento</i>		

D - Deficiente; R - Regular; B - Bueno; MB - Muy bueno; E- Excelente



Cientif **SALUD**

Dictamen:

-Artículo publicable sin modificaciones o correcciones _____

- Artículo publicable con pequeñas correcciones _____

- Artículo publicable con importantes correcciones _____

- No publicable _____

-Observaciones _____



CientifSALUD: Transformando el conocimiento en bienestar para nuestra comunidad.



CientifSALUD | Volumen 1 | Número 1 | Semestre I | 2026.

Editada en Santa Ana de Coro, Estado Falcón, Venezuela.

Depósito Legal: FA2024000057 | ISSN: [En trámite]

© 2026 Todos los derechos reservados.