

Revista Científica Hospital Coromoto



Vol. 8 | **2**
Julio - Diciembre
2019

Dr. Adel Al Awad
Editor
Dr. Ricardo José Atencio Tello
Co-Editor
Dra. Preciosa Ríos
Secretaria



Comité Editorial
MgSc. Adriana García
Dra. Jaqueline Escalona
Dr. Alexis León
Dra. Karina Villalobos

Dra. Duilimar Arrieta
MgSc. Johana Paredes
Dr. Rafael Villalobos

Dr. Alexis León
Dra. Odelis Díaz de Suárez
Dra. Virginia Fernández
Dra. Elizabeth Borjas
MgSc. Lisbeth Borjas

Asesores Científicos
Dr. Rafael Villalobos
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno

Anestesiología
Dra. Mercedes Astro López
Dr. Jaime Contreras
Dra. Sirka García Padilla
Dr. Norberto Ortiz Flores
Dra. Josefa Simanca H.
Dr. Freddy Villalobos B.
Dr. Thaís C. Villalobos
Dra. Betania Villalobos
Dr. Edwin Betancourt V.
Dra. Rossy Vera S.

Cirugía del Quemado
Dr. Tulio Chacín Paz
Dr. Orlando Guijarro
Dra. Jenny Villasmil
Dr. Osmer Güerere

Cirugía de Tórax
Dr. Iván González
Dr. Josué Reyes Polanco
Dr. Juan Carlos Sánchez

Cirugía General
Dr. Adel Al Awad
Dra. Rina Contreras
Dr. Hernán Lamus
Dr. Marconis Ocano
Dr. Nizar Saad
Dr. Víctor Flores
Dr. José Galván
Dr. Ricardo Torres
Dr. Daniel Briceño

Cirugía de Columna
Dra. Yusmary Guillén

Enfermería
Lcda. Ana Raquel Mendoza
Lcda. Edicta Ferreira
Dra. Eva Graterol
Dra. Gregoriana Mendoza

Gastroenterología
Dr. Jesús Abreu
Dra. Rosiris Fernández
Dr. Carlos Parra
Dr. Luis Leal

Ginecología
Dra. Anexy Doria
Dr. Dimas Macías
Dra. Yeniree Villalobos

Hematología
Dra. Nayelis Almarza
Dra. Elizabeth Borjas
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno

Infectología
Dra. Janeth Urribarrí
Dr. Rafael Villalobos

Inmunología
Dra. Tatiana Pardo
Dr. Elizabeth Borjas

Mastología
Dr. Evis Polanco

Medicina Crítica
Dr. José Fabián Bracho
Dra. Yummi Duque
Dra. Kelita González
Dra. Gladys Peña

Medicina Interna
Dra. Yajaira Boscán
Dra. Raquel Carrasquero
Dra. Karelys Chávez
Dra. Nora Palazzi
Dra. Dianelly Beltrán

Medicina Ocupacional
Dra. Liliana Rojas
Dra. Alexandra Hernández
Dr. Abdías Cubillán
Dr. Edicson Urdaneta

Microbiología
Dra. Odelis Díaz de Suárez
Dr. Ricardo José Atencio Tello
Dr. Rafael Villalobos

Nefrología
Dr. Ender Vílchez
Dra. María Pampena
Dr. Raúl Coronado
Dr. Hugo Marín

Neumonología
Dra. Johana Fernández

Neurocirugía
Dr. César Lobo

Nutrición
MgSc. Aida Souki

Oncología
Dra. Leditza Chourio
Dra. Yoneida Lozano
Dra. Yurley Escobar
Dra. Sandia Núñez

Oftalmología
Dr. Idelfonso Paz
Dra. Adaliski Rodríguez

Odontología
Dra. Leisy Fong
Dra. Alfonsina Lozano
Dra. Carolina Maalouf
Dra. Yelitza Patillo
Dra. María Pilar Urbano
Dra. Alis Valecillos
Dra. Yelitza Patiño

Pediatría
Dra. Yaneth Urribarrí
Dra. Yaneth Núñez
Dr. Alexis León
Dra. Maribel Nava
Dr. Ana Ardín
Dr. Sebastián Díaz

Psicología
Dra. Rosa Salom
Dra. María García Ortega

Psiquiatría
Dr. Douglas Molero
Dr. Diego Muñoz

Imagenología
Dr. David Acosta
Dra. Paola Demarchi
Dra. María Gabriela Finol
Dr. José Rodríguez
Dra. Yelianny Núñez
Dra. Elaine Bastidas

Reumatología
Dr. Julio César Alfonso

Traumatología
Dr. María Burgos
Dr. Fernando Lossada
Dr. Carlos Peña
Dr. Nelson Rodríguez
Dr. Lirimo Rubio
Dr. Juan Medina
Dr. Fehudy Delgado

Urología
Dra. Fabiola Mejías
Dr. Wilber Rincón
Dr. Emac Nasser



Revista Científica Hospital Coromoto

REVISTA ARBITRADA DE CARÁCTER MULTIDISCIPLINARIO EN ESTUDIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD PUBLICACIÓN: SEMESTRAL. CONTRIBUCIONES OBJETO DE PUBLICACIÓN: EDITORIALES, TRABAJOS ORIGINALES, CASOS CLÍNICOS Y REVISIONES

D.R. © 2019 HOSPITAL COROMOTO

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114

Diseño de portada:
Javier Ortiz

Diagramación:

Ediciones Astro Data, S.A.
edicionesastrodata@gmail.com
Maracaibo, Venezuela

Esta revista está indizada en:

- REVENCYT. Red Venezolana de Revistas de Ciencia y Tecnología de SERBIULA



**Subvencionada por: PETRÓLEOS DE VENEZUELA SOCIEDAD ANÓNIMA (PDVSA)
PETRÓLEOS DE VENEZUELA SERVICIOS DE SALUD SOCIEDAD ANÓNIMA (PDV Servicios de Salud, S.A.)**

HOSPITAL COROMOTO. AV. 3C N° 51. URB. VIRGINIA SECTOR LA LAGO. MARACAIBO, ZULIA.

TELF: 58.2617900000, 7900094. FAX: 7939174. CÓDIGO POSTAL: 422.

correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com



Gobierno Bolivariano de Venezuela

Ministerio del Poder Popular de Petróleo



PDVSA



El Hospital Coromoto a través de la Coordinación de Docencia e Investigación

Invita a las

IV

JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRAL DE RESIDENTES DE POSTGRADO

INSCRIPCIÓN GRATUITA

PRE - JORNADA: 8 DE AGOSTO DE 2019



JORNADA 9 Y 10 DE AGOSTO DE 2019



Conferencias, mesas redondas, premiación y reconocimiento a los mejores trabajos libres

Cirugía en vivo con transmisión desde pabellón.

Taller: ECO FAST, MINI ABIQ Y RCP

Coordinación de Docencia e Investigación
Inscripción y Recepción de trabajos a través del correo

eventoscientificoshc@yahoo.com

Tif 0261- 7900331 y 7900364

Maracaibo - Venezuela

Lugar: PDVSA La Estancia

**Recepción de Trabajos Libres y Poster
Del 22 de Marzo
al 22 de Julio 2019
SIN PRORROGA**



COMITÉ ORGANIZADOR

Coordinador General
Dr. Adel Al Awad

*Comité Académico/
Editorial/Científico* Lcda. Haydee
Suárez MgSc. Adriana García Dr.
Diego Muñoz Lcda. Edicta Ferreira
Dra. Eva Graterol Dra. Gregoriana
Mendoza Lcda. Ana Raquel Mendoza

Comité de Finanzas
Lcdo. Luis Linares
Lcda. Karen Farías

Comité de Logística y Protocolo
Dra. Alis de Chacín (Coordinadora)
Dra. Dulce León
T.S.U. Luz Moreno
Lcda. Karen Farías
Lcda. Migdalia Urdaneta
Aboga. Yarlenis Urdaneta

Asuntos Públicos Occidente Lcda.
Angélica Vargas Lcda. Patricia
Bermúdez Lcda. Jessica Prieto Lcda.
Rosa Díaz Lcdo. Luis Daniel Velandia

Asuntos Públicos HC
Lcdo. Kennison Molero (HC)

Protocolo HC
Carla Morales (Coordinadora)

IV Jornada Científico-Integral de Residentes de Postgrado

Pre-jornada: 8 de Agosto de 2019

Jornada: 09 al 10 de Agosto 2019

Lugar

PDVSA La Estancia
Maracaibo, Venezuela

Resúmenes de Trabajos Libres



Subvencionada por:
Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima (PDVSA)
Petróleos de Venezuela Servicios de Salud Sociedad Anónima (PDV
Servicios de Salud, S.A.)



Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 8

Nº 2

Julio~Diciembre 2019

Contenido

EDITORIAL.....11

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Anestesiología

CLONIDINA COMO COADYUVANTE EN LA ANESTESIA DISOCIATIVA EN PACIENTES SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO

Rubia Villalobos, Génesis López, Krystal Valera 13

MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE LEIMIOMA MIXODEO TRAQUEAL SOMETIDO A TRAQUEOPLASTIA

Aiti Salinas, Jean Salazar 13

Cirugía

TUMOR SÓLIDO-PSEUDOPAPILAR DE UBICACIÓN EXTRAPANCREÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vianny Valera-García, Emil Porteles-Maldonado, Alfredo Ramírez, Adel Al Awad 14

HAMARTOMA HEPÁTICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vianny Valera-García, Emil Porteles-Maldonado, Alfredo Ramírez, Adel Al Awad 14

RUPTURA ESPLÉNICA DIFERIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Ricciardi, Enderson Cano, Belkis Carrero, Alfredo Ramírez, Lourdes Marcano 15

FRACASO DEL MANEJO MÉDICO EN TRAUMA HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Adel Al Awad, María Matera, Claudia Ruiz, José Sanabria 16

MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO

Mariana Añolis, Andrés Reyes, María Matera, Adel Al Awad 16

PANCREATITIS CRÓNICA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. REPORTE DE UN CASO

Arianne Iguaran, Ederlyn Bracho, Guillermo Borjas 17

PERFORACIÓN DE COLON POSTERIOR A COLONOSCOPIA*Luis Ramírez, Hiliana Rincón 17***HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN ILEO BILIAR. LO QUE DEBE SABER EL CIRUJANO***Hiliana Rincón, Luis Ramírez, Faddy Nakhoul, Liduina González, Karlina González 18***ESTUDIOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL COROMOTO PARA MANEJO DEL PACIENTE CON TUMORES DEL CONFLUENTE PERIPANCREÁTICO***Santana Ángel 18***Control de Calidad****DISEÑO DE UN PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE IMÁGENES DEL HOSPITAL COROMOTO ADMINISTRADO POR PDV, SERVICIOS DE SALUD, S.A.***Gregoria Noroño, Belkis Ortiz, Walkidia Romero 20***DISEÑO DE UN PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE IMÁGENES DEL HOSPITAL COROMOTO ADMINISTRADO POR PDV, SERVICIOS DE SALUD, S.A.***Gregoria Noroño, Belkis Ortiz, Walkidia Romero 20***Imágenes****TERATOMA QUÍSTICO INMADURO EN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO***Paola Demarchi, Yelianny Nuñez, Jairo Manarez, Maite Oberto 22***SARCOMA ENDOMETRIAL A PROPÓSITO DE UN CASO***Yennifer Quintero-Trigos, Jairo Manarez-Leal, Paola Demarchi-Casapia, José Rodríguez 22***LINFOMA DE BURKITT A PROPÓSITO DE UN CASO***Paola Demarchi, José Rodríguez, Elaine Bastidas, Jaime Manarez, Isabel Romero 23***AMELIA DE EXTREMIDADES INFERIORES A PROPOSITO DE UN CASO***David González, Ana Moreno, Zoraida Rondón, Yeliany Núñez, Mónica Herrera, Jairo Manarez . . 23***ANENCEFALIA A PROPÓSITO DE UN CASO***Zoraida Abreu, María Finol, Guillermo Meier, Elaine Bastidas, Jairo Manarez 24***CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA A PROPOSITO DE UN CASO***Jhon Berrios 24***Medicina Holística Integrar****BIOCOMUNICACIÓN DEL PENSAMIENTO***Anabell Pérez, Marycarmen Fernández, Nelly Africano, Beatriz Quintero. 25***BIONEUROEMOCION DESDE LA MEDICINA GERMÁNICA***Waldina Sánchez, Beatriz Quintero, Maricarmen Fernández, Nelly Africano 25*

LAS CINCO LEYES BIOLÓGICAS QUE EXPLICAN LA DIRECCIONALIDAD DE LOS CONFLICTOS

Mary C Fernández A, Beatriz Quintero, Anabell Pérez, Waldina Sánchez, Nelly Africano 26

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA, UN ENFOQUE INTEGRAL DEL FENÓMENO SALUD ENFERMEDAD

Ingrid Villalobos, Beatriz Quintero 26

Medicina Interna

ARACNOIDOCELE SELAR COMO CAUSA DE CEFALEA SECUNDARIA. A PROPOSITO DE UN CASO

Aleinika Ramírez-Araujo, José C Nuñez-Nuñez 28

ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHOLICA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CEREBROVASCULARES DE TIPO ISQUEMICO

Yolanda Zapata, Fabiola Vargas, María F. Linares, Alexiran Saavedra 28

DELIRIO POSTOPERATORIO EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Kelita González-Cayama, Gladys Peña-Parra, Máximo Quintero 29

Medicina del Trabajo

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIOMASLACH BURNOUT INVENTORY-STUDENT SURVEY (MBI-SS) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Pablo Duran, Rubén Carrasquero, Paola Ramírez, Jim Palmar, Wheeler Torres 30

DIAGNÓSTICO MACROERGONOMICO DEL HOSPITAL COROMOTO CON EL MODELO DE MADUREZ DE ERGONOMÍA

Cecilia Oberto 30

Microbiología

SUSCEPTIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS EN AISLADOS CLÍNICOS DE *ESCHERICHIA COLI* PROCEDENTES DE PACIENTES CON INFECCIONES URINARIAS DEL MUNICIPIO MARA, EDO. ZULIA

Elizabeth Ojeda, María Rodríguez, Carlos Reales, Ricardo A Silva 32

Oncohematología

LINFOMA DE BURKITT MÁS VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Salom, Romina Díaz, Ángel Santana 33

Psicología

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA: PRIMEROS RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Jim Palmar, María Marquina, Heliana Parra, Alexander Manzano, Wheeler Torres 34

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS-21 ITEMS (DASS21) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Jim Palmar, Valery Morillo, Ángel Ortega, Ana Castro, Wheeler Torres 34

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MATUTINIDAD-VESPERTINIDAD DE HORNE & ÖSTBERGEN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

José Pérez, Aljadis Silva, Jim Palmar, Wheeler Torres 35

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SOBRE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Daniela Ariza, Paola Ramírez, María Díaz, Jim Palmar, Wheeler Torres 35

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERGEN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Ángel Ortega, María Suarez, Alberto Landaeta, Jim Palmar, Wheeler Torres 36

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN CORTA DEL TEST PARA LA IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL (AUDIT-C) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Néstor Galban, Daniela Pirela, Jim Palmar, Wheeler Torres 36

Traumatología y Ortopedia

INJERTO DE PERONE EN LA RECONSTRUCCION DE HUESOS DEL ANTEBRAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Romina Díaz, Roberto González, Carlos Peña 38

TRATAMIENTO DE 2DA GENERACIÓN PARA ARTROSIS DE RODILLA

Roberto González, Romina Díaz 38

USO DE FIBRINA VS PRP COMO TRATAMIENTO EN HERIDAS COMPLICADAS.

Romina Díaz, Roberto González 39

FRACTURAS ABIERTAS EN MIEMBROS INFERIORES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO ZULIA

Kevin Sánchez, Julio Carruyo, Ibis Coronel 39

TÉCNICA DE SAN ANTONIO O ENCLAVIJADO CONFIGURACIÓN CRUZADA EN FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HÚMERO GARTLAND II Y III

Julio Carruyo, Paul Polanco, Kevin Sánchez 40

PRINCIPIOS USOS DE LA FIJACIÓN EXTERNA

Andrés Acosta 41

INESTABILIDAD GLENOHUMERAL ANTERIOR POSTRAUMÁTICA

Romina Díaz 42

Carta al Editor

EL PODER DE LA INFORMACIÓN

Dr. Ricardo José Atencio Tello 43

ÍNDICEDEAUTORES.....45

INSTRUCCIONESALOSAUTORES.....47

NORMASDEARBITRAJE.....53

EDITORIAL

IV JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DE RESIDENTES DE POSTGRADO

Dr. Adel Al Awad
MgSc. Adriana García

Coordinador del Evento
Coordinador de Docencia e Investigación
del Hospital Coromoto

Estimados amigos asistentes a las **IV JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DE RESIDENTES DE POSTGRADO** hecho que consistió en desarrollar un evento académico científico integral altruista, con vocación socialista, con inclusión y totalmente gratuito, en el marco del XII Aniversario del Rescate del Hospital Coromoto, durante la segunda semana de agosto del 2019, que fueron realizadas en las instalaciones de PDVSA “La Estancia” de la ciudad de Maracaibo del estado Zulia en estos momentos; queremos agradecerles su asistencia al evento a la vez que esperamos sea de mucho provecho para ustedes.

En esta oportunidad el Hospital Coromoto, a través de la Coordinación de Docencia e Investigación recibió 37 trabajos libres en las modalidades de poster digital y ponencia oral, que fueron expuestos durante nuestro magno evento y cuyos resúmenes serán publicados en el Volumen 8 N° 2 Julio-Diciembre 2019 de la Revista Científica Hospital Coromoto.

Dichos trabajos han sido producto del esfuerzo de nuestros residentes y agremiados de los diferentes grupos de investigación que se encuentran dispersos por todo el territorio nacional, lo cual engalana nuestras jornadas.

Es importante resaltar la valiosa labor de todos los miembros del Hospital Coromoto de la Coordinación de Docencia e Investigación y en especial a los miembros de la comisión académica científica quienes han trabajado arduamente en la recepción, clasificación, revisión, modificación y aprobación de los trabajos científicos recibidos.

Solo quisiéramos culminar esta editorial motivándolos a participar de nuestras publicaciones científicas, no solo mediante él envió de trabajos libres a nuestra Revista Científica Hospital Coromoto sino también mediante él envió de estudios de casos o trabajos de revisión que, una vez valorados y aprobados por el comité editorial de nuestra revista, puedan ser publicados en el mismo.

Anestesiología

CLONIDINA COMO COADYUVANTE EN LA ANESTESIA DISOCIATIVA EN PACIENTES SO-METIDAS A LEGRADO UTERINO

Villalobos Rubia, López Génesis
Krystal Valera

Servicio de Anestesiología, Hospital Coromoto de Maracaibo

El legrado intrauterino, es un procedimiento que requiere de un estado anestésico adecuado para su realización, el cual puede efectuarse con diferentes combinaciones de anestésicos, muchos de ellos con efectos adversos por lo cual la combinación de dos o más fármacos es imprescindible para disminuir los efectos adversos, potenciando de igual modo la calidad anestésica. **Objetivos:** Determinar la eficacia del uso de clonidina como coadyuvante de la anestesia Disociativa en pacientes sometidas a legrados uterinos. **Materiales Y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, experimental y de campo en pacientes sometidas a legrados uterinos, en el Hospital Dr. Adolfo Pons, Estado Zulia, Venezuela, durante el periodo de enero a junio del 2019. La muestra estuvo conformada por pacientes sometidas a legrados uterinos. Los pacientes fueron seleccionados al azar en dos grupos iguales de 15 pacientes cada uno. Grupo I (clonidina/ketamina) y Grupo II (midazolán/ketamina). Posteriormente al ingreso en el área de parto, al grupo I 30 minutos previos a la realización del procedimiento quirúrgico, se realizó cateterización de una vía periférica con la administración de 1000 ml de sol. 0,9%, clonidina a dosis de 1 mcg/kg en bolo Ev, diluida. El grupo II no recibió la premedicación de clonidina previo al procedimiento. **Resultados:** La edad promedio es entre 29 y 40 años.

Se observa descenso de la PAS y PAD durante el primer minuto del procedimiento quirúrgico con la utilización de clonidina-ketamina para sedación en legrados uterinos, sin embargo se observa igual estabilidad hemodinámica a los 5, 10 y 15 minutos en comparación con el grupo midazolán-ketamina. El 100% de la muestra estudiada presenta efectos adversos. Se disminuye el dolor posterior al procedimiento, así mismo se disminuye la incidencia de administración de analgésicos endovenosos. **Conclusiones:** La premedicación con clonidina es eficaz para la anestesia disociativa en legrados uterinos, mostrando un amplio margen de seguridad.

Palabras clave: Clonidina; ketamina; anestesia disociativa; legrados uterinos.

MANEJO ANESTÉSICO DE PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE LEIOMIOMA MIXODEO TRAQUEAL SOMETIDO A TRAQUEOPLASTIA

Salinas Aiti, Salazar Jean

Servicio de Anestesiología, Hospital "Dr. Adolfo Pons", IVSS, Maracaibo

La resección quirúrgica de los tumores traqueales, especialmente los distales, supone un reto para los anestesiólogos implicados, principalmente por las dificultades para asegurar un adecuado control de la vía aérea y de la ventilación. Presentamos el caso de una paciente que se somete a la resección de tercio distal traqueal y anastomosis termino-terminal mediante traqueoplastia.

Palabras clave: Traqueoplastia, leiomioma mixodeo, intubación transtraqueal.

Cirugía

TUMOR SÓLIDO-PSEUDOPAPILAR DE UBICACIÓN EXTRAPANCREÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Valera-García Vianny¹ Porteles-Maldonado Emil¹ Ramírez Alfredo², Al Awad Adel²

¹Servicio de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Coromoto de Maracaibo

El tumor sólido-pseudopapilar, tumor de Frantz o “sólido-quístico” es una neoplasia con bajo grado de malignidad que representa del 1 a 2% de los tumores del páncreas exocrino. Afecta a mujeres jóvenes, presentándose con molestias abdominales vagas, plenitud postprandial o masa palpable. Objetivo: Reportar el caso de un tumor sólido-pseudopapilar de ubicación extra-pancreática tratado en el Hospital Coromoto de Maracaibo. Metodología: Paciente femenina de 67 años de edad acude por presentar cuadro clínico evolutivo de 2 meses caracterizado por dolor abdominal en flanco y fosa ilíaca izquierda y pérdida de peso de 6kg no asociado a hábito dietético. Exámenes de laboratorios preoperatorios dentro de límites normales y ecografía abdominal que reporta: Imagen compleja sólida-quística de bordes bien definidos con septum en su interior localizada en flanco izquierdo adyacente a pelvis renal, en probable relación a TU. TAC abdominopélvica con contraste reporta: Masa compleja de predominio sólida con componente graso. En probable relación a Leiomiomasarcoma. Hallazgo operatorio: Tumor para-renal izquierdo de consistencia quística y sólida de aproximadamente 5x5cms. Se realiza tumorectomía sin complicaciones. Riñón izquierdo sin alteracio-

nes. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta 3 días posterior a la intervención. Estudio inmunohistoquímico reporta: Tumor sólido-quístico pseudopapilar extra-pancreático. Discusión: El tumor sólido-pseudopapilar del páncreas es una neoplasia infrecuente y más aún cuando la ubicación es extra pancreática, de difícil diagnóstico preoperatorio, siendo generalmente un hallazgo histopatológico o por inmunohistoquímica como en el caso, pero con buen pronóstico al tratamiento quirúrgico, incluso ante la presencia de metástasis.

Palabras clave: Tumor solido-pseudopapilar, tumor de Frantz, tumores de páncreas, inmunohistoquímica.

HAMARTOMA HEPÁTICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Valera-García Vianny¹ Porteles-Maldonado Emil¹ Ramírez Alfredo², Al Awad Adel²

¹Servicio de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Coromoto de Maracaibo

El hamartoma hepático es una tumoración benigna formada por conductos biliares quísticos displásicos y precursores embrionarios peri-portales. Representa el 8% de los tumores pediátricos, predominante en pacientes del sexo femenino. Objetivo: Reportar el caso de Hamartoma Hepático Gigante tratado en el servicio de cirugía hepatobiliar en el Hospital Coromoto de Maracaibo. Metodología: Lactante mayor masculino, referido de Valencia, con cuadro clínico de 2 semanas caracterizado por aumento progresivo de

la circunferencia abdominal. Ingresa con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo por íleo metabólico. Se maneja con tratamiento médico procinético. Ecografía abdominal: Linfangioma hepático. Al doppler: LOE intra-abdominal gigante multiquistico. Marcador tumoral: HCGh +150 unidades. TAC toraco-abdominal con doble contraste: Gran masa hepática quística multilocular. Se toma biopsia hepática que reporta: Hamartoma mesenquimal. Paciente es llevado a mesa operatoria realizándose hepatectomía de recha extendida con extirpación de la tumoración y colocación de drenes biliares y hepáticos, se toma muestra de líquido ascítico. En condiciones inestables y evolución postoperatoria torpida por fuga biliar, se reinterviene, realizándose anastomosis biliodigestiva en Y de Roux. Posteriormente presenta marcado tinte icterico de piel y mucosas, y aumento de las cifras de bilirrubina y transaminasas con falla hepática. Fallece 23 días posterior a la intervención quirúrgica inicial. Discusión: El hamartoma hepático es la segunda tumoración benigna más frecuente en niños, casi exclusivo antes de los dos años de edad. Asintomáticos. Una vez presentados los síntomas es indicativa la resección quirúrgica, así como la presencia de complicaciones y duda diagnóstica. Estando indicada la hepatectomía o la resección en cuña.

Palabras clave: Hamartoma mesenquimal, tumores hepáticos, tumores pediátricos, hepatectomía, anastomosis biliodigestiva.

RUPTURA ESPLÉNICA DIFERIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

**Ricciardi Juan, Cano Enderson
Carrero Belkis, Ramírez Alfredo
Marcano Lourdes**

*Servicio de Cirugía General, Hospital
Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela*

Las lesiones esplénicas se presentan con frecuencia en las salas de emergencia posterior a hechos traumáticos, fundamentalmente traumatismos cerrados aunque también involucrados en los abiertos. Así mismo, es importante mencionar que el bazo es el órgano intraabdominal más afectado tras lesiones deportivas, otros mecanismos implicados son los accidentes automovilísticos, caídas de altura, actos de vandalismo, entre otros. En la mayor parte de los casos, las denominadas roturas diferidas del bazo eran realmente diagnósticos diferidos que prácticamente para la actualidad han desaparecido debido a la generalización del uso de la tomografía computarizada en el área de urgencias, existiendo desde los años 80 hasta principios del 2010 unos 20 casos publicados de “verdaderas roturas diferidas”. A pesar de que en la mayoría de los casos de traumatismo esplénico se constituye un hematoma subcapsular o intraparenquimatoso o bien se desencadena un sangrado que amerita resolución urgente, también es posible que reaparezca con retraso o de forma diferida una hemorragia por lesión esplénica. Esto es un problema evidente en pacientes sin tratamiento quirúrgico, y se han dedicado muchos estudios a identificar la población de pacientes con mayor riesgo de hemorragia diferida. A continuación se presenta el caso de un masculino joven de 19 años que llega a la emergencia con una ruptura esplénica diferida, 60 días después de haber padecido un traumatismo abdominal cerrado posterior a un accidente laboral.

Palabras clave: Traumatismo, Ruptura de Bazo, Hematoma Subcapsular, Diferida, Esplenectomía.

FRACASO DEL MANEJO MÉDICO EN TRAUMA HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Al Awad Adel¹, Matera María²
Ruiz Claudia³, Sanabria José³

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Servicio de Cirugía General, Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. ³Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana. Cátedra de Anatomía, Escuela de Medicina, Universidad del Zulia

Introducción: Los traumas hepáticos corresponden al 26% de los traumas abdominales, su manejo ha tenido modificaciones con el tiempo, siendo así como hoy en día la tendencia es el manejo quirúrgico. Este artículo es el reporte de un caso de una paciente femenina de 22 años de edad, quien acude a la emergencia del Hospital Universitario de Maracaibo tras un traumatismo abdominal cerrado posterior a accidente automovilístico con dolor de inicio súbito en hipocóndrio derecho sin irradiación y concomitantes, siendo diagnosticada mediante ecograma abdominal con un hematoma hepático, planteándose manejo con antibioticoterapia, posteriormente debido al no cumplimiento del esquema la paciente presentó períodos febriles, se realiza una TAC abdominal donde se evidenció absceso hepático en el segmento VII y VIII que ameritó una Laparotomía Exploratoria más colocación de dren en región subhepática y tras mejoría clínica es dada de alta. Posteriormente es reingresada en tres oportunidades presentando postoperatorio complicado con adherenciolisis, empiema, fístula biliopleural y sepsis en punto de partida abdominal. **Objetivo:** Analizar el fracaso del manejo médico de trauma hepático a propósito de un caso. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y analítico basado en la revisión de un caso clínico de una paciente ingresada en la emergencia de cirugía general del servicio autó-

no del Hospital Universitario de Maracaibo en Enero del 2017. **Conclusiones:** El trauma hepático es una emergencia compleja, siendo necesario el análisis de su manejo junto con un re-planteamiento de este para evitar complicaciones que puedan poner en riesgo la vida del paciente.

Palabras clave: Trauma abdominal, trauma hepático, absceso, postoperatorio, fístula biliopleural, Caso Clínico.

MANEJO CLÍNICO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO

Añolis Mariana¹, Reyes Andrés¹
Matera María², Al Awad Adel³

¹CEDIAH: Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia

² Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela

³Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo, Venezuela.

La perforación de una úlcera péptica es una emergencia frecuente, que debe ser solventada a tiempo. Se relaciona estrechamente a la infección por *Helicobacter pylori*, el hábito tabáquico y el consumo de AINES respectivamente. La presente investigación tiene como objetivo, describir el manejo terapéutico médico quirúrgico de pacientes con úlcera péptica perforada en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Maracaibo. Se realizó el estudio del historial clínico de 42 pacientes con diagnóstico de Abdomen agudo: úlcera péptica perforada ingresados en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Maracaibo en un período comprendido entre el 2016 al 2019 para así describir el manejo terapéutico quirúrgico utilizado en ellos. La edad

promedio de aparición fue de $44,88 \pm 6,04$, a su vez el 88,09% de los pacientes pertenecían al sexo masculino, cuyo síntoma predominante fue el dolor abdominal. Según la clasificación de las úlceras pépticas descritas por Johnson, la aparición más frecuente hace referencia a las de grado

III. El manejo quirúrgico utilizado en el 100% de los pacientes corresponde a la laparotomía exploratoria con una mortalidad del 16,66% que se asocia a la sepsis. Se logró determinar el manejo terapéutico de las úlceras pépticas perforadas en el Hospital Universitario de Maracaibo, basándose en el cierre quirúrgico de la úlcera mediante las técnicas de omentoplastia, el cierre simple de la úlcera y la piloroplastia.

Palabras clave: Úlcera péptica perforada, cirugía.

PANCREATITIS CRÓNICA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. REPORTE DE UN CASO

**Iguaran Arianne, Bracho Ederlyn
Borjas Guillermo**

Servicio de Cirugía General, Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe", Maracaibo

El Pseudoquiste pancreático es la acumulación de líquido pancreático contenido por una pared de tejido de granulación fibroso que carece de revestimiento epitelial. La aparición de Pseudoquiste pancreático requiere alteración del conducto pancreático principal, en el contexto de pancreatitis aguda (2 a 10%), traumatismo u obstrucción del conducto en la pancreatitis crónica (20-40%). En la pancreatitis crónica, hay tendencia aumentada hacia Pseudoquiste múltiples, pequeños e intrapancreáticos. Los lugares más frecuentes son: transcavidad de los epiplones, pelvis, escroto, mediastino y tórax; El manejo según cada caso será: observación o conducta activa (drenaje externo, drenaje interno o resección). Masculino de 37 años de edad, con antecedentes de 2 hospitalizaciones previas en la institución por Ab-

domen Agudo Inflamatorio: Pancreatitis aguda de etiología no obstructiva en marzo y octubre del 2015, quien posteriormente reingresa el 19/01/16 con dolor abdominal en epigastrio de moderada intensidad irradiado a hemiabdomen izquierdo acompañado de episodios eméticos incontables y distensión abdominal, se realiza ecografía abdominal que concluye pseudoquiste pancreático (paredes 0.6x0,9cms que mide 21.7 x 7.2 x 11.2cms, vol. 934.73cm³) y litiasis vesicular. Posterior a evolución tórpida caracterizado por signos de irritación peritoneal al examen físico es llevado a Intervención quirúrgica donde se evidencia 3 pseudoquistes provenientes del páncreas (imágenes 5-6), se realiza colecistectomía antero-grada y se dejan 2 drenes aspirativos en cavidad. Con evolución satisfactoria intrahospitalaria se egresa de la institución al 10 día con re-misión del cuadro clínico. Se reciben Biopsias las cuales concluyen pseudoquiste pancreático con áreas de necrosis y hemorragia, tejido de granulación y fibrosis de pared. En la actualidad como tratamiento del pseudoquiste pancreático se sugiere una terapia de observación en los casos asintomáticos y drenaje en los sintomáticos. Es por ello que en vista de un diagnóstico de pancreatitis crónica se debe esperar la presencia de múltiples pseudoquistes donde se justifica la intervención quirúrgica precoz evitando así porcentajes elevados de complicaciones.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, pseudoquiste pancreático, cistogastroanastomosis.

PERFORACIÓN DE COLON POSTERIOR A COLONOSCOPIA

Ramírez Luis, Rincón Hiliana

Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Adolfo Pons IVSS, Maracaibo, Venezuela.

La perforación posterior a colonoscopia (PPC) es un evento adverso grave, de baja incidencia, con altos porcentajes de complicaciones y morta-

lidad. La PPC tiene potencial para convertirse en problema de salud pública debido al incremento progresivo en el número de procedimientos realizados anualmente. Presentar una serie de casos de pacientes con PPC y revisar la literatura. Estudio descriptivo, con la revisión de expedientes clínicos de pacientes con PPC entre 2008-2015, obteniendo información sobre: sexo, edad, antecedentes de importancia, indicación de endoscopia, momento del diagnóstico de PPC, presencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, metodología diagnóstica, localización de lesión, tratamiento, estancia hospitalaria y mortalidad. De 07 pacientes con PPC, las mujeres fueron las más afectadas con 05 casos (71,43%). El promedio de edad fue $63 \pm 22,18$ años. Las colonoscopias diagnósticas representaron 06 casos (85,71%). Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía, siendo el segmento más afectado el colon izquierdo, en 05 (71,43%). Nuestros pacientes en su mayoría, eran > 70 años, con 2 o más comorbilidades, con PPC de colon izquierdo, y colonoscopia diagnóstica, como lo reportan las series consultadas. La PPC es una complicación cuyo tratamiento generalmente es quirúrgico.

Palabras clave: Perforación de colon, colonoscopia.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN ÍLEO BILIAR. LO QUE DEBE SABER EL CIRUJANO

**Rincón Hiliana, Ramírez Luis, Nakhoul Faddy
González Liduina, González Karline**

Servicio de Cirugía General, Hospital "Dr. Adolfo Pons", IVSS, Maracaibo

El Íleo biliar es una causa rara de obstrucción intestinal, provocado por paso de cálculos biliares a través de una fistula bilioentérica, que se impactan en el lumen intestinal. Representa $<4\%$ de casos de obstrucción intestinal en adultos, afecta más frecuentemente a mujeres, mayores

de 65 años. Puede presentarse de manera insidiosa, siendo frecuente el retraso diagnóstico. Comúnmente se asocian comorbilidades que incrementan el riesgo quirúrgico, con mortalidad entre 12 y 27%. El diagnóstico certero depende de un alto índice de sospecha y una adecuada interpretación de imágenes. La tomografía permite realizar diagnósticos precisos en el preoperatorio. Describir los hallazgos de imágenes en obstrucción intestinal por íleo biliar en una serie de cinco pacientes y comparar los resultados con la literatura. Entre 2008-2015 se ingresaron 5 pacientes, 4 mujeres y 1 hombre, entre 49 y 83 años; 4 con diagnóstico de obstrucción intestinal y 1 como pancreatitis aguda. La radiología simple mostró neumobilia en 100% de los casos, aunque solo en uno (20%) fue reconocido el hallazgo en el preoperatorio, 60% mostró dilatación de asas delgadas y niveles hidroaéreos, 20% tenía signo de "collar de perlas" y en ningún caso se identificó cálculo ectópico. Todos los pacientes mostraron hallazgos tomográficos para diagnóstico certero: neumobilia, dilatación de asas delgadas y cálculo ectópico (tríada de Rigler); sólo 2 casos tenían líquido libre intraperitoneal y en ninguno se identificó la fístula colecistoentérica. La tomografía es el estudio de elección ante sospecha de íleo biliar, ya que permite el diagnóstico específico de la patología.

Palabras clave: Obstrucción intestinal, íleo biliar, imágenes diagnósticas.

ESTUDIOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL COROMOTO PARA MANEJO DEL PACIENTE CON TUMORES DEL CONFLUENTE PERIPAN-CREÁTICO

Santana Ángel

Servicio de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo

Los tumores de cabeza de páncreas, ampulares y periampulares tienen como incidencia 8-10 ca-

sos por 100.000 habitantes/año, representa el segundo tumor maligno gastrointestinal en frecuencia y es la cuarta causa de muerte por cáncer en adultos. Su incidencia aumenta a partir de los 45 años, es más frecuente en hombres que en mujeres y en la raza negra. Se considera uno de los cánceres humanos más letales y uno de los más difíciles de tratar. En el año 2000 la incidencia mundial fue de 217.000 nuevos casos y la mortalidad de 213.000, por lo que se calcula que el número anual de nuevos casos equipara al de fallecidos. Dentro de los factores pronósticos si se analiza considerando la extensión inicial del tumor, la supervivencia es de 12-20 meses localizado y resecado quirúrgicamente (inferior al 20% de los casos), de 6-10 meses localmente avanzado (40% de los casos) y de 3-6 meses en el ADP metastático (30-40% de los casos). Los factores que se asocian a un mejor pronóstico son el tamaño tumoral inferior a 3 cm, la ausencia de invasión ganglionar y perineural, la existencia de

márgenes de resección libres de neoplasia y la alta diferenciación tumoral. Se tomaron como muestra pacientes valorados por el servicio de hepatobiliopancreático donde se observaron los estudios imagenológicos como colangiopancreatografía retrogradas, colangiografía, ultrasonidos hepatobiliares, ecoendoscopia, pruebas de laboratorio esenciales para el diagnóstico eficaz lo GGT, TGP, TGO, bilirrubina total y fracciónada, CEA, alfa-fetoproteína, de esta manera se logra crear un algoritmo donde se excluyen los pacientes que no ameritan intervención quirúrgica y los pacientes que ameritan intervención quirúrgica paliativa o no, basada en la muestra y evaluación de la población desde el año 2016 hasta el año 2018 en el Hospital Coromoto de Maracaibo.

Palabras clave: Confluente peripancreático, estudios de laboratorio, imagenológicos, intervención quirúrgica, algoritmo.

Control de Calidad

DISEÑO DE UN PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE IMÁGENES DEL HOSPITAL COROMOTO ADMINISTRADO POR PDV, SERVICIOS DE SALUD, S.A.

**Noroño Gregoria, Ortiz Belkis
Romero Walkidia**

Hospital Coromoto de Maracaibo, Coordinación de Control interno

El estudio estuvo dirigido a proponer un diseño de un plan de control y mantenimiento preventivo de los equipos médicos de la Unidad de Imágenes - Hospital Coromoto administrado por PDV, Servicios de Salud, S.A, estos controles permite alcanzar una mayor productividad, minimizar los costos, simplificar el tiempo logrando realizar el trabajo deseado en forma eficaz y eficiente, basándose en los planteamientos de Nava (2010), Rodríguez (2010), Leal y Zambrano (2011), Lobato y otros (2015), entre otros. La investigación fue de tipo descriptiva, de campo o in situ, con un nivel de complejidad comprensivo. El diseño fue no experimental, en este estudio se emplearon fuentes de recolección de datos primarias y secundarias. La población estuvo constituida por un total de 52 personas, todas pertenecientes al personal de la Unidad de Imágenes y del Departamento de Biomédica de la institución. La muestra es finita y accesible, porque son todos los miembros de la población. Se constató que cuentan con suficiente información las personas encargadas de realizar los mantenimientos preventivos a los equipos médicos, e igualmente son devueltos satisfactoriamente los formatos de conformidad por mantenimiento preventivo de este tipo de equipos. Se concluye con los siguientes resultados: a) Se verificó que existe una debi-

da segregación de funciones en los procesos. b) Se constató que el control se ejerce eficazmente por parte de los usuarios de la Unidad de Imágenes, conjuntamente con el personal del Departamento de Biomédica.

Palabras clave: Control, mantenimiento, eficiencia, economía.

DISEÑO DE UN PLAN DE CONTROL Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE IMÁGENES DEL HOSPITAL COROMOTO ADMINISTRADO POR PDV, SERVICIOS DE SALUD, S.A.

**Noroño Gregoria, Ortiz Belkis
Romero Walkidia**

Hospital Coromoto de Maracaibo, Coordinación de Control interno

El estudio estuvo dirigido a proponer un diseño de un plan de control y mantenimiento preventivo de los equipos médicos de la Unidad de Imágenes - Hospital Coromoto administrado por PDV, Servicios de Salud, S.A, estos controles permite alcanzar una mayor productividad, minimizar los costos, simplificar el tiempo logrando realizar el trabajo deseado en forma eficaz y eficiente, basándose en los planteamientos de Nava (2010), Rodríguez (2010), Leal y Zambrano (2011), Lobato y otros (2015), entre otros. La investigación fue de tipo descriptiva, de campo o in situ, con un nivel de complejidad comprensivo. El diseño fue no experimental, en este estudio se emplearon fuentes de recolección de datos primarias y secundarias. La población estuvo constituida por un total de 52 personas, todas pertenecientes al personal de la Unidad de Imágenes y del Departamento de Biomédica de la institución.

La muestra es finita y accesible, porque son todos los miembros de la población. Se constató que cuentan con suficiente información las personas encargadas de realizar los mantenimientos pre-ventivos a los equipos médicos, e igualmente son devueltos satisfactoriamente los formatos de conformidad por mantenimiento preventivo de este tipo de equipos. Se concluye con los siguien-

tes resultados: a) Se verificó que existe una debida segregación de funciones en los procesos. b) Se constató que el control se ejerce eficazmente por parte de los usuarios de la Unidad de Imágenes, conjuntamente con el personal del Departamento de Biomédica.

Palabras clave: Control, mantenimiento, eficiencia, economía.

Imágenes

TERATOMA QUÍSTICO INMADURO EN ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Demarchi Paola, Nuñez Yelianny
Manarez Jairo, Oberto Maite**

Servicio de Imagenología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: el teratoma es un tumor encapsulado con componentes de tejidos u órganos que pertenecen a los derivados de las tres capas germinales. El teratoma ovárico inmaduro son tumores, poco frecuentes, de células germinales ováricas. Epidemiología: Son poco comunes, representan menos del 1% de los teratomas ováricos. Afectando al grupo etario de las dos primeras décadas de vida (representando 10-20% tumores ováricos malignos en este grupo de edad). **Caso Clínico:** Paciente femenina de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien acude al servicio de imágenes por presentar aumento de volumen en hipogastrio, acompañado de dolor, que se irradia a miembro inferior izquierdo de 1 mes de evolución aproximadamente, se le realiza ecografía y TAC abdomino - pélvicos con los siguientes hallazgos positivos: TAC: LOE extenso en cavidad pélvica en probable relación a teratoma. Ecograma: gran LOE solido/quístico en región anexial izquierda en probable relación a teratoma quístico de ovario izquierdo. Se le indica tratamiento quirúrgico conservador con exéresis del tumor y estudio anatómico - patológico que concluye: teratoma quístico inmaduro anexial. **Conclusiones:** Los teratomas inmaduros son más frecuentes en las primeras dos décadas de la vida, suelen ser de predominio unilateral. El manejo actual del teratoma inmaduro prioriza la cirugía conservadora en mujeres con deseos de fertilidad. La combinación de cirugía mas quimioterapia da

una supervivencia libre de enfermedad de más de 95%. En el caso de la paciente se aplicó la conducta documentada con ooforosalingentomía izquierda con una exitosa recuperación postquirúrgica y seguimiento por consulta oncológica. **Palabras clave:** Teratoma Quístico Inmaduro, Adolescente, caso clínico.

SARCOMA ENDOMETRIAL A PROPÓSITO DE UN CASO

**Quintero-Trigos Yennifer, Manarez-Leal Jairo
Demarchi-Casapia Paola, Rodríguez José**

Servicio de Imagenología, Hospital Coromoto de Maracaibo

El sarcoma del estroma endometrial (SEE) es un tumor infrecuente que contabiliza menos del 10% de los sarcomas uterinos. Dentro de los tumores mesenquimales uterinos se encuentran los tumores estroma endometriales, que a su vez se dividen en nódulo estromal endometrial (benigno, bien circunscrito y sin invasión vascular) y sarcoma del estroma endometrial, antes mencionado como miosis estromal endolinfática, que representa 0,25% de los tumores malignos uterinos. **Objetivo:** Reportar caso de sarcoma endometrial, tratado en el servicio de cirugía general, en el hospital Coromoto de Maracaibo. **Metodología:** Femenina de 32 años procedente de la ciudad de Maracaibo quien inicia cuadro clínico hace un mes, caracterizado por aumento de volumen y dolor abdominal, se ingresa con el diagnóstico presuntivo de miomatosis uterina gigante y anemia severa, se realizan estudios de imágenes, US y RM, reportando, LOE uterino, heterogéneo, con áreas necróticas y focos hemorrágicos difusos, posteriormente es llevada a mesa

operatoria realizando histerectomía radical con apendicetomía y mesotomía, se realiza biopsia reportando: neoplasia maligna mesenquimal fusocelular de alto gradosarcoma endometrial. En cuanto a su evolución medica al mes del postoperatorio se encontró: una LOE recidiva recidivante a nivel pélvico, por lo cual se le hace exceresis de la misma y seguidamente cumplió tratamiento protocolar oncológico. Actualmente se encuentra en control médico oncológico en estables condiciones. Discusión: Los sarcomas de estroma endometrial son tumores poco frecuentes siendo importante diferenciar el sarcoma de alto o bajo grado dado que la evolución clínica es distinta, así como precisar correctamente el estadio tumoral en la pieza quirúrgica ya que este es un factor que predice tanto de la recurrencia como un indicador de la supervivencia global.

Palabras clave: Sarcoma del estroma endometrial de grado alto. Caso clínico.

LINFOMA DE BURKITT A PROPÓSITO DE UN CASO

**Demarchi Paola, Rodríguez José
Bastidas Elaine, Manarez Jaime
Romero Isabel**

Servicio de Imagenología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: el linfoma de Burkitt pertenece a la familia de linfoma no Hodgkin (linfocitos B) de rápido crecimiento y de alto grado de malignidad, con predilección etaria por las infantiles, con una incidencia variable dependiendo del tipo. Existen tres tipos de linfoma de Burkitt según su presentación: 1- Endémico Africano. 2-el Esporádico Americano. 3- Asociado a inmunodeficiencia (VIH). **Síntomas:** aumento de volumen del cuello o abdomen, adenopatías, astenia, ascitis, fiebres vespertinas. **Objetivos:** reportar caso de linfoma de Burkitt en cavidad oral diagnosticado en el servicio de imágenes del Hospital Coromoto de

Maracaibo. **Metodología:** paciente femenino, preescolar, quien consulta por presentar, movilidad espontanea de molar de mandíbula izquierda, aumento de volumen de mejilla izquierda, indoloro con fiebres vespertinas de 1 semana de evolución recibiendo tratamiento antibiótico por diagnóstico presuntivo de absceso dental por lo que se ingresa para estudio. Se realiza biopsia con diagnóstico de linfoma de Burkitt. Se realiza resonancia magnética (RM) de cerebro, cuello, cara y difusión de cuerpo completo con los siguientes hallazgos positivos: RM de cuello y cara LOE con componente de tejido blando, infiltrante con erosión ósea en reborde alveolar de la rama horizontal izquierda de mandíbula, así mismo signos de conglomerado ganglionares bilaterales en región submaxilares, porciones lateral izquierda de cuello y región supra e infra hioideo. En la RM por difusión de cuerpo completo: áreas de restricción a nivel ganglionar axilar y cervical con discreta hepatoesplenomegalia. Recibiendo tratamiento con quimioterapia. Entrando la paciente en remisión del cuadro clínico.

Palabras clave: Linfoma, linfoma no Hodgkin, linfoma de Burkitt, Resonancia por difusión de cuerpo completo.

AMELIA DE EXTREMIDADES INFERIORES A PROPOSITO DE UN CASO

**González David, Moreno Ana
Rondón Zoraida, Núñez Yeliany
Herrera Mónica, Manarez Jairo**

Servicio de Imagenología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: Amelia: es una malformación congénita caracterizada por la falta de uno o más miembros sean superiores o inferiores, es originada generalmente en la cuarta semana de gestación embrionaria. La focomelia es una malformación muy rara, que afecta aproximadamente a uno de cada 20.000 recién nacidos y que se produce por

causas genéticas o ambientales. **Caso clínico** Paciente femenina de 22 años de edad, APP, Zika en el primer trimestre del embarazo con H.O. de G1A0P0 FUR: Imprecisa E.G. Desconocida, Embarazo mal controlado, acude a interconsulta al servicio de se realizó un estudio analítico basado en la revisión de un caso de malformación congénita por imágenes. **Conclusión:** Producto de parto eutócico, se obtiene recién nacido vivo, sexo masculino, peso 2400gr. Talla 39cm, C.C. 32cm C.A.34cm. Con un APGAR de 8/10 al nacer y de 10/10 a los 5 minutos, el cual respiró y lloró al nacer. Se observa agenesia de ambas extremidades inferiores.

Palabras clave: Zika, embarazo, Amelia, congénita.

ANENCEFALIA A PROPÓSITO DE UN CASO

**Abreu Zoraida, Finol María Meier
Guillermo, Bastidas Elaine Manarez
Jairo**

Servicio de Imagenología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Anencefalia: defecto congénito poco común en el cual el cerebro y el cráneo de un bebé no se forman completamente. Los bebés con este defecto congénito mueren durante el embarazo o poco después de nacer. Existen cinco tipos de anencefalia, la primera es la Meroacrania, Holocrania, Meroanencefalia, craneoquisquis con microcefalia, Microcefalia, **Acrania** que es cuando nacen los bebés con cerebro pequeño sin cráneo, La prevalencia promedio del nacimiento de la anencefalia es de aproximadamente 1,2 por cada 10.000 nacimientos, con un aumento que varía según las zonas geográficas, los países y las dietas que siguen las mujeres embarazadas de esas zonas. **Caso clínico** Se trata de paciente femenina de 21 años procedente de la COL, quien acude a esta institución solicitando la realización de una TAC de cráneo para su bebé de 3 días de nacido, producto de primera gesta, embarazo de 38,4 semanas,

no controlado, obtenido por cesárea segmentaria. **Objetivo:** analizar la anencefalia a propósito de un caso. **Discusión:** Un informe publicado por investigadores de la Universidad del Zulia, revela que la exposición prolongada a mercurio, plomo y vanadio, característica de la explotación de hidrocarburos, se asocia a la aparición de anencefalia en fetos humanos. Durante los años 2004 y 2008 en el hospital, dos niños llegaron a sobrevivir hasta los nueve días de nacidos y son los que hasta ahora han tenido más tiempo de vida, por lo general los bebés mueren al nacer.

Palabras clave: Anencefalia, Exposición a compuestos de hidrocarburos.

CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA A PROPOSITO DE UN CASO

Berrios Jhon

Servicio de Imagenología, Hospital Coromoto de Maracaibo

La presencia o ausencia de invasión de la estroma mamaria se puede considerar el FP más importante en el cáncer de mama, ya que en tumores sin infiltración (in situ) la supervivencia puede alcanzar el 100% de los casos. Debido a que el carcinoma lobulillar in situ tiene unas características biológicas especiales, en esta presentación nos centraremos en la discusión del carcinoma ductal in situ (CDIS) (carcinoma intraductal). Por carcinoma microinfiltrante se entiende aquella lesión constituida fundamentalmente por un CDIS (generalmente de alto grado nuclear, tipo comedo y gran tamaño) que presenta uno o más focos de microinfiltración. El carcinoma ductal invasivo (CDI), a veces denominado carcinoma ductal infiltrante, es el tipo más común de cáncer de mama. Alrededor del 80% de todos los casos de cáncer de mama son carcinomas ductales invasivos.

Palabras clave: Carcinoma intraductal de mama.

Medicina Holística Integral

BIOCOMUNICACIÓN DEL PENSAMIENTO

**Pérez Anabell¹, Fernández Marycarmen^{1,2}
Africano Nelly¹, Quintero Beatriz^{1,2}**

¹*Catedras Profesionales, Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela.* ²*Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela*

Pensamiento refiere a las representaciones de la realidad en la mente, dichas representaciones son individualizadas y responden a todos los estímulos del contexto donde se desarrolla el individuo, sin embargo, este proceso se realiza cuando la corteza prefrontal ejecuta la integración de información, posibilitando la existencia de habilidades complejas. Esta parte de la neocorteza es la región encargada de procesos cognitivos, funciones ejecutivas y adaptación conductual, esto gracias a que mantiene importantes conexiones con una gran cantidad de regiones cerebrales tanto corticales como subcorticales, así como del resto de lóbulos cerebrales. De allí, los pensamientos han empezado a materializarse de forma biológica comunicándose sistemáticamente con el organismo, ya que se comienza a sentir de la manera en que se piensa gracias a la interacción de la corteza con el cuerpo, lo cual da lugar a una reacción química en el cerebro; es decir que el pensamiento literalmente se ha convertido en materia biológica, que a su vez comienza a monitorizar a los sistemas para que generen sensaciones acordes al pensamiento central, generando más pensamientos que sean iguales bioquímicamente hasta que haya alguna interrupción en esa comunicación. Es decir, los pensamientos de una misma creencia generan la misma sensación, y promueven a su vez conductas específicas a raíz de ese sentir, motivo por el que individualmente se dificulta cambiar el estímulo de pensa-

miento o de creencia una vez que esta se ha materializado de forma conductual, revelando que el organismo está biocomunicando gracias a los pensamientos,

Palabras clave: Pensamiento, biología, comunicación, sentir, creencia, mente.

BIONEUROEMOCION DESDE LA MEDICINA GERMÁNICA

**Sánchez Waldina^{1,2}, Quintero Beatriz^{2,3}
Fernández Maricarmen^{2,3}, Africano Nelly³**

¹*Asociación Civil Sanare, Maracaibo, Estado Zulia.* ²*Cátedras Profesionales, Universidad del Zulia,* ³*Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia.* waldinasdu2@gmail.com

La Bioneuroemoción es una forma de vivir que busca el bienestar personal de los individuos, abarca todos los ámbitos de vida: el ambiente, actitud, habilidades aprendidas, creencias, identidad, y trascendencia, y experimentando en cada estrato, pueden vivir dificultades sociales e interpersonales que provocan en la persona conflictos emocionales. Bio de Biología, Neuro de Neurología y Emoción del verbo en latín <<emovere>>, sacar del estado habitual. La Psiconeuroinmunología lingüística es una disciplina que ha comprobado científicamente que el sistema inmune, nuestro sistema de defensa, está fuertemente interconectado con el sistema nervioso, mente y psique y con el sistema endocrino, responsable de la producción de las hormonas; la alteración de uno de ellos puede afectar la respuesta de los otros dos. Estos tres sistemas se comunican entre sí a través de un lenguaje bioquímico común, la comunicación es bidireccional, es decir, el sistema nervioso puede ha-

blar con el sistema inmune y el endocrino y éstos pueden también enviar información al sistema nervioso. Desde la Medicina Germánica llamaremos al sistema Nervioso Los cuatro cerebros (Neurobiótico, Neuroentérico, Neuroencéfalo y Neurocardio). El fenómeno de comportamiento de la enfermedad se basa justamente en la capacidad de los sistemas de “chismear” constantemente. Las moléculas (neuropéptidos, neurotransmisores y citoquinas) comunican música, información y energía entre ellas. Estos procesos ponen a prueba las competencias emocionales personales. Carecer de ellas nos provocará impotencia y estrés emocional, lo cual ofende al Alma y causa enfermedad. Estas disciplinas están siendo investigadas por la ciencia y la espiritualidad simultáneamente, en la actualidad.

Palabras clave: Conflictos emocionales; Psiconeuroinmunología; Cuatro cerebros; Estrés; Medicina Germánica, Bioneuroemoción.

LAS CINCO LEYES BIOLÓGICAS QUE EXPLICAN LA DIRECCIONALIDAD DE LOS CONFLICTOS

**Fernández A, Mary C^{1,2}, Quintero Beatriz^{1,2}
Pérez Anabell^{2,3}, Sánchez Waldina^{3,4} Africano
Nelly²**

*1Universidad del Zulia, Facultad de Medicina,
2Cátedras Profesionales LUZ. 3Centro Médico
Cabimas, 4Asociación Civil Sanare*

La Nueva Medicina Germánica, basada en los descubrimientos del Dr. Ryke Hamer (Alemania 1935-2017), plantea cinco Leyes Biológicas que explican la causa, el desarrollo y la curación natural de las “enfermedades; que las “enfermedades” son “Programas Especiales con Sentido Biológico” (PESB), creados para ayudar a un individuo durante un periodo de estrés emocional y psicológico. Estas revelan que todo en la Natura-

leza tiene un sentido y que nada está “enfermo” o es “maligno”, que la ciencia médica actual niega que los humanos somos uno con la naturaleza y la creación. La Primera Ley: todo PSSB origina en un DHS (Síndrome de Dirk Hamer), que es un shock inesperado, agudo, vivido en soledad, ocurre simultáneamente en Psique, Cerebro y Órgano. Esto origina un Foco de Hamer (FH) en el cerebro, cuya localización y tamaño dependerá de la naturaleza y el contenido del conflicto, y luego en el órgano aparece como tumor, ulceración o disfunción. La Segunda Ley: todo PESB se desarrolla en dos fases siempre que exista solución del conflicto, la fase de simpaticotonía y la fase de vagotonía. La Tercera Ley: explica la correlación entre psique, cerebro y órgano dentro del contexto del desarrollo embrionario (ontogenético) y evolutivo (filogenético) del organismo. La Cuarta Ley: explica el rol beneficioso de los microorganismos al correlacionarse con las tres capas embrionarias durante la fase de curación del PESB y La Quinta Ley: plantea que toda “enfermedad” es parte de un PESB para asistir a un organismo a resolver un conflicto biológico.

Palabras clave: Medicina germánica, Psiconeuroinmunoendocrinología, Leyes de Hamer, Programa especial con sentido biológico.

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA, UN ENFOQUE INTEGRAL DEL FENÓMENO SALUD ENFERMEDAD

Villalobos Ingrid¹; Quintero Beatriz²

*1Policlínica Maracaibo, Maracaibo, Estado Zulia,
Venezuela. 2Facultad de Medicina, Universidad del
Zulia. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
ingrid4600@hotmail.com*

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), disciplina científica que se desarrolla exponencialmente en la investigación básica y aplicada,

con miles de publicaciones científicas. Explora las interconexiones entre sistema nervioso, inmunológico y endocrino y plantea el desafío de tratar la mente y el cuerpo como una unidad, estimulando la farmacología humana e influyendo en el sistema inmunológico resultando desde una mejor calidad de vida hasta la sanación. Las situaciones estresantes procesadas por el sistema interpretativo de creencias, propio de cada individuo, generan sentimientos, actitudes y emociones que activan mecanismos bioquímicos, en hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, que tienden a deprimir y/o suprimir la respuesta inmune, haciendo posible el desarrollo de procesos patológicos. La PNIE se aplica desde estudios epidemiológicos, hasta intervenciones mediante programas de apoyo, y como terapéutica en enfermedades crónicas, así como una oportunidad de trabajar interdisciplinariamente y permite a los profesionales desde su propia especialidad tener una visión hacia una medicina más huma-

nista. Así tenemos que aquellas experiencias vitales, tempranas, vividas como reales y objetivables o vivenciales menos objetivables, se objetivarán en alteraciones biológicas. Mientras estas experiencias sean evaluadas como estresantes, mostrarán interacción con otros factores simultáneos (genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos, socio-culturales). Así, el procesamiento individual resultará en los diferentes patrones de afrontamiento al estrés. Conclusión: toda experiencia conflictiva puede producir cambios orgánicos y queda grabada en la memoria sensorial corta, la límbico-temporal larga o la inmunoen-docrina, que es eterna. Sólo en la interacción del hombre biológico, psicológico y social con su medio se entiende que no hay enfermedades sino enfermos.

Palabras clave: Psiconeuroinmunoendocrinología, medicina mente cuerpo, sistema nervioso, sistema inmunológico, sistema endocrino.

Medicina Interna

ARACNOIDOCELE SELAR COMO CAUSA DE CEFALEA SECUNDARIA. A PROPOSITO DE UN CASO

**Ramírez-Araujo Aleinika
Nuñez-Nuñez José C**

Servicio de Medicina Interna, Hospital “Dr. Adolfo Pons”, IVSS, Maracaibo

La cefalea es uno de los síntomas más prevalentes en el departamento de emergencias, considerándose el cuarto motivo de consulta más frecuente. Dependiendo de su causa subyacente, la cefalea puede clasificarse en general como primario o secundario siendo esta última la menos frecuente y definida como aquella producida debido a un trastorno subyacente distintivo. En el mismo orden de ideas, La hipertensión intracraneal idiopática es una causa rara pero grave de cefalea secundaria la cual es un síntoma muy común en esta patología, hasta en un 80% de los casos y representa un diagnóstico diferencial de cefalea de reciente inicio. Se presenta el caso de una paciente femenina de 42 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos quien refiere inicio de enfermedad actual en Octubre de 2017, 02 meses previos, caracterizado por cefalea holo-craneana de predominio frontal, de moderada a fuerte intensidad sin irradiación, de carácter opresivo, con presencia de crisis 3 o 4 veces al mes con duración aproximadamente de 5 días; posteriormente se agrega al cuadro clínico episodios de vértigo asociados a cefalea que en ocasiones impedían la deambulación, concomitantes náuseas y vómito, así mismo disminución de la agudeza visual de forma insidiosa y progresiva por lo que acude a consulta de Medicina Interna del Hospital Adolfo Pons.

Palabras clave: Cefalea, Aracnoidocele selar.

ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHOLICA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CEREBROVASCULARES DE TIPO ISQUEMICO

**Yolanda Zapata, Fabiola Vargas María
F. Linares, Alexiran Saavedra**

Servicio de Medicina Interna, Hospital “Dr. Adolfo Pons”

Relacionar la presencia de Enfermedad Hepática Grasa No Alcohólica (EHGNA) y Eventos Cerebrovasculares de tipo Isquémico en pacientes ingresados por el servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Adolfo Pons. Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular de tipo Isquémico ingresados por el servicio de Medicina Interna. De 72 pacientes ingresados en el periodo enero – junio 2018, se detectaron un total de 39 (54%) pacientes con EHGNA, de los cuales se incluyeron 33 pacientes (47.3%), con una edad promedio de $46,26 \pm 9,85$ años. El sobrepeso se encontró presente en 40.79% y obesidad en 36,49% pacientes. Se encontró 3,6% de DM, 13,6% de HAS y 63% con hipercolesterolemia, 43% con triglicéridos elevados y 14% con esteatohepatitis. Se observó que 15 pacientes (21,16%) se encontraban con una relación AST/ALT > 1. Finalmente, utilizando los criterios para diagnosticar e incluir a los pacientes con EHGNA se encontró una prevalencia del 42,8%. La frecuencia de HGNA fue detectada en 41,7%. La prevalencia asociada a Enfermedad Cerebrovascular de tipo Isquémico fue de 33% y las enfermedades asociadas a pacientes con EHGNA con frecuencia fueron sobrepeso, obesidad e hiperlipidemia.

Palabras clave: Eventos cerebrovasculares; isquemia; Hígado Graso.

DELIRIO POSTOPERATORIO EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

González-Cayama Kelita¹, Peña-Parra Gladys², Quintero Máximo³

¹Unidad Crítica Quirúrgica, Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Lautaro. Chile. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Maracaibo

El envejecimiento global de la población genera más cirugías en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo necesaria la vigilancia de complicaciones posoperatorias como el delirio que aumenta estancia hospitalaria y mortalidad especialmente. Los objetivos fueron determinar la incidencia de Delirio Postoperatorio en el adulto mayor con DM tipo 2 sometido a cirugía mayor en el Hospital Coromoto de Maracaibo enero 2015-septiembre 2018, evaluar factores de ries-

go, mortalidad y complicaciones. Se evaluaron 360 pacientes en posoperatorio inmediato de cirugía mayor, se seleccionaron los que tenían Diabetes Mellitus tipo 2 (78), se les aplicó escala de CAM-UCI para detectar la presencia delirio, que se presentó en el 20,5% de esta población, con un predominio del sexo femenino, y un promedio de edad de 75,32 ($\pm 13,25$) años con una diferencia significativa con respecto a los pacientes adulto mayor con DM tipo 2 sin DPO 66,11 ($\pm 10,62$; p: 0,02), evidenciando la edad avanzada, la cirugía de emergencia, la cirugía ortopédica por caídas y el grado de Severidad medido por APACHE II como factores de riesgo. Probablemente también la duración de la ventilación mecánica. Hubo mayor mortalidad y mayor estancia en el grupo con delirio. No hubo diferencias significativas en otros eventos adversos.

Palabras clave: Delirio post quirúrgico, adulto mayor, diabetes mellitus tipo 2 cirugía mayor.

Medicina del Trabajo

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY-STUDENT SURVEY (MBI-SS) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

**Duran Pablo, Carrasquero Rubén
Ramírez Paola, Palmar Jim, Torres Wheeler**

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

El burnout se define como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y menor sentido de realización personal, que puede ocurrir en profesionales que trabajan en el área salud. Sin embargo, recientemente el concepto de burnout se ha extendido a todos los grupos ocupacionales, incluidos los estudiantes de medicina, cuya formación implica una exposición prolongada a numerosos estresores que ponen en riesgo su salud psicológica. En base a esto surge la necesidad de identificar el mejor instrumento de detección del síndrome de Burnout en estudiantes, por lo que el objetivo de este estudio fue examinar la validez y confiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) como herramienta para evaluar la prevalencia y el nivel de burnout en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Se realizó un estudio de campo y transversal en 226 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a quienes se les aplicó una adaptación del cuestionario MBI-SS. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez de constructo. El MBI-SS mostró una buena consistencia interna global ($\alpha = 0,796$), con una consistencia que varió de buena a acep-

table en sus tres componentes, agotamiento emocional ($\alpha = 0,770$), despersonalización ($\alpha = 0,750$) y realización personal ($\alpha = 0,682$). Asimismo, el análisis factorial confirmatorio indicó 3 (KMO=0,792) componentes que explican el 40,7% de la varianza. Estos resultados muestran que el instrumento presenta una apropiada estructura factorial y consistencia interna, con propiedades psicométricas confiables para la evaluación de burnout en los estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia.

Palabras clave: Burnout, Maslach Burnout Inventory, estudiantes de medicina.

DIAGNÓSTICO MACROERGONOMICO DEL HOSPITAL COROMOTO CON EL MODELO DE MADUREZ DE ERGONOMÍA

Cecilia Oberto

Hospital Coromoto de Maracaibo. Servicio de Medicina Ocupacional

Se ha visto que, para aumentar el impacto de la Ergonomía en las organizaciones, es preciso tener un enfoque sistémico. *Objetivo:* mostrar los resultados del diagnóstico macroergonómico efectuado en el Hospital Coromoto de Maracaibo con el Modelo de madurez de Ergonomía (MME), un instrumento que permite valorar la capacidad de una organización para implantar, aprovechar y desplegar la Ergonomía. *Materiales y métodos:* Se realiza un estudio descriptivo de corte longitudinal, en un lapso de 30 días, se vieron 4 y 5 personas diarias aproximadamente para un total de 140 personas de los cuales 37 son del género masculino y 103 del femenino con edad promedio de 39,64 y desviación de $\pm 05,75$ años,

ubicados en diferentes puestos de trabajo, se tanteo un conjunto de “factores influyentes”, que conducen a un análisis sistémico de la organización, para clasificarla en uno de cinco posibles niveles de madurez. *Resultados:* la organización evaluada se ubico en el segundo nivel de madurez del MME: “entendimiento”. Esto se debió a la receptividad en cuanto a temas ergonómicos, las iniciativas para crear un equipo de trabajo comprometido con la Ergonomía, el enfoque proactivo en la solución de los problemas, la necesidad de una mayor alineación de la Ergonomía con la estrategia de la organización, entre otras. *Con-*

clusiones: la investigación muestra que los aspectos macroergonómicos son inicialmente considerados, lo cual se refleja en el bajo nivel de madurez alcanzado. El MME puede ser de gran utilidad para el diagnóstico macroergonómico de las Organizaciones, al ampliar el alcance de la evaluación ergonómica más allá de la evaluación tradicional de los puestos de trabajo.

Palabras clave: Macroergonomía, modelo de madurez de ergonomía, ergonomía de sistemas, evaluación macroergonómica, ergonomía organizacional.

Microbiología

SUSCEPTIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS EN AISLADOS CLÍNICOS DE *ESCHERICHIA COLI* PROCEDENTES DE PACIENTES CON INFECCIONES URINARIAS DEL MUNICIPIO MARA, EDO. ZULIA

Ojeda Elizabeth¹, Rodríguez María¹,
Reales Carlos¹, Silva Ricardo A.²

¹Unidad de Investigación de Microbiología Ambiental Facultad Experimental de Ciencias, Universidad del Zulia. ²Laboratorio de Investigación y Apoyo Docente Santa Ana, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda

Las infecciones del tracto urinario (ITU), son una de las infecciones más prevalentes, siendo *Escherichia coli* el principal agente etiológico responsable. El objetivo de esta investigación, se basó en evaluar la susceptibilidad a antibióticos en aislados clínicos de *Escherichia coli* procedentes de pacientes con infecciones urinarias del Municipio Mara, Edo. Zulia. El procedimiento para la evaluación de los urocultivos y del agente etiológico se fundamentó en los protocolos sugeridos por el SEIMC, en tanto que las pruebas de sensibilidad a antibióticos se realizaron mediante las in-

dicaciones del CLSI. Los resultados obtenidos, revelaron la prevalencia de *E. coli* en un 96% de la totalidad de las muestras analizadas, y el fenotipo de sensibilidad a antibióticos, demostró resistencia de la cepa en trimetoprim/sulfametoxazol (100%), seguido de cefepime (82,92%), tetraciclina (80%), ácido nalidíxico (71,21%), ampicilina (58,53%) y cefazolin (55,12%), además de la resistencia encontrada en el resto de los antibióticos con valores de 2,43% hasta 44,88%, exhibiendo así un perfil de resistencia antibacteriana en los 26 antibióticos objeto de estudio. Sin embargo, los valores de sensibilidad fueron superiores en comparación a los valores de resistencia. Así mismo, se demostró la producción de beta-lactamasas en un 32,20% de la totalidad de las cepas y producción de carbapenemasas en un 4,39%. Es necesario establecer criterios de vigilancia y control epidemiológico en relación a la resistencia bacteriana y conocer constantemente los factores que se pueden mostrar así como las medidas y opciones terapéuticas que se deben implementar para inhibir a los microorganismos con actividad patogénica en el humano.

Palabras clave: *Escherichia coli*, urocultivos, susceptibilidad y multirresistencia.

Oncohematología

LINFOMA DE BURKITT MÁS VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Salom María¹, Díaz Romina²
Santana Ángel³**

¹Servicio de Oncohematología, Hospital Coromoto.

²Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Coromoto.

³Servicio de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo

El Linfoma de Burkitt es una neoplasia hematológica propia de edades tempranas. Su forma de presentación más habitual es la enfermedad ganglionar. Es linfoma no Hodgkin con proliferación monoclonal, neoplásica de células linfoides en localización del sistema inmunitario que incluye ganglios linfático, médula ósea, bazo, hígado, tracto gastrointestinal. El curso de la enfermedad varía rápido mortales o inicialmente bien tolerables, linfoma de Burkitt son de tipo in-

munoblastico células pequeñas no hendidas están aumentadas en paciente infectado con VIH que afecta primeramente SNC donde los linfocitos son precedidos de una linfadenopatía generalizada; o que sugiere que la estimulación de los linfocitos B precede a la formación del linfoma. Es raro en USA pero endémico en África central puede presentarse en la infancia como masa mandibular u ovárica crecimiento rápido. Con mayor frecuencia aparece como masa abdominal voluminosa que se origina en la válvula ileocecal o mesenterio es enfermedad asociada al virus de Epstein-Barr. Linfoma de Burkitt presenta rasgos citogenéticos característicos con implicación del oncogen. C-myc. Se trata de un paciente preescolar de 2 años con Infección VIH y Linfoma de Burkitt.

Palabras clave: Linfoma de Burkitt, VIH, preescolar.

Psicología

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA: PRIMEROS RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Palmar Jim, Marquina María Parra Heliana, Manzano Alexander Torres Wheeler

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

Numerosos estudios en la actualidad han reportado que los estudiantes de medicina presentan una alta prevalencia de estrés, ansiedad y depresión, incluso tasas de depresión e ideación suicida más altas a la de la población general, sin embargo, en Venezuela son pocos los estudios que evalúan la prevalencia e implicaciones de estas patologías en los estudiantes de medicina. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia y factores asociados de Estrés, Ansiedad y Depresión entre estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia; se realizó estudio de campo y transversal en 229 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a los cuales se le aplicó la traducción al español del cuestionario DASS-21, previamente validado en la población, obteniéndose los siguientes resultados: la Prevalencia de Estrés fue de 40,6% en la población general, asociándose a la Clase media 74,2% ($p=0,028$), 4to año académico 24,7% ($p=0,003$), Hábito Cafeico 87,1% ($p=0,004$); la Prevalencia de Ansiedad fue de 52,4%, asociándose a Clase Media 73,3% ($p=0,022$), 5to año académico, Hábito Cafeico 85% ($p=0,003$); la Prevalencia de Depresión fue de 34,1% en la población general aso-

ciándose a Clase Media 79,5% ($p=0,004$) y realizar Actividad Física 51,3% ($p=0,016$), concluyéndose que existe una elevada prevalencia de Estrés, Ansiedad y Depresión en los estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia.

Palabras clave: Estrés, Ansiedad, Depresión, Estudiantes de medicina.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS-21 ITEMS (DASS21) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Palmar Jim, Morillo Valery, Ortega Ángel Castro Ana, Torres Wheeler

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

Numerosos estudios en la actualidad han reportado que los estudiantes de medicina presentan una alta prevalencia de estrés, ansiedad y depresión, incluso tasas de depresión e ideación suicida más altas a la de la población general, sin embargo, en Venezuela son pocos los estudios que evalúan la prevalencia e implicaciones de estas patologías en los estudiantes de medicina; En la actualidad numerosos instrumentos han sido utilizados como herramienta diagnóstica de dichas patologías, siendo la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 Items (DASS-21) ampliamente aceptada. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez de la Escala DASS-21, en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Se realizó estudio de campo y transversal en 229 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a quienes se les

aplicó la traducción al español del cuestionario DASS-21. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar validez de constructo. El DASS-21 mostró una excelente confiabilidad ($\alpha=0,924$) agrupándose en 3 Factores ($KMO=0,903$) Se concluye que la traducción al español del DASS-21, muestran propiedades psicométricas que hacen de ellos unos instrumentos confiables para la evaluación de Depresión, Estrés y Ansiedad en los estudiantes de medicina.

Palabras clave: Estrés, ansiedad, depresión, DASS-21, validación.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MATUTINIDAD-VESPERTINIDAD DE HORNE & ÖSTBERGEN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Pérez José, Silva Aljadis, Palmar Jim Torres Wheeler

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia.*

El cronotipo es un rasgo que determina la preferencia circadiana interindividual en los patrones de actividad diaria y los ciclos de sueño y vigilia de las personas, es decir, revela en qué momento del día se encuentran activas las funciones físicas, las facultades cognitivas, los niveles hormonales, y los patrones de sueño y alimentación. A partir de la preferencia circadiana de los individuos se habla de tres cronotipos: matutino, vespertino e inter-medio. Al ser susceptibles a modificaciones frecuentes de horarios, los estudiantes de medicina, son forzados a cambiar su periodo de mayor productividad, lo cual puede comprometer su desempeño académico y su calidad de vida. Y es que las alteraciones de dichos cronotipos se han visto asociados con mayores niveles de estrés y desarrollo de múltiples enfermedades. Existen distintos ins-

trumentos que permiten determinar el cronotipo de las personas, entre ellos el Horne&Östberg Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ), el cual está conformado por 19 items orientados a conocer los horarios en que se llevan a cabo ciertas actividades cotidianas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez del MEQ en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Para ello se realizó un estudio de campo, transversal, en 226 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a quienes se le aplicó la traducción al español del cuestionario MEQ. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar validez de constructo. El MEQ mostró una excelente confiabilidad ($\alpha=0,800$) agrupándose en un total de 4 factores. Se concluye que la adaptación realizada al MEQ presenta propiedades psicométricas que hacen del mismo un instrumento confiable para la evaluación de los diferentes cronotipos en los estudiantes de medicina.

Palabras clave: Cronotipo, MEQ, validación, estudiantes de medicina.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SOBRE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Ariza Daniela, Ramírez Paola, Díaz María Palmar Jim, Torres Wheeler

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

Los trastornos mentales representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, entre ellos, destacan por su capacidad por incapacitar al paciente la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y los trastornos de síntomas somáticos. Existen numerosos

instrumentos que permiten su diagnóstico, por lo que el objetivo de este trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez del cuestionario de ansiedad generalizada 7 (GAD-7), el cuestionario sobre la salud mental del paciente 9 (PHQ-9) y 15 (PHQ-15) en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Se realizó estudio de campo y transversal en 226 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a quienes se les aplicó una versión adaptada a nuestra comunidad de los cuestionarios GAD-7, PHQ-9 y PHQ-15. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar validez de constructo. El GAD-7 mostró una excelente confiabilidad ($\alpha=0,889$) agrupándose en un 1 factor que explican el 60,5% de la varianza, mientras que el PHQ-9 y el PHQ-15 presentaron una muy buena consistencia interna ($\alpha=0,859$ y $\alpha=0,837$, respectivamente) con un total de un factor para el primero y de tres factores para el segundo. Se concluye que la adaptación de los cuestionarios GAD-7, PHQ-9 y PHQ-15 muestran propiedades psicométricas que hacen de ellos unos instrumentos confiables para la evaluación de depresión, TAG y trastornos de síntomas somáticos en los estudiantes de medicina.

Palabras clave: Trastornos mentales, instrumentos, validación, depresión, trastorno de ansiedad generalizada.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERGEN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

**Ortega Ángel, Suarez María,
Landaeta Alberto, Palmar Jim, Torres Wheeler**

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

La baja autoestima se ha identificado como criterio diagnóstico o comorasgo asociado a 24 trastornos mentales del DSM IV. En la actualidad existen numerosos instrumentos que han sido utilizados como herramienta para la medición del autoestima, siendo la escala de autoestima de Rosenberg una de las más aceptadas. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue evaluar la confiabilidad y validez de la Escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia. Se realizó estudio de campo y transversal en 226 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a quienes se les aplicó una adaptación de la escala de autoestima de Rosenberg. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar validez de constructo. La escala de autoestima de Rosenberg mostró una excelente confiabilidad ($\alpha=0,879$) agrupándose en 2 Factores (KMO=0,889) que explican un 63,9% de la varianza. Se concluye que la adaptación de la escala de autoestima de Rosenberg, cuenta con propiedades psicométricas que hacen de esta un instrumento confiable para la evaluación del nivel de autoestima en los estudiantes de medicina.

Palabras clave: Autoestima, Rosenberg, Validación, Estudiantes de medicina.

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN CORTA DEL TEST PARA LA IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL (AUDIT-C) EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

**Galban Néstor, Pirela Daniela, Palmar Jim,
Torres Wheeler**

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas
"Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

El Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) es un cuestionario de 10 preguntas, autoadministrado, corto, flexible y fácil de usar. Es consistente con las definiciones por el CIE-10 de consumo y dependencia de alcohol en un año previo. Su uso sistemático por la OMS en las consultas médicas han derivado a la recomendación del uso de su versión corta AU-DIT-C, la cual consta de tres preguntas sensibles y específicas como herramienta válida para identificar el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas. El objetivo de este trabajo fue determinar la propiedad psicométrica de la versión corta del Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT-C) en estudiantes de medicina de la Universidad del Zulia para la detección de consumo de riesgo en estudiantes de medicina de La Universidad del Zulia. Se realizó estudio de

campo descriptivo y transversal en 226 estudiantes de primer a sexto año de medicina, seleccionados a través de un muestreo no aleatorio, a quienes se les aplicó AUDIT-C. Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna y se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar validez de constructo. El instrumento demostró buena consistencia interna ($\alpha=0,741$), agrupándose en un 1 factor ($KMO=0,674$) con una varianza total explicada del 69,38%. Se concluye que AUDIT-C cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para detectar precozmente problemas de consumo de alcohol en estudiantes de medicina de manera confiable.

Palabras clave: Validación, consumo de alcohol, dependencia de alcohol, estudiantes de medicina, AUDIT-C.

Traumatología y Ortopedia

INJERTO DE PERONE EN LA RECONSTRUCCION DE HUESOS DEL ANTEBRAZO. A PROPOSITO DE UN CASO

Díaz Romina, González Roberto
Peña Carlos

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: Un injerto es un segmento de tejido (único o combinación de varios) que ha sido privado totalmente de su aporte sanguíneo y del punto de unión a la zona donante antes de ser transferido a la zona receptora. Utilización de injertos óseos vascularizados con anastomosis microquirúrgicas; utilización del peroné vascularizado en 1975. **Clasifican:** Autoinjerto, Isoinjerto, Aloinjerto u homoinjerto, Xenoinjerto o heteroinjerto. Simples o Compuestos. Células, Osteoblastos, Osteocitos, Osteoclastos, Matriz orgánica sustancia fundamental, fibras colágenas. Componente inorgánico Compacto o cortical, Esponjoso o trabecular. Lecho receptor vascularizado. **Material y Metodo:** masculino de 47 años antecedente de 2 años fractura diafisaria simultanea de radio y cubito izquierdo tratado en otra institución le colocan osteosíntesis placa radio y cubito, Al 3er mes presentado exudado purulento complicado por bacteria al mes del evento le deciden retirar el material de osteosíntesis osteomielitis, luego de transcurrido 3 años y medio acude a consulta se evidencia pérdida ósea de más de 4 centímetros miembro superior, pseudoarticulación, inestabilidad del antebrazo izquierdo, valoración del caso exámenes complementarios se decide resolución quirúrgica. **Discusión:** La colocación de injerto óseo en huesos largos que han sufrido pérdida de su longitud es buena iniciativa en dependencia del

individuo y antecedente para tomar esta iniciativa. **Resultado:** se colocó injerto peroné para defecto pérdida de longitud para radio y cubito más fijación con material de osteosíntesis realizar su biomecánica. **Conclusión:** regeneración ósea, Osteoinducción, Osteoconducción, Osteosustentación. (el hueso Autólogo es el único que posee los tres). Proceso a través del cual el injerto pasa a formar parte estructural y funcional del hueso.

Palabras clave: Pseudoarticulación, peroné, homoinjerto.

TRATAMIENTO DE 2DA GENERACIÓN PARA ARTROSIS DE RODILLA

González Roberto, Díaz Romina

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: Utilizar el plasma rico en plaquetas (PRP) ir más allá de la reparación de las heridas quirúrgicas, conseguir regeneración de tejidos perdidos, reparación de un tejido cuando hay restauración de dicho tejido sin que este conserve su arquitectura original ni tampoco su función. Bioquímicamente, el PRP se compone de suero, leucocitos, plaquetas y factores de crecimiento favorece la acción del PRP el cual es obtenido de la sangre autógena a través de un proceso que utiliza el principio de la separación celular por centrifugación diferencial, en el cual se extrae sangre del donante, se separan las distintas fases y se obtienen aquellas de mayor interés según el caso (solo PRP, en forma de gel de plaquetas). **Material y Metodo:** se tomó en cuenta una muestra de 50 pacientes con artrosis de rodilla y cadera evidenciada por radiografía y escuchando

al paciente. **Discusión:** arrojan óptimos resultados en la aplicación PRP sólo o mezclado con material autólogo o heterólogo, está clara la acción regenerativa tisular del producto in vitro, la mayoría de los estudios en dos puntos: la mejora visible de la cicatrización de los tejidos blandos y una mayor cohesividad en los injertos particulados, que facilita su manipulación. **Resultados:** los pacientes que acudieron a las sesiones de aplicación satisfecho de su mejoría clínica sin toma de analgésico. **Conclusión:** plasma rico en plaquetas se puede ver la densidad del mismo al activarse se evidencia el cambio se experimentó el tratamiento de la 4ta generación con fibrina, satisfactorio.

Palabras clave: Plasma rico en plaquetas, regeneración, heridas quirúrgicas.

USO DE FIBRINA VS PRP COMO TRATAMIENTO EN HERIDAS COMPLICADAS.

Díaz Romina, González Roberto

Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: La fibrina es una proteína derivada del fibrinógeno que interviene en el mecanismo de coagulación se fabrican en el hígado Cuando el fibrinógeno es activado por la trombina se transforma en fibrina. Volviéndose insoluble estabilizándose Esta proteína fibrosa forma una malla junto con las plaquetas forma un tapón o coágulo sobre el sitio de la herida. El fibrinógeno de donde se forma la fibrina, es una glicoproteína plasmática soluble en agua que se sintetiza en el hígado. El proceso de la coagulación involucra al citógeno protrombina proteína de la coagulación presente en la sangre la pro-teasa sérica enzima que rompe las uniones peptídicas de las proteínas trombina convierte el fibrinógeno en fibrina. **Material y Método:** se tomó en cuenta pacientes de 3ra edad con defecto cutáneo posterior a evento de fractura, intervención

quirúrgica herida contaminada donde se tomó de muestra de su propia sangre se centrifuga y se coloca semanalmente en herida, defecto cutáneo. **Discusión:** Factor de Crecimiento Epitelial estimula la síntesis de ADN, ARN de los queratinocitos y fibroblastos. Factor de crecimiento de fibroblastos derivados de plaquetas endoteliales. Las plaquetas llegan primero al sitio de lesión y liberan este factor. **Resultados:** Los pacientes tratados con el uso de fibrina en esta lesión fue satisfactoria debido a la mejoría clínica presentada con este tipo de defecto. **Conclusión:** Al haber realizado este trabajo se evidencio la herida complicada tuvieron resolución con el uso de tratamiento de la colocación de la fibrina donde se evidencia la primera de cambio final exitoso.

Palabras clave: Fibrina, plasma rico en plaquetas, regeneración, heridas complicadas.

FRACTURAS ABIERTAS EN MIEMBROS INFERIORES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL ESTADO ZULIA

Sánchez Kevin¹, Carruyo Julio²
Coronel Ibis²

¹Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe", Maracaibo

Introducción: las fracturas abiertas son la solución de continuidad de un tejido óseo que estuvo, esta o estará en contacto con el medio externo, que resultan por lo general, por traumas de alta energía, representando una emergencia que debe ser resuelta. **Objetivo:** Determinar la incidencia de fracturas abiertas en miembros inferiores en un hospital público del estado Zulia. **Metodología:** descriptiva, prospectiva y longitudinal, diseño no experimental, con una muestra de 50 pacientes mediante la fórmula de Sierra Bravo, ambos géneros, con diagnóstico de

fracturas abiertas en miembros inferiores atendidos en el Servicio de Ortopedia y Traumatología de la institución. El análisis estadístico fue mediante estadística descriptiva, expresados mediante distribución de frecuencia. **Resultados:** La edad promedio evaluada fue 28 años (70%), siendo el sexo masculino (90%) con el mayor porcentaje, (90%). El 53% tenía afectado el miembro derecho, 30% el izquierdo y 17% bilateral. El tiempo de evolución de accidente a su llegada al Servicio de Ortopedia y Traumatología fue de 1-14 horas. El 44% de los pacientes presentaron fractura abierta grado II, 30% grado I, 14% grado IIIA, 6% grado IIIB y 6% grado IIIC, según la clasificación Gustilo y Anderson. Siendo el segmento óseo más afectado la tibia con el 57%, seguido de fémur con un 31% y un 65% sin complicaciones. **Conclusiones:** Las fracturas abiertas afectan la tibia con un alto porcentaje, sin embargo, esta patología puede presentar complicaciones de acuerdo al tiempo de evolución y el manejo inicial que se brinde.

Palabras clave: Fracturas abiertas, miembros inferiores, emergencia.

TÉCNICA DE SAN ANTONIO O ENCLAVIJADO CONFIGURACIÓN CRUZADA EN FRACTURAS SUPRACONDILEAS DE HÚMERO GARTLAND II Y III

**Carruyo Julio¹, Polanco Paul¹
Sánchez Kevin²**

¹Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe", Maracaibo

²Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: Las fracturas supracondileas de húmero son la solución de continuidad de la metafisis distal del húmero proximal a los condilos y a la línea fisaria, debido principalmente a factores del desarrollo normal del codo, lo cual

representa una emergencia que debe ser tratada lo antes posible. **Objetivo:** Comparar la Técnica de San Antonio o Enclavijado configuración Cruzada en fracturas supracondileas de húmero Gartland II y III. **Metodología:** descriptiva comparativa, diseño experimental, transversal, se seleccionó una muestra censal de 48 pacientes con edades entre 2 a 14 años, los cuales se dividieron en dos: Grupo A, la Técnica de San Diego, Grupo B, la técnica del Enclavijado configuración Cruzada. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SSPS 23 se utilizó una estadística descriptiva e Inferencial para las diferencias, la Co-relación de Pearson con un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** La edad de los pacientes bajo la técnica de Enclavijado configuración Cruzada fue 10 a 14 años para la de San Antonio 6 a 9 años, predominó el Género masculino en los dos grupos. El mecanismo de producción de la fractura más frecuente fue la Indirecta, el motivo la caída de la altura, la posición del codo durante la caída la extensión para ambos grupos, la fractura predominante el Garland III con desplazamiento posterior. Según los Criterios de Flynn el Ángulo de carga: la técnica de San Antonio cubrió los criterios de excelente, buena y regular, la del Enclavijado cruzado no alcanzó el criterio de excelente y alcanzó el criterio peor. **Conclusión:** Ambas técnicas son una buena opción para el tratamiento de esta patología, sin embargo, la Técnica de San Antonio presentó ventajas en cuanto a funcionalidad y complicaciones en los pacientes pediátricos por lo que, se recomienda la técnica de San Antonio debido al menor riesgo de lesión neuro-vascular.

Palabras clave: Fracturas supracondilea de húmero, técnica de San Antonio, técnica enclavado configuración cruzada, emergencia pediátrica.

PRINCIPIOS USOS DE LA FIJACIÓN EXTERNA

Acosta Andrés

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo

Se denomina fijador externo, a un dispositivo y/o material de síntesis que se ubica fuera de la piel y que estabiliza los fragmentos de una fractura, sin abordar el foco de la misma mediante el uso de agujas, tornillos o clavos que se conectan a uno o más barras o tubos, longitudinales. Para permitir el anclaje al hueso, utiliza los siguientes componentes: tornillos de shanz de 2,5 a 6mm., Clavos de steinmann y alambres de kirschner, tubos y barras y rotulas. Los principios de fijación externa incluyen, estabilidad a distancia sin abordar el foco de fractura, Descarga y Simetría, los objetivos que buscamos alcanzar con el uso de esta técnica son: estabilizar la fractura, compresión del foco y distracción ósea, transporte óseo, deflexión articular y artrodiastasis. También puede emplearse como control de daños en el paciente con politraumatismo que requiere de cirugía de emergencia, donde la fijación de la fractura toma un segundo plano en comparación con la estabilización de la condición general del paciente. Entre las indicaciones para el uso de fijadores externos, tenemos como absolutas fracturas abiertas/ expuesta, osteomielitis, dismetría de miembros que requiere de la realización de un alargamiento óseo, pseudoartrosis, deflexión articular progresiva, grandes resecciones de tumores óseos, Entre las relativas tenemos las lesiones tipo disrupción pélvica, artrodesis, y la corrección de deformidades angulares. Entre los tipos de fijadores externos, tenemos que pueden clasificarse en monoplanares, bipanares y multipanares o tipo ilizarov, fijadores híbridos y el fijador tipo orthofix. La técnica de colocación es la siguiente, se recomienda la colocación de los pines lo más próximo posible al foco de fractura, específicamente 1,5 a 2cm de este, en la diáfisis de

huesos largos se recomienda perforar agujeros para la colocación de los shanz o los clavos de steinmann, siempre perforando ambas corticales, cuidando de no producir una necrosis térmica y sin sobrepasar la segunda cortical y saliendo al otro extremo del hueso, así como también evitar la lesión de elementos neurovasculares. A nivel de la metafisis se recomienda usar tornillos autoperforantes y evitar perforar la superficie articular, mientras mayor sea el número de shanz así como el número de barras y o tubos, se habla de que el sistema posee una mayor rigidez y estabilidad. Las zonas de seguridad para la colocación de pines son las siguientes, Brazo Cara Posterolateral, Lateral/Anterolateral. Antebrazo Cara Dorsal/Lateral/Medial. Muslo Cara Anterolateral/Lateral y en la Pierna Cara Anteromedial. Entre las ventajas de la fijación externa tenemos: Menor lesión de la vascularización ósea Mínimo daño a partes blandas, Estabilización en fracturas abiertas, Rigidez ajustable sin llevar a quirófano, Buena opción en riesgo de infección, Menos dificultad que la fijación interna, Riesgo bajo en casos de osteomielitis. Entre sus desventajas tenemos: Penetración de agujas o tornillos a través de los tejidos blandos, Restricción de la movilidad articular, Complicaciones en los sitios de entrada, Incomodo para el paciente, Rigidez limitada en algunos segmentos. Finalmente, pueden presentarse las siguientes complicaciones: Anquilosis, Retardos de consolidación, Necrosis cutánea, Deformidad rotacional, Edema residual, Movilidad anormal del foco de fractura, Procesos infecciosos, Aflojamiento de tornillos, Pseudoartrosis, Síndrome Compartimental.

Palabras clave: Fijadores externos, tipos, indicaciones, complicaciones.

INESTABILIDAD GLENOHUMERAL ANTERIOR POSTRAUMÁTICA

Díaz Romina

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: Inestabilidad es una situación patológica en la que el desplazamiento excesivo de la articulación glenohumeral provoca dolor o luxación franca. Laxitud es un término fisiológico que hace referencia al desplazamiento pasivo de la cabeza del húmero sobre la cavidad glenoidea o la ceja glenoidea. Inestabilidad anterior traumática: el mecanismo es un traumatismo con el brazo en abducción y rotación externa. **Material y Método:** Incidencia: la incidencia de inestabilidad anterior traumática del hombro en la población general ronda el 1,7% por año. –Re-cidivas: la edad del paciente es el factor de riesgo más importante de recidiva de inestabilidad anterior tras una luxación anterior del hombro. La mayoría de los datos sobre las tasas de recidiva se refieren a la inestabilidad anterior. Los datos publicados recientes señalan que la tasa de recidiva de inestabilidad es del 90% en pacientes de menos de 20 años, del 60% en los pacientes de 20 a 40

años y de menos del 10% en los de más de 40 años. Los estudios a largo plazo con seguimientos a 10 años han encontrado riesgos del 66% de recidiva de inestabilidad anterior en los pacientes de menos de 22 años, del 56% en los de 23 a 29 años y del 20% en los de 30 a 40 años. **Discusión:** Entre las lesiones asociadas puede haber arrancamiento de la inserción humeral de los ligamentos glenohumorales. - Incidencia de lesiones asociadas: en pacientes de más de 40 años, la incidencia de desgarros del manguito rotador asociada con luxación anterior del hombro es del 30%. En pacientes de más de 60 años, la incidencia de desgarros del manguito rotador asociada con luxación anterior del hombro aumenta hasta el 80%. 0150 –Las fracturas del troquíter son frecuentes en pacientes de más de 50 años. En el 5% aproximadamente de las luxaciones anteriores del hombro hay, además, lesión del nervio axilar lesión de Hill-Sachs, Lesión de Bankart. **Resultado:** Obteniendo esta lesión posttraumática y que pueden estar afectadas partes blandas el cual le confiere estabilidad a la región glenohumeral se realiza intervención quirúrgica según la epidemiología del grupo etario y su labor.

Palabras clave: Articulación glenohumeral, inestabilidad, traumatismo.

Carta Al Editor

EL PODER DE LA INFORMACIÓN

Dr. Ricardo José Atencio Tello

*Laboratorio Regional de Referencia Viroológica
Instituto de Investigaciones Clínicas Dr. Américo
Negrete. Escuela de Bioanálisis, Facultad de
Medicina. LUZ. Coordinación de Docencia
e Investigación, Hospital Coromoto
ratenciotello@gmail.com*

En el siglo 21 el poder de la información ha tenido un impacto sin precedente, al momento de querer transmitir algo, de aquí la importancia que sea oportuna y veraz al llegar a las comunidades que necesitan ser informadas. La investigación es una necesidad existencial, ya que a través de esta actividad damos respuestas a muchas interrogantes que pueden ser respondidas en beneficio de mejorar la capacidad de respuesta en las diferentes áreas del conocimiento que debe ir mejorando en un mundo que cada día demanda mayor desarrollo acorde al crecimiento poblacional y a la globalización de los pueblos. Poner a la disposición los resultados de nuestras investigaciones es el objetivo principal que desde el Hospital Coromoto de Maracaibo, Estado Zulia, con sus nueve postgrado en diferentes áreas de especialización médica, donde los estudiantes residentes desarrollan sus proyectos de investigación, la realización de Jornadas, Congreso y Jornadas todo los años con la exposición de conferencias actualizadas, cirugías transmitidas a través de Videos

conferencia por la web que puedan ser vistas y oídas a nivel nacional e internacional , trabajos libres, la Revista Científica Hospital Coromoto un valioso recurso de difusión científica utilizado para informar a la comunidad de interés público en conocer todo lo relacionado en salud y enfermedad, su impacto, adelantos, discusión de casos, actualización de técnicas quirúrgicas, estudio de diferentes patologías. Siempre abordando la medicina contemporánea que se encuentra enfrentando múltiples retos que abarcan desde el plano ontológico hasta la pertinencia de la misma en medio de una sociedad cada día más demandante, entre esos retos nos encontramos con dar respuesta al ser humano de manera integral y no solamente viendo al individuo desde el plano biológico, sino como persona que necesita ser informado adecuadamente a través de los diferentes medios de comunicación sociales y redes informativas que satisfagan la necesidad de ser informado logrando nuestro mayor creciendo cada día en calidad de nuestros trabajos y actualización que alcance cada día un mayor número de lectores a nivel mundial.

V JORNADAS

CIENTÍFICO-INTEGRAL DE RESIDENTES DE POSTGRADO

Índice de Autores

A

Abreu Zoraida, 24
Acosta Andrés, 41
Africano Nelly, 25, 26
Al Awad Adel, 14, 16
Alexiran Saavedra, 28
Añolis Mariana, 16
Ariza Daniela, 35

B

Bastidas Elaine, 23, 24
Berrios Jhon, 24
Borjas Guillermo, 17
Bracho Ederlyn, 17

C

Cano Enderson, 15
Carrasquero Rubén, 30
Carrero Belkis, 15
Carruyo Julio, 39, 40
Castro Ana, 34
Cecilia Oberto, 30
Coronel Ibis, 39

D

Demarchi Paola, 22, 23
Demarchi-Casapia Paola, 22
Díaz María, 35
Díaz Romina, 33, 38, 39, 42
Duran Pablo, 30

F

Fabiola Vargas, 28
Fernández A, Mary C, 26
Fernández Maricarmen, 25
Finol María, 24

G

Galban Néstor, 36
González David, 23
González Karline, 18
González Liduina, 18
González Roberto, 38, 39
González-Cayama Kelita, 29

H

Herrera Mónica, 23

I

Iguaran Arianne, 17

K

Krystal Valera, 13

L

Landaeta Alberto, 36
López Génesis, 13

M

Manarez Jaime, 23
Manarez Jairo, 22, 23, 24
Manarez-Leal Jairo, 22
Manzano Alexander, 34
Marcano Lourdes, 15
María F. Linares, 28
Marquina María, 34
Matera María, 16
Meier Guillermo, 24
Moreno Ana, 23
Morillo Valery,, 34

N

Nakhoul Faddy, 18
Noroño Gregoria, 20
Nuñez Yelianny, 22
Núñez Yeliany, 23
Nuñez-Nuñez José C, 28

O

Oberto Maite, 22
Ojeda Elizabeth, 32
Ortega Ángel, 34, 36
Ortiz Belkis, 20

P

Palmar Jim, 30, 34, 35, 36
Parra Heliana, 34
Peña Carlos, 38
Peña-Parra Gladys, 29
Pérez Anabell, 25, 26
Pérez José, 35
Pirela Daniela, 36
Polanco Paul, 40
Porteles-Maldonado Emil, 14

Q

Quintero Beatriz, 25, 26
Quintero Máximo, 29
Quintero-Trigos Yennifer, 22

R

Ramírez Alfredo, 14, 15
Ramírez Luis, 17, 18
Ramírez Paola, 30, 35
Ramírez-Araujo Aleinika, 28
Reales Carlos, 32
Reyes Andrés, 16
Ricciardi Juan, 15
Rincón Hiliana, 17, 18
Rodríguez José, 22, 23
Rodríguez María, 32
Romero Isabel, 23
Romero Walkidia, 20
Rondón Zoraida, 23
Ruiz Claudia, 16

S

Salazar Jean, 13
Salinas Aiti, 13
Salom María, 33
Sanabria José, 16
Sánchez Kevin, 39, 40
Sánchez Waldina, 25, 26
Santana Ángel, 18, 33
Silva Aljadis, 35
Silva Ricardo A., 32
Suarez María, 36

T

Torres Wheeler, 30, 34, 35, 36

V

Valera-García Vianny, 14
Villalobos Ingrid, 26
Villalobos Rubia, 13

Y

Yolanda Zapata, 28



INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Revista Científica del Hospital Coromoto

La Revista Científica del Hospital Coromoto publica Artículos Originales, Notas Clínicas o Terapéuticas, Revisiones, Reportes de Casos Clínicos y Cartas al Editor en español o inglés, que contribuyan al avance del conocimiento en ciencias de la salud. La revista no realiza cargos o cobros por ningún concepto; es decir, no se generan cargos por la publicación o edición de los manuscritos enviados al comité editorial.

Los manuscritos enviados para publicación deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas”, establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) revisión 2016, en el sitio web: www.icmje.org.

Envío del manuscrito

La Revista acepta manuscritos durante todo el año, los mismos pueden ser enviados por autores nacionales o extranjeros, residentes o no en Venezuela, escritos en español o inglés. El manuscrito debe ser enviado mediante un archivo (formato Word para Windows®) al siguiente correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com. Todo lo referente a la correspondencia, incluidos la opinión de los árbitros, los requerimientos producto de la revisión del trabajo y la notificación de la decisión del Comité Editorial, será realizado por correo electrónico.

Deberán ser trabajos inéditos, su aceptación por la Revista implica que el manuscrito no ha sido publicado, ni está en proceso de publicación en otra revista, parcial o totalmente. Junto con el manuscrito, debe enviarse completamente llena la Declaración de Responsabilidad de autoría, donde se manifieste el deseo de publicación en la revista, que se trata de un trabajo inédito, que no ha sido publicado, ni está en proceso de publicación de manera parcial o total en otra revista. Este documento debe ser firmado por todos los autores, quienes deben haber revisado y aprobado el original enviado; si alguno de ellos presenta dificultades para llenar y firmar dicho formulario, deberá enviar una comunicación escrita vía correo electrónico (revhospitalcoromoto@gmail.com) al Editor de la Revista. No se aceptarán modificaciones en el nombre de los autores (exclusión e inclusión) una vez que haya sido entregado el artículo al Comité Editorial de la Revista. El orden de aparición debe ser una decisión conjunta del grupo y debe aparecer aparte, la dirección electrónica del autor de correspondencia. La Revista al aceptar su publicación no se hace responsable por el contenido expresado en el trabajo publicado.

Los autores del trabajo deben haber participado activamente en la ejecución del mismo. La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación; 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de “Agradecimientos”. Para una consulta más amplia de las normas de autoría revisar los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas”, revisión 2016, establecidos por el ICMJE (www.icmje.org).

Aquellos manuscritos que no se acojan a las condiciones indicadas, o que por su contenido no constituyan una contribución científica original o un avance técnico relevante, serán devueltos al autor.

Corrección y Arbitraje

Para este proceso se usará la vía electrónica. Todos los originales serán sometidos en principio a la consideración del Comité Editorial de la Revista, el cual decidirá si deben ser enviados a arbitraje, o devueltos al autor por no cumplir las normas editoriales o no tener la calidad suficiente. El arbitraje de Tra-

bajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de investigación y solo por uno en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de quince días continuos para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrá solicitar opinión a otro experto.

Los nombres de los árbitros, así como los de los autores del trabajo, serán estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo por parte del editor. Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones. El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de quince días continuos, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Una vez los autores conozcan las sugerencias y correcciones a efectuar, deben realizarlas y enviar nuevamente el manuscrito corregido en el lapso establecido, el cual es revisado nuevamente por los árbitros para confirmar las modificaciones y emitir su conformidad o desacuerdo con la publicación del trabajo. Con base en la respuesta de los árbitros en la segunda revisión, el Comité Editorial toma la decisión de publicar o no el manuscrito. Finalmente, el autor recibe la carta de aceptación o rechazo del trabajo y en el caso de ser aceptado, recibirá posteriormente las galeras o pruebas de páginas para su corrección antes de la publicación final.

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico mostrados en la Revista se usarán exclusivamente para los fines establecidos en ella, es decir para fomentar la comunicación entre los autores y los miembros de la comunidad científica del área, de ninguna manera se proporcionará esta información a terceros o para su uso con otros fines.

Derechos de autoría (Copyright) y Licencia

La Revista Científica del Hospital Coromoto no retiene los derechos sobre las obras publicadas y los contenidos son responsabilidad exclusiva de los autores, quienes conservan sus derechos morales, intelectuales, de privacidad y publicidad.

El aval sobre la intervención de la obra (revisión, corrección de estilo, traducción, diagramación) y su posterior divulgación se otorga mediante una licencia de uso y no a través de una cesión de derechos, lo que representa que la Revista Científica del Hospital Coromoto se exime de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de una mala práctica ética por parte de los autores.

Normas editoriales

El trabajo debe ser escrito en papel tamaño carta (21,5 x 28 cm), dejando un margen de 3cm en los cuatro bordes. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior derecho, empezando por la página del título. El espaciado a 1,5 líneas; con tamaño de letra 12 pt, Arial y justificado. Las figuras que muestren imágenes (radiografías, histología, etc.) deben entregarse en formato JPG a 300dpi o más. Cada autor clasificará su manuscrito en una de las siguientes categorías:

Se deben utilizar directrices internacionales para la elaboración del documento ya que ayuda a describir el estudio con detalle suficiente para poder ser evaluado por los editores, revisores, lectores y otros investigadores. Dependiendo del tipo de estudio se deben utilizar las directrices internacionales que se mencionan a continuación:

- “Artículo original”, el cual describe un aporte científico importante.
- “Comunicación Breve” (nota clínica, terapéutica o técnica) descripciones breves que se refieren a hallazgos originales o importantes modificaciones de técnicas ya descritas.
- “Revisión narrativa o sistémica” (cualitativa o cuantitativa), hacen un análisis y comentan la literatura reciente
- “Casos clínicos”, analizan uno o varios casos representativos y con base en ellos se logran posibles aportes.

- “Carta al Editor” puede ser de dos tipos: a. Un comentario sobre artículos publicados previamente en la Revista y debe citar referencias publicadas que soporten su argumento o b. Reportes nuevos que no se adaptan a Artículos Originales ni a Notas.

Ordenamiento del manuscrito

El ordenamiento de cada trabajo en líneas generales será el siguiente:

1. La primera página del manuscrito o portada debe contener:

a) Título del trabajo; debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación con un máximo de 100 caracteres. En mayúsculas sostenidas, centrado y negritas, un título corto en español e inglés con un máximo de 60 caracteres y seguidamente la respectiva traducción del título al inglés, en mayúscula, centrada y en cursiva.

b) El o los autores; identificándolos con su apellido paterno y nombre; si se desea utilizar ambos apellidos (paterno y materno), estos deben colocarse separados por un guion y seguidamente el nombre. Se recomienda a los autores escribir su nombre con un formato constante, en todas sus publicaciones en Revistas indexadas. Para separar los diferentes autores del trabajo se debe utilizar punto y coma “;”. El primer autor de la lista será considerado para los efectos de la revista como el autor responsable o principal.

Luego del nombre de cada autor (sin usar títulos profesionales), seguidos por superíndices de números consecutivos, se debe colocar el nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que perteneció dicho autor durante la ejecución del trabajo. La descripción debe ser lo más detallada posible, indicando todos los departamentos de adscripción desde el área específica de trabajo hasta la organización o institución. Se deben escribir los nombres institucionales completos, no está permitido utilizar abreviaturas y se debe colocar el nombre de la ciudad, estado y país donde se encuentra la institución. Por último, el autor con quien se establece la correspondencia, debe proporcionar una dirección de correo electrónico.

Título del trabajo: Alteraciones morfológicas en médula ósea de pacientes con el VIH y citopenias

Título en inglés: *Morphological alterations in bone marrow of patients with the HIV and cytopenias*

Título corto en español: Alteraciones morfológicas en médula ósea por el VIH

Título corto en inglés: *Morphological alterations in bone marrow of patients with HIV*

María Virginia Fuenmayor^{1*}; Rafael Villalobos²

¹Servicio de Hematología. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo

²Consulta de VIH-SIDA. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo
<https://orcid.org/0000-0001-9317-2669>

*Autor de correspondencia: María Fuenmayor.

e-mail: m_fuenmayor@hotmail.com

2. Secciones o apartados de los manuscritos

Los Trabajos Originales, estarán divididos en: Resumen en español e inglés (Abstract), Introducción, Material y Métodos o Pacientes y Métodos (si el trabajo se refiere a seres humanos), Resultados, Discusión, Agradecimientos y Referencias. La Revista no tiene una sección para Conclusiones, sino que estas deben formar parte del final de la Discusión.

a) Resumen y Abstract: debe establecer los objetivos, las observaciones originales y las conclusiones basadas en los resultados presentados. No debe contener referencias **ni ser estructurado** y no contener más de 250 palabras. Al final se debe incluir una pequeña conclusión. Se deben evitar las abreviaturas y si son necesarias, se deben definir en la primera mención. Los autores deben proponer de 3 a 6 “palabras clave” las cuales deben formar parte de la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) propues-

ta por Centro Latinoamericano y del Caribe en Información de Ciencias de la Salud (BIREME), la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. La misma se encuentra disponible en línea mediante el siguiente enlace: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, no se aceptarán palabras clave que no estén incluidas en dicha base de datos. El Abstract, es la traducción del resumen al inglés, si el autor no está capacitado en el idioma inglés, es importante que consulte a un especialista en lengua inglesa, antes de enviar los trabajos o resúmenes en ese idioma. Un trabajo puede ser devuelto, si requiere de muchas correcciones lingüísticas.

b) Introducción: especifica el objetivo del trabajo y resume las razones para su estudio u observación.

c) Material y Métodos o Pacientes y Métodos: este apartado corresponde a la descripción completa de elementos y procedimientos usados de manera tal que se pueden reproducir los resultados. Debe señalarse el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, información técnica o metodológica, re-colección de información, análisis estadístico. En esta sección es imprescindible mencionar las consideraciones éticas y la aprobación por el comité de ética de la institución.

d) Resultados: debe ser presentado en tiempo pretérito, en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras. No debe repetirse la información que esté en las tablas y figuras. Solo se deben resaltar las observaciones importantes.

e) Discusión: debe hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y relacionar los resultados obtenidos con los hallados en otras investigaciones. Debe contener las implicaciones de los nuevos hallazgos, sus limitaciones, las conclusiones y sugerir los delineamientos de futuras investigaciones.

f) Agradecimientos: Expresa su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones substantivas a su trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

g) Referencias bibliográficas: Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals 2000", <http://www.icmje.org>; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores.

h) Los nombres de todos los autores deben ir en **negritas** y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos "y col." o "et al.". El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al **Index Medicus** (<http://www.nlm.nih.gov>), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión. No se aceptarán como referencias, observaciones no publicadas, comunicaciones personales o trabajos enviados a publicación; sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis.

i) En el texto, numere las referencias en el orden de aparición. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis y en superíndice al final de la frase o párrafo en que se les nombre; si son dos o más, los números entre paréntesis deben separarse por comas "," y sin espacio; si son secuenciales se colocará el primero y el último número de la serie con guión intermedio "-"; si son secuenciales y no secuenciales, se indicarán en su orden, las no secuenciales separadas por coma y las secuenciales por guión.

Ejemplo:

Dos o más referencias no secuenciales: "...productores de la enfermedad (1,4,6,8). Por otra parte..."

Dos o más referencias secuenciales: "...productores de la enfermedad (15-18). Por otra parte..."

Dos o más referencias secuenciales y no secuenciales: "...productores de la enfermedad (1,4,6,15-17,21), Por otra parte..."

Cuando sea necesario utilizar el nombre del autor del trabajo, deberá colocarse el apellido del autor e inmediatamente entre paréntesis el número correspondiente a la referencia; cuando el trabajo posee dos autores, se deben colocar los apellidos de ambos autores separado por la conjunción “y” seguido del número de la referencia entre paréntesis. En el caso de que el trabajo posea más de dos autores se debe colocar el apellido del autor principal seguido de la frase “y col.” (en el texto). Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de la figuras, deben numerarse en la secuencia que corresponda, siguiendo el mismo orden de numeración utilizado en el texto del trabajo.

Ejemplo:

Un solo autor: “...productores de diarreas (1,3,5,19). Por otra parte, Atencio (23) realizó un...”

Dos autores: “...productores de la enfermedad (2,4,6,20). Por otra parte, Villalobos y Bracho (20) desarrollaron un...”

Más de dos autores: “...productores de la enfermedad (3,7,9). Considerando que Gracias y col. (23) realizaron un...”

Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Ejemplos:

– Referencias de publicaciones periódicas:

Al Awad A, Chirinos J, Baena S, Pirela C, Brea A, Yajure M. Hepatectomía laparoscópica en tumor sólido benigno. Informe de un caso clínico. *Cirugía y cirujanos* 2009; 77 (3): 223-227.

– Referencias de libros:

Palanivelu C. El arte de la cirugía laparoscópica. Tomo 1. Venezuela: Amolca; 2011, p 53-56.

– Capítulos de libros:

Selander G. Associative strategies. In: **Burrage M, Torstendahl R,** editors. *Professions in theory and history. Rethinking the study of the professions.* London: Sage; 1990. p. 139-50.

– Memorias de Congresos:

Devonish N, Villasmil N, Castillo A, Ortiz N, Leal J. Anestesia general balanceada para separación quirúrgica de siamesas onfalópagas (Resumen). Memorias del III Congreso XII Jornadas Científicas “Dres. Eli-gio Nucette y Lilia Meléndez de Nucette”, 2008. Maracaibo, Venezuela. P 214.

– Tesis:

Demarchi P. Hipertensión portal correlación: Hallazgos ecográficos en escala de grises vs espectro Doppler y Doppler color (Tesis Especialista en Imágenes). Maracaibo, Zulia. Universidad Bolivariana de Venezuela.

– Revista en formato electrónico:

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

Las **Revisiones** deben estar escritas, preferentemente por especialistas en el campo objeto de las mismas y contener las contribuciones del autor, ya sea en las referencias o con una discusión del tema revisado. No se aceptarán revisiones que consistan meramente de una descripción bibliográfica, sin incluir un análisis. El cuerpo de las revisiones es libre, aunque es conveniente subdividirlo en secciones.

Los **Reportes de Casos** deben consistir en la presentación de casos clínicos poco frecuentes en la práctica médica. Deben incluir la descripción del caso y una discusión con el apoyo bibliográfico correspondiente.

Las **Cartas al Editor**, deben ser comentarios a publicaciones recientes en la revista y en lo posible, no deben exceder dos páginas, incluidas las referencias.

Todos los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del Material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y el consentimiento de los individuos o números de Historia de los Hospitales y no se aceptarán fotografías del rostro del paciente sin su consentimiento escrito.

Aquellos estudios que involucren animales, también deben seguir el Código de Ética correspondiente, que cumpla con los estándares internacionales establecidos para el uso, cuidado y tratamiento humano de los animales de laboratorio.

3. Tablas, figuras y fotografías

Las tablas, figuras y fotografías se deben presentar cada una en archivos separados, con las debidas indicaciones

a) **Tablas.** Contienen información concisa y la muestran de manera eficiente entre filas y columnas, deben estar referidas en el texto con números arábigos y en orden consecutivo de cita en el texto, además debe contener un título descriptivo corto y adecuado, escrito en mayúsculas y centrado. Las columnas no deben separarse con líneas. Las notas referentes a lo expresado en el cuerpo de la tabla, deben ser escritas al pie de la misma, precedidas de los símbolos correspondientes. La letra y el tamaño, deben ser uniformes. La Revista no acepta la expresión “Fuentes de información”, cuando se refiere a resultados presentados en el mismo artículo, solo si provienen de otro material. Si el artículo está escrito en español, los números decimales se deben separar con una coma y si está escrito en inglés, con un punto.

b) **Figuras.** Para las figuras deben seguirse los siguientes puntos generales:

- Cada figura debe ser enviada en un archivo separado, en el programa donde fue generada (por ejemplo GraphPad Prism ®)
- El número de la figura debe ser arábigo y estar de acuerdo con la secuencia en el texto.
- Asegurarse que el tipo de letra y el tamaño, sean uniformes.
- Utilizar solamente los formatos, Arial, Courier, Symbol o Times.
- Las imágenes deben ser de un tamaño apropiado al solicitado para la versión impresa.
- Las leyes de las figuras se deben enviar por separado, con suficiente información para no tener que recurrir al texto.

c) **Fotografías.** Pueden ser en blanco y negro o en color. Deben tener un contraste adecuado para su reproducción y estar en formato TIFF, con las siguientes condiciones: las fotografías en color o en gradaciones de gris, deben tener un mínimo de 300 dpi, las de figuras y gráficos un mínimo de 600 dpi y la combinación de ambas de 500 dpi. En el caso de las microfotografías electrónicas, debe extremarse el cuidado de la nitidez de los hallazgos reportados y señalarlos por medio de símbolos. También se debe indicar el aumento utilizado.

Las leyendas no deben estar incorporadas a la fotografía y deben presentarse en página aparte, en forma lo suficientemente explicativa, sin tener que acudir al texto. La Revista no aceptará fotografías a color para ser impresas en blanco y negro.



NORMAS DE ARBITRAJE

Revista Científica del Hospital Coromoto

Los originales serán sometidos a un proceso de evaluación que permitirán garantizar tanto la calidad científica del trabajo como el cumplimiento de los principios éticos y de transferencia en investigación propuestos por el Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) www.icmje.org. El arbitraje será a doble ciego, es decir, los autores no conocerán la identidad de los árbitros y viceversa. La evaluación será externa y se seleccionarán árbitros expertos que no pertenezcan a la institución de adscripción del autor o los autores.

El proceso de evaluación comprende varias etapas

1. Recepción del manuscrito por parte del comité editorial de la revista, el cual determinará si se encuentra dentro del ámbito de publicación de la Revista y si cumple con los criterios científicos establecidos, de originalidad o relevancia exigidos. De no cumplir con estos requisitos el trabajo será rechazado, de cumplirlas será considerado para arbitraje. El comité editorial también evaluará si se adapta al estilo y formato de la Revista. Las sugerencias, correcciones y recomendaciones serán enviadas a los autores para que las realicen, luego los autores reenviarán el trabajo a la Revista. La fecha de recepción del manuscrito será la fecha de la primera entrega y no de la segunda.

2. Una vez recibido el trabajo modificado por los autores, el comité editorial verificará los cambios y seleccionará los árbitros expertos de acuerdo a la calidad científica y contenido del trabajo.

3. En este punto los árbitros emitirán un veredicto de aceptación o no del trabajo y bajo qué condiciones se realizará la aceptación para publicación. Si es favorable continuará el proceso editorial del trabajo y se enviarán a los autores las sugerencias de los árbitros, para que las realice en un plazo no mayor de 15 días continuos.

4. Los autores enviarán el trabajo corregido a la redacción de la Revista, con una comunicación indicando los cambios efectuados en el mismo, así como en el caso de no estar de acuerdo con alguna de las sugerencias, una justificación del por qué no se realizó el cambio. Cuando se envíe la versión corregida a la revista, los cambios efectuados al manuscrito deben estar resaltados con letras en color rojo. Correo para el envío: revhospitalcoromoto@gmail.com

5. El manuscrito corregido se enviará nuevamente a los árbitros para que estos confirmen las modificaciones y justificación de los cambios no realizados. Los árbitros emitirán su conformidad o desacuerdo con los autores en las modificaciones o justificaciones de los cambios no realizados. Ellos decidirán si el trabajo es publicado.

6. Posteriormente los autores recibirán la carta de aceptación o rechazo del trabajo. En el caso de ser aceptado, una vez finalizado el proceso de edición y montaje, se enviarán a los autores las galeras o pruebas de impresión del trabajo para su corrección antes de la publicación final. El trabajo definitivo será publicado en el mes de Enero a Junio en su primera Edición (1) y de Julio a Diciembre en su segunda Edición (2), dependiendo si pertenece al 1 ó 2 respectivamente.

Proceso de Arbitraje

El Editor o el Coeditor al verificar que el manuscrito cumple con todas las normas y requisitos, envía este al Comité Editorial para seleccionar tres (3) árbitros entre los asesores Científicos de la Revista, los mismos serán expertos en el área del trabajo, su función será analizar y evaluar desde el punto de vista científico el trabajo. Si entre los asesores científicos no existen profesionales que por su especialidad puedan cumplir con el arbitraje, serán seleccionados profesionales nacionales o internacionales que reúnan las condiciones necesarias para cumplir con esta labor.

Una vez seleccionado el árbitro, se le enviará una comunicación con el título y resumen del trabajo, consultándole la posibilidad de realizar o no el proceso de arbitraje. Si la respuesta es negativa se seleccionará un nuevo árbitro; en caso de respuesta afirmativa se procederá al envío de la solicitud de arbitraje.

La solicitud incluye una comunicación formal solicitando el arbitraje del manuscrito y copia para ser sometido a evaluación sin los datos del autor y los autores, las instrucciones a los autores y un formato de evaluación para registrar sus impresiones sobre el manuscrito. Los árbitros tendrán un plazo de 30 días continuos a la fecha de envío y confirmado su llegada, de no dar respuesta al Comité Editorial, se asignará la evaluación a otro árbitro de la misma área temática. Los árbitros no conocerán la identidad del o los autores del trabajo científico que analizará, igualmente los autores no conocerán la identidad de los árbitros evaluadores.

Instrumento de Evaluación de los Trabajos

Los árbitros emitirán su informe en el formato de evaluación, el cual será conservado en los archivos de la revista. Este formato de Evaluación permite conocer la adecuación de los siguientes aspectos: título, resumen, abstract, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, referencias bibliográficas, tablas y figuras: finalmente el árbitro emite un veredicto indicando si el trabajo es publicado sin modificaciones.

Publicable con modificaciones o no publicable, el sitio web de la revista

Correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com **Decisión**

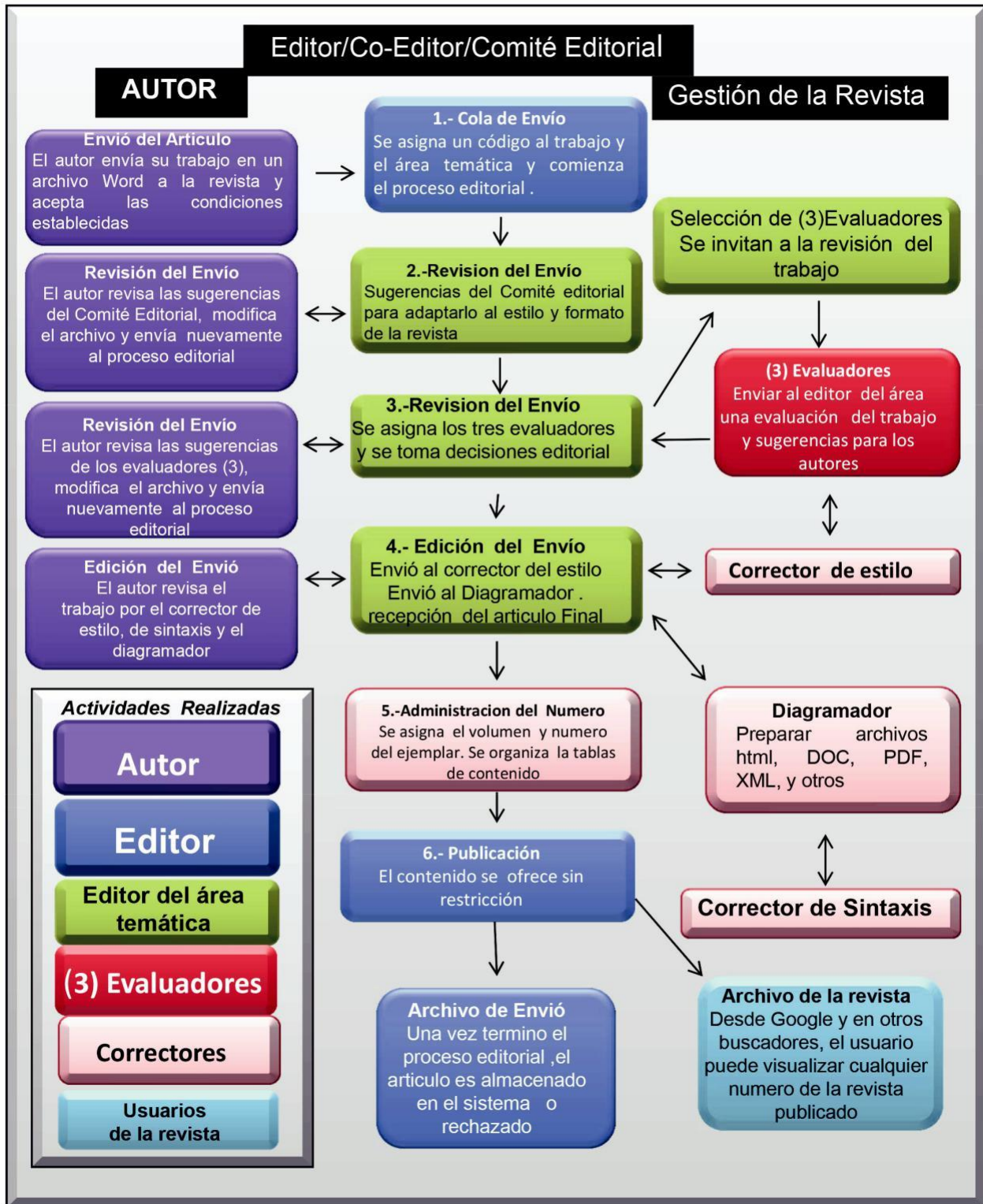
Si el veredicto de al menos dos de los árbitros es favorable el trabajo será aceptado para publicación. Si el veredicto de al menos dos de los tres árbitros es desfavorable el trabajo será rechazado.

En caso de que el veredicto o informe de los árbitros sea favorable para la publicación del trabajo sin modificaciones, el mismo será aceptado y publicado. Si el veredicto es favorable para publicación con modificaciones, una vez realizadas las modificaciones sugeridas, el trabajo será aceptado y publicado.

Lo no previsto en estas Normas será resuelto por el Comité Editorial

El Editor

Diagrama del proceso editorial, arbitraje y evaluación de trabajos de la Revista Científica Hospital Coromoto



Revista Científica
Hospital Coromoto



Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 8 Nº 2 Julio - Diciembre 2019

Contenido

**IV Jornada Científico-Integral
de Residentes de Postgrado**

Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Pre-jornada: 08 de Agosto de 2019

Jornada: 09 al 10 de Agosto 2019



PDV SERVICIOS DE SALUD, S.A.

