

# Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 1 N° 1 Enero~Junio 2012



## Revista Científica Hospital Coromoto

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

> Dr. Adel Al Awad **Edito**r

Yira Castellano

Asistente del Editor

#### Comité Editorial

Dra. Melvis Arteaga de Vízcaino Dra. Elizabeth Borjas Dra. Virginia Fernández MgSc. Aida Souki Dra. Odelis Díaz de Suárez MgSc. Lisbeth Borjas Dr. Levy Mago



Subvencionada por: PETRÓLEOS DE VENEZUELA SOCIEDAD ANÓNIMA (PDVSA)

PETRÓLEOS DE VENEZUELA SERVICIOS DE SALUD SOCIEDAD ANÓNIMA

(PDV Servicios de Salud, S.A.)

<sup>™</sup> Esta revista fue impresa en papel alcalino <sup>™</sup> This publication was printed on acid-free paper that meets the minimum requirements of the American National Standard for Information Sciences-Permanence for Paper for Printed Library Materials, ANSI Z39.48–1984.

D.R. © 2012 HOSPITAL COROMOTO
Déposito legal pp 201202ZU4114

Diseño de Portada: JAVIER ORTIZ

Se terminó de imprimir en junio de 2012

Tiraje: 1000 ejemplares

en los talleres gráficos de Ediciones Astro Data, S.A. Teléfono: (0261) 7511905. Fax: (0261) 7831345

E-mail: edicionesastrodata@cantv.net

Maracaibo, Venezuela

# I Congreso

# II Jornadas Científicas Integrales del Hospital Coromoto

Del 07 al 10 de Agosto 2012 **Hotel Venetur Maracaibo** 

RESÚMENES DE CONFERENCIAS, SIMPOSIO, MESAS REDONDAS Y TRABAJOS LIBRES



### CONGRESO CIENTÍFICO HOSPITAL COROMOTO

### **COMITÉ ORGANIZADOR**

Dr. Adel Al Awad Coordinador General

### **Comité Científico**

Dr. Levy Mago (coordinador)
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno
MgSc. Lisbeth Borjas
Dra. Virginia Fernández
Dra. Odelis Díaz
MgSc. Hayda Souki
Dra. Elizabeth Borjas
Dra. Nora Palazzi
Dra. Nidia Devonish
Dr. George Alliey

### Comité de Finanzas

Lcdo. Ramón Ayala María González

### Comité de Logística y Protocolo

Dra. Alis de Chacín Lcda. Haydee Suárez T.S.U. Luz Moreno Lcda. Yira Castellano Lcda. Grace Jiménez Nereida Díaz

### Asuntos Públicos Occidente

Irania Isambert Lcdo. Leonardo Lugo Lcda. María José Galbán Lcda. Marina Núñez





# I CONGRESO Y I JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DEL **HOSPITAL COROMOTO**

**DEL 07 AL 10 DE AGOSTO DE 2012** 



CIRUGÍAS CON TRANSMISIÓN SIMULTANEA, CONFERENCIAS MAGISTRALES, INVITADOS INTERNACIONALES Y NACIONALES, CHARLAS DE PREVENCIÓN A LA COMUNIDAD, PREMIACIÓN AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

> INSCRIPCIONES Y PROGRAMA EN: WWW.CONGRESOSHOSPITALCOROMOTO.BLOGSPOT.COM EMAIL: CONGRESOSHOSPITALCOROMOTO@GMAIL.COM CONTACTOS: 0261-7900331/7900308.

DR. ADEL AL AWAD 0424- 6146098. LUZ MORENO 0416-4637255. YIRA CASTELLANO 0416-5642853

SALUD CON VOCACIÓN SOCIALISTA









### Invitados Internacionales

Dr. Fortunato Benaim

Cirujano Plástico Esp. en Quemados (Argentina)

Dr. Alberto Bolgiani

Cirujano Plástico Esp. en Quemados (Argentina)

Dra. Perla de Buschiazzo

Directora del Centro de Farmacología (CUFAR)

(Argentina)

Dr. Oscar Schwint

Cirujano Plástico Esp. en Quemados (Argentina)

Psic. Pedro Bilyk

Psicólogo (Argentina)

Dr. Francisco Calderón

Hematólogo (Colombia)

Dr. Iván Mora

Médico Coordinador de la Misión Cubana

en el Estado Zulia (Cuba)

### **Invitados Nacionales**

Dra. Trina Nava Dra. Adalsa Hernández

Médico Internista de la SVMI (Caracas) Cirujano Maxilofacial (Caracas)

Dr. Rodolfo Pérez Dra. Rita Moreno

Cirujano Oncólogo (Valencia) Cirujano Ortopedista (Yaracuy)

Dr. Néstor Gutiérrez Dr. Juan Yungano

Cirujano Oncólogo (Valencia) Anestesiólogo (Caracas)

Dr. Carlos Sardiñas Dra. Caricia Lafee

Cirujano General (Caracas) Cirujano Ortopedista (Caracas)

Dr. Elvis Vargas Dra. Judith Layas

Cirujano General (Caracas) Cirujano Ortopedista (Caracas)

Dra. Yaycira Guillén Dr. Roald Gómez

Dia. Taytira Guilleti Di. Rodiu Goillez

Cirujano General (Caracas) Cirujano General (Mérida)

Dr. Juan Chiossone Dra. María Teresa Coutinho

Otorrinolaringólogo (Caracas) Cirujano Oncólogo (Caracas)

Lcda. Mardelis Barrios Dr. Freddy Rojas

Audióloga (Caracas) Director Ejecutivo de Salud (Caracas)

### **Invitados Nacionales**

Dr. José Galbán

Lcda. Glennys Guignan

(Cirujano General)

(Enfermera)

Dr. Adel Al Awad

Dra. Isaura Garcías Ramírez

(Cirujano General, Esp. en Cirugía Hepatobiliar)

(Farmacéutica)

Dr. Víctor Flores

Dra. Loyda Parra

(Cirujano General) (A

(Pediatra)

Dr. Richard Hill

Dr. Nelson Socorro

(Cirujano Coloproctólogo)

(Cirujano Ortopedista)

Dr. Hernán Lamus (Cirujano General)

Econ. Rodrigo Cabezas

Cmdte. Francisco Arias Cárdena

Dr. Nizar Saab

(Diputado de la Asamblea Nacional)

(Cirujano General) Dr

Dr. Freddy Rojas

Lcda. Hayde Tapia

(Director Ejecutivo de Salud)

(Nutricionista)

Dra. Elizabeth Borjas

Dra. Irene Ramírez

(Hematóloga)

(Endocrinóloga)

Dr. Saber Abou Assí

Dr. George Alliey

(Coordinador General Hospital Coromoto)

(Cirujano Ortopedista)

Dra. Adriana Morales

Dr. Carlos Peña (Cirujano Ortopedista)

(Cirujano Oncólogo)

Dr. Carlos Garicano

Dr. Axel Tavares

(Cirujano Ortopedista)

(Cirujano Oncólogo)

Dr. Hugo Romero

Dra. Diana Mavárez

(Cirujano Ortopedista)

(Ginecóloga) Dra. Patricia Bravo

Dr. Carlos Goncalves

(Cirujano General)

(Cirujano Ortopedista)

Dr. Ferdinando Rubio

(Cirujano Ortopeuista)

(Cirujano General)

Dr. José Mora (Cirujano Ortopedista)

Dr. Luis Alfonso González

(Cirujano Oncólogo)

Dr. Wilfred Noel

Dra. Leditza Chourio

(Cirujano Ortopedista)

(Oncóloga Pediátrica)

Dr. Josué Reyes (Cirujano de Tórax)

Dra. Rosiris Fernández

Dra. Ana María Vegas

(Gastroenteróloga Pediátrica)

(Cardióloga)

Dr. Ender González

Ángel González Rincón

(Neumonólogo Pedíatra)

(Esp. en Medicina Familiar)

Dra. Anelcy Verges

Lcda. Yaidis Márquez (Enfermera)

(Pediatra)

### **Invitados Nacionales**

Dra. Janeth Nuñez

(Pediatra)

Dr. Marciano Acosta

(Cirujano Pediatra)

Dr. Servio Tulio Rivero

(Cirujano Pedíatra y Urólogo Pediatra)

Dr. Pedro Anzoátegui

(Médico Internista/Intensivista)

Dra. Yunny Duque

(Médico Internista/Intensivista)

Dr. Hugo Girón

(Médico Internista)

Dr. Felix Delfín

(Médico Internista)

Dra. Gabriela Bermúdez

(Médico Intensivista)

Dr. Roberto Senf

(Radiólogo Intensivista)

Dra. Rosa de Oliveira

(Pediatra Intensivista)

Dr. Atilio Cohen

(Pediatra Intensivista)

Dra. Zulay Ochoa

(Pedíatra Intensivista)

Dr. Jaime Galvis

(Neurocirujano)

Dr. José Pinto

(Oftalmólogo)

Dr. Ydelfonso Paz

(Oftalmólogo)

Dr. Eladio Chourio

(Oftalmólogo)

Dr. Argenis Loero

(Gastroenterólogo)

Dra. Ritelix Rodríguez (Gastroenterólogo)

Dr. Fernando Molero

(Gastroenterólogo)

Dr. Euro Arias

(Urólogo)

Dr. Víctor Pérez (Médico Internista)

Dr. Rafael Villalobos

(Hematólogo)

Dra. Oly Herrera

(Hematólogo)

Dr. Alberto Valera

(Hematólogo)

Dra. Mercedes Vásquez

(Hematólogo)

Dra. Rosalía Raleigh

(Hematólogo)

Dr. Hernán Valbuena

(Hematólogo)

Dra. Ana Bracho

(Hematólogo)

Dra. Bella Urdaneta

(Hematólogo)

Dr. Carlos Chávez

(Hematólogo)

Dr. David Acosta

(Radiólogo Intensivista)

Lcda. Nora Graterol

(Lcda. en Enfermería)

Lcda. Jenny Olivero

(Lcda. en Enfermería)

Lcdo. Jhony Ruiz

(Lcdo. en Enfermería)

Lcda. Yaidis Márquez

(Lcda. en Enfermería)

Lcda. Rossibel Velásquez

(Nutricionista)

Lcda. Maritrini Matheus

(Lcda. en Enfermería)

Dra. Judith Villalobos

(Ortopedista Maxilar)

### **Invitados Nacionales**

Dra. Carolina Maalouf

(Cirujano Bucal)

(Epidemióloga)

Dra. Ana Izaguirre

Dr. Rafael Soto Matos

Dra. Mercedes Morán

(Cirujano Plástico Esp. en Quemados)

(Dermatóloga)

Dr. Tulio Chacín Paz

Dr. Jesús Valdés

(Cirujano Plástico)

(Cardiólogo)

Dra. Elizabeth Pérez

Psic. Rosa Salom

(Cirujano Plástico)

(Psicóloga)

Dr. Ihab Gharzeddine (Cirujano de Columna) Dra. Cibelly Zabala (R3-Imagenología/MGI)

Dra. María Monzón

Dra. Paola Demarchi

(Cirujano de Columna)

(Médico Radiólogo)

Dr. Carlos Vargas

Dra. María Gabriela Finol

(Cirujano de Columna)

(Médico Ecografista)

Dr. Cesar Covarrubia

Dr. Luisnel Maldonado

(Cirujano de Columna)

(Médico Intensivista)

Dr. Jesús Romero

Dra. Sandra Blanco

(Anestesiólogo)

(Médico Internista)

Dr. Freddy Villalobos

Dra. Nora Palazzi

(Anestesiólogo)

(Médico Internista)

Dra. Mariella D'Incecco

Dr. Joni Velázquez

(Anestesióloga)

(Anestesiólogo)

Dr. Martín Figuera

Dr. Levy Mago

(Anestesiólogo)

(Cirujano Ortopedista)

Dra. Nidia Devonish

Dr. Alves Soto

(Anestesióloga)

(Dermatólogo)

Dr. Marco Echeverría

Dr. Rubén Darío Rincón

(Anestesiólogo)

(Médico Internista/ Cardiólogo)

Dr. Jesús Molina

Dra. Elsy Tavares

(Anestesiólogo)

(Médico Internista)

Dr. Juan Fiorda(Anestesiólogo)

Dr. Wilfredo Salazar

Dra. Desireé Caraballo

(Cirujano General)

Dra. Yamilet Pérez

(Dermatóloga)

(Anestesiólogo/Terapista del Dolor)



## Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 1 Nº 1 Enero~Junio 2012

### Contenido

EDITORIAL	. 19
PROGRAMA	. 21
RESÚMENES DE CONFERENCIAS, SIMPOSIO Y MESAS REDONDAS	
ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS CON EL USO DE SELLADORES DE VASOS <i>Acosta T., Marciano</i>	22
Acosta I., Marciano	. 33
ENTREVISTA CON LAS Y LOS ADOLESCENTES  Núñez Villalobos, Janeth	. 34
TRATAMIENTO DE LA LUXO-FRACTURA DE MONTEGGIA  Peña D., Carlos L	. 36
HUESO: ESTRUCTURA, VASCULARIZACIÓN Y FUNCIÓN <i>Peña D., Carlos L</i>	. 36
FRACTURAS DEL RADIO DISTAL  Peña D., Carlos L	. 36
CÁNCER DE CUELLO UTERINO CONSENSO NACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO 2010 <i>Pérez, Rodolfo</i>	27
CUIDADOS PALIATIVOS ENFOQUE DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	37
Mavárez, Diana	38
LESIONES MALIGNAS CUTÁNEAS EN CABEZA Y CUELLO  Tavares, Axel	. 39
MANEJO DE LA MASA ANEXIAL  **Pérez, Rodolfo**	40



MANEJO DEL NODULO MAMARIO  Gutiérrez, Néstor	1
MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO  Tavares, Axel	2
EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER INFANTIL. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. 2007-2011  Chourio, Leditza	3
DELIRIO POSTANESTÉSICO  Yungano, Juan	4
POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR  Blanco, Sandra	6
PREDIABETES Y SÍNDROME METABÓLICO  Palazzi T., Nora M	7
ENFERMEDAD DE GAUCHER. EXPERIENCIA EN EL CENTRO PILOTO DE TERAPIA DE REEEMPLAZO ENZIMÁTICO EN EL HOSPITAL "DR. ADOLFO PONS" DE MARACAIBO-ESTADO ZULIA Raleigh, Rosalía	9
TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES  Maalouf, Carolina	
ESTRATEGIAS BASADAS EN EVIDENCIA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL SITIO  QUIRÚRGICO  Graterol, Nora	1
PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA INFANCIA  Morán, Mercedes	3
PIEL Y EMBARAZO  Caraballo, Desireé	5
PIEL COMO INSTRUMENTO EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO  Caraballo, Desireé	6
MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS  Soto, Alves	8
ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO  De Oliveira, Rosa María	9
SEPSIS NEONATAL  Cohen, Atilio	0
CHARLA A LA COMUNIDAD. SERVICIO DE IMÁGENES CÁNCER DE MAMA: TOCARTE NO ES SUFICIENTE Zabala, Cibelly; Demarchi, Paol; Molero, María; Zumztein, Janet y Pirela, Leida	1



CLASIFICACIÓN DE LA FÍSTULA PERIANAL POR ECOSONOGRAFÍA 3D  Sardiñas, Carlos	62
COMPLICACIONES TEMPRANAS Y TARDIAS DE LA TÉCNICA STARR EN EL SÍNDROME DE LA EVACUACIÓN OBSTRUIDA POR ANORRECTOCELE Sardiñas, Carlos	63
NUEVOS CONCEPTOS PARA EL MANEJO DEL VPH ANAL  Guillen, Yaycira	64
TÉCNICA DE COLGAJO DE PIEL: MANEJO DE LA FÍSTULA PERIANAL  Sardiñas, Carlos	65
ENFOQUE PEDIÁTRICO ANTE LA SOSPECHA DE CÁNCER  Verges, Anelcy	65
VENTAJAS Y UTILIDAD DEL PUERTO PERMANENTE SUBCUTÁNEO CON RESERVORIO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Chirinos, César	67
SALUD Y BIENESTAR SOCIAL  Levy Mago	68
MANEJO ANESTÉSICO DE LA MUJER EMBARAZADA SOMETIDA A CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA  Mariella D'Incecco Troncone	69
TRATAMIENTO ORTOPÉDICO MAXILAR EN EL DOLOR OROFACIAL  Villalobos, Judith	71
ENFERMEDADES LISOSOMALES: BASES MOLECULARES  Bracho Q., Ana B	71
NEUROTOXICIDAD DE LOS AGENTES ANESTÉSICOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO  Echeverría Villalobos, Marco	73
LA ÉTICA SOCIAL: UN PROCESO EPISTÉMICO CON VISIÓN HUMANA ORIENTADO A LA AXIOLOGÍA EN LA SALUD PÚBLICA <i>Villalobos, Karina</i>	76
UNIVERSIDAD Y SALUD EN EL HORIZONTE SOCIO POLÍTICO VENEZOLANO  **Borjas Lizardo, Elizabeth**	84



RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES	
ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA TIPO STANFORD B. REPORTE DE UN CASO Rodríguez, Alejandra; Demarchi, P.; Rodríguez, J.; Senf, R.; Acosta, D.; Finol, M	89
ACRETISMO PLACENTARIO CON INVASION VESICAL. UN CASO  Useche, G.; Mavárez, D.; Ávila, R.; Peña, Y.; Lozada, G.; Marín, R. y Chiquito, Y	89
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA Y EMBARAZO. UN CASO Mavárez, D.; Useche, G.; Fuenmayor, N.; Terán, A.; Ferrer, M. y Ávila, R	90
CAVERNOMATOSIS DE LA VENA ESPLÉNICA, APROPÓSITO DE UN CASO Pirela, L.; Rodríguez, J.; Demarchi, P.; Molero, M. y Zumztein J	90
CINTILOGRAMA CON CIPROFLOXACINA-TC 99M Y TC 99M-MDP EN EL DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITIS  Zabala Hernández, C.; Paz Araviche, V.; Molero Pereira, J. y Tovar Ávila, C	91
EFICACIA DE LAS CURAS HÚMEDAS VS CURAS SECAS EN PACIENTES CON DEFECTO CUTÁNEO Chacín, J.; Chacín, M. y Hidalgo, Y	92
ERITEMA MULTIFORME ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZÓSTER  Paz, Yldefonso y Pinto, José	92
ESTIMULO HACIA LA DONACION VOLUNTARIA DE SANGRE EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA <b>Durán, Enrique; Bohórquez, Divar; Sánchez, Kevin; Acosta, Roxana</b>	94
EXPERIENCIA INICIAL EN LA UTILIZACIÓN DEL ULTRASONIDO INTRAOPERATORIO PARA LA REACCIÓN DE UN INSULINOMA PANCREÁTICO  Demarchi de Casapía, Paola; Al Awad-Jibara, Adel; De León-Méndez, Iveth; Rodríguez-Díaz, José; Esparragoza-Montero, Ricardo; Finol-Damiana, María	94
FRACTURA DE ESCAFOIDES CON NECROSIS AVASCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO Sánchez, L.; Molero, M.; Vera, Y.; Bastidas, E. y Mendoza, M	95
HEMANGIOPERICITOMA DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE, RESECCIÓN Y REPARACIÓN CON DOBLE MALLA Y TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS SARTORIO Y RECTO ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO Chacín, J.; Tavares, A.; Chacín, M. y Acurero, G	95
INCIDENCIA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN PACIENTE GERIÁTRICO  Oria, W.; Chacín, J. y Chacín, M	97
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA UN DESAFÍO  Zabala Hernández, C.; Rodríguez Díaz, J.; Senf Nava, R.; Acosta Hómez, A.  y Villasmil C	98
MANEJO DE MUCORMICOSIS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO  Chacín, J.; Chacín, M.; Rojas A. y Sibada M	98



OSTEOCONDROMA EN REGIÓN PÉLVICA DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO Luzardo, E.; Rodríguez, N.; Tillero, D.; Rincón, N. y Díaz, E	99
PAQUIDERMOPERIOSTOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO Pinto, José; Paz, Ydefonso y Chourio, Eladio	99
POLIESPLENIA - CASO CLÍNICO  Zumztein, J.; Pirela, L.; Zabala, C. y Finol, M	100
GRANULOMA CONJUNTIVAL GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Chourio, Eladio; Pinto, José y Paz, Yldefonso	101
PROBLEMÁTICA EMBARAZO EN ADOLESCENTES. TRES CASOS CLÍNICOS  Rodríguez, M.; Rincón, S.; Mavárez, D. y Useche, G	102
PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SEGMENTARIA POST NEFROLITOTRICIA. A PROPÓSITO DE UN CASO Pirela, L.; Rodríguez, J.; Demarchi, P.; Molero, M. y Zumztein, J	102
RELEVANCIA DE LA TOMOGRAFÍA MULTICORTE EN PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS OSTEOMUSCULARES Bastidas, E.; Molero, M.; Vera, Y.; Mendoza, M. y Sánchez, L	103
SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE POSTGRADO DE CIRUGÍA  Rivas, Mari Angélica y Guzmán Toro, Fernando	103
SÍNDROME DE HELLP ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO <i>Useche, G.; Mavárez, D.; Lozada, G. y Peña, Y.</i>	104
TIROIDECTOMÍA TOTAL CON USO DE BISTURÍ ARMÓNICO. EXPERIENCIA DE 10 CASOS Chacín, J.; Chacín, M.; Oria, W.; Hidalgo, Y.; Rojas, A. y Sibada, M	104
TUMOR PERINEAL GIST vs LEIOMIOSARCOMA VAGINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Mavárez, D.; Useche, G.; Terán, A.; Ferrer A., M. y Tavarez, I. de León	105
USO DE LA UROGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA MULTICORTE (UROTAC) PARA EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS DEL TRACTO URINARIO Rodríguez, J.; Molero, M.; Bastidas E.; Mendoza. M.; Vera, Y. y Sánchez, L	105
VARIANTE ANATÓMICA EN EL ORIGEN DE LA VENA PORTA: A PROPÓSITO DE UN CASO Al-Awad, Adel; Granados, Andrés; Sánchez, Arleen; Sánchez Mauribel; Fernández, Ramón y Rocca, Antonietta	106
ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE ESTRICTURA BENIGNA Y LESIONES DE LA VÍA BILIAR. UNA EXPERIENCIA EN 1 ANO Al Awad, Adel; Michel, Fritzgerald; Saab, Nizar; Sanz, Ana y Carrero, Xavier	106



CREACION DE UNA MANO PROTESICA ANTROPOMORFICA CONTROLADA A TRAVES DE UNA INTERFAZ MIOELÉCTRICA  Al-Awad, Adel; Reyes, Luz; Muñoz, Diego; Alvarez, Cesar; Borjas, Miriam; Sánchez, Arleen; Sánchez Mauribel; Fernández, Ramón; Granados, Andrés; Rocca, Antonietta; Rangel, Rafael; Ferrer, Fernando; Rosario, Rafael	107
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD Y SEGURIDAD VIAL EN PACIENTES QUE ASISTEN A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA. PROPUESTA PARA UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA BREVE <i>Muñoz Cabas, Diego; González, Liliam; Reyes, Luz Maritza y Perozo, Dulce</i>	
CIERRE DEL MUÑÓN APENDICULAR CON LIGASURE EN PEDIATRÍA  Acosta Torres M.; El Maaz, A. y Rivero, ST	108
CONSTRUYENDO EL NUEVO MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO EN EL PARADIGMA DEL BUEN VIVIR Garrido, Oswaldo	108
DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL RURAL TIPO I DEL ESTADO ZULIA Muñoz Cabas, Diego; Reyes, Luz; Rincón, Tibisay; Noguera, Omaira y Milanez, María	109
DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL MUNICIPIO SAN FRANCISCO, ESTADO ZULIA  Muñoz Cabas, Diego; González, Liliam; Reyes, Luz; Vera, Sofía y Noguera, Omaira	109
ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS CONVENCIONAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL COROMOTO  Al Awad Adel; Flores, Víctor, Ávila Glendys, González Mayver, González Sorangel, Fernández Marianelly, Gómez Christian, Carrasquilla Alexander y Matera María Andreina	110
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN ESTUDIANTIL EN EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES  Reyes, Luz; Muñoz, Diego; Plata, Dalia; Fuenmayor, Yenifer y Carruyo, Julio	110
ÉTICA SOCIAL DE LOS EMPLEADORES EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES EN VENEZUELA Seijo, Cristina; López, Edgar; Villalobos, Karina y Bustamante, Faridt	111
EVITANDO MORIR EN EL OLVIDO. UNA EXPERIENCIA DE SANACIÓN PERSONAL Ebrat, Eduardo y Ferrer, Lorena	111
FACTIBILIDAD TÉCNICA OPERATIVA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA LUZ Piña Turizo, Glendis Carolina; Rangel Más, Wendy Andreina; Taborda Mendoza, Luisa María y Vargas Muñoz, Yusmarie Chiquinquirá	112
FACTORES DE RIESGOS PARA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ADULTOS: CASO BARRIO SAN AGUSTÍN- MARACAIBO  González, Karline	112



FASCITIS NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Rincón Reyes Hiliana, Ramírez Bracho Luis, Lobo Bravo Mayra y Blanco-Uribe, Andrea	113
FIBRILACIÓN AURICULAR POR VÍA ACCESORIA  Reyes Mozo, Eudis y Felizola Rodríguez, Antonio	114
GIST EXTRAGASTROINTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO  Tavares, Axel y Sanguino, Rona	114
HIPERTENSION PORTAL. ULTRASONIDO CONVENCIONAL VS. DOPPLER  **Demarchi Mora, Paola Soledad.**	114
INMUNIDAD AL VIRUS DE RUBEÓLA EN UNA POBLACIÓN FEMENINA INDÍGENA DEL ESTADO ZULIA, EN EDAD REPRODUCTIVA  Durán, Anyelo; Vílchez, Adriana; Gallardo, Luis; Atencio, Ricardo; Fuenmayor, Ana; Villasmil, Thais y Valero, Nereida	117
INMUNIDAD AL VIRUS DE SARAMPIÓN EN NIÑOS DE COMUNIDADES DEL ESTADO ZULIA, VENEZUELA  Gallardo, Luis; Carrero, Rafaela; Atencio, Ricardo; Durán, Anyelo; Fuenmayor, Daniela; Ramírez, Teresa y Valero, Nereida	117
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE VIH-SIDA EN ADOLESCENTES DE ALTOS DEL SOL AMADO.  MARZO-SEPTIEMBRE 2011  Ferrer Castillo, Lorena Chiquinquira; Fontalvo, Claudio José Julio; Piñango Delgado,  Daniel Arturo y Urdaneta, Janneth	118
LESIONES TRAUMÁTICAS DEL DIAFRAGMA Y SUS COMPLICACIONES  Rivas, Mari Angelica y Guzmán Toro, Fernando	118
OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN PELVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO  Mago Rodríguez, Levy; Urribarri, Janeth y Palmar Sulbarán, Anna E	119
PROTEÍNA C REACTIVA EN EL SUERO DE PACIENTES CON INFECCIÓN AGUDA DE ETIOLOGÍA VIRAL O BACTERIANA  Durán, Anyelo; Delgado, Lineth; González, Andrea; Parra, Belkis; Ocando, José; Fuenmayor, Ana; Alcocer, Sirley y Valero, Nereida	119
SÍNDROME DE OGILVIE. A PROPÓSITO DE UN CASO Ramírez Bracho, Luis; Rincón Reyes, Hiliana; Gómez, Silvia y Borjas, Marianelly	120
SUSCEPTIBILIDAD AL VIRUS DENGUE EN POBLACIONES INDÍGENAS YUKPAS DEL ESTADO ZULIA, AÑO 2011  Gallardo, Luis; Atencio, Ricardo; Durán, Anyelo; Reyes, Karem; Fuenmayor, Jorge; Villasmil, Thais; Soto, Keyla y Valero, Nereida	120
TUMORES HEPÁTICOS. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS  Al Awad. Adel: Flores. Víctor: Sanguino, Rona: Vásquez. Rossana y Briceño, Diógenes	121



UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE	
Rivas, Mari Angélica y Guzmán Toro, Fernando	21
FACTORES PRONÓSTICOS EN LINFOMA LINFOBLASTICO DE CÉLULAS T. REPORTE DE UN CASO. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO 2011	
Amestre, Olga; Bota, Noelia; Borjas, Elizabeth; Valera, Alberto; Rendiles, Richard; Fuenmayor, Yoraima; Marquez, Junitza; Briceño, Marbely y Guerrero, Adriana	22
PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE 2 AÑOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Lamus, Hernan; Saab, Nizar; León, Nerio; Acurero, Gleriset; Sanguino, Rona	
y Briceño, Diógenes	122
TUMORES SÓLIDOS PSEUDOPAPILARES DE PÁNCREAS. EVALUACIÓN, CONDUCTA Y SEGUIMIENTO EN 3 AÑOS	
Al Awad, Adel; Chirinos-Araque, César; Sánchez R., Mauribel; Sánchez B., Arleen y Matera M., María	123
AORTICO ABDOMINAL ROTO DIAGNOSTICADO POR TC. REPORTE DE UN CASO  Altamar, D.; Molero, M.; Demarchi, P.; Altamar, D. y Rodríguez, A	! <b>2</b> 3
PÁNCREAS ECTÓPICO EN INTESTINO DELGADO. A PROPÓSITO DE UN CASO Ferrer Arriechi, Poliwska; Loero Scott, Argenis; Saab, Nizar; Fritzgerald, Michel	
y De Leon, Iveth	24
TRATAMIENTO DEL PEQV NEUROLÓGICO MEDIANTE ASTRAGALECTOMÍA  Alliey, George; Mago, Levy; Romero, Hugo y Rodríguez, Nelson	24
HAMARTOMA ENDOBRONQUIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO  Altamar, D.; Molero, M.; Demarchi, P. y Altamar, D	25
UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA MULTICORTE EN PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL  Mendoza, M.; Senf, R.; Molero, M.; Rodríguez, J.; Demarchi, P.; Sánchez, L.; Bastidas, E.	
y Vera, Y	26



### **EDITORIAL**

### NACE LA REVISTA CIENTÍFICA DEL HOSPITAL COROMOTO

En la medicina contemporánea se desarrollan un conjunto de métodos que permiten evaluar riesgos, resolver incertidumbres y emitir pronósticos, basándose en la experiencia, en un paradigma y en la responsabilidad individual y profesiónal. Este nivel de desarrollo incrementa el compromiso moral del profesional de la salud, problematizado por la explosión científico-técnica de conocimientos y tecnologías, el desarrollo de múltiples especialidades médicas de campo estrecho, la necesidad de organizar el trabajo en equipos multidisciplinarios y la variedad de sistemas de salud que pueden existir en un mismo país. Es así como en el contexto de las múltiples transformaciones que han sufrido las Ciencias Médicas, los avances tecnológicos no solo han permitido la precisión en los diagnósticos y tratamientos de las diferentes enfermedades, sino también la multiplicación de las actividades de difusión que cada vez mas están al alcance de todos, haciendo que el arte de la atención del enfermo siga un curso hacia la excelencia.

El Hospital Coromoto de Maracaibo, desde el año 2007 cuenta con un nuevo modelo de gerencia que se caracteriza por la prestación del servicio de salud que entre sus características se cuenta la atención gratuita e integral a toda la población que lo requiera, y en los últimos años ha incorporado los estudios de postgrados en diferentes ramas de la medicina y es en el marco del I Congreso y II Jornadas Científicas Integrales del Hospital Coromoto, cuando se planteó como un reto la creación de una revista, la "Revista Científica Hospital Coromoto". Este instrumento de difusión es una necesidad institucional y se constituye en el primer órgano de expresión oficial de este Centro de Salud Integral, que mostrará las distintas situaciones por la que transita la salud.

La finalidad de la **Revista Científica Hospital Coromoto**, es difundir los avances científicos en todos los campos relacionados con la enfermedad, desde la prevención hasta la curación, mostrando los avances en medicina que son necesarios dar a conocer. Se transforma así, en un elemento de formación continua necesario en todo profesional de la salud, donde se muestra el quehacer científico actual, sus prácticas, técnicas, procedimientos, en resumen, se presenta la experiencia, dificultad y éxito de los diferentes autores.

Se trata de una publicación semestral y a través de sus diferentes secciones, se publicarán trabajos inéditos sobre salud, así como su repercusión médica y social, pues lo que verdaderamente identifica al hombre y al propio tiempo lo diferencia del resto de los seres vivos, es la condición de ser social o capacidad de relacionarse con otros hombres para satisfacer sus necesidades materiales y espirituales.

Con el nacimiento de esta revista se pretende reunir un número creciente de publicaciones de artículos científicos de profesionales del área de la salud, que expresen sus experiencias relacionadas con las distintas disciplinas de la medicina.

Se extiende la invitación a todos los profesionales de la salud para hacer de ésta su revista científica.



# I CONGRESO Y II JORNADAS CIENTIFICAS INTEGRALES DEL HOSPITAL COROMOTO DEL 07 AL 10 DE AGOSTO 2012

### PROGRAMA ~ PRE-CONGRESO

MAÑANA 8:00 – 8:05	SALÓN URDANETA PROGRAMA DE CIRUGÍA GENERAL Coordinador y Moderador: Dr. José Galbán  Palabras de apertura Dr. José Galban	5:10 - 6:00	Mesa Redonda. Manejo integral del paciente con obesidad mórbida. Coordinador: Dr. Hernán Lamus Integrantes: Dr. Nizar Saab (Cirujano) Lcda. Hayde Tapia (Nutricionista) Dra. Irene Ramírez (Endocrinólogo) Psic. Rosa Salom (Psicóloga) Dr. Argenis Loero (Gastroenterólogo)
8:05 – 8:25	Enfoque actual de la cirugía míni- mamente invasiva en cavidad ab- dominal. Tendencias actuales Dr. Nizar Saab	SALÓN SUCRE	PROGRAMA DE ORTOPEDÍA Principios en el tratamiento quirúrgico de las fracturas
8:25 – 8:30	Resumen de Caso Clínico		Coordinador y Moderador: Dr. Levy Mago
8:30 – 8:45	RECESO	8:00 - 8:10	Bienvenida
8:45 – 12:00	Cirugía hepatobilio-pancreatico- laparoscopico in vivo con transmi-	8:10 - 8:20	Presentación de los Conferencistas
	sión simultánea desde el Hospital Coromoto al Salón de conferencias	8:20 - 8:35	Historia de la Osteosintesis. Dr. George Alliey
	(indicaciones y técnicas) Dr. Adel Al Awad – Dr. Victor Flo- res – Dr. Richard Hill	8:35 - 8:50	Hueso: estructura, vascularización y función. Dr. Carlos Peña
	ALMUERZO LIBRE	8:50 - 9:00	Consolidación ósea. Dr. Carlos Garicano
TARDE 2:00 - 4:30	By pass gástrico laparoscopico con	9:00 - 9:15	Biomecánica de las fracturas y clasificación AO. Dr. Carlos Garicano
transmisión simultánea pabello Hospital Coromoto-Salón de co ferencias Hotel Venetur (Indica	transmisión simultánea pabellón Hospital Coromoto-Salón de con-	9:15 - 9:30	La radiografía ortopédica y su interpretación. Dr. Hugo Romero
	nes y Técnicas). Dr. Hernán Lamus	9:30 - 9:40	Principios de estabilidad absoluta y relativa. Dr. Carlos Garicano
4:30-4:45	RECESO	9:40 - 9:50	Principios y generalidades sobre tornillos. Dr. George Alliey
4:45 – 5:05	Síndrome metabólico presente y futuro. Dr. Roald Gómez (Mérida)	9:50 - 10:00	Principios y generalidades sobre placas. Dr. Carlos Goncalves
		10:00 - 10:20	RECESO



10:20 - 10:30	Principios de aplicaciones clínicas de la banda de tensión. Dr. Carlos Garicano	6:00 - 8:00	APERTURA E INSTALACIÓN DEL CONGRESO
10:30 - 10:40	Principios y generalidades sobre clavos endomedulares. Dr. Carlos Goncalves	SALON FALCÓN	PROGRAMA MEDICINA INTERNA y MEDICINA DEL QUEMADO Moderadores: Dra. Nora
10:40 - 10:50	Técnicas para reducción de fracturas. Dra. Caricia Lafee		Palazzi – Dr. Tulio Chacín
10:50 - 11:00	Principios y generalidades sobre fi- jadores externos. Dra. Judith Laya	8:00 - 8:30	Actualizaciones de RCP. Dr. Hugo Girón
11:00 - 12:30	Ejercicios prácticos: tornillo de tracción, placa de neutralización	8:30 - 9:00	Manejo de vía aérea. Dr. Hugo Girón
	y planificación pre-operatoria  ALMUERZO LIBRE	9:00 - 9:30	Tromboprofilaxia y Anticoagula- ción. Dra. Elsy Tavares
2.00 2.10		10:00 - 10:15	RECESO
2:00 – 2:10	Fracturas de clavícula. Dr. Carlos Espinoza	10:15 - 10:45	Inmunización en el adulto. Dra. Ana Izaguirre
2:10 - 2:20	Fracturas de humero: cuándo y cómo operar? Dr. Nelson Socorro		ALMUERZO LIBRE
2:20 - 2:30	Fracturas de antebrazo: abordajes y cómo operar? Dra. Judith Laya	2:00 - 4:00	TALLER MINIABIQ: Atención básica inicial del quemado (MEDICINA
2:30 - 2:40	Fracturas de radio distal. Dr. Carlos Peña		DEL QUEMADO) Dr. Tulio Chacín
2:40 - 3:00	Preguntas y respuestas	MIÉRCOLES 0	08
3:00 - 3:10	Fracturas proximales de fémur. Dr. Carlos Garicano	SALÓN BOLÍVAR	HOSPITAL COROMOTO HACIA LA COMUNIDAD Coordinadora y Modera-
3:10 - 3:20	Fracturas diafisiarias de fémur. Dr. José Mora		dora: Dra. Loyda Parra
3:20 - 3:30	Fracturas de fémur distal. Dr. Carlos Garicano	8:00 - 9:00 9:00 - 9:15	APERTURA-Rueda de Prensa Comunidad y Bioética.
3:30 - 4:00	RECESO	7.00 7.13	Dr. Josué Reyes
4:00 – 5:05	Fracturas de platillos tibiales. Dra. Caricia Laffe	9:15 - 9:30	Factores de riesgo para enfermeda- des cardiovasculares. Dr. Jesús Moreno
5:05 - 5:20	Fracturas diafisiarias de tibia. Dr. José Mora	9:30 - 9:45	Soy hipertenso, como debo cuidarme y que debo hacer.
5:20 - 5:30			
	Fracturas de pilon tibial.  Dr. George Alliev		Dra. Ana María Vegas
5:30 - 5:40	Dr. George Alliey Fracturas maleolares.	9:45 - 10:00	Prediabetes y síndrome metabóli- co. Dra. Nora Palazzi
5:30 - 5:40 5:40 - 6:00	Dr. George Alliey	9:45 - 10:00 10:00 - 10:15	Prediabetes y síndrome metabóli-



10:30 - 10:45	Stress y enfermedad. Dra. Rosa Salom		a la axiología en la salud pública. Dra. Karina Villalobos
10:45 - 11:00	APS Obesidad y ejercicio físico eternos aliados. Ángel González Rincón. Esp. en Medicina Familiar.	5:10 - 5:40	Resultado a 9 años de la Misión Cubana en la Salud del Zuliano. Dr. Iván Mora.
11:00 - 11:15	El familiar cuidador, rol importan- te en el proceso de atención y recu- peración. Lcda. Yaidis Márquez	5:40 - 6:00	Logros del Hospital Coromoto a 5 años del rescate. Dr. Saber Abou Assi
11:15 - 11:30	Cuidados del paciente con pie dia- bético en el hogar. Lcda. Glennys Guignan	5:40 - 6:00	Salud y bienestar social. Dr. Levy Mago
11:30 - 11:45	Cuidados del paciente ostomizado en el hogar.	6:30 – 8:00	BENDICIÓN DE LA REVISTA DEL HOSPITAL COROMOTO
11:45 - 12:00	Lcda. Glennys Guignan  Requisito y beneficios de la medicación oncológica. Dra. Isaura  García Ramírez	SALÓN URDANETA	ORTOPEDIA: Avances en el tratamiento de fracturas Coordinador y Moderador: Dr. George Alliey
CONVERSATOR	ZIO:	8:00 - 8:15	Pie Diabético: Generalidades y clasificación. Dr. Wilfred Noel
12:00 - 12:15	Cáncer de Mama: Tocarte no es suficiente. Dra. Cibelly Zabala	8:15 - 8:30	Manejo de ulceras en el pie diabéti-
12:15 - 12:35	Signos y síntomas de alarma en el paciente pediátrico. Dra. Loyda Parra	8:45 - 9:00	co. Dra. Rita Moreno (Yaracuy) Factores de crecimiento en el pie diabético: funciona o no?.
	ALMUERZO LIBRE	0.15 0.20	Dra. Rita Moreno (Yaracuy)
SALÓN			Manejo quirúrgico de la artropatía de Charcot. Dr. George Alliey
BOLÍVAR			Amputaciones en el pie. Dra. Rita Moreno (Yaracuy)
2.00 2.00		9:45 - 10:00	Preguntas y respuestas
2:00 – 3:00	Proyecto de salud del Estado Zulia en su gestión de Gobierno.	10:00 – 10:15	RECESO
	Comandante Francisco Javier Arias Cárdenas	10:15 - 10:30	Pseudoartrosis de húmero: placa o clavo? Dr. Nelson Socorro
3:00 – 3:45	La salud en tiempos de revolución. Econ. Rodrigo Cabezas	10:30 - 10:45	Tratamiento de la luxo-fractura de Monteggia. Dr. Carlos Peña
3:45 – 4:30	Apertura de la Faja Petrolífera del Orinoco. Impacto de la gestión de	10:45 - 11:00	Fracturas abiertas de tibia: nuevos enfoques. Dr. Carlos Garicano
	salud de PDVSA. Dr. Freddy Rojas (Caracas)	11:00 - 11:15	Mipo en fracturas de calcáneo. Dra. Caricia Lafee
4:30 – 4:50	Universidad y salud en el horizonte socio político venezolano. Dra. Elizabeth Borjas	11:15 - 11: 30	Lesiones de Lisfranc. Dra. Judith Laya.
4:50 - 5:10	La ética social: Un proceso episté- mico con visión humana orientado	11:30 - 11:45	Fracturas de Metatarsianos. Dr. Wilfred Noel



	Violación de los principios de osteosintesis. Dra. Caricia Lafee Preguntas y respuestas	9:15 - 9:35	Ventajas y utilidad del puerto permanente subcutáneo con reservorio en los pacientes oncológicos.	
	ALMUERZO LIBRE	9:40 - 10:00	Dr. Cesar Chirinos Manejo del paciente oncológico. Dr. Axel Tavares	
SALÓN SUCRE	IMÁGENES – TALLER ECO-FAST Coordinadora y Modera- dora: Dra. Paola Demarchi	10: 00 – 10:15 10:15 – 10:35		
8:00 - 8:30	Inscripción y Bienvenida. Dra. Paola Demarchi	10:35 - 11:05	Coutinho (Caracas)	
8:30 - 9:30 9:30 - 10:00	<ul> <li>Conferencia ECO-FAST</li> <li>Generalidades de Ultrasonido</li> <li>Anatomía abdominal</li> <li>Trauma abdominal</li> <li>Eco - Fast</li> </ul>	11:05 - 11:25	tamiento 2010. Dr. Rodolfo Pérez Enfoque de la cirugía laparoscopica en la ginecología oncológica. Dra. Diana Mavárez	
	· Concepto · Reseña Histórica · Ventajas · Inconvenientes · Técnica	11:30 - 11:50	Lesiones malignas cutáneas en cabeza y cuello. Dr. Axel Tavares ALMUERZO LIBRE	
	· Práctica Demostrativa Dra. María Finol	PROGRAMA DE CIRUGÍA GENERAL Coordinador: Dr. José Galbán		
	Dra. Paola Demarchi	Coordi	nador: Dr. José Galbán	
	Dra. Paola Demarchi RECESO Prácticas para los participantes	Coordi 2:00 – 2:20	chador: Dr. José Galbán  Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D.  Dr. Carlos Sardiñas (Caracas)	
	RECESO		Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D.	
10:15 – 12:00 JUEVES 09 SALÓN	RECESO Prácticas para los participantes  CONGRESO  PROGRAMA DE ONCOLOGÍA	2:00 - 2:20	Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas) Utilidad de la ecografía endoanal 3D en patología orificial anal.	
10:15 – 12:00 JUEVES 09	RECESO Prácticas para los participantes  CONGRESO	2:00 - 2:20 2:20 - 2:40	Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas) Utilidad de la ecografía endoanal 3D en patología orificial anal. Dr. Elvis Vargas (Caracas) Técnica de colgajo de piel: Manejo de la fistula perianal.	
10:15 – 12:00 JUEVES 09 SALÓN URDANETA	RECESO Prácticas para los participantes  CONGRESO  PROGRAMA DE ONCOLOGÍA Y GINECOLOGÍA Coordinador: Dr. Axel Tavares Moderador: Dr. Gustavo Useche	2:20 - 2:20 2:20 - 2:40 2:40 - 3:00	Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas) Utilidad de la ecografía endoanal 3D en patología orificial anal. Dr. Elvis Vargas (Caracas) Técnica de colgajo de piel: Manejo de la fistula perianal. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas)	
10:15 – 12:00 JUEVES 09 SALÓN	RECESO Prácticas para los participantes  CONGRESO  PROGRAMA DE ONCOLOGÍA Y GINECOLOGÍA Coordinador: Dr. Axel Tavares Moderador:	2:00 - 2:20 2:20 - 2:40 2:40 - 3:00 3:00 - 3:15	Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas)  Utilidad de la ecografía endoanal 3D en patología orificial anal. Dr. Elvis Vargas (Caracas)  Técnica de colgajo de piel: Manejo de la fistula perianal. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas)  RECESO  Complicaciones tempranas y tardías de la técnica Starr en el síndrome evacuación obstruida por	
10:15 – 12:00 JUEVES 09 SALÓN URDANETA	RECESO Prácticas para los participantes  CONGRESO  PROGRAMA DE ONCOLOGÍA Y GINECOLOGÍA Coordinador: Dr. Axel Tavares Moderador: Dr. Gustavo Useche  Manejo de masa anexial.	2:00 - 2:20 2:20 - 2:40 2:40 - 3:00 3:00 - 3:15	Clasificación de la fistula perianal por ecografía 3D. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas)  Utilidad de la ecografía endoanal 3D en patología orificial anal. Dr. Elvis Vargas (Caracas)  Técnica de colgajo de piel: Manejo de la fistula perianal. Dr. Carlos Sardiñas (Caracas)  RECESO  Complicaciones tempranas y tardías de la técnica Starr en el síndrome evacuación obstruida por anorectocele.	



	Coordinador: Dr. Richard Hill Integrantes:	2:20 - 2:40	Drogas antitrombóticas en cirugía cardiovascular. Dra. Yunny Duque
	Dr. Hernán Lamus Dra. Patricia Bravo Dr. Ferdinando Rubio	2:40 - 3:00	Shock cardiogénico: Enfoque actual. Dr. Hugo Girón
	Dr. Luis Alfonso González	3:00 - 3:15	RECESO
JUEVES 09	Dr. Wilfredo Salazar	3:30 - 3:50	Manejo actual del síndrome coro- nario agudo. Dr. Félix Delfín
SALÓN SUCRE	PROGRAMA DE PEDIATRIA, CIRUGÍA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA	3:50 - 4:10	Manejo terapéutico de la HSA aneurismatica pre y post terapia endovascular. Dra. Gabriela Bermúdez
	Coordinadora: Dra. Loyda Parra	4:10 - 4:30	Hemorragia subaracnoidea: trata- miento precoz. Dr. Roberto Senf
8:00 - 8:20	Epidemiología del cáncer infantil. Dra. Leditza Chourio	4:30 - 4:50	Nuevos avances en sepsis. Dr. Luisnel Maldonado
8:25 - 8:45	Enfoque pediátrico ante la sospecha de cáncer. Dra. Anelcy Verges	4:50 - 5:10	Manejo de quemaduras en el pa- ciente pediátrico. Dra. Rosa de Oliveira
8:50 – 9:10	Taller de Radiología pediátrica de tórax. Dr. Ender González	5:10 - 5:30	Sepsis neonatal. Dr. Atilio Cohen
9:15 - 9:35	Analgesia en Pediatría. Dra. Yamilet Pérez	5:30 - 5:50	Hipertensión pulmonar en el re- cién nacido pretermino.
9:40 - 10: 00	Manejo del paciente con ingesta de cáusticos. Dra. Rosiris Fernández	JUEVES 09	Dra. Zulay Ochoa
10:00 - 10:15	RECESO	SALÓN	PROGRAMA DE NEUROCI-
10:20 - 11:00	Entrevista con las y los adolescentes. Dra. Janeth Nuñez	FALCÓN	RUGÍA, ORL, DERMATOLO- GÍA Y OFTALMOLOGÍA
11:05 – 11:25	Abordaje laparoscópico de apendicitis aguda en niños con el uso de		Corrdinadores: Dr. César Soto - Dr. José Pinto
	selladores de vasos. Dr. Marciano Acosta	8:00 - 8:20	Conceptos actuales en el trauma cráneo-encefálico. Dr. Jaime Galviz
11:30 – 11:50	Tratamiento endoscópico del reflu- jo uretero-vesical en niños. Dr. Servio Tulio Rivero	8:20 - 8:40	Tumores cerebrales: Experiencia en el Hospital Coromoto de Maracai- bo. Dr. Jaime Galviz
	ALMUERZO LIBRE	8:40 - 9:00	Implantes Cocleares: Enfoque actual. Dr. Juan Chiossone (Caracas)
PEDIA	ATRICO Y DE ADULTOS	9:00 - 9:20	Procesadores y terapia rehabilitatoria. Lcda. Mardelis Barrios (Caracas)
2:00 – 2:20	Tendencias actuales en el post-operatorio inmediato de cirugía cardiovascular. Dr. Pedro Anzoátegui	9:20 - 9:40	Manifestaciones dermatológicas de enfermedades sistémicas. Dr. Alves Soto



9:40 - 10:00	Piel como instrumento en el diag- nóstico clínico.	VIERNES 10		
	Dra. Desireé Caraballo	SALÓN	PROGRAMA DE MEDICINA	
10:00 - 10:20	RECESO	URDANETA	INTERNA Y BANCO	
10:20 - 10:40	Patologías cutáneas más frecuentes en la infancia. Dra. Mercedes Morán		DE SANGRE Coordinadoras: Dra. Nora Palazzi, Dra. Sandra Blanco y Dra. Elizabeth Borjas	
10:40 - 11:00	Piel y embarazo. Dra. Desireé Caraballo	7:30 – 7:50	Hipertensión en poblaciones especiales: Hipertensión y embarazo.	
11:00 - 11:20	Anisocoria. Dr. José Pinto		Dra. Nora Palazzi	
11:20 - 11:40	Perlas en Neuro-Oftalmología. Dr. Ydelfonso Paz	7:50 - 8:10	Polifarmacia en el adulto mayor. Dra. Sandra Blanco	
11:40 - 12:00	Uso de la membrana amniótica en oftalmología. Dr. Eladio Chourio	8:10 - 8:40	Falsificación de medicamentos un riesgo para la salud pública.	
	ALMUERZO LIBRE		Dra. Trina Nava (SVMI-Caracas)	
PROGRAMA DE GASTROENTEROLOGÍA, UROLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX Coordinadores: Dr. Rolendo Torres Dr. Nasser Ktech		8:40- 9:10	Necesidad del Comité Terapéutico en la gestión hospitalaria de medi- camentos. Dra. Perla de Buschiazzo (Argentina)	
		9:10 - 9:30	Nuevos horizontes en sepsis. Dr. Jesús Romero	
2:00 - 2:20	Avances en reflujo gastro-esofági- co: Qué hay de nuevo?	9:30 – 9:50	Prevención de tromboembolismo en fibrilación auricular. Dr. Rubén Darío Rincón	
2:20 - 2:40	Dr. Argenis Loero Hipertensión portal.	9:50 - 10:10	Actualización terapéutica en diabetes mellitus tipo II. Dr. Victor Pérez	
2.40	Dra. Ritelix Rodríguez	10:10 - 10:25	RECESO	
2:40 – 3:00	Lesiones Subepiteliales del tracto digestivo. Dr. Fernando Molero	10:25 - 10:45	Accidentes laborales y profilaxis post-exposición. Dr. Rafael Villalo-	
3:00 - 3:20	RECESO		bos	
3:20 - 3:40	Nuevas experiencias quirúrgicas en varicocele. Dr. Euro Arias	10:45 - 11:05	Ética social de los empleadores en la prevención de accidentes y en-	
3:40 - 4:00	Esplenosis laringotraqueal. Dr. Josué Reyes		fermedades ocupacionales en Vene- zuela. Dra. Cristina Seijo	
4:00 - 6:00	Presentación de Posters	11:05 – 11:25	Inmunización del adulto mayor. Dra. Ana Izaguirre	



	Infecciones oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. Dr. Rafael Villalobos	2:55 - 3:20	Conferencia: Bases farmacológicas de la terapia de reemplazo para enfermedades lisosomales. Dr. Francisco Calderón (Colombia)
11:45 – 12:05	Diagnóstico imagenológico y ten- dencia terapéutica actual en la ECV	3:20 - 3:30	Sesión de Preguntas
	isquémica. Dr. Roberto Senf	3:30 – 3:45	RECESO
12:05 – 12:25	Uso y abuso de plasma fresco. Dra. Oly Herrera	3:45 - 4:05	¿Qué es lo nuevo en cardiología 2012? Dra. Ana María Vegas
12:25 – 12:45	Uso racional de los hemocompo- nentes. Dr. Alberto Valera	4:05 – 4:25	Procedimientos radiológicos intervencionistas mínimamente invasi-
12:45 - 1:05	Procedencia y buen uso de los hemoderivados. Dra. Mercedes Vásquez		vos: Punción guiada por TAC. Ex- periencia en 5 años. Dr. David Acosta
	ALMUERZO LIBRE	4:25 - 4:50	Tratamiento actual de Aneurisma cerebral. Dr. Roberto Senf
PROGRAMA	DE HEMATOLOGÍA, CARDI-	5:00 - 7:00	Presentación de Trabajos libres
OLOGÍA, IMÁGENES Y HEMODINAMÍA Coordinadoras: Dra. Rosalía Raleigh Dra. Paola Demarchi		VIERNES 10	
		SALÓN SUCRE PROGRAMA DE	
Actualización en enfermedades de depósito			ENFERMERÍA, NUTRICIÓN,
	enfermedades de depósito		BIOANALISIS Y ODONTOLOGÍA
	enfermedades de depósito lisosomal Simposio: Enfermedades de	8:00 - 8:20	_
	enfermedades de depósito lisosomal	8:00 - 8:20 8:20 - 8:40	Y ODONTOLOGÍA  Estrategias en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.
2:00 - 2:10	enfermedades de depósito lisosomal  Simposio: Enfermedades de depósito lisosomal: una reali- dad nacional.  Moderador: Dr. Hernán Val-		Y ODONTOLOGÍA  Estrategias en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Lcda. Nora Graterol  Cuidados de enfermería en cardiología intervencionista ¿Qué debe-
2:00 - 2:10 2:10 - 2:20	enfermedades de depósito lisosomal  Simposio: Enfermedades de depósito lisosomal: una realidad nacional.  Moderador: Dr. Hernán Valbuena  Enfermedades Lisosomales: Bases	8:20 - 8:40	Y ODONTOLOGÍA  Estrategias en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Lcda. Nora Graterol  Cuidados de enfermería en cardiología intervencionista ¿Qué debemos saber? Lcda. Jenny Olivero  Cuidados de enfermería en radiología intervencionista ¿Qué debemos
	enfermedades de depósito lisosomal  Simposio: Enfermedades de depósito lisosomal: una realidad nacional.  Moderador: Dr. Hernán Valbuena  Enfermedades Lisosomales: Bases moleculares. Dra. Ana Bracho.  Terapia enzimática de reemplazo en enfermedad de Gaucher: Experiencia en el Estado Zulia. Dra. Rosalía Raleigh  Terapia enzimática de reemplazo en Enfermedad de Fabry: Experiencia en el Estado Zulia. Dra. Bella	8:20 - 8:40 8:40 - 9:00 9:00 - 9:20 9:20 - 9:40	Estrategias en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Lcda. Nora Graterol  Cuidados de enfermería en cardiología intervencionista ¿Qué debemos saber? Lcda. Jenny Olivero  Cuidados de enfermería en radiología intervencionista ¿Qué debemos hacer? Lcdo. Jhony Ruiz  Importancia de los cuidados y atención en el hogar. Lcda. Yaidi Márquez  Cambios de hábitos alimentación como mejor medicina preventiva.  Lcda. Rossibel Velásquez
2:10 - 2:20	enfermedades de depósito lisosomal  Simposio: Enfermedades de depósito lisosomal: una realidad nacional.  Moderador: Dr. Hernán Valbuena  Enfermedades Lisosomales: Bases moleculares. Dra. Ana Bracho.  Terapia enzimática de reemplazo en enfermedad de Gaucher: Experiencia en el Estado Zulia. Dra. Rosalía Raleigh  Terapia enzimática de reemplazo en Enfermedad de Fabry: Experiencia en el Estado Zulia. Dra. Bella Urdaneta.  Mucopolisacaridosis: De la preven-	8:20 - 8:40 8:40 - 9:00 9:00 - 9:20	Estrategias en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Lcda. Nora Graterol  Cuidados de enfermería en cardiología intervencionista ¿Qué debemos saber? Lcda. Jenny Olivero  Cuidados de enfermería en radiología intervencionista ¿Qué debemos hacer? Lcdo. Jhony Ruiz  Importancia de los cuidados y atención en el hogar. Lcda. Yaidi Márquez  Cambios de hábitos alimentación como mejor medicina preventiva.
2:10 - 2:20 2:20 - 2:30	enfermedades de depósito lisosomal  Simposio: Enfermedades de depósito lisosomal: una realidad nacional.  Moderador: Dr. Hernán Valbuena  Enfermedades Lisosomales: Bases moleculares. Dra. Ana Bracho.  Terapia enzimática de reemplazo en enfermedad de Gaucher: Experiencia en el Estado Zulia. Dra. Rosalía Raleigh  Terapia enzimática de reemplazo en Enfermedad de Fabry: Experiencia en el Estado Zulia. Dra. Bella Urdaneta.	8:20 - 8:40 8:40 - 9:00 9:00 - 9:20 9:20 - 9:40	Estrategias en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Lcda. Nora Graterol  Cuidados de enfermería en cardiología intervencionista ¿Qué debemos saber? Lcda. Jenny Olivero  Cuidados de enfermería en radiología intervencionista ¿Qué debemos hacer? Lcdo. Jhony Ruiz  Importancia de los cuidados y atención en el hogar. Lcda. Yaidi Márquez  Cambios de hábitos alimentación como mejor medicina preventiva. Lcda. Rossibel Velásquez  Influencia de las emociones sobre el sistema inmune.



10.20 10.40	Imaganalagía en adantalagía	MEDNEC 10		
10:20 – 10:40	Imagenología en odontología. Dra. Adalsa Hernández (Caracas)	VIERNES 10		
10:40 - 11:00	Tratamiento ortopédico maxilar del dolor orofacial. Dra. Judith Villalobos	SALÓN FALCÓN	PROGRAMA DE CIRUGÍA DE COLUMNA Y CIRUGÍA ORTOPEDICA	
11:00 - 11:20	Tratamiento de las malformacio- nes Vasculares. Dra. Carolina Ma- alouf		Coordinador: Dr. César Covarrubia	
	ALMUERZO LIBRE	8:00 – 8:15	Nucleoplastia Percutánea para el tratamiento de la Discopatia Dege- nerativa Lumbosacra.	
PROGRAMA I	DE MEDICINA DEL QUEMADO		Dr. Ihab Gharzeddine	
Coordi	nador: Dr. Tulio Chacín	8:15 - 8:30	Abordaje anterior Lumbar en Ciru- gía de Columna Vertebral. Dr. Ihab Gharzeddine	
1:30 - 2:00	Historia de las quemaduras en Ve-			
2:00 - 2:30	nezuela. Dr. Rafael Soto Matos Experiencia en el manejo del pa-	8:30 – 8:45	Dolor Lumbar. Dra. María Monzón	
	ciente quemado. Dr. Fortunato Be- naim (Argentina)	8:45 - 9:00	Deformidad de Sprengel. Dra. María Monzón	
2:30 - 3:00	Abordaje psicoterapéutico del niño quemado y su entorno: periodo	9:00 - 9:15	Mielopatia Cervical. Dr. Carlos Vargas	
	agudo y rehabilitación. Psic. Pedro Bilyk (Argentina) 9:1		Espaciadores Interespinosos. Dr. Carlos Vargas	
3:00 – 3:30	Prevención de quemaduras en CAINPAQ. Dr. Tulio Chacín Paz (CAINPAQ)	9:30 - 9:45	Cirugía de no fusión en escoliosis. Dr. Cesar Covarrubia	
3:30 - 4:00	RECESO	9:45 - 10:00	Patología más frecuentes en ciru- gía de columna vertebral Hospital	
4:00 - 4:25	Problemática de la quemadura in-		Coromoto. Dr. César Covarrubia	
	termedia y la opiniones de tratamiento.	10:30 - 12:00	Presentación de Trabajos Libres	
	Dr. Alberto Bolgiani (FELAC- Argentina)		ALMUERZO LIBRE	
4:30 - 4:55	Rescate del paciente quemado pediátrico. Rosa De Oliveira	VIERNES 10		
	(CAINPAQ)	SALÓN BOLÍV	AR PROGRAMA DE	
5:00 – 5:25	Experiencia de 18 años del Banco de Tejidos del Hospital Garrahan y su utilidad clínica. Dr. Oscar Schwint		ANESTESIOLOGÍA Coordinador y Modera- dor: Dr. Segundo Urbina	
	(Argentina)	2:00 - 2:20	Delirio post-anestésico. Dr. Juan Yungano (Caracas)	
5:30 – 5:55	Apósitos usados en el tratamiento ambulatorio en pacientes quema- dos en CAINPAQ. Dra. Elizabeth Pérez (CAINPAQ)	2:20 - 2:40	Evaluación pre-operatoria en el paciente hipertenso. Dr. Jesús Romero	
6:00 - 6:25	Nuevo desarrollo en Banco de piel. Dr. Alberto Bolgiani (Argentina)	2:40 - 3:00	Ph y Anestesia ¿Qué hacer? Dr. Freddy Villalobos	



3:00 – 3:20	Anestesia para la paciente embara- zada en cirugía no obstétrica. Dra. Mariella D'Incecco	5:00 - 5:40	Mesa Redonda: Monitoreo en Anestesia Coordinadora:
3:20 - 3:35	Preguntas		Dra. Nidia Devonish • Profundidad Anestésica
3:35 - 3:50	RECESO		Dr. Segundo Urbina
3:50 - 4:10	Anestesia en el paciente crítico. Dr. Martin Figuera		<ul> <li>Monitoreo de la relajación muscular</li> <li>Dr. Joni Velázquez</li> </ul>
4:10 - 4:30	Disfunción cognitiva en anestesia pediátrica. Dr. Marco Echeverría		• Capnografía Dr. Jesús Molina
4:30 - 4:50	Cefalea post-raquídea: Nuevas perspectivas. Dra. Nidia Devonish		<ul> <li>Oximetría de pulso Dr. Juan Fiorda</li> </ul>
4:50 - 5:00	Preguntas	VIERNES 10	SALÓN BOLÍVAR
		7:00 - 8:00	Premiación
		8:00 - 10:00	Clusura - Cena



## RESÚMENES DE CONFERENCIAS, SIMPOSIO Y MESAS REDONDAS



# ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS CON EL USO DE SELLADORES DE VASOS

### Acosta T., Marciano

Cirujano Pedíatra Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

La Apendicitis Aguda (AA), constituye la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente en la edad pre-escolar y escolar, representando el diagnóstico a descartar en todo niño que consulte con dolor abdominal. Su incidencia en la infancia aumenta a partir de los tres años de edad, alcanzando un máximo entre los seis y diez años. La relación por sexo: masculino a femenino es de 3:2. La tasa de mortalidad es de 0,1%, pero puede llegar al 5% en neonatos y lactantes (1). En Venezuela es de 1,8% (2). El tratamiento es a través de la cirugía.

La tendencia quirúrgica mundial es disminuir la manipulación del procedimiento quirúrgico tradicional, por lo que el uso de la cirugía laparoscópica aumenta de manera significativa la recuperación del paciente sometido a apendicectomía.

Recientemente, se han agregado recursos técnicos laparoscópicos denominados selladores de vasos, entre los cuales se tiene: LigaSure TM (Valleylab), ENSEAL® G2 (Ethicon), ErBe (BiCision), MiSealTM (Starion Instruments). Estos generan una mayor simplicidad en el manejo vascular apendicular e incluso apendicular durante el procedimiento quirúrgico, garantizando una disminución del tiempo quirúrgico y del manejo vascular apendicular, lo cual se traduce en una evolución clínica post-operatoria mejor. Son electrocoaguladores bipolares de alta frecuencia, de última generación, que actúan a nivel del colágeno y la elastina de los vasos sanguíneos, sellando y cortando estos últimos hasta un diámetro de 7 mm. Su empleo, en cirugía mínimamente invasiva, ha sido reportado con un amplio margen de seguridad para producir el sellado de estructuras no vasculares en cirugía general (3) y cirugía ginecológica (4), tanto en animales como humanos.

La ventaja que se le ha señalado al uso de los selladores de vasos, es que al proporcionar un mejor sellado o cierre de los vasos sanguíneos que han sido traumatizados durante un procedimiento quirúrgico, se ocasiona menos hemorragia, pues son instrumentos cuya modalidad de fusión de tejido puede utilizarse en arterias, venas y tejidos. Este sistema proporciona una transmisión de energía y presión de los electrodos en los vasos muy precisa durante un período de tiempo controlado, para conseguir una fusión completa y permanente del lúmen del vaso, pues ha sido diseñado para producir una mínima adhesión, destrucción y expansión térmica hacia el tejido adyacente.

En el Hospital Coromoto de la ciudad de Maracaibo, Venezuela, se cuenta con el Servicio de Cirugía Pediátrica, donde se atienden niños que ameritan distintos procedimientos quirúrgicos. Con el fin de garantizar una mejor atención del paciente pediátrico, este centro asistencial ha realizado esfuerzos para lograr la dotación de equipos de alta tecnología como el sellador de vasos LigaSure, que asegura no solo una mejor calidad del procedimiento quirúrgico, sino también una mejor evolución post-operatoria del paciente, estando así a la par con instituciones de salud a nivel mundial (5).

En la Sala de Emergencia del Hospital Coromoto se diagnostican diversas patologías quirúrgicas siendo la más frecuente la Apendicitis Aguda que es la primera causa de intervención quirúrgica. En estos pacientes se realiza cirugía mínimamente invasiva a través de laparoscopia utilizando el LigaSure, para sellar y cortar el meso y base apendicular sin el uso de sutura. En nuestra experiencia se cuenta con más de 60 casos en quienes no ha ocurrido sangrado o fuga del muñón apendicular. Por otro lado, el análisis histopatológico de la pieza apendicular extraída reporta obliteración vascular total y de todos los



tejidos blandos en el sitio donde se usó el LigaSure, demostrando cierre total de la luz apendicular. Finalmente, se pudo iniciar la vía oral con tolerancia normal en un tiempo corto, lo cual redujo la estancia hospitalaria.

Basados en esta experiencia, en el Hospital Coromoto de Maracaibo se protocoliza que todo paciente con AA en Pediatría, se interviene a través de laparoscopia y para el control vascular y sellado de la base apendicular para su extracción se realiza con el uso del LigaSure, ya que ha demostrado ser seguro, eficaz y simplifica el procedimiento quirúrgico, además de reducir el tiempo operatorio. Así mismo, nos hemos constituido en los pioneros en la utilización de esta técnica en Cirugía Pediátrica en nuestro país. En los trabajos que hemos revisados al respecto, no se encontró reporte del mismo procedimiento a nivel internacional.

### BIBLIOGRAFÍA

- Fernández J. Temas de Cirugía Pediátrica. Maracaibo (Venezuela): Edit. Astro Data. 2004, 351-373.
- 2. OPS. 2006 Anuario. K35-39. Décima Revisión. Vol. 1.3.
- 3. Romano F, Caprotti R, Franciosi C. Laparoscopic splenectomy using LigaSure. Preliminary experience. Surg Endosc 2002; 16: 1608-11.
- 4. Levy BS, Emery L. Randomized. Trial of Suture versus LigaSure vessel sealing in vaginal Histerectomy. Obst Ginecol 2003; 102: 147-151.
- Yang HR, Wang YC et al. Laparoscopic Appendiceptomy using LigaSure vessel Sealing System. Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2005 Aug 15 (4): 353.

### ENTREVISTA CON LAS Y LOS ADOLESCENTES

### Núñez Villalobos, Janeth

Médico Pediatra.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Constituye una realidad que las y los adolescentes conforman un grupo humano importante en el componente de la pirámide poblacional del país, asignándola aproximadamente el 21% de la misma. Es de hacer notar que el recurso preparado para atenderlos adecuadamente es escaso.

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad. Esta transición de la niñez a la adultez presenta características que le son propias e independientes de la sociedad o la época en que éstas se produzcan.

El adolescente no es un niño ni un adulto, de tal manera que el entrevistador amerita habilidad de comunicación interpersonal para su evaluación, habilidad compleja que requiere flexibilidad en el conocimiento de esta edad. Otro elemento a considerar es que la mayoría de los adolescentes están sanos y suelen acudir a la consulta por exámenes preventivos de salud, enfermedades agudas o accidentes. Muchos de sus problemas de salud son el resultado de la elección de estilos de vida que causan morbilidad y mortalidad. Por todas estas razones la entrevista y el examen físico de las y los adolescentes, consisten en constituyen una parte esencial en la atención al joven.

### **OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA**

- 1. Identificar el problema real por el cual acude, tanto si es físico, psicológico o sociocultural. Siempre hay que tener en cuenta "la agenda oculta": la adolescente puede consultar por dolor abdominal y vómitos y resulta que está embarazada.
- 2. Valorar el desarrollo madurativo y psicosocial del adolescente.
- 3. Identificar el apoyo familiar.
- 4. Lograr una adecuada relación terapéutica para asegurarnos que se cumplirán las indicaciones Médicas.
- 5. Prevenir problemas de salud futura, realizando una adecuada educación para la salud. Hay que tener presente que puede ser la única y última oportunidad para asesorar, orientar, diagnosticar y corregir antes de que se estructure como adulto.



### CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES

- 1. Privacidad.
- 2. Confidencialidad
- 3. No adoptar posturas parentales
- 4. No juzgar ni criticar
- 5. Confidencialidad
- 6. Adecuada interacción
- 7. Tranquilizar al paciente con respecto a su motivo de consulta.
- 8. Educar con guías anticipadas
- 9. Contar con la familia
- 10. Interés, tiempo y conocimiento del tema.
- 11. Evitar proyectar los sentimientos
- 12. Usar un lenguaje sencillo

#### CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA

Los adolescentes prefieren su propia sala y la mayoría no le gusta coincidir con los otros niños o ser considerado como tales.

Es de ayuda mantener en la sala revistas o folletos de interés: pubertad, enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos. Para ellos esto traduce que está bien hablar de estos temas.

La consulta de primera vez dura entre 30 y 45 minutos, las sucesivas aproximadamente 15 minutos.

La entrevista debe iniciarse con la presentación, en la cual el entrevistado se debe sentir cómodo con preguntas informales, se le puede explicar cómo se desarrollara la consulta y la parte final la exploración. En la entrevista se puede optar por la entrevista con el adolescente solo y luego con la familia o a la inversa, sin embargo el adolescente debe ser la primera fuente de información asociado por supuesto a la edad.

El contenido a recoger en la anamnesis va desde el motivo de consulta, incluyendo todos los aspectos de la vida del adolescente, antecedentes personales y familiares como habitualmente se hace en cualquier historia clínica. Existen 2 tipos de acrónimos, uno utilizado por el Dr. García Tomel "FACTORES", en donde se evalúa:

- F: familia, relación con los padres, hermanos, satisfacción.
- A: amistades, actividades, deporte, tipo de relaciones.
- C: colegio, trabajo, rendimiento, grado de satisfacción.
- T: tóxicos, experimentación, abusos, tabaco, alcohol, drogas.
- O. objetivos, estudios, trabajo, familia, ideales, ilusiones.
- R. riesgos, deportes, moto, autos, ambientes violentos, medicaciones, abuso sexual, régimen.
- E: estima, aceptación personal, valoración de la imagen.
- S: sexualidad, información de identidad, homosexualidad.

También se puede usar el acrónimo propuesto por la Academia Americana de Pediatría "HEADSS" y la Sociedad Venezolana de Pediatría.

### EL EXAMEN FÍSICO

Se recomienda un examen físico completo tres veces en la adolescencia de 10-13 años, de 15 a 17 años y de 18 a 21 años. En ocasiones es preferible hacer el examen físico con un acompañante, que pudiera tratarse de la enfermera. Durante el examen físico se debe ir hablando de lo que se está examinando y la finalidad y hablarle del proceso de normalidad. En ocasiones en la primera visita se torna difícil realizar el examen, por lo cual podemos dejarlo para la segunda visita. Es de hacer notar que el examen físico se realizara en una sala aislada destinada para tal fin. El resto del examen como de costumbre se realiza iniciando céfalo caudal cejando en último lugar el área genital.

Al final se le expresa al joven que se vista para terminar y reforzar los hallazgos y el plan a seguir. Se debe responder a todas las preguntas. Se debe aprovechar para brindarle material educativo para las conductas saludables. Comprobar el calendario vacunal y establecer la siguiente cita.

En definitiva, entrevistar adolescentes es un arte que lleva a profundizar con técnica y respeto



en el mundo del joven para brindarle atención, orientación y apoyo que les ayude a superar los obstáculos que lo rodean y a conocerse un poco más. Esto debe hacerse con profesionalismo, interés, objetividad, lealtad y afecto.

### TRATAMIENTO DE LA LUXO-FRACTURA DE MONTEGGIA

### Peña D., Carlos L.

Cirujano Ortopédico. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Descrita por primera vez en 1814 por Giovanni Monteggia, la luxo-fractura de Monteggia es una lesión caracterizada por la asociación de una fractura del cúbito en su porción proximal o media con una luxación de la cabeza del radio; es una lesión poco frecuente que representa entre el 5 y el 7% del conjunto de las fracturas del antebrazo. A pesar de su rareza, siempre ha sido considerada de gran importancia por las graves secuelas que pueden acompañarla, al ser diagnosticadas o tratadas de manera inadecuada o tardíamente, ocasionándose por tales motivos: dolor crónico, deformidad, limitación funcional, así como los consecuentes costos sociales y laborales derivados de la misma.

### HUESO: ESTRUCTURA, VASCULARIZACIÓN Y FUNCIÓN

### Peña D., Carlos L.

Cirujano Ortopédico. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Los huesos en el ser humano, son órganos vivos que a lo largo del ciclo vital se encuentran en permanente cambio, reconstitución y regeneración, no se debe tener una visión del hueso como una estructura inerte o muerta. El conjunto total y organizado de los huesos en el ser humano conforman el sistema esquelético del cual cada pieza cumple una función en particular y de conjunto en relación con las piezas próximas a las que está articulada. El sistema de vascularización del hueso es de primordial importancia en su nutrición y en la cicatrización de las lesiones del mismo. El hueso cumple además un papel primordial en relación al aporte de células hematopoyéticas, osteogénicas, y de reserva de minerales y de energía, pero de las diversas funciones que cumple el sistema esquelético humano la más trascendente y evidente es la del movimiento, que puede ser considerado sinónimo de vida, ya que la vida es un perpetuo movimiento.

### FRACTURAS DEL RADIO DISTAL

### Peña D., Carlos L.

Cirujano Ortopédico. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Abraham Colles en 1814, según la bibliografía inglesa hizo la primera descripción del patrón de las fracturas distales de radio, Sin embargo fue Claude Pouteau 1783 quien la describió 41 años antes en Francia, por lo que en la literatura europea se designan bajo el epónimo "Fractura de Pouteau-Colles", desde entonces han transcurrido más de 200 años de estudio y controversia alrededor de esta patología que representa la sexta parte de todas las fracturas que se atienden en una consulta de Traumatología, y engloban un grupo heterogéneo de lesiones que requieren enfoques terapéuticos diversos y reproductibles con el objeto de reducir la morbilidad asociada a estas fracturas. Las fracturas distales del radio tienen en la actualidad una creciente y amplia trascendencia social y médica, no sólo en personas de edad avanzada, sino también en otras en pleno desarrollo de actividades laborales.



# CÁNCER DE CUELLO UTERINO CONSENSO NACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATA-MIENTO 2010

# Pérez, Rodolfo

Cirujano General y Oncólogo. Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño, Valencia

El cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad en la población femenina del país. Esto lo convierte en un verdadero problema de salud pública. La Sociedad Venezolana de Oncología preocupada por esta situación y por nuestros pacientes reunió un grupo de expertos en la ciudad de Caracas, el 08/05/2010 para tratar de unificar criterios en el diagnóstico y tratamiento de esta neoplasia. Aquí se presentarán las conclusiones y las recomendaciones.

# DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO E HISTOPATOLÓGICO

- a. Se recomendó el uso del Sistema Bethesda en su versión de 2001 de manera universal para realizar todos los reportes de citologías ginecológicas.
- b. Los reportes de biopsias deben hacerse utilizando la nomenclatura de "Neoplasia Intraepitelial Cervical" (NIC).
- c. El diagnóstico de infección VPH, tanto por citología como por biopsia, es de compatibilidad morfológica y debe considerarse como un hallazgo presuntivo.
- d. Se considera carcinoma microinvasor de cuello uterino, aquel tumor microscópico con invasión en profundidad ≤ de 5 mm y extensión superficial ≤ 7mm.
- e. El reporte de carcinoma invasor debe incluir todos los aspectos enumerados en el consenso.
- Se establecen los criterios y el tipo de estudios inmuno-histoquimicos que deben solicitarse.
- g. Consideraciones especiales en entidades histológicas infrecuentes.

# MANEJO DE LAS LESIONES PREINVASORAS DEL CÉRVIX

- a. Objetivos generales.
- b. Manejo de la citología alterada.
- Células escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US).
- ii. Células escamosas atípicas que no excluyen lesión de alto grado (ASC-H).
- iii. Lesión intraepitelial de bajo grado.
- iv. Lesión intraepitelial de alto grado.
- v. Células glandulares atípicas y adenocarcinoma *in situ*.
- c. Indicaciones clínicas de tipificación de VPH.
- d. Tratamiento.

# PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LESIONES INVASORAS

- a. Objetivos.
- b. Radiografía de tórax.
- c. Rectosigmoidoscopia.
- d. Cistoscopia.
- e. Urografía de eliminación.
- f. Enema baritado.
- g. Ultrasonido transvaginal.
- h. Resonancia magnética de abdomen y pelvis.
- i. Tomografía de abdomen y pelvis.
- j. Tomografía por emisión de positrones.

# TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ETAPA PRECOZ

- a. Pautas de tratamiento del estadio IA1.
- b. Pautas de tratamiento del estadio IA2.
- c. Pautas de tratamiento del estadio IB1 y IIA1.
- d. Procedimientos preservadores de fertilidad.
- e. Procedimientos quirúrgicos de radicalidad limitada o preservadora de nervios.

# MANEJO DEL CÁNCER LOCALMENTE AVANZADO Y RECURRENTE

- a. Cáncer de cuello uterino localmente avanzado
- b. Pautas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino estadio IB2 y IIA2.
- c. Pautas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino estadio IIB.



- d. Pautas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino estadio IIIA.
- e. Pautas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino estadio IIIB.
- f. Pautas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino estadio IVA.
- g. Pautas para el tratamiento del cáncer de cuello uterino estadio IVB.

# ESTANDARIZACIÓN DE LA RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA A NIVEL NACIONAL

- a. Técnicas de tratamiento con radioterapia externa 2D.
- b. Técnicas de tratamiento con radioterapia externa 3D.
- c. Braquiterapia.
- d. Indicaciones de radioterapia adyuvante.
- e. Quimioterapia concurrente.
- f. Quimioterapia neoadyuvante.
- g. Manejo terapéutico de la enfermedad recurrente o persistente.

# CUIDADOS PALIATIVOS ENFOQUE DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

#### Mavárez, Diana

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

La cirugía laparoscópica es considerada una cirugía minimamente invasiva. La palabra laparoscopia deriva de los vocablos griegos "Láparo" (abdomen) "Skopein" (examinar), es una técnica que permite la visión de la cavidad abdominal a través del laparoscopio, instrumento que se introduce por una pequeña incisión abdominal. Consta de una fuente trasmitida por una fibra óptica, y un sistema óptico conectado a un monitor que amplifica la imagen.

La laparoscopia se remonta desde Hipócrates (460-375 a.C.) pasando por procedimientos realizados por Abulcasis (936-1013) introduciendo tubo endovaginal, Desormeaux (1815-1870)

quien estudia la vejiga, cuello uterino y útero. George Kellin (1901) introduce el método celioscopia y neumoperitoneo. Veress (1938) perfecciona neumoperitoneo y Kurt Semm, ginecólogo alemán, en 1964 a 1968 impulsa la cirugía laparoscopia. En la actualidad especialistas importantes como el Dr. Arnaud Wattiez, perfeccionan las técnicas y equipos modernos en la laparoscopia ginecológica. En Venezuela los nombres de los Doctores: Armando Ortega Borjas; Víctor Benaim; Alfredo Díaz Bruzual; Jorge Nagel; Reinaldo J. Bermúdez; Ricardo Baquero González; José Ángel Ortega Borjas; Rafael Ramírez Lares; Pablo Briceño; Luis Arturo Ayala; Eduardo Souchon y otros tantos, han contribuido no solo realizando las técnicas de laparoscopia diagnóstica en sus especialidades.

La laparoscopia ha tenido un desarrollo vertiginoso en los últimos años, aplicada en todas las intervenciones ginecológicas, no siendo la excepción el campo de la oncología ginecológica. Esta modalidad constituye una alternativa real y atractiva para las pacientes oncológicas permitiéndoles una mejor calidad de vida, cirugías menos mórbidas y mutilantes, y la posibilidad de iniciar sin demora tratamientos ulteriores cuando son requeridos.

El cáncer cérvico-uterino es el primer cáncer del tracto genital más común entre las mujeres, con una tasa de mortalidad 10 por cada 10.0000 habitantes y segunda causa de muerte en Latinoamérica. La laparoscopia se ha introducido en la cirugía oncológica del cérvix con fines diagnósticos y de etapificación quirúrgica. En relación a su utilidad como tratamiento quirúrgico se aplica para el cáncer en etapas IA2 y el IB1, mejorando la morbilidad post-operatoria más no la mortalidad global de la enfermedad en relación a los resultados respecto al abordaje clásico. La laparoscopia ayuda a seleccionar pacientes candidatas a exanteración pélvica. Del mismo modo, esta técnica ha contribuido a la cirugía reconstructiva de la anatomía abdomino-pélvica. Además, la cirugía laparoscópica evita la cirugía



extensa en un 50% de pacientes no operables y tiene un 90 a 100% de factibilidad en relación a la cirugía abierta.

El cáncer de endometrio es la segunda causa de muerte por cáncer ginecológico, con una mortalidad del 30%, 3 de 4 casos se presenta en etapa precoz, de allí la importancia de su uso. La cirugía Laparoscópica está indicada en etapa de la enfermedad con riesgo intermedio o precoz como los estadios IA-IB-G1, G2, y enfermedad de alto riesgo IC y G3. Su utilidad está dirigida a la etapificación quirúrgica y la determinación del uso de terapias complementarias. Su abordaje es factible en un 90% de los casos Existe una tasa de conversión a laparotomía cercana al 20% de los casos. Los resultados oncológicos son similares al abordaje por laparotomía abierta, teniendo una sobrevida de un 87,4%, sobrevida global del 82,7%, y recurrencia de enfermedad en un 12,6%, es por ello que la cirugía laparoscópica debe convertirse en un nuevo estándar en el manejo del cáncer de endometrio precoz.

En los casos de cáncer de ovario, que es la tercera causa de cáncer ginecológico, la cual tiene una mortalidad mayor, con un riesgo de 1 de cada 70 pacientes. Es muy importante el hacer el diagnóstico para poder aplicar el adecuado manejo terapéutico ante una masa anexial con probabilidad de ser maligna, ya que de ello depende el pronóstico. El enfoque de la laparoscopia se da para realizar la compleción a la etapificación y tratamiento citoreductor en cáncer de ovario en etapa precoz. Se reporta una sobre vida global a cinco años de 92,6% y sobre vida libre de enfermedad de 90,6%, similares a los resultados obtenidos por laparotomía.

La laparoscopia en pacientes con sospecha de cáncer de ovario avanzado, podría cumplir un rol importante en la evaluación de la resecabilidad, así como en la confirmación diagnóstica, evitando extensas laparotomías en pacientes inoperables en primera instancia y donde el inicio de una quimioterapia precoz podría mejorar significativamente su sobrevida. Solo el 60% resultan ser candidatas a citoreducción y de estas el 96% queda sin enfermedad macroscópica.

Es controversial su uso en la definición de forma exacta en cuales deben ser los criterios universales de irresecabilidad. La laparoscopia ofrece ventajas sobre la laparotomía y de ser considerada el estándar en patología benigna y en lesiones sospechosas o complejas.

Otros beneficios de la laparoscopia ginecológica oncológica son:

- Menos pérdida hemática.
- Menos uso de hemoderivados.
- Corta estancia hospitalaria.
- Mejor calidad de vida en relación a la recuperación.
- Inicio precoz a tratamientos complementarios.

El uso de la cirugía Laparoscópica debe ser juicioso, individualizado, reservado principalmente a pacientes candidatas a cirugía mínimamente invasiva y realizada por cirujanos con adecuado entrenamiento laparoscópico.

# LESIONES MALIGNAS CUTÁNEAS EN CABEZA Y CUELLO

# Tavares, Axel

Cirujano Oncólogo.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

En área de cabeza y cuello se tiene una gran cantidad de lesiones malignas, al igual que en el resto del cuerpo, pero los parámetros de tratamiento son distintas, debido a lo cercano de múltiples órganos y la nula capacidad de ofrecer márgenes oncológicos seguros además de que la región facial amerita mantener, en lo posible, rangos estéticos aceptables que no produzcan traumas posteriores al paciente. Entre los tipos de neoplasias que se presentan entre las más leves se tienen baso celulares hasta un rango que son los melanomas y los sarcomas que casi mortales.



#### MANEJO DE LA MASA ANEXIAL

# Pérez, Rodolfo

Cirujano General y Oncólogo. Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño, Valencia

# PAPEL DEL GINECO-OBSTETRA, EL CIRUJANO GENERAL Y DEL GINECO-ONCOLOGO.

La masa anexial representa desde el punto de vista epidemiológico una de las principales causa de ingreso en mujeres a los hospitales, siendo más frecuente en aquellas en edad reproductiva. Estas lesiones cuando se presentan en pacientes jóvenes, suelen ser funcionales y asintomáticos. Cuando aparecen en pacientes pre o post-menopáusicas deben ser de evaluación inmediata.

Los objetivos finales de los médicos deben ser:

- Confirmar el carácter orgánico del quiste a fin de evitar intervenciones innecesarias en los quistes funcionales.
- Descartar la malignidad del quiste ya que su tratamiento es diferente del de los quistes benignos.
- En la etapa terapéutica elegir el tratamiento a seguir (expectante, médico o quirúrgico) en función de las características del quiste y de la paciente.
- En caso de cirugía se escogerá la vía (laparotomía o laparoscopia) que menor riesgo tenga para la paciente y que menor coste suponga.

En el caso de presentarse como una complicación (Torsión, ruptura, hemorragia, infección u obstrucción) pueden obviarse algunos pasos de los estudios diagnósticos y/o el tratamiento conservador; pero siempre que la condición de la paciente lo permita deben realizarse todos los estudios pertinentes que sea posible realizar antes del tratamiento quirúrgico y la paciente y/o sus familiares deben ser informados de las posibles complicaciones o consecuencias de dichos procedimientos. Se deben descartar las causas gineco-

lógicas o no ginecológicas que pueden ser diagnostico diferencial.

Las lesiones benignas del ovario se clasifican en:

- Tumores no neoplásicos.
- Tumores derivados del epitelio celómico.
- Tumores derivados de las células germinales.
- Tumores derivados del estroma gonadal.

Las lesiones malignas se clasifican como:

- Tumores epiteliales.
- Tumores germinales.
- Tumores malignos del estroma y los cordones sexuales.
- Tumores metastásicos.

#### CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

La exploración ginecológica detecta 71% de los tumores que miden menos de 5 cm por ecografía y 76% de los tumores que miden de 5 a 10 cm por ecografía. El diez por ciento de los tumores mayores de 10 cm, pasaba inadvertido en la exploración clínica. El principal marcador para el estudio de pacientes con una masa anexial es el CA-125.

# **IMAGENOLOGÍA**

En general vía de evaluación inicial por ultrasonido es la trans-vaginal, lo más destacable de los ultrasonidos usados por vía abdominal es su VPN (94%) ya que, aunque tienen buena sensibilidad (93%), su especificidad es baja (42%). En ocasiones deberemos recurrir a la TAC o a la RM para estudiar una masa anexial. En 1999 Kurtz comparó el ultrasonido con estas otras técnicas de diagnóstico por la imagen. Las tres tenían una precisión similar para el correcto diagnóstico de una neoplasia ovárica (0.91). La RM era superior para clasificar como maligna una lesión limitada al ovario (RM:0.91, TAC 0.85, US 0.78). Si la enfermedad está diseminada en abdomen, los tres métodos son similares pero el ultrasonido tiene mayor especificidad (US 96%, RM 88%). A cambio la sensibilidad de la ecografía es mucho más baja (75%) que la de la TAC (92%) y de la RM (98%).



### EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO

No parece tener discusión en la actualidad que el abordaje inicial en la patología anexial benigna es el laparoscópico. En mujeres jóvenes y/o con deseos de descendencia prevalecerá la cirugía conservadora sobre la vía de abordaje.

El abordaje por Laparotomía debe realizarse en aquellos casos donde no se tenga todos los medios para un abordaje Laparoscópico o no se tenga suficiente experiencia con el método. En caso con alta sospecha de malignidad o cuando existan antecedentes de cirugías previas con un síndrome adherencial importante o cuando el tamaño de la masa anexial mayor de 10 cms.

#### SITUACIONES ESPECIALES:

- Masa anexial y gestación.
- Masa anexial durante la edad reproductiva.
- Masas anexiales durante la menopausia.
- Protocolo de tratamiento en patología maligna.

#### MANEJO DEL NODULO MAMARIO

# Gutiérrez, Néstor

Cirujano General y Oncólogo. Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño, Valencia

Nódulo mamario, del latín "Nodulus": nudo lesión, ocupante en el tejido mamario palpable o no. Vista en estudios de imagen en dos proyecciones diferentes. Ante la aparición de un nódulo mamario se debe descartar siempre la malignidad -en una paciente que presente o haya presentado anteriormente nódulos.

#### CARACTERISTICAS DEL NODULO

Número: única/múltiples

1. Localización: cuadrante súpero-externo

2. Tamaño: TNM

3. Forma: liso/relieve, regular/irregular

4. Consistencia: blando/duro

- 5. Delimitación: bien/ mal delimitado
- 6. Movilidad: fijación en superficie/profundidad
- 7. Aparición premenstrual; modificaciones con el ciclo
- 8. Otros síntomas acompañantes

#### **LESIONES MAMARIAS SUBCLINICAS:**

Lesiones mamarias que no son palpables

- Por su tamaño pequeño.
- · Localización profunda,
- Consistencia: similar al parénquima mamario, sólo son detectadas por mamografías, ecografía o algún otro método de imágenes.

La combinación de MX y US puede ser particularmente efectiva en la detección del cáncer sobre todo en las mamas densas. Con MX y US negativos, la probabilidad de malignidad es de < del 3%. En casos de discordancia clínico-imagenológica el manejo de la paciente debe ser basado en los hallazgos clínicos.

#### **PASOS A SEGUIR: PROCEDIMIENTOS:**

- PAAF.
- BAG.
- Biopsia por Esteriotaxia.
- · Biopsia exicional.
- · Biopsia RQ.

# NÓDULO SÓLIDO SUGESTIVO DE BENIGNIDAD BR 3:

 Nódulo sólido BR3: se mantiene estable, en pacientes sin antecedentes de riesgo, se sugiere: control imagenológico en 6 meses durante 3 años. Luego, si no se modifica, puede bajar la categoría en la clasificación.

# FACTORES A CONSIDERAR PARA INDICAR ESTUDIO HISTOLÓGICO

 Si el nódulo aumenta de tamaño en controles sucesivos, se vuelve palpable, o presenta cambios en forma o disposición (dejaría de ser br3 por definición).

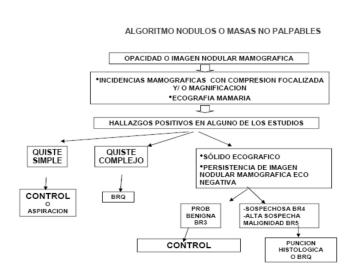


- Si el nódulo es de nueva aparición, especialmente en pacientes perimenopáusicas.
- Si la paciente tiene mayor riesgo para desarrollar cáncer de mama (por ejemplo por antecedentes familiares o por hiperplasias atípicas, GAIL > 1,66, entre otros).
- Imposibilidad de seguimiento.
- Deseo de la paciente.

#### **QUISTES**

- Quiste simple: control. Se recomienda punción evacuadora con aguja fina y guía ecográfica unicamente si existen dudas sobre su naturaleza quística (presencia de ecos internos por efecto de la ganancia), en casos de gran dolor, o aumento de tamaño.
- Quiste complicado: se define como aquel que no cumple con los criterios estrictos de simple. Incluye: contenido ecogénico (ecos finos o gruesos). Puede estar asociado o no a inflamación y/o fibrosis. Se puede realizar punción citológica o histológica.
- Quiste complejo o con lesión sólida focal intraquística: se aconseja su resección quirúrgica, sin punción previa, ya que podría desaparecer la imagen e imposibilitar su resección, además un 20-25% de posibilidad de carcinoma.
- Nódulo sólido con sospecha de malignidad BR 4 se debe efectuar su confirmación histológica.
- Nódulo sólido con alta sospecha de malignidad BR 5 se debe efectuar su confirmación histológica.

#### MASAS O NODULOS



## MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

## Tavares, Axel

Cirujano Oncólogo.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

En la actualidad y de hace ya varios años se ha tratado de demostrar que el paciente oncológico debe llevarse por un grupo de médicos multidisciplinario, en el plano internacional el manejo multidisciplinario ya se hace de manera expedita y automática, a demás de la forma sistémica en la que se desarrolla desde el momento del diagnostico tratamiento sea medico o quirúrgico, y que se sigue hasta el momento de la remisión de la enfermedad o su fallecimiento.



# EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER INFANTIL. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. 2007-2011.

#### Leditza Chourio

Oncóloga Pediátrica.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

El cáncer infantil ha ido adquiriendo a lo largo de las últimas décadas una importancia progresiva en el ámbito de la pediatría pues la disminución de la mortalidad por otras patologías (sobre todo infecciosas), en los países desarrollados, ha ido otorgando a las neoplasias un papel cualitativamente más importante dentro de las patologías infantiles atendidas.

El cáncer infantil ocupa las primeras causas de mortalidad a partir del primer año de edad hasta la adolescencia. Dentro del grupo de 1 a 4 años ocupa el tercer lugar superada por la mortalidad derivada de las malformaciones congénitas, en el grupo de 5 a 14 años ocupa el segundo lugar precedido por los accidentes.

#### DEFINICIÓN

El Cáncer Infantil no es una sola enfermedad sino un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades con características y comportamientos particulares, es el crecimiento anormal de una célula o un grupo de ellas con capacidad de invadir órganos vecinos y a distancia. Histológicamente un 90% de los tumores de la infancia son de origen No Epitelial, derivan de células embrionarias o inmaduras en contraposición al cáncer del adulto, de carácter Epitelial en el 88% de los casos. Respecto al sexo, existe un discreto predominio en el varón sobre las niñas de 1,2:1; siendo más marcada la diferencia en el grupo de edad prepuberal. Respecto a la raza, es más frecuente en la blanca que en la negra.

Su incidencia también varía de acuerdo a la localización geográfica, tal diferencia puede influir entre otros factores: las diferencias en la clasificación de las distintas neoplasias, los sistemas de seguimiento e información, los errores del censo y por último, la frecuencia real del cáncer en las distintas poblaciones.

#### FACTORES ETIOLÓGICOS Y BASES GENÉTICAS

Los factores siguen siendo desconocidos, tendencias actuales apoyan un origen multifactorial en donde los elementos ambientales y genéticos juegan probablemente un papel preponderante y diferente en cada tumor.

En cuanto a las bases genéticas

- 1. La presentación familiar de determinados cánceres como la poliposis colónica y el síndrome de Li-Fraumeni.
- 2. Alteraciones cromosómicas en la línea germinal, tales como trisomía 21 en relación con la leucemia y las deleciones de los cromosomas 11 y 13 en e tumor de Wilms y el Retinoblastoma respectivamente.
- 3. Predisposición a los llamados Síndromes de inestabilidad cromosómica (Síndrome de Bloom, Anemia de Fanconi), a la aparición de cánceres, especialmente Leucemias.
- 4. Deficiencias en el DNA inducidas por metágenos.

A lo largo de las últimas décadas han venido intensificándose los esfuerzos para identificar factores ambientales que pueden jugar un papel en la parición de los tumores infantiles, entre ellos se destacan:

Agentes Físicos

- Radiaciones Ultravioletas.
- Radiaciones Ionizantes.

**Agentes Virales** 

- Retrovirus: HTLV-I y II: Hair Cell Leukemia.
- Epstein Barr Virus: Enf. de Hodgkin, L de Burkitt, Cáncer Nasofaringeo.

Agentes Químicos

- Aflatoxina (hígado).
- Arsenio (pulmón y piel).
- Cloranfenicol (leucemia).
- Fenitoina (linfoma y neuroblastoma).



#### SITUACIÓN NACIONAL

En Venezuela hemos avanzado en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, sin embargo hay mucho por hacer: mejorar y actualizar la información epidemiológica oficial de las enfermedades malignas, pues de lo contrario se debilita la vigilancia y la toma de decisiones en políticas sanitarias, la docencia y la investigación sobre las principales causas de mortalidad y morbilidad es de obligatoria ejecución, de lo contrario se debe consultar fuentes internacionales de países con características demográficas, sociales y culturales distintas a las nuestras. Sobre una población de 23.054.210 habitantes para el año 2009, se reportó una mortalidad general por cáncer de 20.288 casos, de los cuales, 10.334 casos fueron varones y 9.954 casos en hembras.

La mortalidad infantil por cáncer difiere por edad, así tenemos cifras como las presentadas a continuación:

#### SITUACIÓN LOCAL

En el Hospital Coromoto no escapamos de las dificultades para el registro del paciente oncológico y quizás se está por debajo del promedio nacional. Desde agosto del 2007, cuando se produce el rescate del Hospital hasta entonces en manos privadas, el Hospital es Gerenciado por PDVSA bajo una visión Socialista y con verdadero arraigo de igualdad para todos. Se inicio la atención integral al paciente oncológico utilizando los recursos diagnósticos avanzados e instaurando tratamientos quimioterápicos que conlleven a la curación y en los casos que no sea posible alcanzar este objetivo, lograr entonces que mejore la calidad de vida de los pacientes.

# **DELIRIO POSTANESTÉSICO**

#### Yungano, Juan

Anestesiólogo-Intensivista. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas-Venezuela **CONCEPTO.** Trastorno Mental Transitorio que se desarrolla en forma aguda, caracterizado por alteración de:

- Atención
- Memoria
- Orientación
- Percepción
- · Actividad Sicomotora
- Sueño

#### **GENERALIDADES**

- Incidencia 9-50%
- Desarrollo entre los primeros 4 días postQx
- Instalación Nocturna (Desorientación y agitación)
- Fase prodrómica (irritabilidad y trastorno de atención)
- Alteración de Memoria corto y largo plazo
- Fluctuante en el tiempo
- Periodos de lucidez matutina

#### CLASIFICACIÓN

#### HIPERAGITADO

- Actividad Simpática aumentada
- Aumento del Alerta
- Errores de la Percepción
- Agitación Sicomotora
- Agresividad
- Alucinaciones

#### **HIPOACTIVO**

- Disminución en Respuesta a Estímulos
- 50% de los delirios
- Alteración Cognitiva Severa
- Estancia hospitalaria Prolongada
- Puede pasar desapercibida

#### FISIOPATOLOGÍA

- Alteración del metabolismo Oxidativo y de Neurotransmisores Cerebrales
- Vías Colinérgicas
- Vías de Serotonina
- Vías de Noradrenalina.
- Hipoxia según el Grado.
- Hto menor de 30%.
- Factores Predisponentes



• Factores Precipitantes

#### **FACTORES PREDISPONENTES**

- Edad (75 anos)
- Enfermedades Coexistentes
- Enfermedad Cerebral Orgánica (Demencia, ECV)
- Trauma (Fx de Cadera)
- Déficit Nutricional (Tiamina, Albumina)
- Alteraciones del Sueño (Deprivación Selectiva del Sueño REM)

#### **FACTORES PRECIPITANTES**

- Uso de Anticolinérgicos
- Alteraciones del aporte de Oxigeno Cerebral
- Tipo de Anestesia
- Complejidad de la Intervencion QX
- Complicaciones Quirúrgicas

#### ¿CÓMO DIAGNOSTICARLO?

#### **TEST MENTAL ABREVIADO (HODKINSONS)**

- 1. Edad
- 2. Hora aproximada
- 3. Año actual
- 4. Dirección para recordar al final del Test
- 5. Nombre del Hospital
- 6. Reconocer dos personas (médico y enfermera)
- 7. Fecha de nacimiento
- 8. Año de Inicio del Mandato Presidencial
- 9. Nombre del Presidente
- 10. Contar hacia atrás de 20 a 1

CADA RESPUESTA CORRECTA ES UN PUNTO. Una disminución de tres puntos o más orienta al diagnóstico de Delirio. Para diagnóstico de Delirio se requiere la presencia de los puntos 1 y 2 y asociados al punto 3 ó 4 (Tabla 1).

#### MANEJO

#### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

- Identificación de Pacientes de Alto Riesgo
- Corregir Alteraciones de la Homeostasis
- Manejo de Complicaciones Anestésicas
- Manejo de Complicaciones Quirúrgicas
- Medidas Farmacológicas

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### HALOPERIDOL (HALDOL)

No agrava el Delirio

# TABLA 1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL (THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 1989; 40:578-582).

	Delirio	Demencia	Psicosis AG FUNC.
Comienzo	Súbito	Insidioso	Súbito
Curso en 24 hrs.	Fluctuante	Estable	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Alterada global	Normal	A veces alterada
Cognitivo	Alterado global	Alterado	Alterado (selectivo)
Alucinaciones	Visual (auditivo)	No	Auditivas
Delusiones	Alterada frec.	Alterada frec.	± alterada
Act. Psicomot	±	Normal	A veces alterada
Lenguaje	Incoherente	Perseveraciones	Normal

- Anti psicótico
- Bloqueador no Selectivo de Receptores Dopa
- Sedante y Antiemético
- Delirio Leve: (v.o) 0,5 a 2 mg cada 8 horas
- Delirio Grave: 5 10 mg (EV) cada 20 minutos
- Dosis máxima 100 mg
- Puede producir ensanchamiento del Q-T y Extrasístoles Ventriculares Graves

#### **DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX)**

- · alfa 2 agonista
- Vida media 1.6 2.4 horas
- Farmacocinética Tricompartimental
- Unión a Proteínas 94%
- Metabolismo Hepatico
- Excreción Renal 95%

#### DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX)

### Dosificación:

IM: 1 - 2 mcg/kg

Bolo: 1 mcg/kg

Infusión EV: 0.2 – 0.7 mcg/kg/hora

Ampollas 200 mcg/2ml



# POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR

#### Blanco, Sandra

Médico Internista. Toxicólogo Clínico. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

En algunos países la población geriátrica llega a ser mayor del 12% y más del 25% de las Medicaciones están prescritas en este grupo de edad. Cuando se formula a un anciano el médico debe tener presente, entre otros, el fin terapéutico, la calidad de vida y los potenciales efectos adversos. Estudios epidemiológicos muestran que la iatrogenia es muy frecuente entre los viejos institucionalizados. Una de las principales complicaciones es debida al uso de múltiples medicamentos, según los diferentes investigadores puede oscilar entre 4 y 44% de los ancianos hospitalizados, y para la población general puede llegar hasta el 18%, principalmente en instituciones dedicadas a la enseñanza.

La calidad de la evaluación médica, junto a la coordinación por un único médico tratante, constituyen los factores principales para la prevención de la iatrogenia. Podría ser desalentador el que algunos estudios llevados a cabo tratando de reducir el número de medicamentos muestran que mientras se hace un seguimiento estrecho y los pacientes hacen parte de las investigaciones el número de drogas disminuye pero una vez concluido, en un período de tres meses, han retornado al número previo de drogas. Gran parte de lo anterior es debido a la costumbre generalizada, por parte de los médicos, de continuar las prescripciones sin indagar sobre sus indicaciones exactas: hasta un 40% de las recetas médicas no son revisadas durante largos períodos de tiempo (principalmente los inductores del sueño y los ansiolíticos); casi 30% de las formulaciones son equivocadas y el 10% innecesarias.

Muchos cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento pueden llevar a niveles altos de concentración de la droga. Prescribir bajas dosis y aumentarlas progresivamente hasta lograr los efectos terapéuticos es lo acertado, pues logra disminuir la toxicidad. Se ha sugerido que el pobre estado nutricional se relaciona con mala absorción de los medicamentos, transferencia defectuosa a través de las membranas celulares y alteraciones en las reacciones enzimáticas. La alta incidencia de deterioro cognoscitivo en este grupo etario origina gran dificultad en recordar cuándo y cómo debe tomarse la medicación o peor aún, llevar a duplicación de las dosis.

La elección del medicamento no debe basarse únicamente en la enfermedad a tratar sino en mejorar la calidad de vida. Las metas al formular la medicación deben ser: tener los mínimos efectos secundarios, la mayor adherencia (la cual incluye el menor número de dosis diarias) y el menor costo, así como la elección de la ruta de administración ideal. Una vez iniciado un medicamento no implica que tenga que usarse definitivamente, aún en enfermedades crónicas, su uso debe reevaluarse cada 6 a 12 meses. La mayoría de los estudios demuestra que las personas mayores de 65 años toma un promedio de 5 a 7 medicamentos, casi todos innecesarios; además la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional al número de las mismas. La polifarmacia, siendo ésta última el principal riesgo (aumenta la probabilidad de desarrollar una reacción medicamentosa en forma exponencial al número de fármacos usados).

Cuando dos drogas son prescritas simultáneamente el potencial para que se presente interacción es del 6%, aumenta al 50% cuando se administran 5 y a un100% cuando son 8 o más medicamentos dados. Al aparecer las reacciones medicamentosas debe disminuirse las dosis de los fármacos y no adicionar otros, para controlar los efectos secundarios. Aparte de los puntos definidos anteriormente, cabe anotar, que en el tema de la polifarmacia es necesario aclarar la presencia de variaciones culturales, étnicas, socioeconómicas y educativas, lo cual no permite, en gran medida, definir lineamientos farmacológicos que puedan generalizarse.



#### PREDIABETES Y SÍNDROME METABÓLICO

# Palazzi T., Nora M.

Médico Internista.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

La Diabetes *Mellitus* se previene actuando sobre la Pre-Diabetes, esta es la condición previa a la aparición de Diabetes, en la cual los niveles de glicemia sanguínea son > o igual a 100 - 125 mg/dl, por encima de los niveles normales (60 a < 100 mg/dl) en ayunas se denomina niveles de glicemia alterada en ayunas, cuando los niveles de glicemia sanguínea son mayores o igual 126mg/dl indican Diabetes Mellitus. Las personas con alteración de los niveles de glucosa en sangre en ayunas, valores de Pre-diabetes, tiene un riesgo elevado de desarrollar Diabetes Mellitus tipo II en el futuro y complicaciones cardiovasculares.

Estudios realizados han demostrado que 1 de cada 4 personas tienen Pre-Diabetes, 1 de cada 3 tienen Hipertensión Arterial y 1 de cada 10 tienen ambas condiciones. Estos individuos es muy probable que sean obesos, que tengan niveles elevados de insulina y niveles elevados de marcadores inflamatorios. En Estados Unidos hay 57 millones de personas con Pre-Diabetes.

La Pre-Diabetes es una enfermedad silenciosa, es decir que puedes tenerlo y no saberlo hasta que se presente la Diabetes o alguna complicación cardiovascular, sin embargo se puede revertir y por tanto retardar o prevenir la aparición de la Diabetes Mellitus II, se debe a la falta de producción de insulina por el páncreas o la dificultad de su acción sobre los tejidos, ocasionando elevación de los niveles de glicemia y alteraciones vasculares importantes, ésta, una vez que aparece no es reversible es una enfermedad crónica, devastadora, mutilante controlable, pero no desaparece. Por tal motivo es mejor prevenir, actuando sobre la Pre-Diabetes, evitando o retrasando la aparición de la Diabetes Mellitus.

# ¿QUIÉNES PODRÍAN TENER PRE-DIABETES?

A mayor edad y especialmente si están excedidos de peso con un Índice de masa corporal de 25 o más (peso/talla 2), la probabilidad de tener Diabetes aumenta. Por lo tanto es importante que el médico le realice la glicemia sanguínea en ayunas si:

- Si tiene 45 o más años y sobrepeso.
- Si es menos de 45 años con sobrepeso y otros factores de riesgo.
- Si tiene 45 años o más, su peso normal se deben tomar en cuenta si existen factores de riesgo.

## ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PRE-DIABETES?

- 1. Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus.
- 2. Niveles de glicemia en ayunas alterada (> o igual a 100-125 mg/dl).
- 3. Enfermedad Cardiovascular (Angina de pecho, Infarto al corazón, Hipertensión Arterial).
- 4. Niveles elevados de Trigliceridos (>de 150 mg).
- 5. Niveles bajos de HDL < 40 en mujeres y < 50 en hombres.
- 6. Sobrepeso (IMC > o igual a 25 Kg/mt2) y obesidad (>30 Kg/mt2) según la Organización Mundial de la Salud.
- 7. Mujeres con Diabetes con el Embarazo o que hayan tenido un recién nacido con un peso al nacer de más de 4kg.
- 8. Síndrome de ovario poliquistico.
- 9. Sedentarismo (que no haga actividad física).
- 10. Si tiene un hermano o padres con diabetes.
- 11. Si es de origen Hispano.

### ¿QUÉ DEBE HACER PARA DETERMINAR SI TIENE PRE-DIABETES?

Criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

La Pre-Diabetes no tiene síntomas, se deben realizar unas pruebas de sangre.



A. Determinación de niveles de sangre en ayunas: si los niveles son igual o mayor de 100 a 125mg/dl, (5,6-6,9 mmol/l), usted es pre-diabético. Si es de 126 mg/dl es Diabético, en más de una ocasión días diferentes.

B. Otra prueba es la determinación de glucosa en sangre 2horas después de comer (glicemia postprandial), indicando el médico o el laboratorio la cantidad de alimentos y calorías a ingerir, con una toma previa de glicemia en ayunas control. Si los niveles de glicemia están entre 140 y 199 mg/dl (7,8-11mmol/l) es Pre-diabetes y si los resultados son de 200 mg/dl o más es Diabetes.

Estas alteraciones de la glucosa se relacionan con Insulino resistencia o Resistencia a la Insulina, las cuales forman parte del denominado Síndrome Metabólico.

El Síndrome Metabólico (SM) es un conjunto de factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular, caracterizado por la presencia de resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, cifras elevadas de presión arterial, y obesidad. Desde principios del siglo XX se describieron asociaciones de factores de riesgo. En 1988, Reaven observó que varios factores de riesgo (dislipidemia, hipertensión, hiperglicemia) tendían a estar juntos. Este conjunto lo llamó síndrome X. El término síndrome metabólico como entidad diagnóstica con criterios definidos fue introducido por la OMS en 1998. La prevalencia del síndrome metabólico varía según factores como género, edad, etnia, pero se ubica entre 15% y 40%; es mayor en la población de origen hispano.

Existen varios criterios para el diagnóstico de síndrome metabólico. El más conocido es del ATP III, donde se deben cumplir 3 ó más de los siguientes: perímetro abdominal elevado (>102 cm en hombres y >88 cm en mujeres), TG >150 mg/dl, HDL bajo (hombres <40 mg/dl y mujeres HDL <50 mg/dl), TA >130/85 mm Hg, glicemia >110 mg/dl incluyendo Diabetes Mellitus. Se

consideran otros factores como trombogénesis, inflamación, ácido úrico, estrés, cigarrillo, sedentarismo, edad, origen étnico, acantosis nigricans, síndrome de ovario poliquístico, microalbuminuria, hipotiroidismo primario, uso de inhibidores de proteasa para pacientes con VIH, exceso de glucocorticoides endógeno o exógeno.

#### ¿COMO SE PUEDE REVERTIR LA PRE-DIABETES?

Se deben desarrollar medidas que ayuden a disminuir los niveles de glucosa en sangre a niveles normales, a través de la disminución de las calorías y grasas de la dieta (reduciendo el tamaño de las porciones, cocinar a la parrilla, vapor u hornear los alimentos, comer más verduras, cereales en granos, entre otros) y aumentando la actividad física (subir escaleras en vez de usar ascensor, estacionarse más lejos, realizar una actividad que les guste, hacer una caminata diaria de 30 min por 5 días por semana o dividir los 30 minutos en 2 o 3 caminatas cortas durante el día, entrenamientos de fuerza con pesas), se debe bajar de 5 a 10% del peso reducen el 58% el riego de desarrollar Diabetes.

La Diabetes tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades con mayor impacto social y sanitario por su elevada prevalencia, sus complicaciones crónicas y la alta mortalidad asociada. Los pacientes con DM2 tienen un incremento de 3-4 veces en la morbi-mortalidad cardiovascular y es un factor de riesgo mayor e independiente para enfermedad cardiovascular. Existe una predisposición genética para el desarrollo de DM2 que es activada por factores modificables, como son la obesidad y el sedentarismo, con una progresiva disminución de la secreción de insulina y consecuente desarrollo de la DM2.

# ¿EXISTEN MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA PRE-DIABETES Y SM?

No existe ningún medicamento utilizado para tratar la Pre-Diabetes. Sin embargo hay varios medicamentos disponibles para perder peso. Existen medicamentos para tratar el síndrome



metabólico o resistencia a la insulina. Debe individualizarse el tratamiento, controlar co-morbilidades y los factores de riesgo con el objetivo principal de evitar o demorar la aparición de la Diabetes y la enfermedad cardiovascular. Sin embargo la base fundamental del tratamiento en atención primaria sigue siendo comer sano y realizar ejercicios.

#### **MENSAJE**

Cambios del estilo de vida revierte la pre-diabetes y se evita o retarda la aparición de la diabetes *mellitus*.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1. Asociación Nacional Mexicana de Educadores de Diabetes (ANMED).
- 2. Resumen de la Reunión ADA 2007.
- 3. http://journals.lww.com/amjmedsci/Abstract/2005/12000/Epidemiology of the Metabolic Syndrome.
- 4. http://www.alad-latinoamerica.org/pho-cadownload/guias%20alad.pdf
- 5. http://es.scribd.com/doc/13400152/Sindrome-metabolico-definicion-historia-criterios.
- 6. American Journal of the Medical Sciences: December 2005 - Volume 330 - Issue 6 - pp 273-279. The Metabolic Syndrome.

ENFERMEDAD DE GAUCHER. EXPERIENCIA EN EL CENTRO PILOTO DE TERAPIA DE REEEMPLAZO ENZIMÁTICO EN EL HOSPITAL "DR. ADOLFO PONS" DE MARACAIBO-ESTA-DO ZULIA

#### Raleigh, Rosalía

Hematólogo. Hospital Dr. Adolfo Pons. Maracaibo-Venezuela

La Enfermedad de Gaucher es una enfermedad lisosomal con herencia autosómica recesiva debido a defecto en el gen que codifica la ?-glucosidasa ácida. El gen está ubicado en la región q21 del cromosoma 1, cuya deficiencia parcial o total condiciona la acumulación de glucocerebrósidos en los lisosomas de los macrófagos causando visceromegalias, alteraciones hematológicas, esqueléticas y neurológicas. Debe su nombre a Phillipe Charles Ernest Gaucher quien hace la primera descripción en su tesis doctoral en 1882.

Es la enfermedad lisosomal más frecuente, multiétnica y con una incidencia de 1: 50.000. Es más frecuente en los Judíos Askenazis en una relación de 1:450-1.000 personas. Se estima una frecuencia entre los hispanos de un 2%.

Actualmente se conocen más de 280 mutaciones cuyas combinaciones producen una variación específica, dándole una variabilidad que va desde las formas muy severas con muerte temprana hasta las más ligeras sub-clínicas en el adulto. Las mutaciones más frecuentes son N370S y L444P.

De acuerdo con las manifestaciones clínicas y el tipo de mutación se describen tres tipos de la enfermedad: Tipo I: No Neuronopática: la más frecuente con manifestaciones hematológicas y óseas menos severas; Tipo II: Neuronopática Aguda: la más severa con manifestaciones neurológicas antes del año de vida y sobrevida muy corta y la Tipo III: Neuronopática Crónica: cuyas manifestaciones neurológicas aparecen un poco más tarde pero en menor grado que el tipo II. Existen otros tipos menos frecuente como la Perinatal Letal que presentan un compromiso neurológico severo y progresivo; y la Cardiovascular que se manifiesta en la adultez con calcificaciones cardiovasculares y con menor compromiso neurológico.

El diagnóstico definitivo se basa en la determinación de la actividad de la glucocerobrosidasa, y en los alelos mutantes y el tratamiento se basa en el reemplazo enzimático proveniente de DNA recombinante.

En Venezuela no existen publicaciones relacionadas con la historia de la enfermedad, sin embargo, en entrevistas realizada a los primeros pacientes adultos se logró determinar que el primer diagnóstico fue realizado en el Estado Zulia en el año



1972 por el Dr. Manuel León, luego en 1981 le fue realizado, en Estados Unidos, el diagnóstico enzimático y molecular a una niña de 3 años de la ciudad de Caracas, quien era sobrina de la primera paciente. Posteriormente en 1.994 en Caracas a una niña procedente de Barinas. En el 2006 el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS) de Venezuela, crea tres Centros Pilotos de Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE) en las áreas más afectadas, a saber: Maracaibo-Estado Zulia: Hospital "Dr. Adolfo Pons"; Caracas: Hospital "Miguel Pérez Carreño" y San Cristobal-Estado Táchira: Hospital "Dr. Patrocinio Peñuela". Actualmente hay un total de 8 Centros Pilotos distribuidos en todo el país, donde se infunden 120 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Lisosomal, de los cuales 85 aproximadamente corresponden a Enfermedad de Gaucher tipo I. Solo hay un paciente con Enfermedad de Gaucher tipo III que está localizado en Punto Fijo, Estado Falcón.

En el Hospital "Dr. Adolfo Pons" se comenzó la administración de TRE en Diciembre del año 2006, en pacientes con enfermedad de Gaucher, en un principio se infundió con Imiglucerasa en un total de 8 pacientes (4 niños y 4 adultos), pero a partir del 22 de junio del año 2011, se realiza el cambio de infusión a Velaglucerasa alfa que se mantiene hasta la actualidad, atendiéndose 25 pacientes (9 niños y 16 adultos). También se atiende un paciente con Mucopolisacaridosis I (Síndrome de Scheie). Es importante destacar que las metas terapéuticas que nos hemos propuesto, se han alcanzado en la totalidad de los pacientes, ya que se han infundido de forma regular e ininterrumpidamente, desde entonces.

Finalmente, hemos logrado identificar el genotipo en los pacientes atendidos en nuestro centro hospitalario, así tenemos que de los 24 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Gaucher existe un predominio del genotipo N370S con otro alelo (RecNci1, L444P, IVS2+1g>a y otros). Al respecto se describe que el N370S es protector, aún asociado a L444P.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Beutler E. Discrepancies between genotype and phenotype in hematology: an important frontier. Blood 2001; 98 (9): 2597-2602.
- 2. Brady RO, Kanfer JN, Shapiro D. Metabolism of glucocerebrosides. II. Evidence of an enzymatic deficiency in Gaucher's disease. Biochem Biophys Res Comm. 1965; 18: 221-225.
- 3. Groen JF. The hereditary mechanism of Gaucher's disease. Blood. 1948; 3: 1238-1249.
- 4. Liu C., Dunigan JT., Watkins SC., Bahnson AB., Barranger JA. Long-term expression, systemic delivery, and macrophage uptake of recombinant human glucocerebrosidase in mice transplanted with genetically modified primary myoblasts. Hum Gene Ther. 1998; 9: 2375-2384.
- 5. Mankin HJ., Rosenthal DI., Xavier R. Gaucher disease. New approaches to an ancient disease. J Bone Joint Surg. 2001; 83: 748-762.
- 6. Kaplan P., Andersson HC., Kacena KA., Yee JD. The clinical and demographic characteristics of nonneuronopathic Gaucher disease in 887 children at diagnosis. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160 (6): 603-608.

# TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES VASCULARES

# Maalouf, Carolina

Cirujano Bucal.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

El Hemangioma es el tumor de vasos sanguíneos más común y el tumor benigno más frecuente en los niños. Es una lesión proliferativa que aparece generalmente luego de 2 o 3 semanas del nacimiento y crece hasta alcanzar su máximo tamaño a los 5 años de edad aproximadamente. El 90% de los hemangiomas han involucionado o desaparecido espontáneamente antes



de superar la pubertad, por lo cual es extremadamente extraño verlo en un adulto.

Las malformaciones vasculares, por el contrario, son perceptibles al nacimiento, y son lesiones que crecen por hipertrofia más no por proliferación celular. Pueden clasificarse según su composición en simples (capilares, linfáticas, venosas, arteriales) o compuestas (arterio-venosas, linfático-venosas).

#### REPORTE DE UN CASO

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad. de raza criolla, procedente del estado Falcón, acude a consulta al Hospital Coromoto por presentar lesión tumoral de color azulado, ubicada en el labio inferior. Al examen clínico bucal se observo lesión elevada de color azulada con superficie irregular, bien circunscrita de contextura flácida de 4 cm. de diámetro ubicada en el labio inferior lado derecho, la paciente refiere que la tiene desde el nacimiento pero que actualmente presenta episodio de dolor y sangrado, además de severo comprometimiento estético. Se le realizo una serie de infiltraciones intralesionales con microespuma de etoxisclerol al 3% y se obtuvo excelentes resultados para la eliminación de la lesión.

# ESTRATEGIAS BASADAS EN EVIDENCIA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO

#### Graterol, Nora

Enfermera de Pabellón. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

# DEFINICIÓN

Las infecciones en sitio quirúrgico son aquellas que ocurren en los 30 días posteriores a las cirugías donde los microorganismos producen toxina y otras sustancias que incrementan su habilidad para invadir y producir daño en los tejidos del hospedero disparando una respuesta inflamatoria 1.

Se utilizó los criterios del Centro de Control de Enfermedades (CDC)1, que cumple con alguno de los siguientes requisitos:

- Presencia de secreción purulenta en la herida.
- Signos locales de infección.
- Diagnóstico de infección dado por el cirujano.
- Cultivo realizado de manera aséptica que confirme el microorganismo.

#### CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS

Para los propósitos del seguimiento de los pacientes en el programa de vigilancia de la herida, este se continúa clasificando según el riesgo de contaminación en limpia, limpia contaminada, contaminada y sucia, establecidos por el National Research Council de los Estados Unidos (1964)2 y adoptada por el American College of Surgeons, que está vigente actualmente y es la clasificación más utilizada a nivel mundial para predecir la posibilidad de que una herida quirúrgica se infecte o no.

- Limpias (Tipo I): Son aquellas donde la incisión atraviesa piel sana, sin afectar la mucosa respiratoria, digestiva, genitourinaria, ni la cavidad orofaríngea.
- Limpia-Contaminada (Tipo II): Son aquellas en que se abordan vísceras huecas que poseen flora bacteriana endógena, así como traumatismos.
- Contaminada: Son heridas traumáticas o quirúrgicas con una transgresión mayor de la técnica, gran contaminación.
- Sucias: Heridas traumáticas sucias con tratamiento retardado, contaminación fecal, cuerpos extraños, vísceras desvitalizadas o líquido purulento.



## FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA GÉNESIS DE UNA INFECCIÓN

QUIRÚRGICA	PACIENTE
Duración del lavado quirúrgico	Edad
Asepsia de la piel	Estado Nutricional
Baño pre-quirúrgico	Diabetes
Duración de la cirugía	Tabaquismo
Profilaxis antibiótica	Obesidad
Ventilación del quirófano	Infecciones coexistente
Esterilización inadecuada del instrumental	Alteración en la respuesta inmune
Drenaje Quirúrgico	Hospitalización prolongada
Técnica Quirúrgica: pobre hemostasia, fracaso en la obliteración de espacios muertos, Trauma de tejidos	Isquemias

## CUADRO COMPARATIVO DE LOS PATÓGENOS AISLADOS EN SITIO QUIRÚRGICO

PATÓGENO			
Staphylococcus aureus	20 Exógeno		
Staphylococcus coagulasa negativa	14 Exógeno		
Enterococcus	12		
Scherichia coli	8 Exógeno		
Pseudomona aeruginosa	8 Exógeno		
Enterobacterias	7 Exógeno		
Cándida albicans	3		

#### COMPLICACIONES

- Gangrena gaseosa de heridas abdominales
- Fasceítis Necrotizante
- Dehiscencia de heridas abdominales y evisceración
- Drenajes
- Absceso
- Celulitis
- Flemón

### ESTRATEGIAS PARA EVITAR ISQ

#### PREOPERATORIO

• Mantener la estancia hospitalaria pre-operatoria tan corta como sea posible.

- Preparación del paciente: Identificar y tratar infecciones remotas al sitio quirúrgico antes de la cirugía electiva y posponerla hasta que la infección haya sido resuelta (infecciones urinarias, respiratorias, caries, herpes).
- No remover el cabello pre-operatoriamente y de hacerlo rasurar inmediatamente antes de la intervención con maquina eléctrica.
- Controlar los niveles de glucosa sanguínea.
- Sugerir el no fumar mínimo 30 días antes de la operación.
- Baño con jabón antiséptico la noche previa al día de la intervención o en la mañana antes de ir al quirófano.
- Mantener las uñas cortas.
- No utilizar joyas en manos y antebrazos.
- No se recomienda el uso de esmalte en las uñas.
- Realizar cultivos apropiados en el personal que tengan lesiones supurativas de la piel y excluir de las labores hasta que el personal haya recibido tratamiento adecuado.
- Para las cirugías de colon preparar al paciente con el uso de enemas y agentes catárticos en el día previo de la cirugía.
- Limpieza y desinfección de la superficies del quirófano.
- No utilizar alfombras a la entrada de los quirófanos.
- Correcta Esterilización del material quirúrgico.
- Uso correcto de la vestimenta quirúrgica

#### INTRAOPERATORIO

- Antisepsia de manos y antebrazos para miembros del equipo de salud.
- Haga un cepillado pre-operatorio por lo menos 2 minutos usando un antiséptico apropiado cepille las manos y antebrazos hasta los codos limpiar exhaustivamente cada uña al realizar el 1er lavado.
- Luego del cepillado quirúrgico enjuagar con abundante agua dejando que el agua corra



- desde las manos hacia los codos, secar con toalla estéril y colocarse la vestimenta y guantes quirúrgicos.
- Lavar y limpiar (asepsia) alrededor del sitio de la incisión para remover contaminación gruesa antes de hacer la preparación de la piel.
- Realizar la asepsia con un antiséptico apropiado en forma circular moviendo hacia la periferia el área preparada debe ser suficientemente grande para extender la incisión o crear nuevas incisiones
- En cesáreas de alto riesgo, la administración de antimicrobianos será luego de clampear el cordón umbilical.
- Administrar el antibiótico por vía endovenosa, al mismo tiempo que se realice la incisión quirúrgica manteniendo niveles sericos adecuados mientras dure el evento quirúrgico.
- Mantener la ventilación con presión positiva en el quirófano con respecto a los corredores y áreas adyacentes.
- Mantener un mínimo de 15 cambios de aire por horas de los cuales por lo menos 3 deberían de ser aire fresco.

#### POST- OPERATORIO

- Evite la estancia post operatoria prolongada.
- Cuidado de heridas post- operatoria.
- Educar al paciente y familiares sobre los cuidados de la herida.
- Lavado de manos previos y posterior a la manipulación.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Mangram, AJ.; Horan, TC.; Pearson, ML.; Jarvis WR. CDC Guidelines for the prevention of surgical site infection. Am J Infect Control 1999; 27: 97-132.
- Howard, JM.; Baker, WF.; Culberston WR. National Academy of Sciences-National Research Council, División de Medical Sciences. Postoperative wond infections: The influence of ultraviolet irradiation of the operating

- room and various other factors. Ann Surg. 1964; 160 (Supl 2): 1-192.
- 3. Programa Nacional de Prevención y Control de la Infección Intrahospitalaria. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 1997.
- 4. Iñigo, JJ.; Aizcorbe, M.; Izco, T.; Usoz, JJ.; Soto JA. Vigilancia y control de la infección del sitio quirúrgico. San Navarra. 2000; 23 (Supl. 2): 129-41.
- 5. Guía para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico. Citado de 2 de diciembre de 2002. Disponible en: http://medicina.umh.es/docencia/medicina/3/4225/tema15/tema15.htm

# PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA INFANCIA

#### Morán, Mercedes

Dermatóloga Clínica. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta en la atención primaria. Según Fitzpatrick, en los Estados Unidos de Norteamérica, una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel. Algunos autores afirman que hasta el 60% de los pacientes atendidos por la consulta dermatológica están en edad pediátrica.

En la infancia se pueden observar prácticamente todas las dermatosis de la edad adulta, sin embargo, ellas se presentan con distinta frecuencia y a veces bajo diferentes formas clínicas. Los niños, en particular los recién nacidos y lactantes, poseen una piel fina, anatómicamente más delgada (la capa córnea no se completa hasta los 4 años de edad) y menos pilosa, en cuanto al pH local, su escasa acidez y el bajo contenido de ácidos grasos disminuye la resistencia a distintas agresiones por agentes bacterianos, parasitarios y ambientales. Fisiológicamente, la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas es más es-



casa, por otro lado, las glándulas apocrinas se encuentran total o parcialmente inactivadas, hasta cerca de la pubertad. Bajo estas circunstancias y debido a que la piel de los niños está expuesta a todo: desde el descuido más absoluto hasta el cuidado excesivo, aunado al hecho de que aún no ha adquirido una inmunidad ideal, sus reacciones suelen ser más aparatosas y en ocasiones más graves que en el adulto.

#### **INFECCIONES VÍRICAS**

Se constituyeron en un frecuente motivo de consulta, no sólo por los niños que padecen varicela (en su mayoría no inmunizados), sino por los exantemas víricos inespecíficos, las consultas por gingivoestomatitis, enfermedad mano-pieboca, megaloeritema o exantema súbito, tan frecuentes en lactantes y preescolares. En los niños de más edad, las consultas por causas víricas se deben a cuadros distintos: las verrugas virales, las verrugas plantares y los *molluscum*.

#### **INFECCIONES BACTERIANAS**

Las infecciones por estreptococo grupo A con manifestaciones cutáneas (escarlatina), junto con los cuadros de impétigo y foliculitis. En varios estudios hospitalarios, las infecciones bacterianas no son un motivo frecuente de consulta, pero sí en los extrahospitalarios2. La escarlatina se presenta en determinados grupos escolares en invierno y primavera.

#### **MICOSIS**

Se agrupan en su mayoría en infecciones candidiásicas en lactantes (del pañal y orales), en tiñas de piel lampiña en escolares y en pacientes mayores afectos de pitiriasis versicolor (edad media de 11 años).

#### **DERMATITIS/ECZEMAS**

Mientras disminuyen las consultas por formas clásicas de dermatitis atópica conforme aumenta la edad de los niños, son más frecuentes las debidas a estigmas atópicos o formas incompletas, lo que sugiere un cambio en la presentación de la atopia, con síntomas menos intensos conforme los niños crecen.

#### **ZOONOSIS**

La elevada frecuencia de consultas por picaduras coloca estos procesos en el cuarto lugar del total de consultas.

#### **PROCESOS INFRECUENTES**

Enumeramos los procesos infrecuentes por considerar útil su conocimiento, tanto con vistas a la práctica pediátrica diaria, como para incorporarlos a los planes de formación en dermatología pediátrica.

#### Tabla 1. Diagnósticos dermatológicos (tomada de L. Almazán²)

- Infecciones bacterianas: escarlatina, impétigo-foliculitis, panadizo, celulitis, forúnculo, absceso, enfermedad por arañazo de gato, eritema chronicum migrans.
- Infecciones víricas: exantema súbito, megaloeritema, exantemas, gingivoestomatitis, enfermedad mano-pie-boca, herpes simple, varicela y herpes zóster, verruga, verruga plantar, molluscum.
- Micosis: candidiasis del pañal, tinea corporis, Querion de Celso, onicomicosis, pie de atleta, muguet, pitiriasis versicolor.
- Dematitis/eczema: dermatitis atópica, dermatitis seborreica, estigmas de atopia\*, dermatitis del pañal, dematitis de contacto, fotosensibilidad.
- 5. Urticaria-angioedema: urticaria, angioedema, eritema multiforme.
- Zoonosis: picaduras, pediculosis, escabiosis, otras picaduras y mordeduras.
- 7. Alteración de las faneras: acné, sudamina (miliaria), alopecia, hirsutismo, onicogrifosis, hamartoma de músculo liso.
- Alteraciones de la pigmentación: vitíligo, manchas café con leche, nevus, nevus sebáceo, hiperpigmentación, nevus de Jadassohn, talón noir.
- Otros: acropapulosis infantil (Gianotti-Crosti), angiornas, epidermolisis, estrías, exantema periflexural asimétrico, fibroma péndulo, ganglión, granuloma anular, lichen striatus, linfangioma, mastocitosis, pilomatrixoma, pitriasis rosada, psoriasis, queloide, quemaduras, quistes, síndrome de Frei.
- $^* \textit{Dishidrosis, dermatitis retroauricular, pitiriasis alba, hiperqueratosis folicular, dermatosis plantar juvenil, prurito. \\$

#### BIBLIOGRAFÍA

- Stern, R. The epidemiology of cutaneous disease. In: Fitzpatrick, Freedberg, Eisen, editors. Fitzpatrick's Dermatology en General Medicine. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Inc 1991; p. 7-12.
- 2. Bogrert, H. Anatomy and Physiology of the skin. 1st ed. Londres: Masly Company 1997.
- 3. Pierini, A. Pediatric dermatology. In: Woscoff, A.; Cabrera, H.; Kamisky, A. editors. Dermatological orientation in Internal Medicine. 1st ed. Barcelona: López Libreros 1995; pp. 284-289.



- 4. Cruz, M. Pediatrics aspects of dermatologic diseases. 1st ed. Barcelona: Pomagraf 1990.
- 5. Crespi, A.; Cordero, A. Pediatric dermatology. 1st ed. Barcelona: Puma 1987.
- 6. Larralde, M. Dermatology in new born and children. 1st ed. Buenos Aires: Edimed 1995.
- 7. Koves, E.; Rondon, A. Dermatología Pediátrica en el Hospital Vargas. Derm Venez 1970; 12(1):88–89.
- 8. Koves, E.; Rondon, A.; Zapata, G. et al. Dermatología Pediátrica en el Instituto de Biomedicina. Derm Venez 1993; 31:155-157.
- 9. Pavell, R.; Flemming, D. The incidence of molluscum contagiosum and scabies. Epidem and Inf 2005; 133(6):985-991.
- 10. Bisue, A.; Ross, G. Epidemiology and impact of childhood molluscum contagiosum: A case and critical review of the literature. Ped Dermatol 2005; 22(4):287-291.

#### PIEL Y EMBARAZO

## Caraballo, Desireé

Dermatóloga Clínica. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Durante el embarazo se producen una serie de modificaciones vasculares, endócrinas, metabólicas e inmunológicas que hacen a la mujer embarazada especialmente susceptible a un grupo de cambios cutáneos, tanto fisiológicos como patológicos.

En el curso de un embarazo se puede afectar la piel debido a: a) cambios fisiológicos; b) aparición de dermatosis específicas del embarazo; c) enfermedades exacerbadas durante el embarazo (preexistentes influenciadas por el embarazo) y d) enfermedades dermatológicas concomitantes o coincidente.

# CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA PIEL (MODIFICACIONES DE LA TEXTURA CUTÁNEA):

Los cambios se deben principalmente al incremento de los niveles de estrógenos. La piel se tor-

na tersa, lisa, blanda, con aumento de la vascularización. Existe mayor contenido hídrico en dermis e hipodermis. Encontramos también: Hiperpigmentación.

ALTERACIONES PILOSAS Y GLANDULARES, CAMBIOS VASCULARES, GINGIVITIS, TUMORES BENIGNOS.

DERMATOSIS ESPECÍFICAS O EXCLUSIVAS O EXACERBADAS DEL EMBARAZO:

TABLA II		
Dermatosis específicas:		
a) Herpes gestationis.		
b) Erupción polimorfa.		
c) Prurigo del embarazo.		
d) Foliculitis del embarazo.		
e) Dermatitis papulosa del embarazo.		
Enfermedades del embarazo:		
a) Colestasis intrahepática.		
b) Prurito y colestasis.		
c) Impétigo herpetiforme.		

Enfermedades dermatológicas con características peculiares que se ven en su mayoría durante el embarazo o el posparto inmediato.

# ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CONCOMITANTES O COINCIDENTES:

TABLA III		
ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CONCOMITANTES O COINCIDENTES CON EL EMBARAZO:		
a.	Chlamydia trachomatis.	
b.	Gonococia.	
C.	Sífilis.	
d.	Condilomas acuminados.	
e.	Herpes simple.	
f.	Micoplasma	
g.	HIV.	



# ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS INFLUENCIADASPOR EL EMBARAZO:

#### TABLA IV **ENFERMEDADES INFLUENCIADAS POR EL EMBARAZO:** a) Suelen meiorar: - hidrosadenitis; - psoriasis; - sarcoidosis; - eccema atópico. b) Suelen empeorar: - eritema polimorfo; - eritema nudoso; condilomas acuminados; - neurofibromatosis; esclerosis tuberosa; - porfiria (aguda intermitente, variegata y cutánea tardía); - tumores malignos; enfermedad de Rendu-Osler o telangiectasia hemorrágica hereditaria; - acrodermatitis enteropática; - enfermedad de Ehlers Danlos; pénfigos; - lepra; - hemangioma, hemangioendotelioma y tumor glómico; dermatofibromas, leiomiomas y queloides; tumores desmoides; - nevos y - melanoma.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Llanos, AM. Dermatosis del embarazo. Rev Asoc Colomb Dermatol 2000; 8: 163-172.
- 2. Arroyo, G. Piel y embarazo. Viglioglia PA, Rubin J. Ediciones de Cosmiatría. Buenos Aires. Argentina. Cosmiatría II 1993; 287-291.
- 3. Viglioglia, PA. Dermatosis maculosas. En Orientación Dermatológica en Medicina Interna. Woscoff, A.; Cabrera, NH.; Kaminsky, A. Editorial López Libreros Editores. Bs. As. Argentina. 1995; III: 21-27.
- 4. Marcoux, D.; Teoli Fonseca JC. El tratamiento hormonal del acné. Act Terap Dermatol 1998; 21: 208.
- 5. Estrella, V.; Barraza, S.; Leroux, MB. y Fernández Bussy, R. Uñas frágiles y quebradizas. Rev Méd Rosario 2003; 69: 77-82.
- Allevato, MA.;. Castelanich, A.E. y Del Pelo, M. Melanoniquia. Una consulta frecuente, un desafío permanente. Act Terap Dermatol 2007; 20: 41-46.
- 7. Borrego, HL.. y Diez Iglesias, L. Dermatosis específicas del embarazo. Actualización. Actas Dermosifil 2002; 93 (3): 159-167.
- 8. Pavlidis, N. Coexistence of Pregnancy and Malignancy. The Oncologist 7 2002; 4: 279-287.
- 9. Altman, J.; Lowe, L.; Redman. B.; Esper, P.; Schwartz, Y.; Timothy, M. Placental, metas-

- tasis of maternal melanoma. J Am Acad Dermatol 2003; 49: 1154-1164.
- 10. Shornick, J. Dermatosis of Pregnancy. Semin Cutan Med Surg 1998; 17: 172-181.
- 11. Mascaró, Jr. y col. Fetal morbidity in herpes gestationis. Arch Dermatol 1995; 131: 1209-1210.

# PIEL COMO INSTRUMENTO EN EL DIAGNÓS-TICO CLÍNICO

#### Caraballo, Desireé

Dermatóloga Clínica.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

La piel es el órgano protector por excelencia, es el tejido sólido más accesible, por cuanto los cambios patológicos que ocurren pueden ser observados a simple vista, y propor-cionar evidencias de una enfermedad interna. La importancia de la piel radica no sólo en su función protectora, sino en su compleja fisiología. Factores como la edad, el sexo, la raza y el clima pueden modificar su aspecto y constitución, alterando su vulnerabilidad. Las enfermedades de la piel constituyen uno de los principales motivos de consulta en la atención primaria, incluso en países como Estados Unidos de Norteamérica, en el cual una de cada tres personas presenta enfermedades de la piel. De allí la importancia de realizar correctas anamnesis y exploración, aunque en algunas ocasiones sean necesarios exámenes complementarios.

La exploración y examen clínico deben realizarse en las mejores condiciones de iluminación y comodidad tanto para el paciente como para el médico, abarcando la observación de piel, mucosas, pelos y uñas si el caso así lo requiere.

La piel es uno de los pocos órganos donde la patología macroscópica puede ser examinada visualmente. Ha sido estimado en patología que aproximadamente el 60% del diagnostico descansa en los hallazgos macroscópicos y 40% en los hallazgos histopatológicos. Sorprendente-



mente considerando este dato, un examen físico completo de los hallazgos macroscópicos no se lleva a cabo.

Luego de realizar la ficha de identificación con su respectiva información en cuanto a edad, sexo, ocupación, lugar de procedencia, antecedentes familiares y personales (a veces son determinantes para el diagnóstico de una dermatosis), se procede a la exploración.

La topografía, indica el lugar donde está la lesión, se define como localizadas afecta a un solo segmento, diseminada si afecta a dos o más segmentos corporales y generalizada cuando la afectación es total o respeta solo pequeñas zonas.

Un buen análisis topográfico puede orientarnos hacia el diagnóstico, ya que existen dermatosis que predominan en ciertas áreas corporales, por Ej. Si la lesión está en un área expuesta nos orienta a una fotodermatosis.

La Morfología sirve para señalar que tipo de lesión es (pápula, placa, vesícula, etc.), la describe en cuanto a su forma, color, tamaño, superficie, bordes o límites y disposición (lineales, en banda, anulares, numulares, serpiginosas).

En la evolución de la dermatosis hay que destacar si es aguda (algunos días), sub-aguda (si duran semanas) o crónica cuando duran meses o años.

Por el aspecto de la lesión podemos desde ya intuir síntomas acompañantes, como el prurito si encontramos la presencia de costras hemáticas o liquenificación en los casos crónicos.

Con la palpación se determina: consistencia (dura o blanda), superficie (rugosa, lisa, áspera) y adherencia a planos, así como temperatura y sensibilidad.

En el interrogatorio debemos hacer preguntas orientadas hacia nuestro presunto diagnóstico, enfatizando en el tiempo de evolución, síntomas acompañantes (dolor, prurito, ardor), forma de inicio y causa probable (a que atribuye el paciente su enfermedad).

Es importante indagar si ha realizado algún tratamiento previo y que resultados obtuvo (no olvidar que los esteroides modifican el aspecto de una lesión).

A menudo el interrogatorio y el examen físico son suficientes para llegar a un diagnóstico dermatológico, pero ante dermatosis con repercusión en otros órganos o en dudas diagnósticas se deben practicar exámenes complementarios.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1. Iglesias, L. Tratado de Dermatología. Segunda Edición. Madrid McGraw-Hill/Interamericana de España. 2004. pp. 13-23.
- 2. Fistpatric, K. Dermatología en Medicina General. 5ta Edición. Buenos Aires/Panamericana. 2001 pp. 15-47.
- 3. Ferrandiz, C. Dermatología Clínica. Segunda Edición. Madrid Mosby/Doyma Libros, S.A. 2000. pp. 9-17.
- Rassner. Manual y Atlas de Dermatología.
   5ta Edición. Madrid. Harcourt Brace de España, S.A. 1999. pp. 11-16
- 5. Magaña, M. Guía de Dermatología Pediátrica. México. Panamericana. 1998. pp. 19-26.
- Ashton, Richard. Leppard Bárbara. Differential Diagnosis in Dermatology. Oxford Radcliffe. Medical Press. 2da Edición 1992. pp. 5-11.
- Rook, A.; Wilkinson, DS.; Champion, RH. Tratado de Dermatología. 4ta Edición. Barcelona. Doyma. 1989. pp. 61-114.
- 8. Arenas, R. Atlas de Dermatología. 2da Edición México. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. 1987. pp. 6-11.



# MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

### Soto, Alves

Médico Internista. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

La Piel, es el órgano más grande del cuerpo humano, y su exploración física no solo nos indica que existen problemas en ella, sino que también puede aportar datos clínicos muy importantes para diagnosticar muchas enfermedades que ocurren en otros órganos internos. Signos y síntomas pueden presentarse al inicio, evolución o como complicaciones de enfermedades internas, por ello es importante que tanto los Dermatólogos como los Médicos de otras espacialidades, deben estar familiarizados con estos hallazgos para que los pacientes tengan un diagnóstico preciso y un mejor tratamiento.

**PRURITO.** síntoma frecuente de enfermedad cutánea: eccema, acarosis, pediculosis, liquen plano, urticaria, RAM, dermatitis herpetiforme

#### SISTEMA DIGESTIVO

SINDROME DE PEUTZ-JEGHER. De herencia autosómico dominante, con léntigos en labios, mucosa oral, palmas y plantas; poliposis intestinal, que se pueden malignizar. Se le asocia a cáncer de mama, testículo, ovario, páncreas.

PIODERMA GANGRENOSO. Condición ulcerativa, rara, única o múltiple, que se asocia a colitis ulcerosa, poliposis, ileítis regional y úlcera gástrica; también con artritis, mieloma, policitemia vera, hepatitis crónica severa, VIH.

ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA. Enfermedades inflamatorias intestinales, presentan eritema nodoso urticaria, vasculitis, panarteritis, pioderma gangrenoso, aftosis, epidermolísis ampollosa adquirida, psoriasis.

#### ENFERMEDADES HEPÁTICAS

CIRROSIS. Presenta telangiectasias arañas vasculares, ictericia, prurito, eritema palmar, uñas de terry, escaso pelo axilar, púbico, ginecomastia. HEPATITS C. Presentan vasculítis de pequeños vasos, urticaria, porfiria cutánea tarda, liquen plano oral, púrpura por crioglobulinemia.

#### TRASTORNOS ENDOCRINOS

DIABETES MELLITUS. En el transcurso de la enfermedad todo paciente diabético presenta alguna vez, compromiso cutáneo: infecciones, necrobiosis lipoídicas, bulas diabéticas xantomas eruptivos, pie diabético, erupciones farmacológicas, granuloma anular, acantosis nigricans TIROIDEAS.- Las disfunciones tiroideas pueden estar asociadas a dermatosis sobre todo autoinmune: alopecía areata, anemia, vitíligo, enf. Ampollares, del colágeno, miastemia, LES, es propio el mixedema pretibial, el exoftalmo.

SUPRARRENALES. Sindrome de Cushing.- hiperreactividad o exceso de ACTH, "cara de luna llena" "cuello de búfalo" estrías prominetes en abdomen, acné esteroideo.

Enfermedad de Addison.-insuficiencia suprarrenal, aumento difuso de la pigmentación de piel, mucosas, pliegues.

#### TRASTORNOS RENALES

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. Calcificación Metastásica. Depósitos de calcio en piel y tejido subcutáneo por hiperparatiroidismo e hiperfosfatemia.

CALCIFILAXIS. Calcificación vascular progresiva y necrosis isquémica de la piel y tejidos blandos, son placas ulceradas violácea, puede llegar a la gangrena o sepsis.

#### TRASTORNOS NUTRICIONALES

PELAGRA. Dermatitis, diarrea y demencia; deficit de acido nicotínico y triptófano, se ve en el alcoholismo, síndrome carcinoide, fármacos; existe fotosensibilidad, pigmentación de las áreas expuestas.

ACRODERMATITIS ENTEROPÁTICA. Alopecía, dermatítis periorificial y acral.



#### **ENFERMEDADES REUMATOIDEAS**

ARTRITIS REUMATOIDEA. Nódulos reumatoideo, vasculitis necrotizante, livedo reticulares, úlceras en piernas.

SINDROME DE REITER. Presenta artritis, conjuntivítis, uretrítis y lesiones psoriasiformes, especialmente palmas y plantas, formando vesículas, tornándose (blenorrágicas) posteriormente hiperqueratósicas.

# ENFERMEDADES CUTÁNEAS ASOCIADAS A NEOPLASIAS

- ACANTOSIS NIGRICANS MALIGNA. se asocia a adenocarcinoma intrabdominal sobre todo gástrico.
- HERPES ZOSTER. Con linfomas, cáncer de mama o ginecológico.
- Pénfigo paraneoplásico. Se asocia con linfoma, leucemia, timoma.
- PORFIRIA CUTÁNEA TARDA. Con carcinoma hepático.
- ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA. a un cacinoma mamario intraductal y el extramamario, con el tracto gastrointestinal y genitourinario.
- ENFERMEDAD DE SWEET.- con leucemia, mieloma.
- DERMATITIS HERPETIFORME.- con un linfoma intestinal.
- ICTIOSIS ADQUIRIDA.- con linfoma.
- ERITRODERMIAS, con el sindrome de Sezary y Micosis Fungoide.
- DERMATOMIOSITIS, con carcinoma de ovario, pulmón, colonrrectal.

# ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO QUEMADO

## De Oliveira, Rosa María

Pedíatra Intensivista. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

El manejo del paciente quemado exige un manejo inicial similar al de cualquier paciente politraumatizado. La prioridad en la atención del paciente quemado es la misma que en todo caso de trauma ABC. Que según las nuevas guías de la American herat Associatión de 2010 recomiendan cambiar la secuencia de los pasos de A-B-C (vía aérea, respiración y compresiones torácicas) a C-A-B. La gran mayoría de los paros cardíacos se producen en adultos, y la mayor tasa de supervivencia la presentan los pacientes de cualquier edad que tienen testigos del paro y presentan un ritmo inicial de fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular sin pulso. En estos pacientes el elemento fundamental son las compresiones torácicas y una pronta desfibrilación. Al cambiar la secuencia a C-A-B, las compresiones torácicas se inician antes y el retraso de la ventilación es mínimo. Debido a que la mayoría de los paros cardíacos pediátricos son por asfixia, en el lugar de paros cardíacos se realiza ventilaciones y compresiones para la RCP pediátrica. Sin embargo la parada cardíaca pediátrica es menos frecuente que en el adulto, y muchos reanimadores no hacen nada porque están confundidos o no están seguros. La mayoría de las víctimas de paros cardíacos pediátricos no reciben RCP por parte de un testigo presencial, de modo que cualquier estrategia que mejore la probabilidad de que los testigos intervengan puede salvar vidas.

#### **MEDIDAS GENERALES**

- Inspección de la mucosa nasal y oral si se sospecha lesión por inhalación.
- Garantizar una vía aérea permeable. Intubar si existe obstrucción de la vía aérea o el paciente está inconsciente. No intubar de forma profiláctica.
- Acceso venoso para la reposición hidroelectrolítica, si no hay tejido libre se justifica colocar estos accesos en la quemadura temprana cuando la escara todavía está estéril. Si el acceso es difícil se debe practicar infusión intraósea.
- La estimación del volumen a infundir viene determinada por la extensión y profundi-



- dad de la quemadura, peso del paciente y por la hora exacta del accidente.
- Cálculo de la extensión: Solo incluye las de segundo (AB) y tercer grado (B). TABLAS DE LUND Y BROWDER: Es más exacta está diseñada para los cambios en el tamaño corporal que ocurre con el crecimiento, para menores de 15 años.
- FORMULAS DE HIDRATACIÓN: Son una guía, sirven como punto de partida del manejo. Se administra la ½ del calculado en las primeras 8 hrs (a partir de la hora del accidente) y el resto en las siguientes 16hrs.
- PARKLAND: Ringer Lactato 4 cc/kg/SCQ'% + necesidades basales.
   NB= <10 kilos 100 cc/kg/día. 11-20 kilos 1000 cc + 50 cc/kg (por cada kg>10). >20 kilos 500 cc+ 20 cc/kg (por cada kg>20).
- CARVAJAL: Primeras 24 horas 5000 cc/m<sup>2</sup> SCQ + 2000 cc/m<sup>2</sup> SC. Segundas 24 horas 4000 cc/m<sup>2</sup> SCQ + 1500 cc/m<sup>2</sup> SC
   SC: PESO x 4 + 7/90
- GALVESTON: 1eras 24 horas 5000 cc/m² SCQ + 2000 cc/m² SC. 2da 24 horas 370 cc/m² SCQ+1500 cc/m² SC
- Analgesia: Quemaduras > 10% sin compromiso hemodinámico ni respiratorios
   MORFINA: 0,1mg x kg EV C/8 Horas y 30 minutos antes de las curas.
   En función de la ansiedad del paciente: LO-RACEPAN 0,05 mg/kg C/12 Horas.
- ATENCIÓN DE LA SUPERFICIE QUEMADA: Retirar la ropa, se debe limpiar cuidadosamente con agua y jabón, tratar de retirar elementos extraños macroscópicos, como partículas carbonáceas, restos textiles, flictenas, cabellos, etc. Cubrir la piel con apósitos estériles, absorbentes, capaces de atrapar el exudado. Abrigar para evitar la hipotermia.
- TRASLADO A CENTRO ESPECIALIZADO: Traslado rápido y Desordenado no es la prioridad. El vehículo de transporte debe tener equipamiento adecuado y profesionales entrenados.

#### **SEPSIS NEONATAL**

# Cohen, Atilio

Pedíatra Intensivista. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

Es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en la edad pediátrica y neonatal. En más del 50% la sepsis severa ocurre en niños < de 1 año y la mitad de ellos en recién nacidos prematuros debajo peso.

Anualmente mueren más de 4 millones de niños por sepsis y el 25% es debido a sepsis neonatal. Se abordarán los mecanismos de protección natural del recién nacido y como las alteraciones de la misma incide en los cambios de barrera natural para propiciar posibilidades de infección en el recién nacido.

Igualmente como el ambiente de UTIN, el entorno y el microambiente influye de manera importante en la respuesta del neonato para la sepsis neonatal.

Repaso somero sobre fisiopatología y métodos de diagnósticos actuales con que se cuenta para Sepsis Neonatal, así como la nueva clasificación de Sepsis Neonatal precoz y tardía, conducta ante cada una de ellas, también como se enfoca el manejo terapéutico en la actualidad sobre la base de nuevos esquemas de antibioticoterapia en cada una de ellas.

Mencionaré los recientes avances en esta terapéutica y cambios en conceptos tradicionales de tratamiento empírico y el porqué de dicho tratamiento.

Abordare nuevas pautas de seguimiento, prevención y los mecanismos de contención para minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales.

Por último, las conclusiones pertinentes sobre el manejo adecuado de esta patología que es uno de los grandes retos que enfrenta el pedíatra, neonatólogo e intensivista infantil dada la alta morbilidad, mortalidad y secuelas que conlleva al recién nacido, especialmente al prematuro.



CHARLA A LA COMUNIDAD. SERVICIO DE IMÁGENES CÁNCER DE MAMA: TOCARTE NO ES SUFICIENTE

Zabala, Cibelly; Demarchi, Paol; Molero, María; Zumztein, Janet y Pirela Leida

R3-Postgrado Imagenología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

La mujer, en su integridad fisica y espiritual, hace especial cuidado de su salud brindando atención a diferentes partes de su cuerpo, es común que sienta sus mamas como el centro de su femineidad estética. Sin embargo muchas veces ni la propia mujer alcanza a intuir la trascendencia que tienen para sí misma, hasta tanto se enfrenta a una enfermedad que amenaza su integridad. Estos razonamientos nos imponen la tarea de informar y educar para el cuidado de la salud de sus mamas.

El cáncer de mama es la neoplasia más temida por las mujeres y es percibida como fatal aún por muchas de ellas, quienes tienen miedo de los resultados de cualquiera de los tratamientos planteados. El cáncer de mama, es la causa más frecuente de mortalidad por neoplasia en el sexo femenino (1 de cada 9 mujeres padecerá esta enfermedad, 1 de cada 3 consultará al médico por una enfermedad mamaria, y aproximadamente 1 de cada 5, será sometida a una biopsia), pero los últimos adelantos en materia de diagnóstico y tratamiento, la posibilidad de la detección precoz y la aplicación de nuevos métodos y esquemas terapéuticos, nos permiten ver con optimismo el pronóstico de las pacientes. Los índices más elevados, se consignaron en Europa y Estados Unidos, aunque en estos países, el índice de crecimiento de la incidencia es mucho más lento que en los países en vías de desarrollo de Asia y Sudamérica.

Existen factores de riesgo asociados con el desarrollo del cáncer de mama: sexo, edad, historia familiar, historia personal, menarquía temprana, menopausia tardía y el riesgo de cáncer de mama en relación a los estilos de vida como el sobrepeso y la dieta alta en grasa, alcohol, terapia hormonal restitutiva, primer hijo después de los 30 años, no amamantar, sedentarismo.

Signos y Síntomas: Nódulo o engrosamiento, secreción clara o pezón invertido, puede ser o no doloroso pezón, cualquier arruga o cambio en el contorno, depresión en la piel, enrojecimiento de la piel de la mama o ninguno.

La autoexploración mamaria mensual ha sido una constante en los programas de prevención del cáncer de mama; sin embargo ha ido perdiendo importancia con el acceso de la mujer a los controles ginecológicos y mamarios periódicos y a los programas de detección temprana. Hoy es exigible el diagnóstico de cáncer de mama no palpable. En las campañas de prevención a partir de los 35 años, la mujer debe comenzar a realizar anualmente sus controles mamarios, o 30 años si tiene antecedentes de CA mamario en primera línea materna, es cuando debe efectuarse el primer estudio mamográfico, que servirá de base comparativa con los siguientes controles, puede detectar los tumores incluso antes de que la mujer o el médico puedan percibirlos y esto permite salvar vidas.

Durante la mamografía, se comprime la mama entre las dos placas del dispositivo de rayos X. Esta compresión puede causar molestia pero es necesaria para aplanar el tejido mamario facilitando al radiólogo la detección de anormalidades. La revisión incluirá un interrogatorio, inspección y palpación cuidadosos. La Ecografía, sobre todo en mujeres jóvenes, será muy útil para completar el estudio radiológico.

El screening de Cáncer de Mama en el Hospital Coromoto se utiliza el protocolo de Eco-Mamografía Digital.



# CLASIFICACIÓN DE LA FÍSTULA PERIANAL POR ECOSONOGRAFÍA 3D

### Sardiñas, Carlos

Proctólogo.

Hospital Universitario de Caracas-Venezuela.

Tanto el absceso como la fístula perianal, teóricamente tienen una causa común, por lo cual es necesario considerarlos simultáneamente, usándose el término ABSCESO FISTULOSO para identificar esta entidad. El absceso es una colección aguda, y la fístula un proceso crónico como consecuencia de la evolución natural de la enfermedad. Una fístula puede ser descrita como una comunicación anormal entre dos superficies recubiertas por epitelio, de manera que, una fístula es una comunicación anormal entre el canal anal y la piel perianal.

La causa exacta del absceso fistuloso aún no se encuentra establecida, siendo la teoría criptoglandular la que comúnmente es más aceptada. Las glándulas anales se encuentran entre los haces musculares del esfínter interno y externo, desembocado los conductos de las glándulas anales en el canal anal a la altura de la línea dentada a través de las criptas. Los conductos que usualmente se comunican con la glándula y otros conductos, se ramifican dentro del espesor del músculo del esfínter interno, en el plano interesfintérico. Algunos acinos glandulares corren hacia arriba o hacia abajo del plano interesfintérico y en pocas oportunidades penetran el espesor del músculo del esfínter externo y encontrándose las estructuras glandulares rodeadas de tejido linfoide. Se cree que la infección de los ácinos glandulares por bacterias provenientes del canal anal genere infección y la formación de pequeños abscesos que pueden resolverse espontáneamente o romperse dentro del espacio interesfinteriano, ocasionando la diseminación en este espacio y la región perianal.

La ultrasonografía endoanal tridimensional ha logrado establecer una correlación entre los aspectos anatómicos y las imágenes ultrasonográficas del canal anal. En los procesos supurativos del ano las imágenes ultrasonográficas auxilian en la demostración de las cavidades inflamatorias, los trayectos fistulosos y su grado de penetración en las paredes del canal anal y el recto. Esta evaluación permite establecer el grado de afectación de la musculatura esfinteriana y provee de información importante al cirujano para una planificación adecuada del abordaje quirúrgico.

El absceso fistuloso cumple cuatro etapas en su evolución: Etapa I infección de la cripta, Etapa II absceso, Etapa III absceso fistuloso y Etapa IV fístula. En el año 2009 la Dra. Ingrid Melo publicó en la Revista Venezolana de Cirugía, el primer artículo sobre el uso de la ultrasonografía endoanal tridimensional para evaluación del absceso fistuloso. Los datos publicados permiten establecer nuevos aspectos en los pacientes con esta patología y que permiten discriminar con mayor claridad las etapas de la enfermedad, así en la Etapa II existen pacientes con más de un absceso en desarrollo y en Etapa III la presencia de los trayectos secundarios que acompañan a los principales.

Otro elemento de gran valor es que puede establecer que un mismo paciente pueden existir el desarrollo de más de un absceso y en diferentes etapas de desarrollo, motivo por el cual se puede hoy establecer la causa del frecuente fracaso del tratamiento y la recidiva de la enfermedad. Esto lleva a la necesidad de establecer una nueva clasificación del absceso fistuloso en sus diversas etapas y abandonar la clasificación de Parks de 1976, clasificación que permanece hasta ahora, 35 años después, sin cambios significativos, aunque muchas fístulas no pueden ser clasificadas y adecuadamente tratadas.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Melo, I.; Vivas, J.; Franco, R.; Pinto, H.; Estanga N. Ecofistulografía como herramienta diagnóstica en el tratamiento de la fístula parianal Rev Venez Cir. 2009; 62 (3): 197-202.



- 2. Parks, AG.; Gordon, PH.; Hardcastle JC. A classification of fistula in ano. Br J Surg 1976; 63: 1-12.
- 3. Sardiñas, C. Proctología para Cirujanos Generales. Editorial Disinlimed C.A. Caracas. 2002.

# COMPLICACIONES TEMPRANAS Y TARDIAS DE LA TÉCNICA STARR EN EL SÍNDROME DE LA EVACUACIÓN OBSTRUIDA POR ANORRECTOCELE

#### Sardiñas, Carlos

Proctólogo.

Hospital Universitario de Caracas-Venezuela.

Un rectocele es la herniación de la pared anterior del recto a través de la pared vaginal posterior dentro de su luz. Un rectocele por sí solo no es una causa común de constipación pero con alguna frecuencia puede dificultar la evacuación. Un paciente típico de esta condición presenta molestias durante la evacuación y sensación de evacuación incompleta. Después de la evacuación el paciente queda consciente de que algo queda en el recto. Ellas sienten que ha quedado masa fecal retenida en la vagina. Clásicamente los pacientes reportan el utilizar sus dedos para aplicar presión dentro de la vagina, en busca de una más efectiva evacuación. Un rectocele sintomático evita una efectiva evacuación de las heces.

Durante una evacuación normal, el esfínter externo se relaja, el ángulo anorrectal se rectifica, y la presión intraabdominal aumenta con el resultado de que se eliminan las heces. Cuando un rectocele sintomático se encuentra presente, el vector de fuerza de expulsión, causado por el aumento de la presión intraabdominal, es parcialmente disipado a través del tabique entre el recto y la vagina que se encuentra debilitado. Esto requiere que la paciente realice progresivamente un mayor esfuerzo para la evacuación, por lo que a lo largo del tiempo el rectocele se

hace mayor y aumenta la dificultad para la evacuación.

Esto ha permitido establecer los siguientes síntomas como criterios que podrían establecer la necesidad de un tratamiento quirúrgico para su corrección: (1) Estreñimiento (2) Dificultad para la evacuación del recto (3) Dolor anal (4) Prolapso mucoso (intususcepción) y (4) Dolor anal. Se sabe poco de la relación entre el defecto anatómico y los síntomas. El tamaño del rectocele pudiese no tener relación con los síntomas. El síntoma primordial de las pacientes con rectoceles es la dificultad para defecar (evacuar). Algunas emplean la presión manual sobre la vagina para evacuar las heces. Esto se expresa de tres formas: "El movimiento va hacia abajo, pero yo no puedo expulsarlo" "Esta bloqueado para salir" "Yo siento una bola", esto último puede manifestarse como protrusión, escape, sucio o control imperfecto. El rectocele presenta como concomitantes enfermedades como son: (1) Hemorroides (2) Fisuras anales y (3) Colon irritable.

La decisión en lo que se refiere a la reparación quirúrgica del rectocele necesita considerarse cuidadosamente, por la dificultad en establecer, que el rectocele es la causa de las quejas de la paciente, siendo esta la primera de las causas de complicación. Esta decisión tiene razones adicionales como son: (1) De 23 a 70% de pacientes no seleccionados con rectocele al examen, tienen síntomas de dificultad para la evacuación (2) Un rectocele pequeño es común en personas sanas hasta en 80% de los casos y (3) Los resultados de la reparación del rectocele tienen variados resultados entre los diversos grupos.

Esto lleva a la creación de criterios de selección y que son los siguientes: (1) Sensación de masa o bulto vaginal que requiere de soporte digital y/o digitalización rectal para confirmar la presencia de un rectocele (2) Demostración en la defecografía de la retención de contraste y (3) Presencia de un gran rectocele asociado con una protrusión de la pared rectal.



La primera publicación que describe los beneficios potenciales de STARR fue hecha por Boccasanta en 2004. Este estudio demostró beneficios importantes en el tratamiendo del rectocele y de los síntomas de evacuación obstruida, describiéndose como principales complicaciones la urgencia defecatoria en un 17,8% y la incontinencia a flatos en un 8,9%. Posteriormente en el año 2006 grupos de cirujanos de Italia, Alemania e Inglaterra publicaron un nuevo conjunto de datos donde se reportan que un 36% de las pacientes y fueron presentaron complicaciones que fueron discriminadas en: (1) Dolor en 7,1% (2) Retención urinaria en 6,9% (3) Sangrado en 5,0% y (4) Complicaciones de la línea de engrapado en 3,5%.

STARR es una técnica relativamente nueva para el tratamiento del Síndrome de la Evacuación Obstruida que se pudiese asociar con una intususcepción con o sin rectocele. Es indudable que STARR tiene un importante papel en el tratamiento de las disfunciones del piso pélvico.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Lindsey, I.; Nugent, K.; Dixon, T. Pelvic Floor Disorders for the Colorectal Surgeon. Oxford University Press Inc, New York. 2011.
- 2. Yoshioka, K.; Matsui, Y.; Yamada, O.; Sakaguchi, M. et al. Physiologic and Anatomic Assessment of patients with Rectocele. Dis Colon Rectum. 1991; 34 (8): 704-08.
- 3. Murthy, VK.; Orkin, BA.; Smith, LE.; Glassman, LM. Excellent Outcome Using Selective Criteria for Rectocele Repair. Dis Colon Rectum. 1996; 39 (4): 374-78.

# NUEVOS CONCEPTOS PARA EL MANEJO DEL VPH ANAL

### Guillen, Yaycira

Cirujano Coloproctólogo. Hospital Universitario de Caracas-Venezuela.

La neoplasia intraepitelial anal y el cáncer de ano están relacionados a la infección intraepitelial con el Virus de papiloma humano; Su incidencia se ve incrementada en los pacientes HIV positivos. El virus utiliza el epitelio escamoso para su síntesis e integración celular, originándose una respuesta inmune. En la actualidad no existe terapéutica para las alteraciones celulares ocasionadas por el virus, Sin embargo se ha progresado en una vacuna terapéuticas no preventiva específica al serotipo con el cual cursa el paciente, con capacidad de revertir las lesiones clínicas y subclínicas causadas por el virus. Condicionado por el incremento de la incidencia de las lesiones preneoplasicas y neoplásicas del canal anal, en mayor proporción en los pacientes HIV positivos, se plantea un sistema de pesquisa y manejo de los pacientes denominados de alto riesgo: todo paciente HIV positivo, MsMs, presencia de lesiones clínicas, inmunodeprimidos, pos trasplantados, antecedente de NIC, antecedente NIV.

La citología anal durante muchos años ha sido de gran utilidad para el diagnostico de neoplasia intraepitelial, debido al hasta 40% falsos negativos que estas reportan, se introduce el uso de la genotificación que es de gran ayuda en el pronóstico de lesiones de alto o bajo grado en pacientes inmunocompetentes; al igual que la biopsia dirigida por anoscopia de alta resolución sobre todo en lesiones subclinícas del canal anal, este plan diagnóstico nos permite no solo seleccionar el paciente de riesgo, si no aumentar el diagnóstico precoz de las alteraciones epiteliales preneoplásica. Según los resultados clasificamos a los pacientes en dos grades grupos: inmunológicamente competentes e inmunológicamente incompetente; posteriormente se sub clasifican en: estado de latencia, infección por el virus, forma subclínica: neoplasia de bajo y alto grado, forma clínica: neoplasia de bajo grado, alto grado y carcinoma in situ.

En base a estos resultados se combinan las terapias: agentes físico, agentes cáusticos, agentes antimitóticos, inmunomoduladores, vacuna autologa. Se tiene una amplia experiencia en estas



terapéuticas, sin embargo, la recidiva es variable según los casos estudiados, asociado a la respuesta inmunológica del paciente. Es bien conocida la capacidad de recidiva del virus, en la actualidad se trabaja en una vacuna terapéutica recombinante, solo es un estudio de fase 1 implementado en pacientes seronegativos, con buena respuesta en lesiones clínicas pequeñas anales y perianales solo con un año de observación. Se debe esperar la fase 3 del mismo y la evolución epitelial de los paciente inmunocomprometidos.

# TÉCNICA DE COLGAJO DE PIEL: MANEJO DE LA FÍSTULA PERIANAL

## Sardiñas, Carlos

Proctólogo.

Hospital Universitario de Caracas-Vnezuela.

Para el tratamiento de la fístula perianal, basta con la sola presencia de la fístula perianal sintomática, la cual es una indicación para la operación. La curación espontánea de una fístula perianal es muy rara. Una fístula perianal no atendida puede ocasionar abscesos repetidos y drenaje persistente, con la morbilidad concomitante. Aunque muy rara vez, puede desarrollarse un proceso maligno en una fístula que ha persistido por mucho tiempo. Por tanto, se necesita recomendar la operación a menos que existan contraindicaciones médicas específicas para la anestesia. Por otra parte, en pacientes que ya tienen la continencia anal defectuosa hay contraindicación relativa, ya que la división adicional del músculo en el tratamiento de la fístula podría volver totalmente incontinente al paciente.

Probablemente el aspecto más importante del examen inicial es determinar que no exista un absceso no drenado. Muchas veces los antibióticos no son suficientes y se requiere el drenaje con una incisión en el área de máxima fluctuación mientras también se intenta impedir la cercanía al anillo del esfínter externo, para evitar el daño. En la formulación del plan de tratamiento, el fin

de la terapia es eliminar el absceso y el trayecto fistuloso mientras se preserva la continencia fecal. Es de gran utilidad conocer el tipo de fístula cuando se planifica las opciones de tratamiento.

El colgajo de avance anocutáneo es un procedimiento apoyado por algunos autores dado el tiempo reducido de estiramiento del esfínter anal, lo que hace a la técnica atractiva. El colgajo en isla ha sido el más utilizado con una recurrencia reportada de 17%, que se encontraba relacionada con los tratamientos previos de la fístula y tamaño, lo que establece que el éxito de la técnica está inversamente relacionado con el número de intentos previos de tratamiento. Por lo que se ha establecido que si el paciente tiene menos de dos reparaciones habrá un mayor éxito, que en aquellos que tengan dos reparaciones o más.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Santoro, GA. y DiFalco G. Enfermedades Anorrectales Benignas. Diagnostico con Ultrasonido Endoanal y Endorrectal y Nuevas Opciones de Tratamiento. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, (ALMO-CA). 2008.
- 2. Sardiñask, C. Proctología para Cirujanos Generales. Editorial Disinlimed C.A. Caracas. 2002.

# ENFOQUE PEDIÁTRICO ANTE LA SOSPECHA DE CÁNCER

# Verges, Anelcy

Pedíatra.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

La tarea del Pedíatra día a día es convertirse en vigilante y detective de la promoción y conservación de la salud de nuestros niñas, niños y adolescentes, en virtud de ello se le encomienda el cuidado de la salud física, los pediatras diagnostican y tratan las infecciones, lesiones, defectos genéticos, tumores malignos, y muchos tipos de enfermedad orgánica y la disfunción. Traba-



jamos para reducir la mortalidad infantil, controlar las enfermedades infecciosas, promover estilos de vida saludables, y aliviar las dificultades del día a día de los niños y adolescentes con enfermedades crónicas. En el grupo perteneciente a las enfermedades crónicas se encuentran las Oncohematologicas, en el correr de todos los tiempos ha estado como la parte la salud que no queremos mirar, y debemos estudiar conocer a fondo porque cada día nos enfrentamos a patología oncohematologicas y a su vez terapéuticas que pueden dar una sobrevida y calidad de vida mejor a nuestros niños.

EL cáncer es un crecimiento incontrolado de células en cualquier órgano o tejido, que se origina cuando un grupo de ellas escapa de los mecanismos normales de control de reproducción y diferenciación. Estas células cancerosas adquieren formas y tamaños anormales, ignoran los límites habituales en el cuerpo, destruyen las células vecinas y a la larga se pueden extender a otros órganos y tejidos. Hoy día, tanto la incidencia como la predominancia del cáncer en la edad pediátrica están en ascenso.

La causa de la mayoría de los cánceres de la infancia es desconocida. Algunos son el resultado de predisposición genética (mayor frecuencia de cáncer en la familia). La exposición a radiación también.

La incidencia anual de casos de cáncer en niños y jóvenes menores de 15 años es dominada por las leucemias (más de 600 casos anuales), representando el 40%, seguido de los tumores malignos del Sistema Nervioso Central con un 11% y los linfomas cerca del 10%. El pronóstico los tumores malignos en niños ha mejorado notablemente gracias a los efectos favorables de la quimioterapia.

Enfrentar los riesgos y consecuencias del cáncer es un reto no sólo para la Salud Pública, sino igualmente para las personas que podemos vernos afectadas. Las posibilidades de éxito son buenas, si tomamos en cuenta que el arma más efectiva es el conocimiento apropiado del problema y

un comportamiento y prácticas saludables, congruentes con hábitos PREVENTIVOS.

Los niños que padecen determinadas alteraciones genéticas como el síndrome de Down, parecen tener un riesgo más elevado de desarrollar cáncer. Asimismo los que han sido sometidos a quimioterapia o radioterapia debido a un cáncer previo, tienen un mayor riesgo de desarrollar otro cáncer en el futuro. En la mayoría de los casos, los cánceres en la infancia se deben a mutaciones o cambios no heredados en los genes de sus células en crecimiento. Debido a que estos cambios ocurren al azar, actualmente no hay manera de prevenirlos.

Los tipos más frecuentes de cáncer en la infancia se pueden dividir en dos grandes grupos: las enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas) y los tumores sólidos (carcinomas y sarcomas).

La leucemia es el cáncer más frecuente en el niño. Existen varios tipos, siendo la más común la leucemia linfoblástica en niños con edades comprendidas entre 2 y 8 años. Este tipo de leucemia representa casi una tercera parte de todos los cánceres pediátricos. Algunos factores de riesgo son la radiación ionizante diagnóstica (in útero) o terapéutica (post-natal), el síndrome de Down, el síndrome de Fanconi, el síndrome de Bloom y la Neurofibromatosis.

Los tumores del sistema nervioso ocupan el segundo lugar entre los niños. Pueden ocurrir entre los 5 y los 10 años, más frecuentes en el sexo masculino y relacionado con exposición a radiación ionizante y desórdenes genéticos. Hay limitadas evidencias en relación con posibles factores de riesgo como algunas ocupaciones paternas (aeronáutica, electrónica, petróleo, agricultura, relacionados con metales, pinturas, solventes, o campos electromagnéticos), uso de productos que contienen compuestos N-nitrosados), uso de algunos fármacos durante el embarazo, exposición al tabaco, alcohol o de medicamentos para la fertilidad previos al e Después de los tumores del sistema nervioso, se encuentran los linfomas, que se desarrollan a partir del sistema linfático.



Hay dos tipos de linfoma, ambos con una incidencia pico en la adolescencia. El linfoma de Hodgkin, reportado más frecuentemente en gemelos monocigotos, hermanos fraternos, en infección por el virus de Epstein-Barr, y los linfomas no-Hodgkin, asociados a síndromes de inmunodeficiencia congénita y adquirida y la terapia inmunosupresora embarazoLos tumores óseos malignos (osteosarcoma, sarcoma de Ewing y condrosarcoma) tienen una incidencia pico entre los 13 y los 18 años. Los tumores de tejidos blandos tienen su mayor incidencia en la infancia para el rabdomiosarcoma y hacia los 15 a 19 años para otros tipos. Los tumores renales ocurren principalmente en la infancia (tumor de Wilms) y entre los 15 y 19 años (carcinoma de células renales).

#### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico y tratamiento del cáncer en el niño son procesos largos que requieren tiempo, paciencia y tienen un alto costo psicológico y económico Requieren del conocimiento profundo de la Oncología así como también del dominio de la Pediatría, lo que condicionará un mejor diagnóstico y tratamiento, tanto del cáncer como de enfermedades asociadas, complicaciones que se pueden presentar y efectos secundarios a corto o largo plazo. El tratamiento incluye la quimioterapia (medicamentos para destruir las células cancerosas), la radioterapia (radiaciones que matan las células cancerosas) y la cirugía (extirpación de las células cancerosas o tumor).

El programa de tratamiento necesario en cada caso particular dependerá del tipo de cáncer, así como de su agresividad, extensión y de la edad del niño. Los niños con determinados tipos de cáncer pueden ser candidatos a un trasplante de médula ósea. El manejo del niño con cáncer es efectuado por el oncólogo o hematólogo, con participación activa del pediatra y de diferentes especialistas que de manera multidisciplinaria le ofrecen la mejor opción de curación. Este equipo multidisciplinario que atiende al niño con cáncer tiene el concepto integral de manejo BIOPSICO-

SOCIAL para lograr la curación del cáncer, así como la restitución integra del niño, niña o adolescente en su ámbito social.

ESTADÍSTICAS: según Anuario de MPPS, para el Estad Zulia 2009 DE 18165 MUERTES de las cuales 1246 eran en menores de 24 años, hubo 19 fallecidos por Leucemias y 19 fallecidos por otro tipos de tumores.

# VENTAJAS Y UTILIDAD DEL PUERTO PER-MANENTE SUBCUTÁNEO CON RESERVORIO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

# Chirinos, César

Postgrado de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

La falta de acceso vascular es un problema común que enfrenta el oncólogo. El aumento del uso de quimioterapia requiere acceso vascular fiable, no sólo para administración, sino también para tomar muestras de sangre y vigilar complicaciones. El incremento en las medidas de cuidado, incluyendo antieméticos intravenosos, analgésicos, antibióticos, factores de crecimiento hematopoyéticos e hiperalimentación, hace imprescindible contar con un acceso vascular duradero en un número creciente de pacientes oncológicos. Los dispositivos de acceso vascular (VAD) con reservorios de implantación subcutánea, constituyen un sistema eficaz y seguro para acceder al árbol vascular sin necesidad de utilizar de forma directa las vías venosas periféricas. Estos sistemas entre otras ventajas, ofrecen mayor calidad de vida resultando muy cómodos para el paciente, permitiéndole mayor libertad de movimientos y evitando el dolor de la punción al transformar la invección intravenosa en una sencilla inyección subcutánea. Otra ventaja de este sistema es que reduce el riesgo de infección, el coste sanitario y es fácil de implantar y utilizar. Sin embargo, el uso del VAD en el paciente oncológico no está libre de riesgo, y las complicaciones como extravasación, la separación del catéter, la mala posición del catéter, trombosis, oclusión, y la



infección pueden ocurrir. En esta revisión, presentamos nuestra experiencia en el uso del VAD con reservorio subcutáneo y se discuten las indicaciones y complicaciones frecuentes en el paciente con cáncer.

#### SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

#### **Levy Mago**

Post-grado Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

La habilidad de interaccionar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales.

La configuración de salud social en nuestro país, es un proceso de índole sociopolítico, por el cual las estructuras sanitarias resultantes, destinadas a satisfacer las necesidades de la población en materia de salud – enfermedad, no son intercambiable ni tampoco incomparable aisladamente. Su comprensión cabal solo es posible teniendo en cuenta los marcos globales que los determina:

- · Recurso humano
- Organización del gobierno en sus diferentes niveles
- Funcionamiento: planificación, administración, reglamento, legislación, prevención y promoción
- Financiación (gobierno)
- Niveles de atención

El derecho a la salud: la constitución venezolana de 1999 retoma el concepto integral de la salud y define que es responsabilidad del estado el asegurar la salud como un derecho humano para todos y de asegurar servicios públicos de salud accesibles y con calidad.

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la

salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85. El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

El Hospital Coromoto es de todos los venezolanos. Desde el 06 de agosto de 2007 PDVSA rescato el centro de salud bajo el lineamiento del presidente Hugo Chávez, para ponerlo al servicio de los más necesitados con una visión más humana y socialista. Humana porque tiene sensibilidad social de ayuda al prójimo, se responsabiliza con



los demás y socialista porque brinda acceso igualitario sin condición para todos.



#### MISIÓN

Preservar y restituir la salud de los pacientes enmarcado en el sistema público nacional de salud, regidos por principios y valores socialistas de ética, solidaridad, amor e igualdad, con alta calidad de servicio médico, conocimiento científico y tecnología de vanguardia.

#### VISIÓN

Proveer asistencia médica de alta calidad y ser reconocidos como una institución socialista de prestigio en el sector salud a nivel nacional e internacional

Solo con la participación del pueblo se consolidaran el acceso a la salud a fin de hacer cumplir el mandato constitucional y como lo requiere la patria.

"Salud con vocación Socialista"

# MANEJO ANESTÉSICO DE LA MUJER EMBA-RAZADA SOMETIDA A CIRUGÍA NO OBSTÉ-TRICA

# Mariella D'incecco Troncone

Médico Anestesiólogo. Hospital Coromoto de Maraca

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

Desde hace muchos años, el manejo anestésico de la embarazada sometida a cirugía no obstétrica, se ha venido realizando con bastante seguridad; sin embargo es siempre un reto para el anestesiólogo a la hora de conseguirse frente a la responsabilidad de mantener la integridad del binomio *Madre-Feto*, ya que siempre se señalan a los agentes anestésicos como los responsables del desarrollo de malformaciones congénitas o el desencadenamiento de un trabajo de parto prematuro o de un aborto.

Las causas que generalmente llevan a la gestante a una cirugía durante su embarazo suelen ser varias:

- Cerclaje de Cuello Uterino
- Apendicectomía
- 00 Forectomía por Torsión, ruptura o hemorragia.
- Traumatismo de cualquier índole y otros La incidencia va de un 0,7% a un 2,0%.

I. LOS FACTORES DE RIESGO DE LA ANESTESIA EN LA GESTANTE SOMETIDA A CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA DERIVAN DE:

# A. POSIBLES ACCIONES NOCIVAS TERATOGÉNICAS Y CITOTOXICIDAD DE ALGUNOS AGENTES ANESTÉSICOS:

Lo más importantes es la fecha de exposición del agente anestésico durante la embriogénesis la cual comprende desde el día 21 al día 64 de gestación. Pero, el período de mayor riesgo es el comprendido entre el día 21 al día 42, que es cuando ocurre la ORGANO-GÉNESIS; posterior a esta fecha las agresiones se traducen en retraso en el crecimiento y alteraciones funcionales.

Ahora bien, la Citotoxidad va a estar determinada por la Biodegradación de las drogas y es por esto que, es de suma importancia mantener las funciones de conjunción de la droga y de la degradación por enzimas microsomales hepáticas, en la forma más íntegra posible ya que de lo contrario se traduciría en una mayor cantidad de droga libre, responsable de los episodios de cardio y neuro toxicidad.

Otro concepto importante es conocer el % porcentaje de droga que se une a las proteínas; los anestésicos locales tipo amino amidas (Lidocaina y Bupivacaina) se metabolizan en el hígado pero



la fracción que queda si metabolizar se une en parte a las proteínas plasmáticas, pero la mayor afinidad por la proteínas (L Glicoproteínas) es de la Bupivacaina en un 95% y la Lidocaína en un 59%; en cambio la afinidad por la Albúmina son los de los ácidos débiles (Benzodiacepinas y Barbitúricos) ocurre que durante el embarazo y en el feto existe una disminución de las Alfa Glicoproteínas y si a esto se suma una injuria con hipo perfusión hepático, existiría mucha droga libre con la consecuente toxicidad cardiaca y del Sistema Nervioso Central.

#### B. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA EMBARAZADA

#### B1. CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Existe un aumento en el volumen plasmático y por ende aumenta el volumen de distribución de las drogas anestésicas con el consecuente alargamiento en la vida media de eliminación de las mismas.

Las resistencias vasculares disminuyen y por ende hay hipotensión arterial y disminución del retorno venoso (pre y post-carga) Si a esto se le agrega el efecto mecánico del útero grávido sobre vena cava inferior, el retorno venoso se ve muy comprometido llegando a alterar el Gasto Cardíaco (GC) y la perfusión útero-placentaria. Todo esto es importante ya que el bloqueo Simpático que ocurre con este tipo de Anestesia comprometería aún más el GC.

B.2. CAMBIOS EN EL APARATO RESPIRATORIO; OCU-RREN CAMBIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES.

Los cambios anatómicos se resumen en modificaciones de la caja toráxica donde ocurre una disminución de su eje longitudinal por elevación del diafragma y aumento del eje transverso además hay dilatación de las grandes vías aéreas.

Los cambios funcionales.

Disminuye la Capacidad Residual Funcional y el Volumen de Reserva Esperatono (VRE) haciendo que las concentraciones alveolares aumenten rápidamente y por lo tanto baje el MAC de los halogenados disminuya como existe aumento de la Frecuencia Respiratorias (FR) sobre todo al final del embarazo. Esto hace que se produzca una al-

calosis respiratoria materna y desvíe la curva de disociación de la hemoglobina a la izquierda, cediendo de esta manera menos oxígeno al feto y predisponiendo a la hipoxia fetal.

B3. CAMBIOS EN EL SISTEMA GASTRO-INTESTINAL:

Hay una predisposición a la regurgitación por disminución del tono del esfínter gastro esofágico (efecto hormonal) y un aumento de la presión intragástrica (efecto mécanico) y es por esto que la embarazada se considera estomago lleno independiente del número de horas de ayuno. Por esto es importante cuando se trata de una anestesia general practicar una intubación de secuencia rápida y premedicar con antiemético, procinéticos e inhibidores de los receptores H<sub>2</sub>

#### B4. CAMBIOS METABÓLICOS EN LA GESTANTE

El concepto hipo glicemia en la gestante se establece con una cifra de 60 mg%; y es de suma importancia la corrección en el transoperatorio de una situación de hipoglicemia ya que esto alteraría la Homeostasia al bloquearse la liberación de epinefrina en situaciones de emergencia y conllevaría a hipotensión arterial sostenida e hipo perfusióntanto materna como fetal.

Es también importante establecer que en la corrección de la glicemia no debe alcanzar cifras hiperglicemicas, porque esa insulina materna atraviesa la barrera placentaria y puede provocar hipoglicemia fetal.

#### OTROS FACTORES DE RIESGO SERÍAN:

- Tipo de cirugía y sus complicaciones inherentes
- Estado generales de la embarazada y patologías asociadas

#### II. MANEJO ANESTÉSICO

### CONSIDERACIONES GENERALES

Se debe individualizar cada caso en particular y elaborar un plan anestésico en la medida de preservar el binomio Madre-Feto.

De acuerdo al tipo de cirugía se seleccionará la técnica anestésica bien sea conductiva o general; de ser conductiva se sugiere la anestesia Subdural por la menor concentración de anestésico que se



utiliza y la mejor calidad en el bloqueo. En caso de seleccionar la anestesia general se debe minimizar al máximo el riesgo de broncoaspiración y en línea general evitar hipotensión arterial y así verse comprometida la circulación útero-placentaria.

En el primer trimestre de embarazo el cuidado viene orientado en evitar efectos Teratogénicos, mientras que en el segundo trimestre se considera más seguro ya que el peligro de desarrollo de malformaciones congénitas ha pasado y con menos peligro de aborto o de trabajo de parto prematuro (14s a la 28s) No ocurre así en el tercer trimestre (28s al término) donde la paciente ha experimentado la serie de cambios fisiológicos y estos harían el manejo anestésico muy especial en la medida de preservar el embarazo y su producto final.

# TRATAMIENTO ORTOPEDICO MAXILAR EN EL DOLOR OROFACIAL

# Villalobos, Judith

Ortopedista Maxilar.` Unidad de Servicio Odontológico. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

El dolor Orofacial es un problema complejo por sus diversas etiologías que la producen, sin embargo, la oclusión dentaria, es una etiología primaria de los signos y síntomas asociados a este trastorno, afectando funciones importantes que se realizan en el sistema estomatognático, y que el ser humano requiere para mantener una calidad de vida óptima, tales como, masticar, Deglutir, hablar, sonreír y hasta besar. Los profesionales de la Odontología, especializados en la Ortopedia Maxilar, hoy en día, juegan un papel preponderante en el tratamiento definitivo de este trastorno, debido a que la mayoría de ellos pueden ser abordados a través de tratamientos dentales que den mejores condiciones para una estabilidad Ortopédica entre la mandíbula y el maxilar, como lo son, el desgate selectivo y la variedad de aparatos ortopédicos maxilares existentes, donde debemos tener presente que múltiples factores, entre ellos los sistémicos y el estrés emocional pueden influir en la función de este sistema extraordinariamente complejo.

# ENFERMEDADES LISOSOMALES: BASES MO-LECULARES

## Bracho Q., Ana B.

Genética.

Hospital Chiquiquira de Maracaio-Venezuela.

#### GENERALIDADES

Las enfermedades lisosomales (EL) son un grupo de alteraciones metabólicas hereditarias, sistémicas y progresivas, con una evolución variable aun dentro de la misma enfermedad, ocurren por deficiencia de las enzimas hidrolasas ácidas. En estas enfermedades las macromoléculas no se degradan y se van almacenando dentro de los lisosomas. Son un grupo heterogéneo de aproximadamente cincuenta enfermedades. Si bien son de baja frecuencia en forma individual, como grupo tienen una frecuencia de 1 en 7.000 a 8.000 nacidos vivos. La mayoría de estas enfermedades son autosómicas recesivas, excepto la enfermedad de Fabry y la enfermedad de Hunter en las que el patrón de herencia recesiva ligada al cromosoma X.

#### FISIOPATOLOGÍA

Los lisosomas son pequeñas organelas, situadas en el citoplasma de todas las células, incluidas leucocitos, eritrocitos y plaquetas, cuya función es hidrolizar un gran número de moléculas complejas producto del catabolismo celular. Están rodeados por una membrana, en cuyo interior se encuentran enzimas hidrolíticas, capaces de digerir tanto el material fagocitado como el material de desecho intracelular. Según lo expresado, la continua captación lisosomal de material no metabolizado produce aumento de volumen de los li-



sosomas, con alteración de la función celular y posible destrucción de las células afectadas. En el caso de las Mucopolisacáridosis, su substrato se almacena poco a poco en los órganos vitales como el corazón, cerebro, riñón e hígado de los pacientes, causando multitud de síntomas como daños óseos, neurológico; en cuanto a la enfermedad de Fabry se caracteriza con la pérdida auditiva, daños nerviosos, erupciones cutáneas, dolores en manos y pies

#### ETIO-PATOGENIA

Si bien, alguna enzima del lisosoma tiene actividad reducida o nula, debido a un error genético, el substrato de dicha enzima se acumula dentro del lisosoma, éste aumenta de tamaño a causa del material sin digerir, lo cual interfiere con los procesos celulares normales. Aunque en la mayoría de los casos se deben a un defecto específico de alguna enzima hidrolasa lisosomal (o de una subunidad de la enzima) implicada en la degradación de macromoléculas, también se han descrito otros mecanismos patogénicos como la deficiencia de una proteína activadora de la enzima (saposina) o de un trasportador de la membrana lisosomal encargada de facilitar la entrada de las proenzimas al interior del organelo (receptor 6-manosa). Estas alteraciones en la actividad enzimática de los lisosomas producen los trastornos conocidos como EL.

En resumen y atendiendo a las causas genómicas de las enfermedades lisosomales, se pueden establecer las siguientes categorías:

- Enfermedades a causa de mutaciones, generalmente aisladas que conciernen a genes estructurales codificadores de las hidrolasas. La mutación puede impedir la traducción del ARNm en una proteína funcional. La mayoría constituyen mutaciones que llevan a la síntesis de una proteína enzimática con sus propiedades catalíticas alteradas, como ocurre en la mayoría de las EL.
- Enfermedades en las cuales la proteína enzimática lisosomal no es transportada al inte-

- rior de los lisosomas por defecto del receptor manosa-6-P, como sucede en las mucolipidosis II / III (defectos en el procesamiento y localización de las hidrolasas ácidas).
- Enfermedades en las que la proteína enzimática es inactiva en los compartimentos lisosomal a causa del déficit de una proteína activadora de la degradación proteolítica intralisosomal; ej.: la galactosialidosis,.
- Enfermedades por defectos en algunas de las proteínas activadoras específicas de hidrolasas que catabolizan los esfingolípidos (Saposinas). Ej. Enfermedad de Gaucher.

Las hidrolasas ácidas implicadas en las enfermedades por depósito lisosomal en general, existen en 2 o más formas moleculares (isoenzimas), aunque generalmente solo una de ellas es responsable de su patogénesis. Factores como la variación en la expresión de una enzima según el tipo celular, o el tejido, o los cambios evolutivos, contribuyen también a la variabilidad clínica y bioquímica de estos trastornos

#### CLASIFICACIÓN

Según la macromolécula que queda almacenada en el lisosoma se clasifican en: A) Esfingolipidosis: como la enfermedad de Gaucher, la de Tay-Sachs o la de Fabry. B) Mucopolisacaridosis: como el de Síndrome de Hurler, Síndrome de Morquio, Síndrome de Maroteaux-Lammy. C) Enfermedad por depósito de glucógeno: Tipo II o Pompe. D) Glucoproteinosis: como la enfermedad de Manosidosis, Fucosidosis, Sialidosis. E) Defectos múltiples de enzimas: Mucolipidosis II/III, Mucolipidosis IV. F) Defectos del transporte lisosomal: Enfermedad por depósito de ácido siálico. G) Otras enfermedades debidas a defectos de proteínas lisosomales: Enfermedad de Danon. H) Otras lipidosis: Enfermedad de Niemann-Pick C, Lipofucsinosis neuronal ceroide

Dado que los lisosomas se encuentran en todas las células excepto en los eritrocitos maduros, hace posible que cualquier órgano pueda ser afectado. La expresibilidad fenotípica en estos



pacientes es muy variada, la mayoría de ellos presentan un franco deterioro, progresivo e irreversible. Muchos de ellos mueren en forma temprana, los que llega a la vida adulta, tienen una expectativa de vida menor al promedio, con una pobre calidad de vida.

El desarrollo de las nuevas tecnologías de análisis genético y bioquímico, han abierto nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas para estos enfermos, que sin duda van a verse enormemente incrementadas en un futuro próximo. El correcto aprovechamiento de estas posibilidades en un futuro, dependerá en gran parte del nivel de implicación del médico de atención primaria en esta patología, mediante un incremento de la sospecha clínica, para lo cual resulta imprescindible conocer al menos sus características básicas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1. Alfonso Palacín Pilar; Pocoví Miguel. Genética de la enfermedad de Gaucher. Correlación genotipo-fenotipo. Publicado en Med Clin (Barc). 2011; 137(Supl.1):17-22.
- aldellou Vázquez A, Sanjurjo Crespo P. Enfermedades lisosomales. En: Sanjurjo P, Baldellou A, eds. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades metabólicas hereditarias, 2ª ed. Madrid: Ergón; 2006. Pp. 613-9.
- 3. Clarke LA. Mucopolysaccharidoses I. En: Barranger JA, Cabrera-Salazar MA, eds. Lysosomal storage disorders. New York: Springer; 2007. pp 389-405.
- 4. Lyon G, Kolodny EH, Pastores GM, eds. Neurology of hereditary metabolic diseases of children. 3th ed. New York: Mc Graw Hill; 2006.
- 5. Menéndez Saínz Caridad, Zaldívar Muñoz Claudina, González-Quevedo Monteagudo Alina. Errores innatos del metabolismo: Enfermedades lisosomales. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2002 Mar [citado 2012 Jul 25]; 74(1): 68-76. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script = sci\_arttext&pid=S0034-75312002000 100009&lng=es.

#### NEUROTOXICIDAD DE LOS AGENTES ANESTÉSICOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

#### Echeverría Villalobos, Marco

Anestesiología. Centro Médico Docente Paraíso. Maracaibo- Venezuela

Después de muchos años de utilización de los agentes anestésicos en niños, en 1999 apareció en la literatura médica el primero de una serie de reportes de neuroapoptosis en roedores recién nacidos y juveniles; a partir de ese momento comienzan a publicarse los resultados de un número creciente de investigaciones en roedores mostrando alteraciones cognitivas permanentes en estos animales cuando eran expuestos a agentes anestésicos y sedantes. En marzo de 2007 la FDA a través del National Center for Toxicology Research (NCTR) reporta los resultados de una investigación hecha en primates a quienes se les anestesió con Ketamina al 5 y 6 día de nacido durante 5 días por 9 a 24 horas y los cuales mostraron extensa muerte celular cerebral especialmente en la corteza frontal (capas II y III) y quienes manifestaron a los 7 meses de edad déficit de aprendizaje muy marcado en comparación con los que no fueron anestesiados.

En abril de 2007, la FDA promovió una reunión de la Comisión de Drogas de Soporte de Vida en Anestesia (ALSDAC) para discutir la abundante evidencia científica acerca de la neurotoxicidad de las drogas anestésicas y sedantes en animales jóvenes y las implicaciones que esta data podría tener en los niños expuestos estos agentes farmacológicos. Las conclusiones de esta primera reunión fueron que: 1) la comunidad médica y científica debía generar más investigaciones sobre esta materia a fin de llegar a un conocimiento más claro y profundo de las implicaciones de los estudios animales sobre los niños expuestos a anestesia y sedación al momento de ser sometidos a procedimientos quirúrgicos, médicos o diagnósticos; 2) los resultados de los estudios animales no prohíben el uso de estas drogas en niños, excepto en ca-



sos de procedimientos puramente electivos en niños menores de 3 años de edad.

En Marzo de 2011 la FDA reunió de nuevo a expertos de la ALSDAC para evaluar los resultados de las investigaciones realizadas desde el año 2007 hasta esa fecha tanto en modelos roedores como primates, y algunos estudios clínicos retrospectivos y epidemiológicos que mostraban que la exposición a los anestésicos generales podían estar íntimamente asociados a neuroapoptosis cuando esta se realizaba en los primeros días y hasta los primeros 36 meses de edad, el cuál es período más vulnerable del cerebro por cuanto el neurodesarrollo aún no se ha completado, provocando consecuencias a largo plazo desde el punto de vista cognitivo en la forma de alteraciones de la conducta, déficit de atención con hiperactividad y déficit de aprendizaje. Adicionalmente, la FDA se asoció a la International Anesthesia Research Society (IARS) para crear el programa Smart Tots (Strategies for Mitigation of Anesthesia-related Neurotoxicity in Tots), cuyo objetivo es facilitar y promover la investigación que pueda resolver las interrogantes que rodean los efectos de la exposición de los pacientes pediátricos a la anestesia en las etapas tempranas del Neurodesarrollo 1.

A pesar de la extensa data existente mostrando la neurotoxicidad inducida por agentes anestésicos en roedores en etapas iniciales del desarrollo cerebral y sus consecuencias cognitivas a largo plazo es complicado extrapolar estos resultados a los humanos. Para relacionar estos hallazgos iniciales, la FDA (NCTR) realizó en 2007 el estudio en primates con ketamina antes mencionado cuyos resultados fueron similares a los reportados por otros investigadores que utilizaron primates anestesiados con ketamina (Slikker 2009, Zeu 2009) en los que se observo extensa apoptosis particularmente en las áreas de la corteza cerebral más relacionada con la atención y el aprendizaje. En un estudio reciente se demostró un aumento en apoptosis neuronal en monos Rhesus de 6 días de nacidos después de haber recibido anestesia general con isoflurano 0.7 - 1.5%.

#### MECANISMOS DE NEUROTOXICIDAD

Varios mecanismos han sido implicados en las alteraciones neuropatológicas que se han observado como consecuencia de la exposición a agentes anestésicos generales volátiles e intravenosos y los cuales se caracterizan por la aparición de neuroapoptosis.

#### **APOPTOSIS**

a) Antagonismo de los Receptores NMDA (Ketamina, N2O).

Bloquea la liberación de Glutamato la cuál interfiere la Sinaptogénesis probablemente impidiendo la liberación de factores neurotróficos como el BNDA (factor neurotrófico derivado del cerebro), pudiendo además jugar un papel determinante la actividad excitotóxica exagerada debido a la falta de regulación de los de los receptores de NMDA.

b) Agonismo de los Receptores GABAA (Propofol, Midazolam).

Los agonistas GABAA estimulan la salida del ion Cl- intraneuronal provocando una despolarización de la membrana neuronal lo cual promueve la entrada de Ca++ con la consecuente destrucción de organelas y mitocondrias y apoptosis de la neurona. Algunos estudios han mostrado que el imbalance entre la estimulación excitatoria e inhibitoria del SNC durante la sinaptogénesis puede desencadenar apoptosis. Otros han señalado que la ketamina y el propofol pueden desencadenar apoptosis al suprimir la señalización pro-sobrevida de neuronas en desarrollo.

#### SUPRESIÓN DE LA NEUROGÉNESIS

Estudios han mostrado que la exposición a isoflurano y sevoflurano disminuyen la proliferación de Células Progenitoras de neuronas con la consecuente supresión de la neurogénesis.



#### ALTERACIONES EN LA FORMACIÓN DE DENDRITAS Y AXONES

La anestesia con agentes volátiles (isoflurano y sevoflurano) altera la formación de dendritas, axones (axogénesis) y la función sináptica.

# PAPEL DE LOS FACTORES NEUROTRÓFICOS (BDNF)

El imbalance de BDNF debido a una excesiva inhibición neuronal durante el período de neurodesarrollo puede resultar en una degeneración apoptótica. Los anestésicos generales inhalatorios, el midazolam y quizás en menor medida el propofol deprimen la actividad neuronal y modulan etapas claves de la apoptosis mediada por el BDNF en la corteza cerebral y el tálamo (Lu LX et al. Apoptosis 2006; 11: 1603 - University of Virginia). También la ketamina a dosis anestésicas bloquea la disponibilidad de BDNF durante la sinaptogénesis, promoviendo apoptosis (Ibia, JC. et al. Current Drug Safety 2006; 4: 11 - Harvard Medical School).

#### VENTANAS DE EXPOSICIÓN

Algunas investigaciones realizadas por Olney, J. et al, muestran que los efectos de algunas drogas dependen de las "ventanas de exposición" durante el desarrollo. Ellos administraron anestesia a monos Rhesus con isoflurano. ketamina y propofol; encontrando que la ketamina fue más neurotóxica para los fetos, el isoflurano para los recién nacidos y el propofol resultó ser el menos tóxico a cualquier edad. Este grupo también muestra evidencia de que los efectos neurotóxicos de los anestésicos pueden potenciarse con la presencia de otros fármacos como por ejemplo, la cafeína administrada a los neonatos para la apnea, potencia los efectos del receptor NMDA. También otros factores relacionados con la cirugía como el stress quirúrgico y psicológico, y el dolor pueden afectar el desarrollo del cerebro.

#### **EFECTOS A LARGO PLAZO**

Las alteraciones morfológicas documentadas luego de la administración de roedores y primates a la anestesia general en las etapas iniciales del neurodesarrollo tienen como consecuencia alteraciones cognitivas y neuroconductuales a largo plazo y algunas son permanentes. La evidencia clínica también sugiere que existe en los niños una relación entre la exposición a anestésicos generales y sedantes, y alteraciones cognitivas duraderas. Sin embargo, hasta ahora esta se limita a los resultados de estudios clínicos retrospectivos y epidemiológicos que no permiten establecer una relación causa-efecto más concluyente.

#### DATA CLÍNICA

Resumiré a continuación los estudios clínicos retrospectivos más importantes que se han publicado hasta la fecha.

- Un estudio realizado en Holanda por Bartels et al en 1,143 pares de gemelos homozigotos demostró que los expuestos a anestesia general antes de los 3 años de edad presentaron más problemas cognitivos y peor rendimiento escolar que los no expuestos (Bartels, M. et al. Twin Res Hum Genet 2009; 12: 246).
- El estudio realizado por Wilder et al en mayo Clinic incluyó una cohorte de 5,357 niños en un estudios retrospectivo de 6 años (1976-1982) a los cuales se les investigaron sus historias médicas y records escolares. 593 de ellos recibió anestesia general. El grupo que se expuso a anestesia general antes de los 3 años mostraron una mayor incidencia de discapacidades para el aprendizaje (lenguaje, lectura, matemáticas). (Wilder, RT. et al. Anesthesiology 2009; 110: 796).
- Sprung et al, también en Mayo Clinic estudió la misma cohorte de 5,357 niños, mostrando que los niños nacidos por cesárea con anestesia general no presentaban más



- trastornos cognitivos que los nacidos por cesárea con anestesia epidural (Sprung, J. et al. Anesthesiology 2009; 111: 302).
- DiMaggio et al (Columbia University) estudió la data del Medicaid de 10,450 niños (hermanos), 304 de ellos recibieron anestesia general antes de los 3 años. Los que recibieron anestesia general presentaron 128 diagnósticos x 100 vs 56.3 x 100 diagnósticos en los no-anestesiados (60%) y una mayor incidencia de trastornos del neurodesarrollo, trastornos del lenguaje y déficit de atención con hiperactividad (DiMaggio, C. et al. Anesthesia & Analgesia 2011; 113: 1143).
- Kalkman et al (University of Utretch, Holanda) evaluaron 364 niños sometidos a cirugía urológica desde RN a 6 años de edad. Los niños operados antes de los 24 meses tuvieron una mayor incidencia de alteraciones de la conducta que los que fueron operados después de los 24 meses (Kalkman, CJ. et. al. Anesthesiology 2009; 110: 805).

En general estos estudios también muestran que la exposición múltiple a la anestesia general se asocia más con dificultades del aprendizaje y del lenguaje que con trastornos emocionales.

#### ESTUDIOS CLÍNICOS PROSPECTIVOS

Actualmente están en plena ejecución dos extensos estudios prospectivos cuidadosamente diseñados que buscan obtener una data más fidedigna acerca de los efectos cognitivos y neuroconductuales de los anestésicos generales en niños menores de 3 años.

• El proyecto PANDA (Pediatric Anesthesia Neurodevelopment Assessment) dirigido por la Dra. Lena Sun de Columbia University, es un estudio multicentrico que abarcará 1,000 niños o 500 pares de hermanos sometidos a 1 sola anestesia antes de los 36 meses para herniorrafia inguinal, los cuales serán sometidos a extensas evaluaciones neuropsicológicos a los 8 y 15 años de edad.

- El estudio GAS de cobertura multinacional, liderado por Harvard School of Medicine abarcará 660 pacientes recién nacidos intervenidos de herniorrafia inguinal bajo anestesia general o regional. Los niños serán sometidos a evaluación del neurodesarrollo a la edad de 2 años y de la inteligencia a la edad de 5 años.
- Otro estudios están siendo realizados como parte del programa Smart Tots cuyos resultados podrán seguirse por su website www.iars.org/smarttots/paqs.asp

# LA ÉTICA SOCIAL: UN PROCESO EPISTÉMICO CON VISIÓN HUMANA ORIENTADO A LA AXIOLOGÍA EN LA SALUD PÚBLICA

#### Villalobos, Karina

Doctora en Ciencias Gerenciales. Investigadora Activa. Universidad Bolivariana de Venezuela.

El propósito de este estudio consistió en analizar la ética social como un proceso epistémico con visión humana orientado a la axiología en la salud pública. En este sentido, es pertinente estudiar como la evolución social en la actualidad ha convertido a las organizaciones del Estado en una expresión estructural, funcional y cognoscitiva, producto de las relaciones de poder por la apropiación de los excedentes sociales de producción y la ética como el mecanismo idóneo e instintivo que reproduce la conducta socialmente aceptada. Bajo esta óptica, se hace imprescindible nuevas formas de convivir sustentadas en la ética social, la dignificación de la vida humana y la justicia social, en la cual se plantean el individuo y la sociedad, puesto que las organizaciones actúan como una entidad fluida, la cual se moviliza para insistir, resistir y fortalecer las acciones del personal, sin permitir que las adversidades afecten el éxito obtenido por una organización al alcanzar los objetivos propuestos. Surge de tal situación, el presente artículo, el cual desarrolla dos categorías, tales como ética y la dignificación



de la vida humana, sustentada doctrinariamente en Escobar (2005), Roldan (2009), Camps y Giner (1998), Sen (2002), Morín (1999), entre otros. Asimismo, la investigación es de tipo documental, bajo un enfoque no experimental, donde existen amplios basamentos que contribuyeron a fortalecer la evolución social de las organizaciones del estado.

#### INTRODUCCIÓN

La evolución social ha convertido a las organizaciones públicas en instituciones del Estado cuya expresión estructural, funcional y cognoscitiva, es producto de las relaciones de poder por la apropiación de los excedentes sociales de producción. La salud pública como ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia a través de los esfuerzos de la comunidad organizada es un aspecto de gran relevancia en nuestro país. En efecto, las enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social, la cual asegurara a cada individuo en la comunidad un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud así concebida es el resultado tangible y concreto de la intención objetiva de los grupos de mayor influencia social.

Es por ello, que en estos espacios se evidencian conductas variadas en individuos que forman parte de las mismas. Se pretende en esta investigación, interpretar la ética social como un proceso epistémico con visión humana orientado a la axiología en la salud pública, que reproduce la conducta socialmente aceptada, moldeando un estereotipo social, con el propósito de mejorar la atención y desenvolvimiento laboral de las personas que día a día prestan servicios en los espacios de salud.

No obstante, el sujeto de la eticidad es también histórico por cuanto en la actividad del presente recupera la experiencia propia y ajena y transforma la realidad cultural, social y personal presente, preparando las condiciones de un futuro deseable, con dignidad humana. Es más, con su actividad formativa, crea cultura, se crea a sí mismo y da sentido a la historia.

#### LA ÉTICA SOCIAL: ESTABLECIMIENTO DE NORMAS QUE RIGEN LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO EN LA SOCIEDAD

Según Capella (2008), la ética social o pública trata de las acciones de un ser humano cuyos efectos directos recaen sobre la propiedad ajena. Abarca las normas de comportamiento en convivencia, frente a los demás. En tal sentido, la ética social permite toda relación beneficiosa para las partes, prohíbe toda relación perjudicial para al menos una parte, y solamente obliga al cumplimiento de los contratos libremente pactados. Un ser humano puede participar o no en una relación libremente, de acuerdo a su voluntad, respetada, o coaccionado.

Así mismo, infiere que una persona se relaciona o se abstiene de hacerlo voluntariamente cuando percibe un beneficio en su decisión. Si una persona es forzada a relacionarse o se le impide violentamente una relación, necesariamente sufre una pérdida, en virtud de que lo que haría voluntariamente es lo contrario de lo que se ve obligada a hacer. Sólo en una relación voluntaria todos los participantes resultan beneficiados y ninguno resulta perjudicado. En toda relación violenta al menos una parte resulta perjudicada. No obstante, en una situación binaria, la víctima es perjudicada por la agresión del criminal. A diferencias, de una situación ternaria, una tercera persona puede perjudicar a otras dos forzando o impidiendo una relación contra la voluntad de ambas partes.

Según Stob (1982), la ética social se ocupa de la conducta moral de los individuos así como de las realidades colectivas y super-individuales. Su preocupación por el individuo es, sin embargo, de una clase especial; es calificada socialmente. Contempla al individuo no meramente como la personalidad centrada que es, no específicamente al que responde sin ninguna mediación explícita



al prójimo que, en su soledad o en su pluralidad indeterminada, lo confronta directamente.

Así mismo, establece que es la rama de la ética cuyo objeto es el establecimiento de las normas que rigen la conducta del individuo dentro de la sociedad, tanto en relación con otras personas como con las instituciones. La ética social es la dimensión conductual racional de la moral y se piensa, que hoy la moral no representa ya patrones sólidos y generalizados. Además, la educación debe orientar al individuo sobre sus escogencias en la vida, debe guiarlo hacia el uso de la cultura como un bien; y a la afinidad con su medio ambiente, como medio para aumentar su calidad de vida.

En este mismo contexto, la ética social se instruye en normas y principios morales de la vida colectiva en un ámbito institucional y no institucional, no obstante, esta establece el complemento necesario de la ética individual, que considera el compromiso del individuo con respecto a los demás y para consigo mismo.

Cabe destacar, que la ética social se tiene en conjunción con la ética individual de cada una de las personas que integran la sociedad, es decir no es moral, en virtud que la moral es lo que está "definido" como bueno en la sociedad, y la ética social es lo que en realidad en conjunto se acepta como bueno, y lo que se decide acatar dentro de la misma, teniendo así las adecuadas consideraciones dentro de la misma para y con los demás, es decir "el respeto a terceros".

De esta manera, el sujeto de la eticidad es además histórico por cuanto en la agilidad del presente recupera la práctica propia y ajena, evoluciona el contexto cultural, social y personal, preparando las condiciones de un futuro deseable. Es más, con su actividad instructiva, crea cultura, se crea a sí mismo y da sentido a la historia. Además, la salud pública debe situar al individuo sobre su futuro en la vida, debe guiarlo hacia el uso de la cultura como un bien; y a la similitud con su medio ambiente, como medio para aumentar su calidad de vida.

El contexto social permea las relaciones entre los individuos y entre los colectivos que la conforman, en un entramado con relaciones intrínsecas que fomentan el comportamiento y las acciones de las personas, es por ello, que compleja realidad humana involucra al hombre a actuar bien o mal. No obstante, las prácticas laborales colectivas e individuales no pueden quedar exentas de esta valoración, pues no sólo son hechas por un ser humano, sino que además quienes las practican son mujeres y hombres preparados para servir.

En consecuencia, todo conocimiento implica una responsabilidad, de modo que el conocimiento de una ciencia, de un arte o de una técnica va también acompañado de la responsabilidad de usarla bien, tal es el caso de los espacios laborales, donde la dignificación de la vida humana juega un papel preponderante al momento de actuar y ejecutar acciones del quehacer diario.

Por su parte, Camps y Giner (1998) infiere, que "el individuo no inventa sus principios éticos pues desde antes de su nacimiento, el ser humano está ya circunscrito a un determinado contexto con respecto al cual tendrá que conducirse.". Cada individuo responde a sus principios esquemas de orden moral, los cuales adecua en función de las circunstancias a las que se enfrentas. No obstante, la ética individual varía en presencia de los requerimientos de los grupos sociales, en consecuencia, cuando la ética individual discrepa de la colectiva puede acarrear conflictos y sanciones morales.

Asimismo, Hegel (2007), destaca que la ética en nuestra vida se divide en tres partes: la familia que es lo que nos inculcan, la sociedad que es la que nos juzga e impone reglas y el estado que quien aplica esas reglas si es que se violan o los actos son fuera del contexto.

En este orden de ideas, el sujeto de la ética es el ser humano y, en efecto, la sociedad. La ética es, ante todo, el deber individual en una estructura compuesta o pública. En este sentido, la eticidad tiene una doble representación: individual y social. La propiedad fundamental de la ética social es



estar en función del colectivo, en virtud de ello, la ética social se expresa en acciones individuales y grupales que almacenan correspondencia con las costumbres, reglas y valores de un grupo social.

Según Roldan (2009), desde una óptica que podemos denominar "occidental" y un liberalismo que destaca a la persona individual por encima de lo social, existen esfuerzos por distinguir entre ética individual y ética social. No obstante, se hace un contraste marcado entre la ética como fenómeno individual y la ética estrictamente social.

Así mismo, ello permite inferir que las pautas han sido creadas para crear la vida en sociedad, para regular la cooperación de los miembros de la sociedad. Cada gremio, tiene sus propias formas de actuar, normativa, bocetos calificativos, es decir, su propia ética. En cada entidad humana existe un consenso implícito extensivo para respetar y acatar las normas del grupo social al cual se pertenece. Pero a la vez, existe una directriz natural a revelar firmeza hacia las normas que de algún modo no se ajusta a la dinámica del diario convivir.

No obstante, las razones para desobedecer o violar las normas pueden ser variadas: comodidad, abuso, deseo de transformar, beneficio, convivencia, inconsciencia, desconocimiento, injusticia, intolerancia, entre otras. Ante ello, la sociedad humana tiene el reto de ir adaptando sus propias normas éticas, de manera que la mayoría las encuentre significativas y en consonancia con un contexto socio-geográfico e histórico-político.

Es importante señalar, que los aspectos del comportamiento ético supone una serie de condiciones relacionadas con el individuo: estado de consciencia, iniciativa, capacidad autónoma, voluntad, sentido comunitario, sentido de cooperación y participación.

#### SOCIALIZACIÓN: UN HORIZONTE AXIOLÓGICO CON ALCANCE A LA SALUD PÚBLICA

Considerados los valores como unidad dialéctica sujeto-objeto, cabe preguntarse si resultan adecuadas las expresiones: "transmitir valores", "socializar valores", "inculcar valores" cuando se

refiere a procesos de servicios de salud que tienen como horizonte axiológico la dignidad humana. También es pertinente interrogarse acerca de cuáles son las condiciones en las que estos procesos contribuyen, valgan como ejemplos los siguientes: la necesidad radical y oponer resistencia a la barbarie. Para trabajar sobre este punto se debe aclarar la función que cumplen diversos procesos que se encuentran imbricados en la salud pública.

En este sentido, pedagogos y sociólogos han insistido en que la función de la escuela es la socialización y la transmisión de la cultura. Retomando, en términos generales, la concepción de Habermas (1990), se entiende por "socialización una red de interacciones gracias a la cual el individuo se constituye como tal, adquiere una identidad, al mismo tiempo que constituye a la sociedad cuyos órdenes normativos asume y contribuye a estabilizar.

No obstante, la ética de la solidaridad, como agente y valor primordial en la formación exhaustiva de las personas, en el desarrollo integral de las comunidades y en la construcción colectiva de respuestas adecuadas a la realidad, marcada por pobrezas imperiosas y patologías colectivas, todo lo cual exige convertir organizaciones e instituciones sociales, de tal manera que nadie quede excluido del derecho de ser solidario, pues no hay justicia sin ciudadanos solidarios, ni solidaridad sin justicia social, libertad fundamental y convivencia pacífica.

Es por ello, que cuando lo que se pretende es que la salud pública contribuya a dignificar la vida, adquiere prioridad la tarea de promover el desarrollo del ser humano con vistas a que éste logre una personalidad autónoma que sea condición para la preferencia y realización de valores.

El desarrollo humano sostenible, exige e implica una ética para el desarrollo, entendida como una reflexión razonada, acerca de los valores que le imprimen sentido a la actividad humana, libre, solidaria, responsable y creativa, sustentada en el derecho al desarrollo, como exigencia legítima de las personas y de las co-



munidades, para hacer algo, o recibir algún tipo de protección integral o de cooperación, con el fin de dinamizar sus capacidades.

En sentido estricto, también es inadecuado decir que los valores se socializan, pues el que se socializa es el individuo al participar en determinadas interacciones que le colocan en situaciones axiológicas y praxeológicas. Desde esta perspectiva, habría que examinar cuáles son los tipos de interacción que debieran favorecerse en la formación para poner al prestador del servicio en esas situaciones y contribuir al descentramiento cognitivo y moral que le permita distinguir entre las necesidades necesarias y manipuladas.

#### ÉTICA: UN SABER PARA GUIAR UN COMPORTAMIENTO ALINEADO AL MANEJO DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN PÚBLICA

Rodríguez (1991), infiere, que la conciencia moral presupone: a) la percepción de los principios de la moralidad (sindéresis); b) su aplicación a las circunstancias concretas mediante un discernimiento práctico de las razones y de los bienes (ciencia moral), y c) el juicio formado sobre los actos concretos que se van a realizar o se han realizado (juicio moral).

Cabe destacar, la verdad sobre el bien moral, que se fundamenta en la razón, es reconocida práctica y concretamente por el dictamen prudente de la propia conciencia. De este modo, se llama prudente al ser humano que elige conforme a este dictamen o juicio. Podemos decir que la conciencia moral es el acto intelectual por el que una persona advierte la moralidad de sus intenciones, de sus decisiones y de sus acciones, juzgándolas de acuerdo con los conocimientos morales poseídos. En tal sentido señalamos como varía en el tiempo la conciencia moral en el Cuadro 1.

# LOS VALORES MORALES: ACTOS HUMANOS ENFOCADOS HACIA EXPRESIONES Y COSTUMBRES

Desde tiempos inmemoriales y antes que los valores hayan sido objeto de estudio de alguna ciencia

**CUADRO 1** 

TIEMPOS	LA CONCIENCIA MORAL EN EL TIEMPO
Presente	La conciencia moral actúa como testigo del presente: nos damos cuenta de nuestros actos en el momento de realizarlos
Futuro	La conciencia moral es estímulo o freno de la acción al proyectarse sobre el futuro
Pasado	Respecto al pasado, la conciencia moral actúa como juez que emite veredicto de aprobación o de reprobación respecto de la conducta anteriormente efectuada.

Fuente: Fernández (2005).

como la filosofía o la ética, los hombres han establecido criterios para calificar los actos humanos de acuerdo con las expresiones y costumbres, que varían de acuerdo al tiempo, espacio geográfico o las circunstancias en que estos se desarrollen. Se puede valorar de acuerdo con criterios estéticos, esquemas sociales, costumbres, principios éticos o, en otros términos, por el costo, utilidad, bienestar, placer, prestigio; tanto para quien realiza el acto como para los que se ven afectados por dicho acto, positiva o negativamente.

Los valores son fruto de cambios y transformaciones a lo largo de la historia. Surgen con un especial significado y cambian o desaparecen en las distintas épocas.

Este concepto abarca contenidos y significados diferentes y ha sido abordado desde diversas perspectivas y teorías. En sentido humanista, se entiende por valor lo que hace que un hombre sea tal, sin lo cual perdería la humanidad o parte de ella. El valor se refiere a una excelencia o a una perfección. Desde un punto de vista socio-educativo, los valores son considerados referentes o pautas que orientan el comportamiento humano. Son guías que dan determinada orientación a la conducta y al comportamiento de cada individuo y de cada grupo social.

La visión subjetivista considera que los valores no son reales, no valen en sí mismos, sino que son las personas quienes les otorgan un determinado valor, dependiendo del agrado o desagrado



que producen. Desde esta perspectiva, los valores son subjetivos, dependen de la impresión personal del ser humano.

La ética social es la rama de la ética cuyo objeto es el establecimiento de las normas que rigen la conducta del individuo dentro de la sociedad, tanto en relación con otras personas como con las instituciones. La ética es la dimensión conductual racional de la moral y se piensa, que hoy la moral no representa ya patrones sólidos y generalizados.

#### DIGNIDAD HUMANA: UNA FUERZA INTRÍNSECA EN EL MANEJO DE LA VULNERABILIDAD

La pobreza, obviamente, tiene mucho que ver con la privación de recursos económicos básicos. Sen (2002), subraya que lo importante no es la privación de los recursos en sí, sino la privación de capacidades para hacer realidad las mismas; en otras palabras, realizar la libertad personal en el desarrollo de sus capacidades y deseos. No se puede medir de manera precisa y generalizable. Pero no por eso es menos importante, porque corresponde a un fenómeno humano reconocido universalmente que se expresa con el término "dignidad". La dignidad está íntimamente ligada a la vulnerabilidad humana. Podría decirse, entonces, que la dignidad es la fuerza intrínseca de la vulnerabilidad, es su carácter inviolable.

La dignidad es, en otras palabras, un requerimiento mínimo y un criterio de juicio de un proceso de desarrollo. La dignidad en el proceso de desarrollo, es un mínimo y un máximo; es un requerimiento y una meta. Puede haber crecimiento económico, pero si en este proceso no se respeta ni se fortalece la dignidad de las personas humanas, no representa un desarrollo verdadero.

Por ello, la sociedad en el sentido ético, es una sociedad en la cual todos los seres humanos que la integran reconocen, respetan y realizan mutuamente su dignidad humana. La dignidad depende de factores externos y factores internos. Sus factores externos son el reconocimiento, respeto, y las condiciones concretas (culturales, materiales, económicas, políticas, entre otras). Pero más que todo, se trata a lo interno de respetar y conservar la dignidad humana del acceso a un empleo sustentable o a un pedazo de tierra que se pueda cultivar.

Según Kliksberg (2005), una lucha política que otorgue una distribución más justa, ante todo, parte de lo que podría llamarse una política de dignidad. En tal sentido, la capacidad humana de verse aún en circunstancias adversas, como persona completa e integral y por tanto, el fortalecimiento de esta capacidad, expresado como dignidad humana, debe ser vista como un requerimiento mínimo y un criterio de juicio ético del proceso de desarrollo.

#### DESARROLLO HUMANO: UN FUTURO SOSTENIBLE ORIENTADO HACIA EL LOGRO DE LA SALUD PÚBLICA

El desarrollo humano es un enfoque alternativo que trata de orientar las estrategias y las políticas de desarrollo, enfatizando que el fin del desarrollo es la sociedad, dignificación de la vida humana y las organizaciones humanas. Las oportunidades que valoran estos agentes, son infinitas y cambian a través del tiempo.

Así mismo, Kliksberg (2005) refiere como independientemente del nivel de desarrollo que tenga un país, existen oportunidades esenciales para la gente, tales como: disfrutar de una vida prolongada y saludable, es decir tener una vida digna; internalizar aprendizajes y conocimientos; y tener acceso a recursos para mantener un nivel de vida con integridad. Así el objetivo básico del desarrollo humano es el de generar un ambiente adecuado para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, digna y creativa.

En este mismo orden, Mendoza (2004) manifiesta que la conciencia crítica y capacidad del ser humano para autoevaluarse, reviste a la vez una importancia sin límites para la consecución del desarrollo. Una evaluación a tiempo permitiría estimular la productividad, elevar el crecimiento



económico, ampliar las prioridades del desarrollo; permitiendo la auto-limitación el ámbito de las libertades humanas, el bienestar social y la calidad de vida, tanto por sus valores intrínsecos como por su condición de elemento constitutivo de las mismas.

Entre los autores que sustentan la actual concepción de una Ética para el Desarrollo y los estudios del Desarrollo humano se encuentra, Crocker (2001) y sobre todo Sen (2002), Kliksberg (2005) y Stiglitz, (2000, 2002); quienes han permitido desarrollar una reflexión sobre los fines y medios que acompañan los cambios socioeconómicos en los países, por la búsqueda de calidad de vida.

En tal sentido, Navarro (2009), infiere que la crisis no se está resolviendo, pues el problema de fondo no se está tratando de manera profunda. La escasa capacidad de consumo por parte de la población, se traduce en un problema de demanda de dimensiones enormes y que no se puede resolver, no puede solucionarse el enorme problema del endeudamiento privado; por tanto es una crisis de origen económico social, no una crisis financiera.

De allí, corrobora como el crecimiento económico no implica desarrollo humano y que el problema de la crisis financiera, debe ser visto más, desde una perspectiva del desarrollo sostenible para la vida futura.

En este mismo orden, Iglesias (2001), manifiesta que la complejidad de la problemática del desarrollo no puede ser abordada desde visiones interesadamente simplificadoras o de reduccionismo ideológico, que transforman la realidad en un esquema. Se hace necesario plantear con nuevo vigor en esta perspectiva, los problemas de una sociedad, a veces, sin horizonte social, temporal, ni ecológico, o del Estado y su papel compensador en una sociedad desigual.

En virtud de ello, Martínez (2000), hace referencia a la formación crítica de una Gerencia para el desarrollo, basada en la promoción de actividades de colaboración entre colectivos comprometidos en tareas que permitan llegar a una propuesta

de reflexión ética. Propuesta que desmitifique el enfoque reduccionista y fomente planes de reformas estructurales, por el cambio de actitud moral del ciudadano y de sus organizaciones.

El esfuerzo entonces, no se limita a la formación de programas y planes sociales, requiere discutir cómo se entiende el desarrollo. Tampoco se ciñe a la mera propuesta de un código ético para las organizaciones, para ser aplicado de modo inmediato; sino que busca ofrecer una reflexión sobre el trasfondo ético, la construcción de organizaciones de futuro.

No obstante, Sen (2002) expresa que después de ubicar la Ética para el desarrollo en el campo de las éticas aplicadas y de resaltar la importancia de conceptos claves sobre necesidades básicas, es necesario concentrarse en metas, formuladas en términos de valores y normas necesarias para la ejecución de tareas coherentes.

Nace entonces, la compleja interdependencia entre valores, organizaciones y normas de comportamiento del ciudadano, así como la visualización entre equidad y eficiencia; entre valores e instituciones; capaces de promover una reflexión sobre una Gerencia para el desarrollo, una Gerencia de futuro que permanece en procura de despertar conciencia en el debate contemporáneo, sobre como la base de una convivencia entre grupos involucrados, que rompa con el individualismo organizacional y cree bases sinérgicas en la construcción de un desarrollo sostenible.

#### **CONSIDERACIONES FINALES**

Un valor es una preferencia que los actores sientes o consideran que justifica ya sea moralmente, a través del razonamiento, o por juicios estéticos. No obstante, si un valor se mantiene implícito, el comportamiento que se relaciona con esta concepción es una muestra de lo posible y no solo de lo deseado. Este tema es fundamental en la dirección de organizaciones sociales, ya que firma la credibilidad o la resistencia de las directivas. La posibilidad de inducir (no de imponer) comportamientos en los integrantes está relacionada con la congruencia



entre los mensajes de los directivos y los sistemas de valores de los actores.

Estos valores no son una determinación externa del orden social, sino que también se modifican, infieren, adaptan, organizan y relacionan entre sí junto con el propio desarrollo de las personas, por consiguiente, el hombre social, es de ser una necesidad, y la ley de sociabilidad es un medio propuesto por la naturaleza al hombre, con el designio de que, realizando ese fin, cumpla con unas de las realidad en su vida.

En tal sentido, el hombre social es un ser de gratitud, es un compuesto de elementos verdaderos como: la necesidad, gratitud, utilidad, derecho y deber. En el diario vivir, se ha acotado comportamientos que son juzgados de acuerdo con las características que este tiene y que denotan la conducta moral de un individuo, en virtud que de acuerdo con la sociedad, estas actuaciones deben acomodarse a las reglas o normas que indican si una persona está actuando bien o mal moralmente.

Juzgar un comportamiento ético parece muy simple. Una actuación honesta, legal y correcta es una actuación ética, y desde este punto de vista, la calificación ético-no ético es fácil, pero el juicio se complica cuando se entra en el terreno de lo que se podría denominar ética de los resultados. Es decir, cuáles han sido los resultados que una actuación ética han producido. De acuerdo a ello, es evidente que si una actuación produce unos efectos catastróficos, y esto es posible que ocurra, es que alguna cosa ha fallado, es que algún condicionante no se ha tenido en cuenta.

No obstante, la cultura institucional de la organización en su conjunto en la que se expresan valores, creencias e ideales. Añade la figura de cómo la incorporación de dicha cultura en la vida diaria va formando ese ethos institucional, esa consonancia, referida a la identidad moral que precisa el horizonte de cualquier organización; es decir, la toma de decisiones; el valor del paralelismo institucional y su identidad social, específicamente en la salud pública. Sin embargo, la acción

de los seres humanos, el activar de las organizaciones y la pluralidad de los contextos están marcados hoy en día por altos niveles de confusión, inseguridad y conflictividad.

#### BIBLIOGRAFÍAS

- Capella, F. (2008). Ética individual y social. Artículo publicado en la revista Ecuador Ciencia. Ciencia, Tecnología, Educación y Libertad. Pág. http://www.ecuadorciencia.org/articulos.asp?id=6170. 25-09-2010.
- 2. Camps, V. y Giner, S. (1998), Manual de Civismo. Editorial Ariel. Barcelona.
- 3. Crocker, D. (2001). Los Problemas Éticos Claves. (Ponencia) En: Hacia una Ética del Desarrollo, Foro realizado en Caracas, 22-23/09/2001.
- 4. Escobar, G. (2005). Ética. Cuarta Edición. México: Editorial Mc Graw-Hill.
- 5. Fernández, R. (2005). Ética, Social y Moral. Guía para educar en valores humanos, Ed. Taller de Editores S.A., Madrid.
- 6. Flores, E. (2001). Libro del Nacional. Caracas: Colección Minerva.
- 7. Habermas, J. (1990). Pensamiento Posmetajisico. Tr. M. Jiménez Redondo. México, Taurus. Humanidades.
- 8. Hegel, G. (2007). Vida, Pensamiento y Obra. Goncal Mayos, Barcelona, Planeta DeAgostini.
- 9. Iglesias, E. (2001). Palabras de apertura del foro: hacia una ética del desarrollo. Caracas, 22–23 de septiembre.
- 10. Kliksberg, B. (2005). La agenda ética pendiente de América Latina. Fondo de cultura económica de Argentina, S.A. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en www.iadb.org/ética
- 11. Martínez Navarro, E. (2000). Ética para el desarrollo de los pueblos. Madrid: Editorial Trotta. Colección Estructuras y Procesos. Serie Ciencias Sociales.
- 12. Martínez, M. (2008). Una cultura organizacional y sistema de valores institucionales.Rectoría UNAD Bogotá, Publicado. 8 de



- Enero de 2008. Consulta: 26-07-2012. Hora: 5:00 pm.
- 13. Mendoza, J. (2004). El Explorador de Oportunidades para la Ética, Capital Humano. Nº 171, noviembre 2003, Madrid, pp.36-48.
- Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. CIPOST-UCV, Caracas, Venezuela.
- 15. Navarro, V. (2009). Causas de la Crisis mundial. The johns hopkins University. USA.
- 16. Rodríguez, LA. (1991) Ética General. Pamplona: Eunsa.
- 17. Roldán (2009). ¿Qué entendemos por ética social? Dos visiones sobre el tema. Articulo extraído de la pág. web: www.teologiaycultura.com.ar/arch\_rev/alberto\_etica\_social.pdf -.Fecha:18-06-2012.
- 18. Savater, F. (1998). Ética y Ciudadanía. México: Colección 30 Aniversario.
- 19. Sen, A. (2002). ¿Qué impacto puede tener la ética? Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Disponible en www.iadb.org/ética. pp. 1-35.
- 20. Stiglitz, J. (2000). What I Learned at the World Economic Crisis. The Insider. The New Republic. 17 y 24 de Abril.
- 21. Stiglitz, J. (2002). Más instrumentos y metas más amplias para el desarrollo. Hacia el Consenso pos-Washington. En: Kliksberg, Bernardo. Compilador. Ética y Desarrollo. La relación marginada. Editorial el ateneo. Argentina. pp. 45-99.
- 22. Stob, E. (1982). Reflexiones éticas. Ensayos sobre temas morales, Grand Rapids: TELL.

## UNIVERSIDAD Y SALUD EN EL HORIZONTE SOCIO POLÍTICO VENEZOLANO

#### Borjas Lizardo, Elizabeth

Doctora en Ciencias Médicas. Universidad Bolivariana de Venezuela.

La Revolución Bolivariana como hecho histórico desde sus inicios ha sido clara y determinada en sus propósitos de luchar por alcanzar las bases para el desarrollo de la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, equidad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social CRBV Art. 2. Para desarrollar estos procesos se necesitan los llamados actores sociales, lo cuales se constituyen en personas institucionales u organización que potencial o efectivamente, tiene capacidad para movilizar recursos de poder en intervenciones sobre problemas de salud. Los recursos de poder pueden clasificarse en tres campos: económico, técnicos y políticos los económicos pueden ser en efectivo, en materiales, o modelo económico; los técnicos se refieren al saber, a capacidades de hacer cosas; y los políticos se refieren a la movilización de la voluntades, de personas y están muy vinculados al valor simbólico.

El poder es un activo producido, reproducido y acumulado por los diferentes actores sociales en el seno de las poblaciones, en el proceso de su conformación como actores.

En este caso la universidad como actor social se conformara y desarrollara sus acciones en función del modelo económico y la política en la que se encuentre inmersa compartiendo una cuota de poder en la sociedad.



Tradicionalmente las universidades constituyen las primeras instituciones donde se conglomeran o agrupan los trabajadores intelectuales. Según Carlos Marx "La verdadera división social del trabajo va a originarse a partir de la escisión entre el trabajo manual y el trabajo intelectual; esto se expresa en la aparición de los filósofos, investigadores, sacerdotes, artistas, dedicados al cultivo del intelecto. Buscando comprender la naturaleza, el hombre y la sociedad.

En el progreso de esta producción de conocimientos en manos de las Universidades vemos como históricamente se va desarrollando con el capitalismo, la creación de un modo de producción que despoja al pueblo del saber directo, dejando esto del saber a un grupo elite, fraccionado, controlado políticamente y técnicamente por la clase dominante.

Entendiendo que es en las universidades donde a lo largo del tiempo se han formado ideas y concepciones fundamentales acerca de la enfermedad y la forma en que se determinan la salud y la propia vida; generando el llamado "Saber formal" pilar básico de las acciones de la salud institucionales, y que surge de la práctica profesional-técnica, construyendo un cuerpo teórico explicativo, para la sociedad.

En el post-modernismo se encuentra que el pensamiento científico-medico que domina, se ve distanciado radicalmente de la necesidad colectiva; de contenidos de lo social, humanista y liberador. Observándose una crisis de la salud que obedece al pensamiento positivista, racionalista cerrado, basado en la concepción biologisista, con enfoque individualista, convirtiéndose en un instrumento que hegemoniza ideológicamente al sector salud, transformando al sistema de salud en un modelo de consumo mercantilista entre los actores sociales que participan y se relacionan entre sí. Actualmente este modelo hegemónico empieza a mostrar su fracaso y perder legitimidad, en donde surgen el pensamiento humanista y la plataforma de esta perspectiva es la base en el materialismo histórico y gramsciana, y reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva - en donde el estado tiene una tarea esencial son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales, esta y las ideas de Eugenio Espejo, nuestro Presidente Hugo Chávez F., el Che Guevara, entre otros, representan las bases para el desafío de la fundamentación y consolidación de las nuevas bases del pensamiento en las Universidades Venezolanas, para romper con paradigmas científicos (Como la concepción de "Muro" de las Universidades) que no dan respuestas a la sociedad, de allí la importancia de vincular por ejemplo la relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas, las relaciones entre la organización de la salud a los modos de producción y las investigaciones del sistema monopólico de propiedad y la distribución de la calidad de vida de los diferentes grupos sociales, étnicos y de género; entre otras.

De esta manera descubrimos que hay una vinculación estrecha entre el método de la ciencia que usamos determinado por las universidades (Centros de Conocimiento) y la ideología o el cristal ideológico a través del cual miramos la salud. Por eso, es muy importante la formación del recurso humano que interactúa en el sistema de salud, lucha contra el positivismo y tiene la responsabilidad de recuperar la Visión crítica recreando una teoría de salud contra hegemónica. No se puede avanzar en el discurso político, mientras que se atrasa en el discurso científico de la Medicina y la salud.

En los momentos de la revolución en la cual nos encontramos la falta de conciencia sobre ese vinculo entre los científicos y la necesidad social seria un hecho extraordinariamente grave.

La ciencia y la enseñanza universitaria en salud no pueden actuar por separado ambas deben desarrollarse en un pensamiento crítico acerca de los problemas de salud y para eso es indispensable recuperar una ideología emancipadora para la ciencia y la educación superior. Se debe avan-



zar en propuestas que verdaderamente representen las necesidades colectivas y plasme los derechos constitucionales de los venezolanos reproduciendo por ejemplo instituciones hospitalaria y universitarias como el Hospital Coromoto y la Universidad Bolivariana del Venezuela.

Nuestro proceso revolucionario y a todos los que nos encontramos inmersos en el, como científicos no podemos ahorrarnos la responsabilidad colectiva, ni el dolor de la conciencia social. Una ciencia sin conciencia es inefectiva y lo más grave que puede suceder en un colectivo universitario como lo diría Morin, es que no tenga conciencia que le falta la conciencia y la ciencia sin una ideología es como un arma sin dirección Breilh Jaime (2003). Finalmente, si reconocemos que la revolución es la ternura de los pueblos y la

salud necesita de esa ternura, podemos decir también que la ciencia puede ser in instrumento de ese gran amor donde el Hospital Coromoto y la Universidad Bolivariana de Venezuela representan un ejemplo de este proceso revolucionario, que responde a una necesidad colectiva a corto plazo y que simultáneamente contribuye a la transformación social y a la construcción de nuevas relaciones institucionales, de unión entre la ciencia y la ideología consolidando entre gran proyecto social en el área de la salud para todas y todos los venezolanos, en el que hacer teórico y político que posibilite el desarrollo de propuestas orientadas para la construcción de un mundo, sin explotación, sin dominación, sin discriminación y sin alineación (Sader, 2003).



# RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES



## ANEURISMA DISECANTE DE LA AORTA TIPO STANFORD B. REPORTE DE UN CASO

Rodríguez, Alejandra; Demarchi, P.; Rodríguez, J.; Senf, R.; Acosta, D.; Finol, M. Servicio de Imagenología.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Aneurisma disecante de aorta enfermedad vasculares catastrófica, debido a la ruptura intimal que luego se propaga distalmente. El 95% de las rupturas ocurren en aorta ascendente, distal a la válvula aórtica (clasificación Stanford Tipo A, tasa de mortalidad de 1%/ hr hasta la cirugía) o distal a la arteria subclavia izquierda (clasificación Stanford Tipo B, tasa de supervivencia a los 5 años del 60%). INCIDENCIA: 2-5 c/100.000hab./año, raza negra, relación hombres-mujeres: 3:1, edad de presentación: entre 40 y 80años, con mayor riesgo ante HTA. REPORTE DEL CASO: Paciente femenina, 54 años, HTA, no fumadora, consulta por presentar posterior a caída de su propia altura dolor dorso lumbar de moderada a fuerte intensidad que cede con analgésicos orales durante 2 horas aproximadamente. Se diagnostica dolor neuropático tratado con bloqueo paravertebral y fisioterapia por 4 meses, sin mejoría. Exámenes de laboratorios no concluyentes (Hb: 11.3g/dl, Hto: 36%, CB:5.700, Plat: 304.000, PRC:2.39mg/dl, Urea:11.8mg/dl, Creatinina:0.7mg/dl, Calcio 10mg/dl). ESTUDIOS DE IMÁGENES: Tele de tórax revela: silueta cardiaca aumentada de tamaño, aorta elongada botón aortico prominente y ensanchamiento mediastinal, TC columna lumbo sacra: cambios degenerativos dorso lumbares, y osteopenia, marcados cambios arterioscleróticos de aorta abdominal y vasos iliacos, correlación con Angio RM vs Angio TC. RM de columna revela en forma incidental: gran dilatación aneurismática fusiforme de aorta descendente trombosada con disección tipo Stanford B, cuya dilatación máxima a nivel de la porción torácica midió 7.5cm luz falsa y 3 cm luz verdadera, con extensión hacia iliacas y arteria renal derecha, formación de dos canales falsos a nivel de aorta abdominal (hallazgo sumamente infrecuente no reportado en la literatura) originándose la arteria renal derecha de uno de ellos. Angio TC y Doppler confirman los hallazgos. Debido al compromiso y extensión se decide tratamiento médico y control de cifras tensiónales, así como cambio del estilo de vida, sin alternativa quirúrgica. Controles posteriores c/4meses no han revelado cambios. CONCLUSIÓN: Sin tratamiento, la mortalidad de la disección aórtica a los tres meses excede el 90%; 20% de los pacientes mueren en el primer día y 60% mueren en las siguientes dos semanas. La mortalidad es mayor en las disecciones tipo A. Aunque la mortalidad quirúrgica es alta en ambos grupos, es más alta en los pacientes con disección tipo B por las condiciones de comorbilidad asociadas. El manejo médico antihipertensivo en disecciones tipo B puede producir cicatrización de la disección en una forma subaguda o crónica.

#### ACRETISMO PLACENTARIO CON INVASIÓN VESICAL. UN CASO

**Useche, G.; Mavarez, D.; Ávila, R.; Peña, Y.; Lozada, G.; Marín, R. y Chiquito, Y.** *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.* 

INTRODUCCIÓN: La placenta Percreta es poco frecuente, se describe 1 de cada 2.500 embarazos, asociada en el 75% con Placenta Previa. Puede cursar con perforación de la pared uterina anterior e invasión a la vejiga. Incrementa la morbimortalidad materna entre el 7 y 11.4%. OBJETIVO: Presentar el diagnostico y manejo oportuno en el acretismo placentario. METODOLOGÍA: Análisis de la historia clínica. RESULTADOS: Se trata de paciente de 39 años de edad, III Gesta, II Cesáreas, con embarazo de 38 semanas por FUR, Placenta Previa Oclusiva Total y Acretismo placentario diagnosticado por estudio ultrasonográfico a las 32 semanas. Luego de su valoración se le realiza



ultrasonograma obstétrico, el cual describe embarazo simple de 38 semanas, placenta previa oclusiva total, placenta percreta con invasión a pared vesical. Se ingresa la paciente, encontrándose hemodinamicamente estable, se realiza Cesárea Segmentaria extrayendo recién nacido vivo, hembra a término. Durante el acto quirúrgico se evidencia ruptura de pared vesical posterior por infiltración placentaria, útero de Couvalier, practicándose histerectomía abdominal total con conservación de anexos y cistorrafia. Se traslada a la paciente a la unidad de cuidados intensivos en shock hipovolémico, siendo egresada al quinto día de post operatorio en buenas condiciones generales con el neonato. CONCLUSIÓN: El acretismo placentario pese de su poca frecuencia es de difícil categorización y manejo obstétrico, con complicaciones hemodinámicas y hematológicas que aumentan el riesgo de mortalidad materno fetal. De allí su importancia en la presentación del caso.

#### CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA Y EMBARAZO. UN CASO

Mavarez, D.; Useche, G.; Fuenmayor, N.; Terán, A.; Ferrer, M. y Ávila, R. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama durante el embarazo somete a controversia para el manejo adecuado de la madre y seguridad del feto. OBJETIVO: Presentar un caso de cáncer de mama durante el embarazo. METODOLOGÍA: Revisión de historia clínica. RESULTADOS: Paciente de 28 años con embarazo de 33,2 semanas, presentando debilidad generalizada, mareos, tumoración en mama derecha exofítica sangrante con aumento de volumen, que compromete región areolar y cuadrantes superiores, adenomegalia axilares. Exámenes complementarios: Cuenta Blanca 21.700, segmentados 91,52%, Hemoglobina 6.25 g/dl y Hema-

tocrito 4.6%. Prueba de Función Pulmonar: restricción severa. RX de Tórax cambios parenquimatosos en base pulmonar derecha, engrosamiento del intersticio hilio basal bilateral, ángulos cardiofrénicos y costo diafragmáticos lucen libres. Perfil Biofísico Fetal y Velocímetria Doppler normal. Biopsia de tumoración Trucut reporta, Adenocarcinoma Ductal Infiltrante, pobremente diferenciado con adecuada respuesta linfocitaria del huésped y áreas de necrosis. Informe Inmunohistopatologico describe Carcinoma Ductal infiltrante de mama pobremente diferenciado estadío IIIB (Grado III), receptores hormonales (ER/PR), oncoproteína HER-2NEU negativas. En vista de presentar a los 7 días de evolución intrahospitalaria disnea, dolor opresivo de fuerte intensidad a nivel torácico que no cede con analgésicos comunes y deterioro de la salud fetal se decide cesárea segmentaria, obteniendo Recién Nacido vivo ingresado a UCI pediátrica. Se realizó Mastectomía Radical Derecha con pectoral mayor (técnica de Pateu). La madre y su recién nacido fueron dados de alta a los 6 días con seguimiento y control por Oncología médica y quirúrgica. conclusión: La detección de un tumor de Mama en la embarazada plantea el desafío de determinar su condición biológica, tomando en cuenta el binomio madre-hijo.

# CAVERNOMATOSIS DE LA VENA ESPLÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pirela, L.; Rodríguez, J.; Demarchi, P.; Molero, M. y Zumztein J. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Coromoto Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: La transformación cavernomatosa de vena esplénica son casos raros, que se manifiestan por trombosis vena esplénica y presencia de colaterales en región esplenorrenal, así como hematemesis debido varices gástricas aisladas, con una vena porta permeable, función hepática normal. La causa más fre-



cuente de este síndrome es la patología de neoplasias pancreáticas con invasión a hilio esplénico. CASO CLÍNICO: Paciente de 51 años, que comienza su enfermedad 24 horas antes de su ingreso, vómitos con sangre, posteriormente evacuaciones liquidas sanguinolentas, así mismo mareos y nauseas por tal motivo se ingresa para valoración y tratamiento. Examen físico: regulares condiciones generales, deshidratado en un 30%, con moderada palidez cutáneo mucosa, Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplo, FC: 90 x", TA: 100/68 mmHg. Abdomen, blando, depresible, no doloroso, sin visceromegalia. Neurológico Consciente, orientado en lugar, tiempo y espacio. Diagnostico Provisional: -Hemorragia digestiva alta. -Anemia. TC ABDOMEN: Páncreas se observa a nivel de cola área distal LOE, redondeado, de contornos parcialmente definido aprox.2 cms, impresiona invadir estructuras vasculares del hilio esplénico sugestivo de neoplasia, observándose múltiples imágenes serpentiginosas en hilio esplénico y región esplenorrenal que sugieren colaterales vasculares. ANGIOTOMOGRAFÍA DE ABDOMEN: Ausencia de estructura vascular compatible con vena esplénica (Probable invasión tumoral). Vena Porta se encuentra conformada por vena mesentérica superior e inferior acentuadamente prominentes y tortuosas, así como dilatación severa de la vena gástrica izquierda y múltiples colaterales en ovillo a nivel del hilio esplénico: probable transformación carvernomatosa de la vena esplénica. DISCU-SIÓN: La causa principal de trombosis de vena esplénica es la patología maligna primaria o metastásica, de la patología maligna el carcinoma de páncreas fue el que en más casos se asoció a trombosis. El diagnóstico oportuno y preciso de trombosis y de su etiología justifica ampliamente el empleo de dosis de radiación adicional para un estudio trifásico o angiotomografía abdominal.

# CINTILOGRAMA CON CIPROFLOXACINA-TC 99M Y TC 99M-MDP EN EL DIAGNÓSTICO DE **OSTEOMIELITIS**

Zabala Hernández, C.; Paz Araviche, V.; Molero Pereira, J. y Tovar Ávila, C. Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Coromoto-Hospital Clínico.

Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Las infecciones osteoarticulares son frecuentes, alrededor del 30% de los pacientes con antecedentes de patología ósea, desarrollan osteomielitis durante el seguimiento. La detección de procesos infecciosos a través de imágenes gammagráficas, Tc99m-MDP es positiva en las horas o días subsiguientes al comienzo de la infección y depende de la permeabilidad vascular mientras que Tc99m-ciprofloxacina se fija únicamente en los sitios donde hay bacterias vivas, este antibiótico penetra a las bacterias por difusión pasiva inhibe a la topoisomerasa II. OBJETIVO GENERAL: Establecer el diagnóstico precoz en pacientes con sospecha clínica de osteomielitis complicada o prótesis articular infectada. MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó una gammacámara General Electric, los pacientes recibieron por vía EV los radiotrazadores, con la posterior adquisición de imágenes. Fase I (perfusión): En las imágenes obtenidas durante la administración del radiotrazador Tc99m-ciprofloxacina en forma dinámica en el primer minuto. Fase II (imagen temprana-pool vascular): Imágenes obtenidas inmediatamente y diez minutos después de administrado el radiotrazador se confirma el incremento en el área de infección activa. Fase III (imagen tardía): Tc99m-ciprofloxacina muestra hipercaptación a los 90 min y el Tc99m-MDP a las 3 hrs. con-CLUSIÓN: El protocolo combinado de cintilograma con ciprofloxacina-tc 99m y tc 99m-MDP es un excelente método en el diagnóstico de osteomielitis complicadas y prótesis articulares infectadas.



# EFICACIA DE LAS CURAS HÚMEDAS VS CURAS SECAS EN PACIENTES CON DEFECTO CUTÁNEO

# Chacín, J.; Chacín, M. y Hidalgo, Y.

Postgrado de Cirugía General. Hospital Dr. Pedro García Clara. Ciudad Ojeda. Edo. Zulia

INTRODUCCIÓN: En la actualidad contamos con la oferta de apósitos más amplia de la historia, esto beneficia al paciente, y para el profesional, representa una dificultad a la hora de elegir la mejor opción en cada caso. Se debe tener información sobre la eficacia de los productos basados en la cura húmeda o seca, para que tomen sus decisiones en la práctica fundamentados en las mejores evidencias disponibles. OBJETIVO: El objetivo de la investigación es comparar la eficacia de las curas húmedas versus las curas secas en pacientes con defecto cutáneo. MATERIALES Y MÉTODOS: La investigación, es de naturaleza experimental, prospectiva, descriptiva, comparativa, a ciego simple y aleatorio. Los criterios de inclusión son pacientes con defecto cutáneo, sin tomar en cuenta la edad del paciente. Se excluyeron pacientes con inmunodeficiencias o diabetes mellitus. Se organizan dos grupos de pacientes: Grupo A: 10 pacientes tratados con curas húmedas con edades entre 15 y 45 años; y Grupo B: 10 pacientes tratados con curas secas con edades entre 16 y 50 años desde Enero 2009 y la actualidad. RESULTADOS: En el grupo A se evidenciaron ventajas tales como: mayor rapidez en la cicatrización, con mejores resultados estéticos, disminuyendo la estancia hospitalaria, autodesbridamiento; como desventajas: quejas del paciente por humedecimiento de apósitos, a diferencia con el grupo B que fue más lenta cicatrización debido a formación de costras las cuales eran desbridadas eventualmente, pobre resultado estético, aumento de la estancia hospitalaria, y como ventaja, la seudoseguridad de los pacientes al no ver humedecidos los apósitos. CONCLUSIONES: La realización de curas húmedas en pacientes con defecto cutáneo, son más eficaces, efectivas y eficientes, ya que no sólo la cicatrización es más rápida, sino que tiene mejores resultados estéticos, así como también la reducción de la estancia hospitalaria.

# ERITEMA MULTIFORME ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZÓSTER

#### Paz ,Yldefonso y Pinto, José

Servicio Oftalmologìa. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

OBJETIVO: Reportar un caso de Eritema Multiforme asociado a infección por virus varicela zóster con evidencia de queratitis herpética bilateral. MÉTODOS: Reporte de caso observacional. REPORTE DE CASO: Mujer de 74 años con antecedente de herpes zóster torácico a repetición, en los últimos 8 años, desarrollo lesiones cutáneas eritematosas de varios tipos (maculares eritematosa, vesículas y lesiones costrosas con prurito intenso en cara, tórax y miembros superiores) y lesiones vesiculoampolloso en mucosa; se toma biopsia de piel con diagnóstico histopatológico de Eritema Multiforme. Recibió terapia corticosteroidea sin mejoría; curso tórpido de la enfermedad; lesiones generalizada en piel y todas las mucosas incluida la bucal y la conjuntiva de ambos ojos; la evaluación oftalmológica demostró queratitis herpética dendrítica severas de ambos ojos; se tomaron títulos de anticuerpos para virus de varicela zóster (VVZ) y se inicio tratamiento médico con aciclovir endovenoso, obteniendo mejoría importante a las 72 horas y resolución total del Eritema multiforme en 3 semanas. CONCLUSIÓN: El eritema multiforme asociado a infección por virus varicela zoster es raro pero debemos considerarlo como posible causa. Figura 1. (A) Lesiones cutáneas eritematosas de varios tipos en región facial (B) imagen de queratitis dendrítica en la superficie corneal de ambos ojos, obtenida con lámpara de hendidura previa instilación de fluoresceína tópica en saco conjuntival y luz azul de cobalto. Figura 2. (C) mejoría de lesiones cutáneas una semana de iniciar tratamiento con aciclovir



endovenoso; (D) lesiones descamativas en palma de la mano; (E) Facies a las 3 semanas de iniciado el tratamiento con aciclovir.



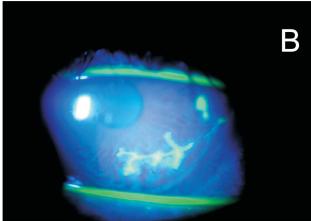


FIGURA 1. (A) Lesiones cutáneas eritematosas de varios tipos en región facial (B) imagen de queratitis dendrítica en la superficie corneal de ambos ojos, obtenida con lámpara de hendidura previa instilación de fluoresceína tópica en saco conjuntival y luz azul de cobalto.







FIGURA 2. (C) mejoría de lesiones cutáneas una semana de iniciar tratamiento con aciclovir endovenoso; (D) lesiones descamativas en palma de la mano; (E) Facies a las 3 semanas de iniciado el tratamiento con aciclovir.



# ESTÍMULO HACIA LA DONACIÓN VOLUNTA-RIA DE SANGRE EN ESTUDIANTES DE LA FA-CULTAD DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Durán, Enrique; Bohórquez, Divar; Sánchez, Kevin; Acosta, Roxana

Facultad de Medicina. Universidad del Zulia Maracaibo-Venezuela

En Venezuela, a diferencia de otros países, la donación de sangre es voluntaria. Tradicionalmente se realiza en los bancos de sangre. En nuestro país son bajos los niveles de donantes voluntarios. El conocimiento de la población sobre la importancia de la donación puede contribuir a cambiar esta realidad y la Facultad de Medicina, como ente universitario formador del equipo de salud, es responsable de realizar acciones en este sentido. A fin de fomentar la donación voluntaria de sangre entre los estudiantes de la Facultad de Medicina y la comunidad en general, se realiza el trabajo conjunto Facultad de Medicina - Bancos de Sangre del Estado Zulia, con el objetivos de crear conciencia entre los estudiantes de la Facultad de Medicina sobre la importancia de la donación de sangre, para convertirlos en agentes multiplicadores dentro de su propia comunidad, incentivar el trabajo en equipo con el personal del Banco de Sangre - Estudiantes Facultad de Medicina, realizar Jornadas de Donación Voluntaria de Sangre con participación universidad-comunidad. Se realizó un taller semestral por cada Escuela de la Facultad, entre los 850 alumnos de la materia Orientación I. Se desarrollaron 2 jornadas de donación voluntaria, participando más de 120 estudiantes y elevando el número de donantes voluntarios de 25 a 60 por jornada en promedio. Los productos sanguíneos fueron manejados por el personal del Banco de Sangre-Zulia para los pacientes que acuden a ese centro. Se realizaron censos para cuantificar los donantes voluntarios, entrega de folletos y colocación de pancartas con mensajes alusivos a la donación. El aumento de la participación de los estudiantes, refleja una mayor sensibilización de los jóvenes en colaborar con estas actividades y la disposición a trabajar en equipo con el personal del Banco de Sangre, dando un aporte en beneficio de la sociedad.

EXPERIENCIA INICIAL EN LA UTILIZACIÓN DEL ULTRASONIDO INTRAOPERATORIO PARA LA RESCCIÓN DE UN INSULINOMA PANCREÁTICO

Demarchi de Casapía, Paola; Al Awad-Jibara, Adel; De León-Méndez, Iveth; Rodríguez-Díaz, José; Esparragoza-Montero, Ricardo; Finol-Damiana, María

Servicio de Imageneología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Los insulinomas son tumores derivados de las células B de los islotes pancreáticos. Los hallazgos incluyen hipoglicemia y altos niveles de insulina. Los tumores suelen ser únicos, pequeños y benignos. Se localizan con más frecuencia en la cabeza de la glándula. La caracterización del tumor se puede realizar por tomografía o ultrasonido (US) transabdominal. La ultrasonografía intraoperatoria puede superar los métodos convencionales con una exactitud del 86-100%, detectando lesiones menores de 1 cm. CASO CLÍNICO: Paciente femenino, 46 años, con obesidad mórbida y crisis de hipoglicemia que no cedía al tratamiento médico se le detectó lesión tumoral en el páncreas. Se decide practicar una resección del tumor con utilización de la US intraoperatorio. Previamente se realizó US transabdominal con transductor convex multifrecuencia (3-5 MHz) describiéndose lesión tumoral de aspecto hipoecoico, de 4 cm. de diámetro, localizada en el cuerpo del páncreas y mostrando poca vascularización al doppler. El abordaje quirúrgico se realizó a través de la transcavidad de los epiplones y mesocolón transverso. Durante la cirugía se practicó US intraoperatorio con transductor li-



neal multifrecuencia (8,5-15 MHz) obteniéndose imágenes de mayor resolución, el abordaje fue guiado por las imágenes obtenidas, se evaluó la presencia de posibles lesiones multifocales y el compromiso vascular. El US Doppler intraoperatorio demostró vascularización central en la lesión, en contraste con el estudio transabdominal. Hubo remisión de la clínica posterior a la cirugía. El estudio histopatológico confirmo el diagnostico del insulinoma. CONCLUSIÓN: el US intraoperatorio valora con mayor exactitud el número y características de las lesiones pancreáticas, y orienta el procedimiento quirúrgico in situ; lográndose una cirugía más conservadora.

#### FRACTURA DE ESCAFOIDES CON NECROSIS AVASCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez, L.; Molero, M.; Vera, Y.; Bastidas, E. y Mendoza, M.

Servico de Traumatología.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN. La fractura del escafoides carpiano tiene relevancia dentro de las fracturas del carpo debido a tres motivos: por su frecuencia, porque pueden pasar inadvertidas y por el retardo en su consolidación. Uno de los problemas con las fracturas de escafoides es la isquemia del fragmento de fractura proximal, que resulta de la unión retardada, o falta de unión o necrosis avascular irrecuperable. CASO CLÍNICO. Se trata de paciente masculino de 39 años de edad, con antecedentes de politraumatismo generalizado posterior a colisión vehicular, el cual presento dolor intenso en muñeca izquierda, irradiado al antebrazo y aumento de volumen, ameritando inmovilización con férula metálica durante un mes, posterior a un mes se le realiza. RX de mano izquierda, evidenciándose fractura del hueso escafoides. RX SIMPLE AP Y LATERAL DE MUÑECA IZ-QUIERDA. Banda lineal radiolucida que contacta cortical en porción media de escafoides, en relación a trazo de fractura. RM DE MUÑECA IZOUIER- DA: Fractura de tercio medio del escafoides, con signos de necrosis avascular, porción proximal de muñeca izquierda. DISCUSIÓN. Después de la fractura de Colles, la fractura de escafoides es la lesión traumática del carpo más conocida; sin embargo, en muchos casos tiene un diagnóstico tardío que puede condicionar secuelas, la mayoría muy invalidantes y obligan a tratamientos muy complejos, de alto riesgo, y de muy larga evolución, como es el caso la necrosis avascular.

HEMANGIOPERICITOMA DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE, RESECCIÓN Y REPARACIÓN CON DOBLE MALLA Y TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS SARTORIO Y RECTO ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Chacín, J.¹; Tavares, A.²; Chacín, M.¹ y Acurero, G.²

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Pedro García Clara de Ciudad Ojeda.

<sup>2</sup>Cirugía Oncológica.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El hemangiopericitoma (HGPT) es una rara neoplasia que fue descrita por primera vez por Stout y Murray en 1942. Es un tumor vascular poco frecuente y potencialmente maligno. Representa el 1% de todos los tumores vasculares y su diagnóstico y pronóstico son controvertidos. El 50% se presenta en las partes blandas y se localiza principalmente en los miembros inferiores. Un 25% se localiza en el abdomen, en especial en el retroperitoneo y su localización en partes blandas (tejido celular subcutáneo) es muy rara y en región inguinal aún más infrecuente. El HGPT se desarrolla a partir de los pericitos de Zimmerman, células mesenquimales primitivas con capacidad contráctil relacionadas con las células endoteliales capilares. En el microscopio óptico, los pericitos son difíciles de distinguir de las células endoteliales, los fibroblastos y los histiocitos, por lo que el diagnóstico del HGPT se basa principalmente en el reconocimiento del patrón de su arquitectura celular. CASO



CLÍNICO: Paciente de 63 años de edad sin antecedentes de importancia, quien refiere presentar desde aproximadamente 3 años, tumor sólido a nivel de región inguinal izquierda que ha tenido un crecimiento progresivo por tal motivo acude al servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Coromoto de Maracaibo donde se realiza tomografía abdominopélvica con doble contraste evidenciándose en región abdominoinguinal izquierda tumor de densidad sólida de contornos bien definidos de 15 x 10cm aproximadamente, sin infiltrar paquete vascular, por tal motivo se realiza toma de biopsia por aguja gruesa demostrando tumor maligno mesenquimal de tipo hemangiopericitoma maligno así mismo se lleva a inmunohistiquímica corroborando el diagnóstico antes mencionado. Se lleva a mesa operatoria para realización de resección amplia del tumor en región abdominoinguinal izquierda, que compromete músculos oblicuo y transverso abdominal, ligamento de Cooper y gimbernant, más linfadenectomía pélvica superficial y profunda, debido a la resección amplia de tumor de 20 x 15cm aproximadamente, se produce defecto de pared abdominal de región inguinal de 15 x 10cm aproximadamente, sin comprometer cavidad (sólo espacio preperitoneal), así mismo exposición de paquete vascular inguinal, se procede a realización de reparación con técnica de doble malla, primera malla, colocada en región preperitoneal marca PROCEED, por técnica de rives modificada, posteriormente transposición de músculos Sartorio y Recto Abdominal mediante la fusión de dos técnicas de colgajos musculares para cubrir primera malla y paquete vascular, luego colocación de malla preaponeurótica de PROLENE, así mismo se deja dren de portovac en subcutáneo, con verificación de hemostasia y cierre por planos hasta piel. Reporte de anatomía patológica reporta diagnótico final de hemangiopericitoma maligno con resección total de tumoración (márgenes libres). DISCUSIÓN: El hemangiopericitoma es un tumor mesenquimal poco frecuente que suele tener una distribución similar entre ambos sexos. Suele observarse en adultos y raras veces en niños. En to-

das las series consultadas, la localización en los miembros inferiores es la más frecuente, seguida por la localización retroperitoneal. Estos 2 tipos de ubicación se dan mayoritariamente en adultos, mientras que en los niños el HGPT tiene predilección por la cabeza, el cuello y los miembros inferiores, por este orden de frecuencia. Los HGPT de localización inguinal en partes blandas son extremadamente raros. La sintomatología en la mayoría de los casos es inespecífica y depende de su localización. La palpación de una masa es el signo encontrado con más frecuencia (96%); ésta suele tener un crecimiento indoloro, lento y progresivo. Los aspectos radiológicos son inespecíficos y únicamente se observa un efecto masa sobre estructuras vecinas. La calcificación es muy rara (10%). Los estudios ecográficos abdominales suelen mostrar imágenes de masa única o lobulada con contenido heterogéneo (focos de hemorragia y necrosis). La angiografía muestra un cuadro más característico, pero tampoco lo suficientemente típico como para permitir un diagnóstico certero. Macroscópicamente se suele presentar como masas voluminosas bien delimitadas y muy vascularizadas. El tamaño medio de estos tumores es de 4-8 cm de diámetro. Histológicamente, el HGPT debe diferenciarse de otros tumores vasculares y mesenquimales con patrón hemangiopericitoide, como el sarcoma sinovial, el condrosarcoma, el fibrosarcoma, el histiocitoma maligno, el schwannoma, el liposarcoma e incluso metástasis de adenocarcinomas. El patrón histológico vascular es uniforme, al igual que la celularidad, constituida por células ovoides o fusiformes que rodean los canales vasculares y se encuentran inmersas en una red de fibras reticulínicas. Nuestro caso confirma la dificultad diagnóstica de los tumores mesenquimales de la pared abdominal. Otro de los problemas que surgen tras el diagnóstico del HGPT es su benignidad o malignidad. Enzinger y Smith establecieron que la presencia de necrosis, atipias celulares y un alto índice mitótico (más de 4 mitosis x campo) condicionan una evolución



más agresiva del tumor. Sin embargo, en ausencia de estos criterios, será la evolución clínica, con la presencia de metástasis o recidiva, lo que determinará el pronóstico de la enfermedad, que es maligno en el 50% de los casos. Las metástasis aparecen en un 37-65% de casos y se distribuyen, por orden de frecuencia, en pulmonares, óseas y hepáticas. El tratamiento de estos tumores es sobre todo quirúrgico, mediante una amplia resección. Se han utilizafo métodos como la embolización preoperatoria con Gelfoam, esponjas de Ivalon y esferas de Silastic para facilitar la exéresis quirúrgica. El índice de recurrencias tras la exéresis es del 20-50%. Se han descrito recurrencias transcurridos 20 años de la exéresis primaria, por lo que es necesario realizar un seguimiento de estos pacientes a largo plazo. No hay acuerdo en cuanto a la efectividad de la radioterapia y la quimioterapia. Mira et al informaron de una respuesta satisfactoria a la radioterapia con remisión completa en el 47% de una serie de 29 pacientes con recurrencia local; asimismo, las mejores respuestas las obtuvieron en tumores de 5 cm de diámetro y con dosis superiores a los 35 Gy. La adriamicina sola o combinada se muestra como el agente citostático más efectivo donde se describe una remisión completa en el 50% de casos. Ortega et al consiguieron una regresión temporal en un niño con metástasis óseas mediante la combinación de actinomicina D, ciclofosfamida y vincristina. Podemos concluir que nos encontramos ante un tumor de difícil diagnóstico clínico y anatomopatológico cuya evolución y su pronóstico son inciertos, lo que hace necesario un seguimiento de los pacientes a largo plazo y, al igual que para otros tumores, disponemos de cirugía sola o combinada con la radioterapia de alto voltaje y quimioterapia para su tratamiento. Otra discusión que salta a la vista en dicho caso clínico es la reparación de dicho defecto aponeurótico producto de la resección amplia del tumor, por lo cual la técnica de doble malla con colocación de malla PROCEED preperitoneal y PROLENE preaponeurótica, con transposición de músculos Sartorio y Recto Abdominal mezcla de dos técnicas denominadas Baronesky y Albanesse respectivamente, sería la mejor elección debido a la complejidad de la zona y a estructuras vasculares descubiertas (paquete vascular inguinal), pero aún no hay evidencias de otras series o casos reportados con dicha presentación.

## INCIDENCIA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN PACIENTE GERIÁTRICO

Oria, W.; Chacín, J. y Chacín, M.

Servicio de Cirugía General. Instituto Venezolano de los Seguros, Hospital "Dr. Pedro García Clara". Ciudad Ojeda. Edo. Zulia

El factor genético y multifactorial, de los mayores de 60 años, en relación a cualquier patología quirúrgica o no, aumenta la severidad de la patología y el riesgo complicaciones por lo que tenemos como. OBJETIVO: Analizar la Incidencia de patologías quirúrgicas del paciente geriátrico MÉ-TODOS: Estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo y analítico, con población de 132 pacientes geriátricos, solo 38 con resolución quirúrgica, cuantificado con revisión de historias medicas. Ambiente: Hospital "Dr. Pedro García Clara" desde el 01 de Enero 2009 hasta el 31 de Diciembre 2010. RESULTADOS: El 70,4% tuvieron resolución no quirúrgica; El 28,9% fueron intervenidos por presentar Patología Vesicular, 26,3% Herniaciones, 18,4% Patología Apendicular, 13,3% Ulcus Péptico Perforado, 5,3% Abdomen Obstructivo y el 7,8% por otras patologías; 63,1% no presentaban antecedentes quirúrgicos; Y 57,9% fue de sexo masculino. conclusiones: La mayor incidencia de pacientes geriátricos fueron asistidos de forma no quirúrgica, los que presentaron patologías quirúrgicas fueron intervenidos en mayoría por Patología Vesicular, Herniaciones, Patología Apendicular, Ulcus Péptico Perforado, seguido por Apendicitis Aguda; De los 38 pacientes la mayoría



no presentó antecedentes quirúrgicos abdominales, fueron de sexo masculino y solo el 16,1% presentó alguna complicación perioperatoria, como Infección del sitio operatorio, Fístulas enterocutáneas, Sepsis y Muerte.

# RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA... UN DESAFÍO

## Zabala Hernández, C.; Rodríguez Díaz, J.; Senf Nava, R.; Acosta Hómez, A. y Villasmil C.

Postgrado e Imagenología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

La radiología intervencionista es una sub-especialidad de la radiología, cuyo enfoque se centra en el diagnóstico y tratamiento de un amplio espectro de enfermedades mediante técnicas mínimamente invasivas. En los últimos años ha cobrado impulso al ofrecer una alternativa importante al tratamiento quirúrgico convencional, llegando a ser actualmente en algunas patologías la primera elección de tratamiento. En la mayoría de los casos los tratamientos endovasculares y percutáneos suponen estancias hospitalarias más cortas, la mayoría no requieren de anestesia general, menos dolor, menores riesgos y una convalecencia reducida en comparación con la cirugía tradicional. Los procedimientos se llevan a cabo con la ayuda de las técnicas de imagen: rayos X, ultrasonido, tomografía computarizada y resonancia magnética. Mediante la Técnica de Seldinger la cual consiste en la punción directa vascular u orgánica, mediante una aguja, seguida de la colocación de una guía en el interior de la aguja, posteriormente se extrae la aguja dejando la guía dentro del vaso u órgano a puncionar, con un diámetro de sólo 1-2 mm se introducen catéteres en los vasos sanguíneos u otras vías para dirigirlos hasta la localización de la patología y así poder tratarla. Los radiólogos intervencionistas son pioneros en este tipo de procedimientos, seguros, de alta calidad y han establecido los estándares vigentes: angiografías, embolizaciones, angioplastias, drenajes percutáneos, trombolisis, biopsias percutáneas.

#### MANEJO DE MUCORMICOSIS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Chacín, J.; Chacín, M.; Rojas A. y Sibada M. Postgrado de Cirugía General. Hospital Dr. Pedro García Clara. Ciudad Ojeda. Edo. Zulia

La mucormicosis cutánea primaria es una manifestación poco frecuente de una infección causada por un hongo de la clase de los zigomicetos del orden Mucorales, que se caracteriza por ser necrotizante. Constituye aproximadamente 10% de los casos, ocurre como resultado de inocular directamente esporas en piel dañada. En el paciente inmunocompetente la infección es localizada, que con el tiempo progresan a escaras, necrosis e invasión a planos profundos. Se presenta caso clínico de paciente masculino de 14 años de edad, quien presenta aumento de volumen y cambios de colocación en pierna izquierda posterior a haber sufrido inoculación con cuerpo extraño punzante no identificado, el cual se encontraba en piscina pública, por tales motivos consulta, se coloca tratamiento ambulatorio, y por agravamiento de la clínica en días posteriores tornándose la lesión pretibial derecha violácea, necrótica en la periferia, bordes eritematoso se ingresa. Se eviencia en exámenes complementarios leucocitosis marcada a predominio de segmentados, resto de los exámenes dentro de límites normales. Se inicia antibioticoterapia empírica y es llevado a limpieza quirúrgica para necrectomía y limpieza quirúrgica, se toma biopsia y cultivo de secreción, los cuales reportan hifas de mucormicosis, por tal motivo, si inicia tratamiento con Anfotericina B y limpiezas quirúrgicas cada tres días. Paciente evoluciona satisfactoriamente hasta la colocación de injertos cutáneos para decidir alta médica. En conclusión es importante destacar la actuación rápida ante éste tipo de infecciones (diagnóstico-tratamiento precoz)



ya que la estadística reporta la alta tasa de amputaciones a causa de esta rara enfermedad.

# OSTEOCONDROMA EN REGIÓN PÉLVICA DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luzardo, E.; Rodríguez, N.; Tillero, D.; Rincón, N. y Díaz, E.

Postgrado de Cirugìa Ortopedica. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

INTRODUCCIÓN:Un osteocondroma es el tipo más común de tumor óseo benigno. Este sobresale del tejido del cartílago en niños y adolescentes entre las edades de 10 y 20 años, usualmente aparecen en los huesos largos (brazos y piernas) y son menos frecuentes en los huesos pélvicos y en los omóplatos (escápula). Un osteocondroma normalmente deja de crecer cuando una persona alcanza su altura total. CASO CLÍNICO: Se trata de paciente femenina de 29 años de edad, natural y procedente de la localidad la cual refiere presentar desde hace 1 año aproximadamente dolor en region pelvica derecha sin antecedente de traumatismo la cual se irradia hacia miembro inferior ipsolateral acompañado de limitacion funcional a la marcha. RX SIMPLE DE PELVIS AP: Se visualiza una excrecencia ósea dependiente de la rama iliopubiana derecha que compromete el ajugero obturador derecho con bordes irregulares y esclerosis. TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTA-RIZADA DE PÉLVIS: En la región antero-superior de la rama iliopubiana derecha existe una excrecencia ósea con continuidad con la medular del hueso. Se observa una tumoración de 10 cm aproximadamente de diámetro, adyacente a la rama iliopubiana, con abundantes calcificaciones algunas condroides y otras irregulares. DISCUSIÓN: El osteocondroma es el tumor óseo más común, constituyendo del 20% al 50% de todos los tumores óseos benignos, y del 10% al 15% de todos los tumores óseos en general. Generalmente se ubica en las metáfisis de los huesos largos; también se les denomina con el término de exostosis. La lesión se descubre a los 2 años de edad. Se da más frecuentemente en los hombres (2:1). Los sitios más frecuentemente implicados son las rodillas, tobillos y hombros; pero también se ven comprometidos los huesos planos. Todos los huesos formados a partir de cartílago pueden verse afectados. Macroscópicamente, típicamente bien delimitadas, discretamente lobuladas y rara vez exceden los 2 cm de diámetro. Están compuestas por hueso maduro con cortical y medular, con una capa de cartílago hialino periférico. Las lesiones parecieran originarse de novo, sin ningún aparente precursor. Microscópicamente se evidencia la capa cartilaginosa compuesta por un tejido hialino moderadamente celular que se asemeja a una placa de crecimiento con columnas o racimos de condrocitos. Estos condrocitos pueden aumentar su número ligeramente con atipias, con la presencia de formas binucleadas y núcleos grandes, sin mitosis, que en ciertas ocasiones pueden ser confundidos con un proceso histológicamente más agresivo. Pueden observarse atipias celulares pero no transformación maligna o lesiones metastásicas. Su tratamiento es la resección quirúrgica únicamente, sin márgenes oncológicos porque rara vez sufre transformación maligna. Esta transformación ocurre en menos del 1% de los casos y, por lo general, proviene de la porción cartilaginosa (mostrándose entonces un condrosarcoma), o de la parte ósea, lo cual es menos frecuente, apareciendo un osteosarcoma. Debe sospecharse malignización cuando estas lesiones crezcan rápidamente o produzcan dolor.

# PAQUIDERMOPERIOSTOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Pinto, José; Paz, Ydefonso y Chourio, Eladio** Servicio de Oftalmología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

**OBJETIVO**: Reportar un caso de paquidermoperiostosis. **REPORTE DE CASO**: Hombre de 52 años quien consultó por tumoraciones múltiples en piel palpebral superior de ambos ojos correspon-



dientes a quistes sebáceos que impedían la apertura palpebral y ocasionan deformidad palpebral. Otros hallazgos: facies acromegaloide pero en ocasiones impresiona facies leonina, seborrea centro facial, hipertrofia cutánea grave de aspecto cerebriforme, hipocratismo digital con uñas en vidrio de reloj y dedos en palillo de tambor, deformidad en muñecas y tobillos. CONCLUSIÓN: La paquidermoperiostosis es una enfermedad rara que cursa con manifestaciones cutáneas y osteoarticulares. Figura 1. (A) quistes sebáceos en parpados de ambos ojos que producen deformidad palpebral; (B) facies leonina del paciente con paquidermoperiostosis, la hipertrofia cutánea e hipocratismo digital con uñas en vidrio de reloj.





FIGURA 1. (A) quistes sebáceos en parpados de ambos ojos que producen deformidad palpebral; (B) facies leonina del paciente con paquidermoperiostosis, la hipertrofia cutánea e hipocratismo digital con uñas en vidrio de reloj.

Figura 2. (C) detalle de las uñas en vidrio de reloj; (D) hipertrofia cutánea en región frontal con aspecto cerebriforme.

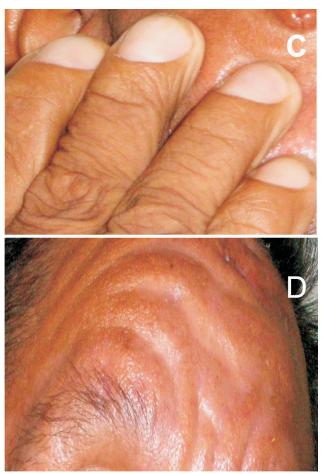


FIGURA 2. (C) detalle de las uñas en vidrio de reloj; (D) hipertrofia cutánea en región frontal con aspecto cerebriforme.

#### POLIESPLENIA - CASO CLÍNICO

**Zumztein**, J.; **Pirela**, L.; **Zabala**, C. y **Finol**, **M**. *Postgrado de Imagenología*. *Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela* 

INTRODUCCIÓN: Del griego polýs, y spl?n bazo. Presencia de varios bazos en el abdomen de un mismo sujeto, o varias masas de tejido esplénico pequeño que sustituyen al bazo normal. Estructuras esféricas pequeñas, histológica y funcionalmente idénticas al bazo normal, y que reaccionan del mismo modo frente a diversos estímulos. Se consiguen en la quinta parte de todas



las autopsias. Generalmente situados en el ligamento gastroesplénico o en la cola del páncreas, epiplón o mesenterio de intestino delgado o grueso. Se asocia en un 50-90% de las ocasiones a malformaciones cardíacas congénitas, llegando el 5-10% de los pacientes a la edad adulta. CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consulta por presentar dolor en región lumbar izquierda tipo cólico. ESTUDIOS REALIZA-DOS: Se realiza ecograma renal observándose incidentimágenes redondeadas midiendo la mayor 3 cms., y que al registro doppler color y espectral revelaron irrigación propia con onda monofásica de baja resistencia. El estudio tomográfico reveló al menos 10 imágenes redondeadas la de mayor tamaño de 3 cms., isodensas, sugestivas de Poliesplenia.almente en región esplénica múltiples. DISCUSIÓN: La poliesplenia puede acompañarse de estructuras corporales bilaterales ubicadas en la izquierda o dominancia de las ubicadas en la izquierda sobre las ubicadas en la derecha: dos pulmones morfológicamente izquierdos, ausencia de vesícula, atresia biliar, rotación gastrointestinal anómala y anomalías cardiovasculares. Sin embargo no se encontró ninguna de dichas anomalías.

GRANULOMA CONJUNTIVAL GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Chourio, Eladio; Pinto, José y Paz, Yldefonso Servicio de Oftalmología. Hospital Coromoto de Maracaibo.

**OBJETIVO**: Describir la evolución clínica de un paciente con granulóma conjuntival OI. **MÉTODO**: Reporte de caso observacional. **RESULTADOS**: Paciente masculino de 65 años de edad quien

posterior a cirugía cura de pterigión nasal ojo izquierdo, practicada por médicos comunitarios. presenta lesión exofitica en conjuntiva nasal OI, de aspecto granulómatoso de 70 x 50 mm de diámetro y con áreas de necrosis y crecimiento progresivo que le impide el cierre palpebral completo por la tracción importante de la conjuntiva, de 3 meses de evolución para el momento de ser atendido en esta institución. Se le practica exceresis de la lesión separándola a nivel del pedículo conjuntival de la misma. Evoluciona satisfactoriamente, sin recidiva y cuya biopsia reporta granulóma de conjuntiva. CONCLUSIONES: El granulóma conjuntival con frecuencia es una complicación postoperatoria que amerita una nueva cirugía para su resolución cuando son de gran tamaño.







## PROBLEMÁTICA EMBARAZO EN ADOLES-CENTES. TRES CASOS CLÍNICOS

Rodríguez, M.; Rincón, S.; Mavarez, D. y Useche, G.

Hospital II Machiques "Ntra. Señora del Carmen". Edo. Zulia-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: EL embarazo en adolescentes ocurre entre los 10 y 19 años de edad, etapa en que la mujer no ha alcanzado la suficiente madurez biológica y psicológica, así como la dependencia económica, afectiva y social de los padres, siendo un problema de salud pública al estar comprometido el binomio madre e hijo. OBJETIvo: reflexión en 3 casos clínicos que muestran la problemática cultural del embarazo en adolescentes. METODOLOGÍA: Presentación de tres historias clínicas de adolescentes embarazadas. RE-SULTADOS: Paciente de 15 años de edad ETNIA YUKPA: primigesta NO CONTROLADA con ruptura prematura de membranas en trabajo de parto en periodo expulsivo. Se atiende parto simple eutócico, obteniendo recién nacido vivo, sexo femenino, pretérmino, anencenfálico que fallece. Paciente de 15 años ETNIA WAYUU: primigesta, NO CONTROLADA quien ingresa con diagnóstico de embarazo simple a término en trabajo de parto; se atiende parto simple eutócico obteniendo recién nacida vivo, sexo femenino, quien presentó malformación tipo holoprosencefalia con ciclopía, arrinia y prosboscis el cual fallece. Paciente de 17 años primigesta NO CONTROLADA con embarazo simple de 35 semanas, complicada con preclampsia y síndrome de Hellp. Referida a Maternidad Castillo Plaza, practicada cesárea y dada de alta con el neonato en buenas condiciones. CONCLUSIÓN: El embarazo en adolescentes está relacionado con los diferentes cambios fisiológicos vividos en esta etapa. Las costumbres étnicas, la desnutrición, el abandono familiar y paternidad irresponsable, sumado a la ausencia de control prenatal, aumentan el número de complicaciones prenatales. Es por ello necesario elaborar y

aplicar planes de atención primaria para fomentar la información preventiva en educación sexual y reproductiva.

# PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA SEGMEN-TARIA POST NEFROLITOTRICIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pirela, L.; Rodríguez, J.; Demarchi, P.; Molero, M. y Zumztein, J.

Postgrado de Imagenologia.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El pseudoaneurisma es una complicación poco frecuente en los procedimientos invasivos como la nefrotitotrícia percutánea y representa un 0.5 a 0.6%, aunque las técnicas han mejorados y evolucionado, sin embargo puede ser un cuadro grave de difícil diagnóstico si no se tiene un alto índice de sospecha. CASO CLÍ-NICO: Paciente masculino con antecedente litiasis renal derecha se le realizo procedimiento de Nefrolitotrícia percutánea el día 15/05/12 con alta el día 19 del mismo mes, persistiendo la hematuria y acentuándose para el día 30/05/12 haciéndose profusa, concomitantemente mareos, posteriormente en horas de la tarde presenta perdida de la consciencia, acude a centro asistencial le indican tratamiento sintomático y dado de alta, persistiendo dicha sintomatología, no mejorando acude a facultativo el día 03/06/12 y previa valoración se decide su ingreso. ANGIOTOMOGRA-FÍA RENAL: Imagen sacular a nivel de porción interna media de corteza renal derecha, en intima relación con trayecto vascular arterial, visible en evaluación angiográfica mide 1.2 cm. aprox., en vista antecedente quirúrgico sugiere pseudoaneurisma, con extensa colección heterogénea perirenal. ECODOPPLER RENAL: Hallazgos descritos en la escala de grises, doppler color y espectral a nivel de riñón derecho sugestivo de pseudoaneurisma de arteria segmentaria media inferior. Hemodinámia arterial conservada. TERAPIA ENDO-VASCULAR DE EMBOLIZACIÓN: Procedimiento in-



vasivo de arteriografía renal con técnica de Seldinger, cateterizando selectivamente arteria renal derecha, apreciándose arteria renal de calibre y trayecto normal, así mismo cateterización supraselectiva de ramo segmentario medio-inferior principal que irriga lesión pseudoaneurismatica de mediano tamaño, se procede a embolizar utilizando empaque con resortes de varias medidas empacando 90% aprox., luego se termina de sellar la irrigación del pseudoaneurisma con onyx, en forma satisfactoria, en controles posterior amputación total de la arteria portadora, sin visualización del pseudoaneurisma y ausencia de blush capilar en segmentos del tercio medio-inferior, con permeabilidad de arterias segmentarías superiores e inferiores. DISCUSIÓN: Una de las complicaciones de la nefrolitotrícia percutánea es la formación de pseudoaneurismas con una frecuencia baja, no por ello se debe pasar por alto, El diagnóstico se realizar mediante Ultrasonido Doppler y Angio TAC. El tratamiento varía dependiendo la condición del paciente, identificación del sitio de sangrado para posteriormente realizar terapia endovascular embolización.

# RELEVANCIA DE LA TOMOGRAFÍA MULTI-CORTE EN PATOLOGÍAS TRAUMÁTICAS OS-TEOMUSCULARES

Bastidas, E.; Molero, M.; Vera, Y.; Mendoza, M. y Sánchez, L.

Servicio de Imágenes.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Son novedosas las ventajas de la tomografía multicorte en patologías traumáticas osteomusculares, detecta trazos de fractura y por medio de la tecnología 3D se puede observarla desde diferentes ángulos para un mejor abordaje por parte del Cirujano Ortopedista, entre sus ventajas: Detección y caracterización de múltiples fracturas, pacientes con escasa movilidad, pacientes críticos que requieran asistencia inmediata,

evaluación simultánea de órganos nobles y más importante aún su compromiso vascular. MÉTO-DO: Estudiamos 20 pacientes de ambos sexos (12 varones y 8 mujeres), con un rango de edad comprendido entre 23 y 74 años, con diagnóstico de fracturas de diferente magnitud. Los estudios fueron efectuados en tomografías computarizada multicorte; con reconstrucción 3D en el periodo Febrero -Julio 2012. RESULTADOS: De los 20 pacientes mencionados, se observaron: 8 caso de fractura de fémur distal; 2 caso de fractura de tibia y peroné, 1 caso de fractura de codo; Calcáneo 2 fracturas y metatarsianos 3, humero 3 pacientes, muñeca 1 paciente, radio y cubito 2 casos, pacientes con fracturas de rotula y rodilla 2 casos y por último, se menciona 1 caso de fractura de cadera. CONCLUSIONES: El estudio con Tomografía Computarizada Multicorte, brinda diagnóstico de fracturas complejas y provee descripción detallada en 3D, para una mejor caracterización en el caso de ameritar tratamiento quirúrgico. Posee alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y localización de esta patología.

## SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE POSTGRADO DE CIRUGÍA

Rivas, Mari Angélica y Guzmán Toro, Fernando

Servicio de Cirugía.

Hospital Universitario de Maracaibo-Venezuela.

Una de las características de los Postgrados de Cirugía es su elevado nivel de exigencia, que se suele acompañar de tensión emocional. En este trabajo se evalúa la presencia de Síndrome de Burnout que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización en residentes de cirugía, especialistas de cirugía y anestesiólogos. Se observaron valores más elevados de la variable agotamiento emocional en los residentes de cirugía de primer año (24.54 ± 14.26) y segundo año (22 ± 8.69) con relación a los residentes de cirugía de tercer año (14.40 ±



11.84), cuarto año  $(10.33 \pm 4.83)$ , especialistas en cirugía general  $(9 \pm 5.56)$  y anestesiólogos  $(15.66 \pm 4)$ . Es importante en residentes de primer año y segundo año de cirugía evaluar la posibilidad del Síndrome de Burnout debido a que existe la posibilidad de que esté presente debido a la presencia del agotamiento que surge durante su desempeño laboral.

#### SÍNDROME DE HELLP ATÍPICO. REPORTE DE UN CASO

Useche, G.; Mavarez, D.; Lozada, G. y Peña, Y.

Ginecología y Obstetricia. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Hellpatípico es una complicación grave del embarazo que se presenta en el 5% de los casos sin hipertensión arterial, dificultando el diagnostico. OBJETIVO: Presentar un caso atípico de síndrome de Hellp. ME-TODOLOGÍA: Revisión de la historia clínica y presentación del caso. RESULTADOS: Paciente de 30 años de edad, III gestas, II cesáreas anteriores, ingresada en condiciones clínicas y paraclínicas normales, con los diagnósticos de embarazo de 32 semanas, amenaza de trabajo de parto pretérmino, cesárea anterior y anemia moderada. Al 7 día de evolución intrahospitalaria la paciente presenta disnea, cefalea, contracciones uterinas aisladas sin evidencia de sangrado genital con tensión arterial de 95/48 mmhg. Exámenes reportan: hemoglobina de 7.28 mg/dl, hematocrito 24.6%, plaquetas 140.000 mm3, ALT 60u/l, AST 80u/l, bilirrubina total 2.26 mg/dl, bilirrubina directa 1.06 mg/dl, bilirrubina indirecta 1.20 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, urea de 11,8 mg/dl y proteínas en orina (++). Ecocardiografía normal. Se traslada a unidad de cuidados intensivos (UCI), con diagnostico de síndrome de hellp atípico. Posteriormente al mejorar condiciones se decide realizar cesárea segmentaria, extrayéndose recién nacido vivo femenino pretérmino en regulares condiciones clínicas que es trasladado a UCI pediátrica. La paciente es ingresada nuevamente a UCI con acidosis metabólica, plaquetopenia y hemólisis, donde mejora, y es dada de alta con su recién nacido. **CONCLUSIONES**: El síndrome de Hellp Atípico es importante tenerlo presente para el diagnostico y el manejo oportuno multidisciplinario para preservar la vida de la madre y el feto.

# TIROIDECTOMÍA TOTAL CON USO DE BISTU-RÍ ARMÓNICO. EXPERIENCIA DE 10 CASOS

Chacín, J.; Chacín, M.; Oria, W.; Hidalgo, Y.; Rojas, A. y Sibada, M.

Cirugía General. Hospital Dr. Pedro García Clara. Postgrado de Ciudad Ojeda. Edo. Zulia.

OBJETIVO: Mostrar la experiencia del uso del bisturí armónico en tiroidectomía total. AMBIEN-TE: Servicio de Cirugía General, Hospital Pedro García Clara, Ciudad Ojeda. MÉTODOS: Se realizó estudio no experimental, descriptivo, analítico y prospectivo. Se realizó tiroidectomía total a 10 pacientes canalizados por la consulta de cirugía general, entre enero 2010 hasta enero 2011, compuesto por 8 mujeres y 2 hombres en edades comprendidas entre 22 y 47 años, con diagnostico de bocio multinodular, eutiroideos, previamente valorados por endocrinología, bajo la Técnica Quirúrgica Clásica, utilizando el bisturí armónico para control vascular. RESULTADOS: Se realizaron las 10 tiroidectomías evidenciándose en el transoperatorio: reducción significativa del tiempo quirúrgico y del volumen sanguíneo perdido, ni fuga de pedículos vasculares. En el postoperatorio: no se observo seromas, hemorragias, manifestaciones de hipoparatiroidismo, ni lesión de los nervios laríngeos. CONCLUSIONES: El aspecto más importante del uso del bisturí armónico es la adecuada hemostasia, sumado a una disminución significativa del tiempo quirúrgico, en comparación con la técnica convencional.



# TUMOR PERINEAL GIST VS LEIOMIOSARCO-MA VAGINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mavárez, D.; Useche, G.; Terán, A.; Ferrer A., M. y Tavarez, I. de León

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El GIST es un tumor infrecuente que en menos del 10% puede localizarse a nivel pélvico pudiéndose confundir con el Leiomiosarcoma Vaginal también infrecuente dentro del cáncer ginecológico. OBJETIVO: Presentar un caso de GIST resaltando el diagnostico y manejo. METODOLOGÍA: Revisión de la historia clínica. RESULTADOS: Paciente de 65, posmenopáusica, quien presenta sangrado genital anormal y dolor vaginal acompañado de fiebre. Examen físico en región vulvoperineal se evidencia tumoración de 7 cm aproximadamente, dura, no móvil la cual se abre a pared vaginal posterior en el tercio inferior, observándose lesión ulcerativa sangrante. Tacto vaginal vagina hipertérmica. Útero fibromatoso. Tacto Rectal: luz rectal permeable, sin lesión, pared anterior comprimida por tumoración perineal, parametrios libres. Hallazgo de Imágenes: Ultrasonido y Tomografía Axial Computarizada Abdominal: normal. Ultrasonido de partes blandas en región perineal: Lesión sólida heterogénea que compromete cavidad endovaginal, Doppler muestra vascularización marcada. Resonancia Magnética: LOE en región perineal afectando tercio inferior de la vagina de 7x4.5x4 cms, compromete pared posterior de uretra y anterior del recto, músculos elevadores del ano, guarda relación con neoplasia vaginal. Recto colonoscopia normal. Biopsia de Tumoración de pared vaginal posterior; Neoplasia Mesenquimal Fuso Celular Atípica a considerar. Leiomiosarcoma bajo grado. Fibrohistiocitoma bajo grado. Estudio Inmuno Histoquímico: Tumor del estroma gastrointestinal GIST, CKIT (+), con diferenciación neural. Hallazgos quirúrgicos: Histerectomía abdominal Total + Ooforectomía Bilateral + Resección Recto Anal y de Pared Vaginal. REPORTE DE BIOPSIA: Tumor de Estroma Gastrointestinal con invasión a vagina sin invasión ganglionar. **CONCLUSIÓN**: Utilizar todas las herramientas para establecer certeramente el diagnostico de GIST.

# USO DE LA UROGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA MULTICORTE (UROTAC) PARA EL DIAGNÓSTI-CO DE PATOLOGÍAS DEL TRACTO URINARIO

Rodríguez, J.; Molero, M.; Bastidas E.; Mendoza. M.; Vera, Y. y Sánchez, L.

Post-Grado de Imagenología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Los Tomógrafos Computados Multicorte (TCMC) permite la evaluación completa del tracto urinario (Sistema colector, vejiga y uretra); ya que se obtienen imágenes de alta resolución espacial y temporal lo que sumado a las reconstrucciones multiplanares tridimensionales de gran calidad. Además es útil en la visualización de diversas patologías del tracto urinario como litiasis urinaria, evaluación post quirúrgica, traumatismos, quistes renales, dilataciones y malformaciones congénitas. MÉTODO: Se realizó una evaluación retrospectiva de las imágenes de UROTAC realizadas en el servicio de Imagenología del Hospital Coromoto de Maracaibo; entre Marzo, Abril y Mayo del 2012 a 320 pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios referidos la evaluación de diversas patologías del tracto urinario. Todos los estudios fueron realizados en un tomógrafo computado multicorte de 16 canales marca Toshiba usando parámetros técnicos estandarizados. RESULTA-DOS: Se realizan 320 UROTAC, 204 de ellas a pacientes femeninas y 116 pacientes masculinos con un promedio de edad entre 19 y 70 años. 190 de los pacientes fueron referidos con el diagnostico de hematuria, infecciones urinarias recurrentes o antecedente de litiasis renal. 290 de los estudios de Urotac realizadas fueron positivas para patologías del sistema urinario, tales como urolitiasis, quistes renales, hidronefrosis, malformaciones congénitas, variantes anatómicas. **CONCLUSIONES**: La UROTAC



constituye un método de alto rendimiento para evaluar patologías del tracto urinario permitiendo realizar una caracterización del urotelio desde el sistema colector renal hasta vejiga en un corto periodo de tiempo. Facilitando así la reconstrucción volumétrica utilizada para una mejor visualización y un perfecto diagnostico.

# VARIANTE ANATÓMICA EN EL ORIGEN DE LA VENA PORTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Al-Awad, Adel<sup>1,2</sup>; Granados, Andrés<sup>2</sup>; Sánchez, Arleen<sup>2</sup>; Sánchez Mauribel<sup>2</sup>; Fernández, Ramón<sup>2</sup>, y Rocca, Antonietta<sup>2</sup> <sup>1</sup>Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, La Universidad del Zulia (LUZ). <sup>2</sup>SEDIAH: Sociedad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana, Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia.

INTRODUCCIÓN: La vena porta (VP) es un vaso sanguíneo voluminoso que se origina de la unión de la vena lienica con la vena mesentérica superior. Sus variaciones son poco frecuentes, sin embargo se debe tener presente durante las cirugías pancreatoduodenales. Este trabajo tiene el propósito de describir la variación anatómica de formación de la VP durante la disección de un cadáver. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizaron 33 disecciones de cadáveres de ambos sexos, de los cuales 28 cadáveres fueron masculinos y 5 cadáveres femeninos, todos mayores de 18 años, tanto frescos como fijados en formol al 10%. A todos se les realizo evisceración con el propósito de realizar la disección de los pedículos de los distintos órganos del cadáver. RESULTADOS: De los 33 cadáveres, 11 estaban en estado frescos y 22 fijados en formol; durante la disección de un bloque de víscera fresca del sexo masculino, a nivel del compartimiento supramesocólico, específicamente en el borde inferior del cuerpo del páncreas, se observó una variante anatómica de origen de la VP. Esta variación consistió en la ausencia de vena mesentérica superior, sustituida por el tronco venoso gastrocólico la cual se une con el tronco venoso formado por la unión de la vena Ileocólica con la vena lienica. La vena mesentérica inferior confluye en la vena lienica. CONCLUSIÓN: El conocimiento de las variaciones anatómicas de la VP es fundamental en el campo clínico-quirúrgico para la disminución potencial de lesiones intraoperatorias (Hemorragia) y complicaciones postoperatorias en las cirugías pancreáticas y del colon

# ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE ESTRICTURA BENIGNA Y LESIONES DE LA VÍA BILIAR. UNA EXPERIENCIA EN 1 ANO

Al Awad, Adel; Fritzgerald, Michel; Saab, Nizar; Sanz, Ana y Carrero, Xavier Servicio de Cirugia General. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

OBJETIVO: Exponer la experiencia en el abordaje laparoscópico de las estricturas y lesiones de las vías biliares. Ambiente: Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo. MÉ-TODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de pacientes ingresados a nuestra institución entre enero 2011 y junio 2012 que presentaban estricturas benignas y lesiones de la vía biliar que fueron corregidas por laparoscopia. Se evaluaron las variables: edad, sexo, etiologías de las estricturas biliares, tiempo operatorio, tipo de reparación, estancia hospitalaria y complicación. RESULTADOS: De 9 pacientes 8 de sexo femenino, edad promedio 43. Cuatro pacientes con estenosis de Biliodigestiva anterior, 2 con lesiones tipo Strasberg EI, un caso con lesión Bismuth I. 1 quiste coledociano, 1 litiasis coledociana. El tiempo operatorio medio fue de 358 minutos (240-450 minutos). Se realizó biliodigestiva hepatoyeyunal laparoscópica en 7 casos, una exploración y rafia coledociana y una hepatoyeyuno anastomosis tipo Hepp-Couinaud. La estancia hospitalaria postoperatoria promedia 4 días. No hubo complicaciones postoperatorias.CONCLU-



**SIONES**: Abordar las estricturas benignas y lesiones de vías biliares por laparoscopia es factible. Demanda alta destreza quirúrgica y solo se desarrolla en centros especializados en cirugía biliar y laparoscopia avanzada.

# CREACIÓN DE UNA MANO PROTÉSICA ANTROPOMÓRFICA CONTROLADA A TRAVÉS DE UNA INTERFAZ MIOELÉCTRICA

Al-Awad, Adel<sup>1,2,3</sup>; Reyes, Luz<sup>2</sup>; Muñoz, Diego<sup>2</sup>; Alvarez, Cesar<sup>4</sup>; Borjas, Miriam<sup>4</sup>; Sánchez, Arleen<sup>2,3</sup>; Sánchez Mauribel<sup>2,3</sup>; Fernández, Ramón<sup>2,3</sup>; Granados, Andrés<sup>2,3</sup>; Rocca, Antonietta<sup>2,3</sup>; Rangel, Rafael<sup>4</sup>; Ferrer, Fernando<sup>4</sup>, Rosario, Rafael<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina.

<sup>2</sup>REDIELUZ: Red de Investigación Estudiantil.

<sup>3</sup>SEDIAH: Sociedad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana, Escuela de Medicina.

<sup>4</sup>Facultad de Ingeniería.

Escuela de Eléctrica.

<sup>5</sup>Facultad de Ingeniería.

Escuela de Mecánica. Universidad del Zulia.

Maracaibo, Venezuela

INTRODUCCIÓN: Desde tiempos remotos, el problema de los amputados es asunto de interés mundial por las consecuencias psicológicas, sociales y económicas inherentes a esta condición. La proporción de amputados ha mantenido durante un largo período una alta incidencia a nivel mundial como nacional. En el año 1998 en el Hospital Universitario de los Andes, Mérida - Venezuela, se evaluaron 85 amputados de las extremidades superiores, predominando en varones, en edades de 9-39 años, constituyendo las 2 primeras causas los accidentes laborales y caseros y resultando el nivel más frecuente de amputación manos-dedos. METODOLOGÍA: Consta de cuatro fases: diseño de interfaz de la prótesis a través de señales mioeléctricas, diseño del sistema motriz y estructural de la mano, diseño de sistemas de acople y rehabilitación en el ser humano y diseño y elaboración de la piel sintética para proporcionar una adecuada estética de la

prótesis. **RESULTADOS ESPERADOS**: Una vez diseñada y elaborada la prótesis se espera poder ofrecer una mejor calidad de vida a los individuos que han sufrido amputaciones de la mano mediante la recuperación de su minusvalía física, mejorando así la afección psico-depresiva que se produce por incapacidad de realizar acciones de la vida cotidiana, además de lograr la integración social y profesional de las personas que padece de esta condición.

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD Y SEGURI-DAD VIAL EN PACIENTES QUE ASISTEN A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN MÉDICA PRI-MARIA. PROPUESTA PARA UNA INTERVEN-CIÓN EDUCATIVA BREVE

# Muñoz Cabas, Diego; González, Liliam; Reyes, Luz Maritza y Perozo, Dulce

Facultad de Medicina.

Programa Red de Investigación Estudiantil. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre salud y seguridad vial en pacientes que asisten a una consulta de atención médica primaria, con el fin de diseñar una propuesta de intervención educativa breve. MATERIAL Y MÉTODO: Investigación de tipo descriptiva, con diseño no experimental transversal. La muestra estuvo conformada por 204 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 40 años de edad que acudieron a la consulta de medicina general de un Hospital Rural Tipo I del Estado Zulia durante el año 2011. Se utilizó un cuestionario tipo encuesta diseñado para la investigación, el cual fue sometido a criterios de validación y confiabilidad. RE-SULTADO: El 99% (n=206) piensa que se debe utilizar el cinturón de seguridad, pero sólo el 14,4% de ellos (n=30) lo utilizan. El 96% (n=200) cree que hay que utilizar el casco al montar una motocicleta pero el 35% (n=74) manifiesta no utilizarlo. Con respecto al uso del cinturón de seguridad, el 79,8% (n=166) piensa que se debería usar,



sólo un 10,6% (n=22) lo usa con regularidad, el 43,3% (n=90) desconocía los límites de velocidad establecidos en la ciudad pero el 100% (n=208) expone que hay que respetarlos, el 88,5% (n=184) cree que no se puede hablar por teléfono móvil mientras se conduce, pero el 61,5% (n=128) refiere haberlo usado. En relación al uso de bebidas alcohólicas, el 61,5% (n=126), piensa que se puede conducir después del consumo de uno o dos tragos. Con respecto al uso de los semáforos por parte de los conductores, el 93% (n=193) pasa a alta velocidad los semáforos cuando este marca luz amarilla, aunque el 75% (n=156) piensa que esto no forma parte de las normas de la seguridad vial. CONCLUSIÓN: La aplicación de normas sobre seguridad y salud vial se encuentra en niveles deficitarios, por lo tanto se hace pertinente el diseño de una estrategia interventora breve para ser aplicada en las consultas de atención primaria a las poblaciones de alto riesgo, a fin de lograr la prevención de accidente de tránsito y otros hechos violentos.

# CIERRE DEL MUÑÓN APENDICULAR CON LIGASURE EN PEDIATRÍA

Acosta Torres M.; El Maaz, A. y Rivero, ST. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

Se evaluó la utilidad del Ligasure en el sellado del muñón y meso apendicular sin usar sutura en niños con Apendicitis Aguda (AA) atendidos en el Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela. 35 niños fueron intervenidos quirúrgicamente utilizando Ligasure (cirugía abierta: 22 y laparoscopia: 13). Se determinó sangrado, tiempo quirúrgico, inicio de vía oral, complicaciones, días de hospitalización e histopatología del apéndice. No se presentó complicación incluyendo el sangrado. El tiempo quirúrgico (minutos) fue 23,3±1,55 para cirugía abierta y 55,50±28,52 en laparoscopia. Se inicio vía oral a las 6 horas en 71,42% casos con cirugía abierta y laparoscopia,

1 caso (2,85%) se mantuvo con alimentación parenteral durante 4 días debido a divertículo de Meckel. El 91,42% (32) de los niños permaneció 24 horas hospitalizados (cirugía abierta: 62,85%, laparoscopia: 37,14%). En los casos restantes (3) se practicó cirugía abierta, 2 ameritaron hospitalización durante 48 horas por apendicitis perforada con peritonitis y 1 permaneció 7 días por el divertículo. La histopatología reveló cierre total de la luz apendicular. El Ligasure demostró ser útil en el sellado del muñón y meso apendicular sin usar sutura, especialmente en laparoscopia, sin complicaciones, permitiendo una mejor incorporación del niño a sus actividades diarias en menor tiempo.

# CONSTRUYENDO EL NUEVO MODELO MÉDI-CO HEGEMÓNICO EN EL PARADIGMA DEL BUEN VIVIR

#### Garrido, Oswaldo

Universidad Bolivariana de Venezuela.

El presente trabajo es un intento de sistematización del intercambio de saberes en el desarrollo de la especialidad médica que se imparte en el Hospital Coromoto, tiene como propósito realizar una aproximación a los modelos médicos hegemónicos instituidos en Venezuela, basados en la mercantilización de la salud y contrastarlo con el emergente modelo médico de salud que germina dentro del contexto de transformación estructural que discurre. Desde el punto de vista teórico, se utilizan las categorías modelo médico hegemónico de Eduardo L. Menéndez, las categorías de alteridad y objetualidad de Michel Foucault y la noción socio histórica del buen vivir y vivir bien legado de los pueblos primigenios. Para el desarrollo la investigación se conjugó esfuerzos con estudiantes de comunicación social de la UBV, miembros del poder popular y el debate con los médicos que cursan la especialidad médica para construir un espacio de reflexión entre las expectativas de la sociedad y el ejercicio de la pro-



fesión. Por tanto lo aquí planteado es un tema de debate y no hay absolutaciones. Como fundamento de la ciencia se asume la teoría crítica, de las metodología la tradición cualitativa, de los métodos el etnográfico y como herramientas la observación, el conversartorio y las entrevistas. A partir de ello, se construyó una caracterización de las expectativas de los actores sociopolíticos comunitarios sobre los médicos, el relato de las practicas medicas y un conjunto de elementos teóricos y prácticos para nuevo modelo médico bolivariano para darle repuesta al encargo de la sociedad, orientado desde el paradigmático humanista. Finalmente, se proponen unas líneas de trabajo para darle sentido a las prácticas de la medicina libertaria entrelazada con una filosofía que centralice al hombre y la mujer como el sujeto histórico de la transformación articulada a un poder popular en nacimiento.

# DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL RURAL TIPO I DEL ESTADO ZULIA

Muñoz Cabas, Diego; Reyes, Luz; Rincón, Tibisay; Noguera, Omaira y Milanez, María Facultad de Medicina.

Programa Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

El objetivo de estudio se centra en determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes que asisten a la consulta de medicina general de un Hospital Rural Tipo I del Estado Zulia. El enfoque metodológico de la investigación fue cuantitativo, tipo descriptivo y de diseño transversal no experimental. La muestra estuvo representada por 582 personas con edades comprendidas entre 30 y 65 años, que asistieron a la consulta de Medicina General de una institución pública de atención médica primaria. Las técnicas de recolección de información fue la encuesta, a través de los formatos estandarizados de la Historia Clínica In-

tegral. Como resultado, se develaron dos grupos: pacientes con riesgo absoluto y con bajo riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en 10 años. Del total de pacientes estudiados, 35% presentaron hipertensión arterial esencial, 32% dislipidemias, predominantemente hipercolesterolemia y descenso del colesterol HDL. El 42% presentó circunferencia abdominal superior a la considerada como normal con obesidad en grado I en el 57% de los pacientes. El habito tabáquico, se encontró en un 29% y el sedentarismo fue evidenciado en el 78% de los casos, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 fue reportada en el 28%. En conclusión, el manejo de los factores mencionados, permiten en la práctica de atención primaria estratificar a los pacientes de acuerdo a su riesgo cardiovascular, con el fin de aplicar estrategias orientadas a la prevención primaria, promoción de la salud y autocuidado del paciente.

DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLES-CENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL MUNICIPIO SAN FRANCISCO, ESTADO ZULIA

Muñoz Cabas, Diego; González, Liliam; Reyes, Luz; Vera, Sofía y Noguera, Omaira Cátedra de Metodología de la Investigación. Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

El objetivo de esta investigación fue determinar cuáles son los factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes de una institución educativa del Municipio San Francisco, Estado Zulia-Venezuela. La metodología se ubica en el paradigma positivista, se realizó una investigación de tipo descriptiva, con diseño no experimental transversal. La población estuvo representada por estudiantes de una institución educativa púbica, con edades comprendidas entre 12 y 19 años de edad. La muestra se conformó por 228 adolescentes de ambos sexos. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento estandarizado Drug Use



Screening Inventory (DUSI). Como resultados se encontró que los factores de riesgo del área familiar presenta un nivel de mediano riesgo, siendo esta el mayor puntaje en la muestra estudiada, con un índice de severidad de 52,38%. Los factores de riesgo de conducta y salud mental también se ubican en un nivel de riesgo medio con 439,11% y 42,86% respectivamente. Los hábitos recreacionales se encuentran en un nivel medio de riesgo con 36,78%, mientras que el área escolar representa un factor de riesgo bajo con 29,10%. En conclusión, es necesario diseñar y aplicar estrategias educativas y de atención médica primaria centradas en la intervención familiar, con el fin de fortalecer el modelaje positivo de patrones conductuales en adolescentes; y de esta manera reducir el nivel de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas.

# ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS CON-VENCIONAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL COROMOTO

Al Awad Adel¹; Flores, Víctor¹, Ávila Glendys¹, González Mayver², González Sorangel², Fernández Marianelly², Gómez Christian², Carrasquilla Alexander² y Matera María Andreina²

<sup>1</sup>Especialista en Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela. <sup>2</sup>SEDIAH: Sociedad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: La esplenectomía se realiza por diversidad de patologías traumáticas, autoinmunes o tumorales, entre otros; sin embargo, actualmente se prefiere la vía laparoscópica en los casos electivos. El propósito del trabajo es comparar las esplenectomías convencionales y la laparoscópica en una institución. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico donde se revisaron 21 historias de pacientes con esplenectomía por ambos métodos, de cualquier grupo etario y genero, in-

gresados entre agosto 2007 hasta diciembre 2011. Fueron excluidos los pacientes con esplenectomía por trauma y los realizados como complemento de otro procedimiento. Las variables evaluadas: edad, sexo, morbilidad, tiempo quirúrgico, estancia, y complicaciones. RESULTA-DOS: Predominó con 52% el género femenino y el grupo etario entre 0 a 19 años en el 33% de los casos. La patología más relevante con un 72% correspondió a la Esferocitosis Hereditaria y la Púrpura Trombocitopénica Idiopática. Se empleo laparoscopia en el 52% de los casos sin conversión, tiempo operatorio de 4 horas vs 3 horas del convencional y promedio de estancia hospitalaria menor en la laparoscópica. Complicaciones en un 4% para el abordaje laparoscópico. CONCLU-SIONES: Se concluye que la esplenectomía laparoscópica representa un procedimiento seguro, acarrea menos complicaciones y requiere menos días de estancia hospitalaria.

### ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN ESTUDIANTIL EN EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES

Reyes, Luz; Muñoz, Diego; Plata, Dalia; Fuenmayor, Yenifer y Carruyo, Julio Red de Investigación Estudiantil de LUZ (REDIELUZ), Vicerrectorado Académico Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

La medicina nace como un saber humanitario cimentado en el conocimiento, la consciencia y prudencia exigencia intrínseca de la ciencia, inspirado este en el enfoque antropológico y ético-científico (Juramento Hipocrático). Esta condición, es referente en la formación de investigadores y en la aplicación del modelo de experimentación con animales, el cual es representativo en el avance científico de la medicina, específicamente en el diagnóstico de las enfermedades, análisis de fármacos y trasplantes de órganos y tejidos, los cuales han introducido dilemas éticos por la injusticia que ha significado el sacrificio y sufrimiento de animales en la búsqueda y mejora de opciones para la salud



humana. En este contexto, la responsabilidad ética del estudiante investigador, se soporta en la valoración hacia lo interno, no sólo por consciencia y consideración hacia el animal, sino que el distrés producido en los animales de experimentación, introducen variables que interfieren en la interpretación y hallazgos de los resultados. De tal manera, que se requieren de un conocimiento especializado de los ambientes, procesos y procedimientos que garanticen su cuidado sanitario y condición biológica. Esta investigación es de tipo descriptiva, con referentes teóricos, normativas y experiencias prácticas en bioterios aportadas por informantes clave. A manera de resultado, se encontrón que la condición no moral de los animales sometidos a experimentación, está regulado por leyes nacionales y acuerdos internacionales sobre los derechos de los animales. Asimismo, su estado de consciencia se estimula por el dolor, estrés crónico y ansiedad que provoca una reacción motora y vegetativa que compromete su sistema nervioso. En conclusión, la inequidad con el animal de experimentación, es contraria a la valoración moral del humano (ser con consciencia), por ello, no son sujetos de derecho moral y responsabilidad, pero sí objeto de la consciencia del investigador.

# ÉTICA SOCIAL DE LOS EMPLEADORES EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERME-DADES OCUPACIONALES EN VENEZUELA

Seijo, Cristina¹; López, Edgar²; Villalobos, Karina³ y Bustamante, Faridt⁴ ¹Magíster en Recursos Humanos.Especialista en Recursos Humanos. Universidad Dr. Rafael Belloso Chacín. ²Consultor Jurídico de PDVSA. ³Magíster Scientiarum en Gerencia Empresarial. ⁴magister en Derecho Laboral y Deeho Mercantil.

El objetivo general del presente estudio consistió en analizar la ética social de los empleadores en la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales en Venezuela. Para ello se

desarrolló una investigación descriptiva, jurídica y documental, con un diseño no experimental, cuya población estuvo conformada por el conjunto de fuentes legales, jurídicas, doctrinales y jurisprudenciales relacionadas con la temática abordada. La recolección de datos se realizó a través de la observación directa y revisión documental con la matriz de análisis de las categorías, a los cuales se aplicó un análisis crítico - comparativo. Este estudio estuvo sustentado doctrinalmente por Capella (2008), Sabato (1999), Guédez (2006), entre otros. Como conclusión, la ética social de los empleadores en la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales en Venezuela no sólo es importante dentro del enfoque filosófico, puesto que en la medida como se desarrollen las teorías y principios, esta incrementará su valor propiciando un mayor interés de los diferentes niveles de desarrollo humano, como a su vez, en las empresas, las cuales día a día buscan expandir sus fronteras al aplicar una diversidad de técnicas y herramientas en función de garantizar una mayor y mejor productividad.

### EVITANDO MORIR EN EL OLVIDO. UNA EXPERIENCIA DE SANACIÓN PERSONAL

#### Ebrat, Eduardo<sup>1</sup> y Ferrer, Lorena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en comunicación social, estudiante de artes escénicas de La Universidad del Zulia (LUZ). <sup>2</sup>Médica Interna del Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo".

El presente trabajo se realizó partiendo del estudio de caso y la investigación fenomenológica, el cual tuvo como propósito indagar sobre las posibilidades de disminuir los problemas físicos y mentales que genera la demencia senil en paciente de edad avanzada (86 años) que en su historial clínico tiene referido dos (2) casos de accidente cerebrovascular (ACV), ubicándonos en las teorías de la salud en donde se analiza el cuerpo en las ciencias y las artes. Como in-



sumo metodológico, se partió de las teorías de sanación del Dr. Deepak Chopra (Teoría monistica del universo), el trabajo terapéutico del servicio de fisiatría aportado por el Centro de Diagnóstico Integral (CDI) ubicado en el sector de Zapara (Maracaibo - Venezuela), las prácticas de técnicas de cuerpo, juegos de expresión dramáticas y terapias alternativas de la escuela de Artes Escénicas de La Universidad del Zulia (LUZ). Todo ello conllevo a la creación de una estrategia de sanación iniciándose en la estimulación multisensorial, las inteligencias múltiples, la razón sensible del cuerpo, el ritmo y movimiento corporal, la estimulación de la cenestesia, la impresión, el imprinting y la expresión, y las motricidades del cuerpo. Como resultado se obtuvo que el proceso de demencia senil disminuyó significativamente sin la utilización de fármacos y siendo la paciente el responsable y actor principal de su proceso de sanación.

# FACTIBILIDAD TÉCNICA OPERATIVA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA LUZ

Piña Turizo, Glendis Carolina; Rangel Más, Wendy Andreina; Taborda Mendoza, Luisa María y Vargas Muñoz, Yusmarie Chiquinquirá

Universidad del Zulia. Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

El objetivo de la investigación fue proponer una metodología técnica operativa única para el desarrollo del proceso de atención de enfermería (PAE) a realizar por los estudiantes durante la prosecución de la carrera en la Escuela de Enfermería LUZ. Las teorías fueron Alfaro (2007), Benner (1987), Orlando (2005). El diseño fue de campo, no experimental. El tipo de investigación fue descriptiva, prospectiva, transversal, proyecto factible. La población fue 422 alumnos y la muestra 206. El instrumento de recolección de

datos tuvo 55 ítems con alternativas de respuestas múltiples, validada por expertos. Se midió la confiabilidad aplicando prueba piloto en 20 unidades de análisis, empleando el coeficiente Kuder Richarson, con resultado de 0,82. Se tabularon los datos mediante el programa SPSS 18.0, elaborándose tablas de frecuencia y porcentaje. Resultado: El nivel de conocimiento sobre las etapas del PAE fue medio con un 46.5% en una escala de (35-67%) para el primer ciclo y un 62.6% en una escala de (35-67%) para el segundo ciclo, dando un nivel de conocimiento bajo sobre el PAE. Los criterios de enseñanza: El 71% del primer ciclo y el 87% del segundo ciclo informan que los docentes aplican su criterio personal en la enseñanza del PAE. Estrategias de aprendizaje: el 38,4% del primer ciclo refieren que utilizan diversas estrategias de aprendizaje (clases, seminarios, casos clínicos), mientras en el segundo ciclo 29.6% refieren que solo utilizan casos clínicos. Retroalimentación: el 23.7% del primer ciclo y el 27,8% del segundo ciclo acotaron que existe retroalimentación. Tiempo de enseñanza: el primer ciclo con el 23% y el segundo ciclo con un 44,4% informan que el tiempo de enseñanza es de días. Conclusiones: Nivel de conocimiento de los estudiantes sobre PAE fue medio con 50% en una escala de (35-67%). La propuesta de la factibilidad técnico - operativa se diseñó en dos fases: Fase I: Organización, y Fase II: Valor agregado.

# FACTORES DE RIESGOS PARA ENFERMEDA-DES CARDIOVASCULARES EN ADULTOS: CASO BARRIO SAN AGUSTÍN- MARACAIBO

#### González, Karline

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Maracaibo-Venezuela.

Las enfermedades miocárdicas representan actualmente uno de los principales problemas de salud, siendo la primera causa de muerte en todos los países del mundo, ya que representan el 80% de la incapacidad, morbilidad y mortalidad frente cual-



quier otra afección importante. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) han ido en ascenso en los últimos años, especialmente en los países en desarrollo, por el consumo de comida no saludable, entre otras causas. En tal sentido el propósito de esta investigación es Describir los factores de riesgos que predisponen a enfermedades cardiovasculares en adultos en la comunidad del Barrio San Agustin - Maracaibo, se realiza un estudio transeccional, descriptivo y de campo. La población estuvo constituida por 340 personas habitantes de la comunidad Barrio San Agustín, siendo la muestra seleccionada aleatoriamente 185 personas. Se utilizo la técnica de observación y cuestionario estructurado. Los resultados determinaron alta prevalencia relacionada con la edad; Hombres y mujeres entre los 19 a 60 años, presenta el mayor porcentaje de Presión arterial Sistólica (PAS) elevada, tienen un riesgo mayor de enfermedad cardiovasculares (EC), y en relación con el género las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres; el riesgo aumenta en forma exponencial a medida que aumenta la intensidad de la exposición. Teniendo en cuenta los datos arrojados en el estudio se sugiere diseñar estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedad cardiovascular orientada a la concientización y adopción de prácticas saludables.

### FASCITIS NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rincón Reyes Hiliana, Ramírez Bracho Luis, Lobo Bravo Mayra y Blanco-Uribe, Andrea

Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Adolfo Pons. Maracaibo-Venezuela

INTRODUCCIÓN: La Fascitis necrotizante es una infección de la zona profunda del tejido subcutáneo, se extiende a través de las fascias y se carac-

teriza por extensa destrucción. El fallo multiorgánico y la muerte (> 50%) son característicos, por lo que es necesario tratamiento médico agresivo y desbridamiento quirúrgico. CASO CLÍNICO: Masculino de 62 anos, quien posterior a inyección intramuscular; presenta fiebre no cuantificada y aumento de volumen con cambios de coloración en región glútea derecha, es hospitalizado en centro privado con diagnostico de Absceso Glúteo Derecho, recibe tratamiento médico (Meropenem + Tygeciclina), en menos de 48 horas pasa a Uci, al presentar Hipotension, Taquipnea, Taquicardia, extensión del proceso infeccioso a muslo derecho, persistencia de la fiebre, incremento de CB, hiperazoemia leve, y trombocitopenia. En vista de no mejoría, es trasladado a otro centro con Diagnostico: Sepsis punto de partida piel y partes blandas: fascitis necrotizante región gluteofemoral derecha + Insuficiencia Renal. Recibe resuscitacion hidroelectrolitica + hemoderivados + antibioticoterapia de amplio espectro (Meropenem + Vancomicina + Metronidazol) + voriconazol, y sometido a Necrectomía + toma de cultivos; además, se evidencian probables sitios de necrosis en región subcostal poplítea derechas + maleolar externa izq, donde realizamos debridamiento. A las 48 horas, otra necrectomía. 1er cultivo reporta Streptococcus pyogenes β-hemolítico grupo A, solo se omiten Metronidazol y Vancomicina. El siguiente cultivo reporta Acinetobacter baumanni, y se agrega Colimicina EV y tópica. Egresa de UCI, luego de 11 días, permaneciendo hospitalizado hasta que es sometido a injerto en centro especializado, en dos sesiones. Actualmente paciente en rehabilitación física. Discusión: La Fascitis Necrotizante es un cuadro clínico agresivo donde solo el debridamiento quirúrgico temprano y los cuidados intensivos apropiados son los pilares del tratamiento, que pueden disminuir la mortalidad.



#### FIBRILACIÓN AURICULAR POR VÍA ACCESORIA

# Reyes Mozo, Eudis y Felizola Rodríguez, Antonio

Cardiológico Barrio Adentro 2.

Se realizó un estudio transversal en la ciudad de Maracaibo, tomando como base de datos los pacientes atendidos en el Centro Cardiológico de la Misión Barrio Adentro, durante el período febrero 2008 - 2012 ambos inclusive, con el objetivo de caracterizar la fibrilación atrial con conducción anterógrada por vía accesoria. La muestra quedó conformada por 26 pacientes. Se estudiaron variables relacionadas con la prevalencia de la fibrilación, marcadores de riesgo, circunstancias de aparición, opciones terapéuticas y predictores de muerte súbita. Se encontró una prevalencia del 3% con predominio del sexo masculino. El marcador de riesgo más importante fue el antecedente de fibrilación atrial en el 35% de los pacientes, apareciendo con más frecuencia durante el reposo. Predominaron las vías izquierdas (54%). El 84% de los pacientes requirió fármacos para la reversión aguda. La ablación fue exitosa en el 92% de los casos y el intervalo RR medio durante la preexcitación fue de 213 mseg. Se concluye que la fibrilación atrial preexcitada tiene en nuestro medio una prevalencia importante. Predominaron el sexo masculino y las vías izquierdas. Hubo intervalos RR mínimos de menos de 170 mseg. La ablación resultó ser un proceder curativo con alto porcentaje de éxitos y baja frecuencia de complicaciones.

# GIST EXTRAGASTROINTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

# Tavarez, Axel¹ y Sanguino, Rona²

<sup>1</sup>Cirujano Oncólogo.

<sup>2</sup>R-3 Postgrado Cirugía General.

**OBJETIVOS**: describir el caso de un paciente con tumor de GIST extragastrointestinal destacando

los hallazgos clínicos, patológicos e inmunohistoquímicos encontrados. MÉTODOS: reporte de caso de paciente femenina de 65 años de edad, que acude a nuestro hospital por presentar sangrado vaginal; en dicho reporte se muestran los resultados de los estudios complementarios que sugieren la presencia de un tumor EGIST. RESUL-TADOS: Se le realiza resección abdominoperineal con colostomía tipo hartman e histerectomía total, con una incisión medial derecha supra e infra-umbilical, se encontró una tumoración en pared posterior de vagina lobulada de 7.5 x6 cm Estudio anatomopatológico informó neoplasia maligna compatible con tumor de estroma gastro-intestinal. CONCLUSIONES: Los tumores estromales del tubo digestivo (GIST) constituyen un tipo de tumor de características muy particulares, como la expresión de la proteína KIT. Predecir su comportamiento es muy difícil teniendo un alto riesgo de recidiva tardía. Se presenta el caso de una mujer de 65 años con GIST ubicado en vagina; zona poco frecuente, tratado quirúrgicamente. El estudio histopatológico reveló un GIST. Se analizan los aspectos más relevantes de este tipo de tumor, con énfasis en los recientes avances que han permitido definir criterios diagnósticos e introducir nuevas terapias.

# HIPERTENSIÓN PORTAL. ULTRASONIDO CONVENCIONAL VS. DOPPLER

#### Demarchi Mora, Paola Soledad

Médico Radiólogo.

Hospital Coromoto de Maracabo-Venezuela

Se realizó una investigación descriptiva prospectiva de corte transversal, cuyo objeto fue determinar la importancia del uso del Doppler espectral y color en el diagnostico de Hipertensión portal a través de la correlación de los hallazgos ecográficos en escala de grises con los obtenidos por espectroscopia Doppler y Doppler color en pacientes con sospecha clínica de la misma. Se evaluaron 15 pacientes, referidos al Servicio de



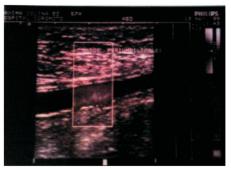
Ultrasonido del Hospital Coromoto en el lapso Enero-Julio 1999. Se empleó un equipo Ultrasonografico bidimensional del tiempo real, marca Phillips modelo SD800, equipado con Doppler dúplex color, utilizando transductores Convex 3.5 y lineal 7.5 Mhz. Se practico ecograma abdominal y Doppler portal evaluando: calibre venoso portal, variaciones del mismo ante movimientos respiratorios, presencia de colaterales porto sistémicas, ascitis, esplenomegalia y análisis espectral cualitativo y mapa Doppler color de vena porta. El 86,67% de los pacientes evaluados presento inversión del flujo venoso portal, independientemente de su etiología, esta variable se pre-

sento con igual frecuencia que otra utilizadas en escala de grises para dx de hipertensión portal, como son: calibre portal > 1.3 cms e invariabilidad del mismo con movimientos respiratorios; la misma tuvo mayor frecuencia que otras variables como son: Esplenomegalia (73,33%), colaterales (71,42%) y ascitis (33,3%). Se concluye en este trabajo de investigación que el Doppler espectral, el color y la ecografía en escala de grises, son complementarias; los primeros son útiles perse en el diagnostico de hipertensión portal, y la segunda, brinda información adicional de sus posibles etiologías y complicaciones.

Contornos hepáticos irregulares: paciente con cirrosis



Anastomosis porto-sistémicas: venas umbilicales (7,5 mHz)



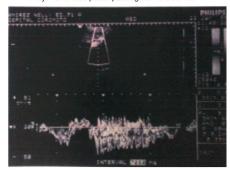
Anastomosis porto-sistémicas: venas umbilicales (3,5 mHz)



Calibre venoso portal y esplénico aumentado



Flujo venenoso portal patológico: Turbulencia

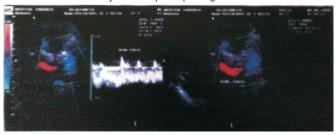


Persistencia del calibre venoso portal con los movimientos respiratorios

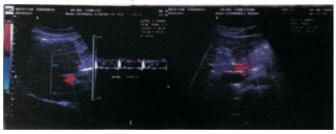




Flujo venoso portal patológico: inversión

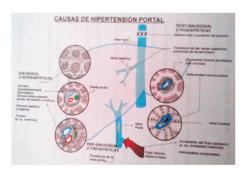


Flujo venoso portal normal



Ascitis: paciente con cirrosis

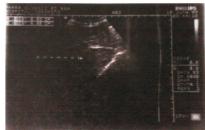




Espienomegalia: paciente con cirrosis



Índice lóbulo caudado / lóbulo derecho > 0.65: como diagnóstico escográfico de cirrosis



CAUSAS HIPERTENSIÓN PORTAL	CASOS	
	No.	%
Pre-Sinusoidal	2	13,33
Sinusoidal	12	80,00
Post-Sinusoidal	ī	6,66
TOTAL	15	100,00
FI. Encuesta Ultrasonido 1990.		



# INMUNIDAD AL VIRUS DE RUBEÓLA EN UNA POBLACIÓN FEMENINA INDIGENA DEL ESTADO ZULIA, EN EDAD REPRODUCTIVA

Durán, Anyelo<sup>1,2</sup>; Vílchez, Adriana<sup>3</sup>; Gallardo, Luis<sup>1,4</sup>; Atencio, Ricardo<sup>5</sup>; Fuenmayor, Ana<sup>6</sup>; Villasmil, Thais<sup>1</sup> y Valero, Nereida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette". <sup>2</sup>Escuela de Bioanálisis.

<sup>3</sup>Escuela de Bioanálisis. <sup>4</sup>Escuela de Medicina. <sup>5</sup>Laboratorio Regional de Referencia Virológica. Facultad de Medicina. <sup>6</sup>Facultad de Ingeniería, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

INTRODUCCIÓN: La rubéola es una enfermedad viral, que se manifiesta con exantema moderado y pocas complicaciones en niños y adultos. Debido a los efectos teratogénicos en el feto durante el embarazo, puede provocar abortos espontáneos y nacimiento de niños con síndrome de rubéola congénita (SRC). Los estudios de seroprevalencia para esta enfermedad han demostrado que las mujeres, en países en desarrollo, tienen baja seroinmunidad. OBJETIVO: Determinar la inmunidad al virus de rubéola en poblaciones indígenas yukpas del estado Zulia en edad reproductiva. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en octubre de 2011, en el cual se recolectaron 96 muestras de suero de mujeres aparentemente sanas, residentes de las comunidades de Tocuco (n:4), Peraya (n:30) y Marewa (n:62), en edades comprendidas entre 15 a 40 años. La determinación de IgG anti-rubéola se realizó por ELISA de captura. Resultados: La inmunidad general en la población analizada fue de 97,9%, distribuida homogéneamente en cuanto a la edad. Para las residentes de Tocuco y Peraya resultaron inmunizados en el 100%, mientras que en Marewa fue de 96,7%. CONCLUSIONES: Se confirma alta tasa de inmunidad al virus de rubéola en las mujeres de las poblaciones yukpas analizadas que se encuentran en edad fértil, lo que contribuye a la disminución de casos de SRC en este estado y en especial en poblaciones indígenas de Venezuela. Se evidencia la importancia de los programas nacionales de vacunación que han logrado erradicar la circulación del virus de la rubéola incidiendo positivamente en el estado de salud de estas comunidades.

# INMUNIDAD AL VIRUS DE SARAMPIÓN EN NIÑOS DE COMUNIDADES DEL ESTADO ZU-LIA, VENEZUELA

Gallardo, Luis<sup>1,2</sup>; Carrero, Rafaela<sup>1,3</sup>; Atencio, Ricardo<sup>4</sup>; Durán, Anyelo<sup>1,3</sup>; Fuenmayor, Daniela<sup>5</sup>; Ramírez, Teresa<sup>1</sup> y Valero, Nereida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette. <sup>2</sup>Escuela de Medicina. <sup>3</sup>Escuela de Bioanálisis. <sup>4</sup>Laboratorio Regional de Referencia Virológica. Universidad del Zulia. <sup>5</sup>Estudiante de Psicología, Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de la epidemiología de enfermedades prevenibles por inmunización determina su forma de control y eliminación. En Venezuela se han implementado campañas de vacunación anti-sarampión con altas tasas de cobertura, observándose disminución en la incidencia diaria y distanciamiento en la aparición de casos. Sin embargo, se desconoce el alcance de las campañas de vacunación en las comunidades indígenas o rurales. OBJETIVO: Evaluar la inmunidad al virus de sarampión en niños de comunidades rurales y comparar con una comunidad urbana del Estado Zulia, Venezuela. MATE-RIALES Y MÉTODOS: En un estudio transversal realizado en octubre de 2011 y marzo de 2012, se seleccionaron 83 muestras de suero de niños aparentemente sanos con edades de 2 a 14 años, sin distingo de sexo, residentes de la comunidades rurales de Marewa (n:30), Tocuco (n:19) y Peraya (n:12) y urbana de Caja Seca (n:22), todas del Estado Zulia, las cuales fueron analizadas por ELISA para la detección de IgG anti sarampión. RESULTADOS: Se detectó inmunidad al virus en el



93,9% del total analizado y de 77,7% en niños de 2 a 6 años, mientras que en el grupo de 7 a 14 años fue de 95,9%. Se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino (96,6%), no encontrándose diferencias significativas entre los tipos de comunidades. CONCLUSIONES: Se evidencia alto grado de inmunidad a este virus, lo que sugiere efectividad en los programas de vacunación en estas comunidades del Estado Zulia; sin embargo, los resultados permiten recomendar continuidad de la vigilancia epidemiológica y reforzar las campañas de vacunación en grupos de niños menores de seis años dado el porcentaje de susceptibles detectado.

# INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE VIH-SI-DA EN ADOLESCENTES DE ALTOS DEL SOL AMADO. MARZO-SEPTIEMBRE 2011

Ferrer Castillo, Lorena Chiquinquira; Fontalvo, Claudio José Julio; Piñango Delgado, Daniel Arturo y Urdaneta, Janneth

Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria. ASIC: La Chamarreta. Estado Zulia, Venezuela.

Se realizó un estudio epidemiológico experimental de tipo intervención comunitaria (estudio antes-después sin grupo de control) longitudinal, prospectivo en del Consultorio Médico Familiar Rafael Urdaneta de la comunidad Sol Amado, parroquia Francisco Eugenio Bustamante, Área de Salud Integral Comunitaria La Chamarreta, desde marzo a septiembre de 2011 que incluyó el uso de técnicas participativas para modificar el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en los adolescentes de dicha comunidad. El universo estuvo conformado por 80 adolescentes comprendido en el grupo etario de 10 a 19 años que se encuentran dispensarizados como riesgo de ITS. La muestra del estudio se calculó considerando el criterio de Sierra

Bravo para poblaciones finitas arrojando 66 adolescentes para el estudio. Se aplicó un cuestionario inicial que permitió identificar las necesidades de aprendizaje, comprobándose inicialmente que existía un desconocimiento en cuanto a todos los aspectos medidos sobre VIH/SIDA. En nuestro estudio predomino el sexo masculino y el grupo de edad de 15-19 años. Posteriormente se aplicó un programa educativo abordando las temáticas identificadas. Para la intervención se organizaron 3 grupos para garantizar la factibilidad, las actividades fueron desglosadas en 5 sesiones con una duración de 60 minutos. Al finalizar se aplicó nuevamente el mismo cuestionario comprobando que los resultados alcanzados fueron satisfactorios lográndose mejoría significativa después de la intervención educativa. La actividad fue catalogada por los adolescentes como algo muy apropiado.

#### LESIONES TRAUMÁTICAS DEL DIAFRAGMA Y SUS COMPLICACIONES

#### Rivas, Mari Angélica y Guzmán Toro, Fernando

Servicio de Cirugía.

Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.

Se evalúan en pacientes quienes presentaron lesiones de diafragma, las lesiones asociadas presentes y las complicaciones. En un total de 66 pacientes con lesiones diafragmáticas, las lesiones más frecuentes asociadas fueron las hepáticas en el 33.33% de los pacientes, esplénicas 18,2% y gástricas 10,5%; en 7 pacientes se presentó hernia diafragmática, siendo más frecuente la localización en el lado derecho en 6 pacientes. La presencia de lesiones diafragmáticas es evidencia de la presencia de lesiones complejas asociadas que incluyen hígado y bazo y se requiere una atención inmediata y adecuada debido a los múltiples órganos involucrados en estas lesiones.



#### OSTEOMIELITIS CRÓNICA EN PELVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mago Rodríguez, Levy; Urribarri, Janeth y Palmar Sulbarán, Anna E.

Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

Se presenta caso clínico de escolar con diagnostico de osteomielitis crónica en pelvis, por la localización anatómica inusual. Mediante una revisión de la literatura sobre esta enfermedad en pacientes pediátricos, su etiopatogenia, métodos diagnósticos y pautas actuales de tratamiento, se documenta el caso. Se describen las dificultades para establecer el diagnostico de osteomielitis pélvica dado factores predisponentes, tipo de huésped y la clínica diversa de la patología. Materiales y métodos: Se realizo estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, prospectivo, en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Coromoto de Maracaibo en el periodo febrero 2011 - junio 2012. Se trata de escolar masculino de 10 años de edad, de etnia wayuu, natural y procedente de la Costa Oriental del Lago de Maracaibo, Edo. Zulia, inicia enfermedad posterior a caída de un árbol (3mts de altura), refiriendo dolor en cadera izquierda, dificultad para la marcha y cuadro febril a las 72 horas; es admitido en hospital de su localidad y al siguiente día desarrolla dificultad respiratoria que amerita UCI. Al mes se refiere al Hospital Coromoto de Maracaibo, por no presentar mejoría y sospecha de TBC pulmonar. Se solicita interconsulta al servicio de Ortopedia, por presentar cojera, y se plantean los diagnósticos de tumoración ósea vs osteomielitis. Se realiza desbridamiento toman de muestras para biopsia de crestas iliacas que reporta osteomielitis crónica con focos reactivos. No se aísla agente causal en muestras de cultivo. Paciente tratado con terapia antimicrobiana. A 14 meses del alta paciente sin signos clínicos de osteomielitis.

# PROTEÍNA C REACTIVA EN EL SUERO DE PA-CIENTES CON INFECCIÓN AGUDA DE ETIO-LOGÍA VIRAL O BACTERIANA

Durán, Anyelo<sup>1,2</sup>; Delgado, Lineth<sup>1,3</sup>; González, Andrea<sup>1,4</sup>; Parra, Belkis<sup>1,3</sup>; Ocando, José<sup>3</sup>; Fuenmayor, Ana<sup>4</sup>; Alcocer, Sirley<sup>1</sup>y Valero, Nereida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette". <sup>2</sup>Escuela de Bioanálisis. <sup>3</sup>Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina. <sup>5</sup>Facultad de Ingeniería. Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: La cuantificación de la proteína C reactiva (PCR), es usada para el diagnóstico, pero su valor predictivo para monitorear las infecciones de diferentes etiologías es controversial. OBJETIVO: Cuantificar niveles de proteína C reactiva en suero de pacientes con infección aguda de etiología viral o bacteriana. MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron 136 muestras de suero de individuos en período febril, seropositivos a IgM anti- dengue (n: 36), Citomegalovirus (n:9), Epstein Barr (n:17), Parvovirus B19 (n:26), Herpes Simple 1 y 2 (n:3), Influenza A (n:3), Influenza B (n:3), Legionella pneumophila (n:15), Mycoplasma pneumoniae (n:21), Coxiella burnetii (n:3) y 10 controles sanos. A cada paciente y controles se les cuantificaron las concentraciones de PCR por la técnica de ELISA. RESULTADOS: Las concentraciones séricas de PCR en los pacientes con infecciones virales (12,08 $\pm$ 7,13  $\mu$ g/ml) y bacterianas (11,74 $\pm$ 5,61  $\mu$ g/ml) se encontraron incrementadas (p < < < 0,05) con respecto al grupo control (2,35 $\pm$ 0,57  $\mu$ g/ml); no encontrándose otras diferencias significativas entre los grupos estudiados. CONCLUSIONES: Estos resultados sugieren una asociación entre las concentraciones de PCR y la etiología infecciosa, dado que estuvieron incrementadas indiferentemente del tipo de agente implicado. Sin embargo, llama la atención que en las infecciones causadas por los virus respiratorios (Influenza A y B) se observó un descenso en las concentraciones de ésta en relación al resto de las infecciones. De allí la necesidad de investigar y eva-



luar el papel de la respuesta inflamatoria en la patogénesis causada por estos agentes.

### SÍNDROME DE OGILVIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramírez Bracho, Luis¹; Rincón Reyes, Hiliana¹; Gómez, Silvia² y Borjas, Marianelly² Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Adolfo Pons. Maracaibo-Venezuela

INTRODUCCIÓN: La pseudobstrucción aguda del colon o síndrome de Ogilvie es una entidad rara que se asocia a diferentes patologías clínicas o quirúrgicas, y cuya etiopatogenia sigue siendo desconocida. caso: Puérpera 37 años, que consulta 3er día postoperatorio de cesárea, con dolor y distensión abdominal progresiva, vómitos, sin expulsión de flatos ni evacuaciones. III gestas, I aborto, 2 cesáreas. Fascie algica, deshidratada, FC 105x', FR 22x', afebril, murmullo vesicular audible, sin agregados; abdomen: distendido, doloroso en forma difusa, signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos ausentes, SNG con liquido fecaloide; examen ginecológico: loquios hemáticos escasos, no fétidos; tacto rectal: heces pastosas. Radiología: tele de tórax DLN; abdomen: Gran dilatación de asas, predominio colónicas, niveles hidroaereos. US pélvico: dilatación de asas, liquido interasas, útero en involución acorde al momento, endometrio lineal. Laboratorio: CB 10900xmm3; Segmentados 90%. Se practica cirugia de emergencia ante posible complicaciones postcesárea: ginecoobstétrica (dehiscencia segmento uterino, sangrado de histerorrafia), lesión vesical o digestiva; evidenciando: secreción serohemática, útero infraumbilical, rosado, blanda, histerorrafia indemne; dilatación universal de asas delgadas y colon, buena coloración, sin patología que explique dilatación; prueba de continencia vesical satisfactoria. Previo lavado, dejamos dren Jackson-Pratt en fondo de saco. Diagnostico postoperatorio: Íleo Postquirúrgico, planteándose Síndrome de Ogilvie. Recibe soporte hidroelectrolitico, nutricional, antibioticoterapia de amplio espectro y procinéticos. Evidencia de tránsito intestinal a 96 horas y egresa al octavo dia. En Colonoscopia no hay patología orgánica, por lo que nuestro diagnostico definitivo es Síndrome de Ogilvie. **DISCUSIÓN**: La mortalidad de este síndrome es 30%, por lo que destacamos la importancia de mantener la sospecha de esta inusual causa de abdomen agudo.

# SUSCEPTIBILIDAD AL VIRUS DENGUE EN POBLACIONES INDÍGENAS YUKPAS DEL ESTADO ZULIA, AÑO 2011

Gallardo, Luis<sup>1,2</sup>; Atencio, Ricardo<sup>3</sup>; Durán, Anyelo<sup>1,4</sup>; Karem, Reyes<sup>4</sup>; Fuenmayor, Jorge<sup>5</sup>; Villasmil, Thais<sup>1</sup>; Soto, Keyla<sup>1,4</sup> y Valero, Nereida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette". <sup>2</sup>Escuela de Medicina. <sup>3</sup>Laboratorio Regional de Referencia Virológica, Escuela de Bioanálisis. <sup>4</sup>Escuela de Bioanálisis. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. <sup>5</sup>Universidad Rafael Belloso Chacín. Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: El dengue constituye uno de los principales problemas de salud pública en Venezuela por su alta morbilidad, gran distribución y por los cambios en el comportamiento epidemiológico de la enfermedad. De allí, la necesidad de ubicar comunidades susceptibles a la infección especialmente en los poblados indígenas donde son escasos los estudios realizados. OBJETIVO: Determinar la susceptibilidad a dengue en poblaciones indígenas yukpas del estado Zulia. MATERIA-LES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en octubre de 2011, en el cual se recolectaron 91 muestras de suero de individuos de las comunidades de Tocuco (n=17), Peraya (n=26) y Marewa (n=48), en edades comprendidas entre 15-64 años. La IgG anti-dengue se determinó por ELISA de captura. RESULTADOS: La susceptibilidad a la



infección se ubicó en 31,87%, mientras que la inmunidad general en la población analizada fue de 68,13%, distribuida en 83,33% (40/48) de Marewa, seguido por Tocuco con 70,58% (12/17), mientras que para Peraya se obtuvo un nivel de inmunidad de 38,46% (10/26) (p<0,001) con respecto a los habitantes de Marewa. En relación al grupo etario, se observó un 60,86% (14/23) para los adolescentes (15-19 años); 65,85% (27/41) a los adultos jóvenes (20-40 años) y un 77,77% (21/27) en los adultos medios (41-64 años). CONCLUSIONES: Se obtuvo alta tasa de inmunidad a dengue en las poblaciones Yukpas estudiadas, posiblemente relacionada a la circulación de los virus dengue, en estas zonas geográficas con características climatológicas y epidemiológicas propicias para la transmisión.

# TUMORES HEPÁTICOS. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

Al Awad, Adel<sup>1</sup>; Flores, Víctor<sup>1</sup>; Sanguino, Rona<sup>2</sup>; Vásquez, Roxana<sup>2</sup> y Briceño, Diógenes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreático. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela. <sup>2</sup>Residente III año. <sup>3</sup>Residente I año.

OBJETIVO: Exponer la experiencia del hospital en el manejo de los tumores hepáticos. Ambiente: Servicio de cirugía general. Hospital Coromoto de Maracaibo". MÉTODOS: Se realizo un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados entre Enero 2007 y Junio 2012 a nuestra institución por presentar tumoración hepática. Se evaluaron las variables: edad, sexo, complicaciones, diagnostico anatomopatológico, así como, abordaje, tamaño del tumor y la estancia hospitalaria. RESULTADOS: Se hallaron un total de 30 pacientes, de los cuales 73.9% correspondió al sexo femenino. La edad promedio fue de 53 años (mínima 24 años y máxima 73 años). Un 34,7% de las tumoraciones hepáticas corresponde a los hemangiomas y el 30.4% a quiste simple, seguidas de la hiperplasia nodular focal en un 17.3%.el carcinoma hepatocelular correspondió a un 4.34%. La mayoría de las lesiones se ubicaron en el lóbulo derecho. La técnica quirúrgica más empleada fue segmentectomia. El abordaje 8 fue por laparoscopia y 15 convencional.1 de los casos presento complicaciones debido a neumotórax durante la toma de vía central. La mortalidad general asociada fue de 0 en 3 meses. El tamaño mayor fue 18x15 cms y el menor de 3.4 x 2.5 cms. **CONCLUSIONES**: Los tumores hepáticos en nuestro hospital son más frecuentes en mujeres, con mayor incidencia a los hemangiomas seguidos de quiste simples y responde en forma satisfactoria al tratamiento quirúrgico. La laparoscopia mejora los resultados quirúrgicos y posquirúrgicos para la hepatectomía derecha, en pacientes seleccionados. Este es el primer estudio comparativo en demostrar las ventajas de la laparoscopia para resecciones hepáticas mayores. Se requieren mayores estudios aleatorizados con un mayor número de pacientes para confirmar el rol de la laparoscopia en resecciones hepáticas mayores.

# UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN TRAU-MA TORÁCICO PENETRANTE

Rivas, Mari Angélica y Guzmán, Toro Fernando

Servicio de Cirugía.

Hospital Universitario de Maracaibo-Venezuela.

Se presenta una presentación inusual de trauma torácico penetrante en un paciente quien posterior a caída de dos metros de altura, presentó incrustación de cuerpo extraño (pata de pupitre) en la cara posterior del hemitórax izquierdo. En el lugar fue necesario serruchar el segmento metálico y el paciente fue trasladado al Hospital Universitario de Maracaibo, y se realizó toracotomía exploradora para la extracción del cuerpo extraño, sin complicaciones durante el procedimiento.



FACTORES PRONÓSTICOS EN LINFOMA LIN-FOBLÁSTICO DE CÉLULAS T. REPORTE DE UN CASO. HOSPITAL COROMOTO DE MARACAI-BO 2011

Amestre, Olga; Bota, Noelia; Borjas, Elizabeth, Valera, Alberto; Rendiles, Richard; Fuenmayor, Yoraima; Marquez, Junitza, Briceño, Marbely y Guerrero, Adriana

Servicio de Oncohematología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

Los Linfomas no Hodgkin de células T son neoplasias poco frecuentes a nivel mundial. Se han reportado pocos casos de Linfoma Linfoblástico primarios de células T del aparato genital femenino, pero menos aun de linfoma linfoblástico sistémico de células precursoras T con afectación del aparato genital femenino en adultos jóvenes. Por lo que el Objetivo de la investigación es reportar la manifestación atípica de un caso manifestado en el Hospital Coromoto y valorar los factores pronósticos de alto riesgo que conllevaron a la muerte de la paciente; todo esto con la finalidad de orientar hacia un diagnostico oportuno y eficaz a través de los diferente métodos diagnósticos tanto de laboratorio como imagenológicos que permitieron determinan el mejor tratamiento para este tipo de pacientes con evaluación previa del riesgo.

#### PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE 2 AÑOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Lamus, Hernan; Saab, Nizar; Leon, Nerio; Acurero, Gleriset; Sanguino, Rona y Briceño, Diógenes

Servicio de Cirugía Bariátrica. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

**OBJETIVO:** Exponer la experiencia del hospital en la realización de cirugía bariátrica laparosco-

pica. AMBIENTE: Servicio de cirugía general. Hospital Coromoto de Maracaibo. MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados entre Julio del 2009 hasta Julio del 2012, a nuestra institución por presentar diagnóstico de Obesidad tipo II con una comorbilidad, o obesidad III sin comorbilidad, según la clasificación de la OMS, para ser sometido a cirugía bariátrica tipo gastrectomía vertical en manga o by-pass gástrico laparoscopico. Se evaluaron las variables: sexo, edad, talla, peso, índice de masa corporal comorbilidades asociadas, complicaciones, estancia hospitalaria y tiempo quirúrgico. RESULTADOS: Del total de pacientes de cirugía bariátrica, para by-pass gástrico fueron 40 pacientes (78,43%, el sexo femenino (57,7%), y para gastrectomía vertical en manga 11 pacientes (21,56%), sexo femenino (81,81%), la edad promedio de by-pass fue 35 años y de gastrectomía vertical en manga fue de 33 años, el promedio de IMC para bypass gástrico fue de (47,06 Kg.), y para gastrectomía vertical en manga (41,43 Kg.) y el tiempo quirúrgico fue de 260,4 minutos y 174 minutos para la gastrectomía vertical en manga. CONCLUSIONES: En la actualidad, la obesidad representa un problema de salud pública en el mundo en los que afecta en proporciones crecientes a la población. La cirugía bariatrica induce una pérdida de peso que se asocia con una mejoría de la patología asociada a la obesidad (diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico, síndrome obstructivo de apnea del sueño y artropatías. El bypass gástrico laparoscópico y la manga gástrica vertical son procedimientos complejos al que hay que añadir las dificultades inherentes al paciente obeso mórbido, así como su elevado riesgo, para reducir al máximo las consecuencias negativas derivadas del aprendizaje de la técnica.



# TUMORES SÓLIDOS PSEUDOPAPILARES DE PÁNCREAS. EVALUACIÓN, CONDUCTA Y SE-GUIMIENTO EN 3 AÑOS

Al Awad, Adel<sup>1</sup>; Chirinos-Araque, César<sup>2</sup>; Sánchez R., Mauribel<sup>3</sup>; Sánchez B., Arleen<sup>3</sup> y Matera M., María<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cirugía Hepatobiliopancreática. <sup>2</sup>Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela. <sup>3</sup>SEDIAH: Sociedad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

OBJETIVO: Exponer nuestra experiencia en el manejo de tumores sólidos pseudopapilares de páncreas en un periodo de 3 años. AMBIENTE: Servicio de Cirugía General. Hospital "Coromoto de Maracaibo". MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de tumor pseudopapilar de páncreas desde Enero 2008 a Diciembre 2011. Se evaluaron las variables de edad, sexo, presentación clínica, localización y tamaño del tumor, procedimiento y tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad. RESULTADOS: Se registraron 4 pacientes con tumor Pseudopapilar Pancreático cuya edad promedio fue 35,2 años, predominando el sexo femenino (75%). El dolor abdominal (75%) fue el síntoma más frecuente. El 50% de los tumores se observaron en cabeza de páncreas, con un tamaño promedio de 9,25 cm. La punción con aguja fina por ecoendoscopia fue el método diagnostico preoperatorio y en todos los paciente se realizó resección tumoral con criterio de radicalidad, realizando 2 cirugías de Whipple (50%), 1 Pancreatectomía central (25%) y 1 (25%) Pancreatectomía Distal Laparoscópica. Se observó 1 (25%) complicación y no se registró mortalidad a los 30 días del postoperatorio. CONCLUSIO-NES: Los tumores sólidos pseudopapilares de páncreas son neoplasias poco frecuentes con mayor incidencia en mujeres jóvenes, que deben ser diagnosticadas en el preoperatorio. Sugerimos el

uso de la biopsia con aguja fina guiada por ecoendoscopia como método diagnostico para la planificación de cirugías de páncreas con criterio de radicalidad.

#### AORTICO ABDOMINAL ROTO DIAGNOSTICA-DO POR TC. REPORTE DE UN CASO

Altamar, D.; Molero, M.; Demarchi, P.; Altamar, D. y Rodríguez, A.

Servicio de Imagenología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

INTRODUCCIÓN: Aneurisma aórtico abdominal (AAA): dilatación de aorta abdominal mayor a 3 cm, frecuencia: 15 a 37 /100.000 pacientes / año, que aumenta con la edad ( Hombres de 2 a13% mayores 65 años). El 80% de los AAA son menores a 3.5 cm y 1% en hombres de 55 a 64 años superan los 4 cm, aumentando 4% prevalencia por cada década sobre 65 años. Frecuentemente infra-renal .Otros factores de riesgo: tabaquismo, masculino, raza blanca, ateroesclerosis, HTA. Etiología no ateroescleróticas: asociados a Síndrome de Marfan, Ehrles Danlos, y Aneurisma micótico. La mayoría son asintomáticos, diagnostico clinico e imagenológico. Al incrementar su tamaño puede desencadenar dolor abdominal, lumbalgia y masa palpable o soplos. CASO CLÍNICO: Hombre de 58 años, sin antecedentes personales ni familiares patológicos. Consulta por dolor abdominal difuso de siete horas de evolución, de aparición súbita, no irradiado, asociado a náuseas. Consciente, hipotenso, abdomen sensible, sin soplos ni masas palpables. Hallazgo radiológicos negativos, se solicita UROTC pensando en cólico nefrítico, el cual revelo gran imagen hipodensa advacente a aorta abdominal infrarrenal con extensión hacia ambas ilíacas, llegando a medir 14.5 cms de longitud x 8.5 cms en diámetro transverso, calcificación parcial de su pared, indicativo de aneurisma aortico abdominal, con signos que sugieren ruptura parcial, aso-



ciados a gran hematoma retroperitoneal, de la pared adyacente a la dilatación aneurismática de aproximadamente 10.0 x 8.0 x 11.0 cm, condicionando desplazamiento antero-superior del riñón derecho, descartando así el diagnostico presuntivo de emergencia, otorgando un diagnostico oportuno y certero al paciente. CONCLUSION: La rotura del aneurisma aórtico abdominal es parte de la historia natural del aneurisma no tratado. Evoluciona a una rápida inestabilidad hemodinámica y progresa hasta la muerte o a estabilidad hemodinámica temporal. El método diagnostico de elección es la TC con contraste, ya que proporciona alto índice de especificidad y sensibilidad en el diagnostico, así como mejor orientación anatómica al momento de tomar la decisión quirúrgica de emergencia.

# PÁNCREAS ECTÓPICO EN INTESTINO DELGADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ferrer Arriechi, Poliwska; Loero Scott, Argenis; Saab, Nizzar; Fritzgerald, Michel y De León, Iveth

Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

El páncreas ectópico es una anomalía congénita rara; hacer un diagnóstico precoz y de certeza es complejo, tal es el motivo de esta presentación. Se describe el caso de un joven de 22 años de edad quien presenta clínica de hemorragia digestiva inferior masiva con inestabilidad hemodinámica, siendo necesario complementarios diagnósticos: endoscopia, capsula endoscópica, arteriografía evidenciando sangrado activo en arteria ileal, se practica embolización selectiva y se determina abdomen agudo quirúrgico. En el acto operatorio se encuentra masa tumoral en el borde antimesentérico de porción de Íleon terminal y el informe anatomopatológico arroja resultado de tejido pancreático ectópico.

# TRATAMIENTO DEL PEQV NEUROLÓGICO MEDIANTE ASTRAGALECTOMIA

Alliey, George; Mago, Levy; Romero, Hugo y Rodríguez, Nelson

Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital de Coromoto Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Una gran cantidad de niños con problemas de tipo neurológico, presentan pie equino varo al momento del nacimiento, lo cual constituye una condición frustrante tanto para el paciente, sus familiares, como para el médico ortopedista, debido entre otras cosas a la severidad y la dificultad para su tratamiento. El pie equino varo de tipo neurológico estaría provocado por un desequilibrio neuromuscular y aquí la astragalectomía tiene su indicación como tratamiento primario o después del fracaso de una técnica convencional de liberación posterointerna. MATERIA-LES Y MÉTODO: Se realizo la resección del astrágalo en 20 pacientes (27 pies), que presentaban pies equinovaros de tipo neurológico rígidos y severos. Diagnostico fue mielomeningocele en 16 pacientes, artrogriposis múltiple congénita en tres pacientes y Encefalopatía estática en el paciente restante. 12 pacientes eran de sexo masculino y 8 de sexo femenino, la edad promedio al momento de realizar el procedimiento fue 8 años 4 meses (rango: 5 años - 13 años). El seguimiento promedio fue de 2 años y 8 meses (rango: 10 meses - 4años). Se realizo como procedimiento primario en 4 pacientes 6 pies) y como tratamiento de recidiva en 16 pacientes (21 pie). 7 Casos fueron bilaterales y 13 unilaterales. El abordaje utilizado fue el de tipo kocher en el retropié y al finalizar la cirugía se dejo colocada una inmovilización con bota de yeso. Luego se realizo la astragalectomía respectiva y en los casos en los que no se obtuvo un buen acoplamiento del calcáneo en la mortaja tibio peronea se asociaron otros procedimientos quirúrgicos tales como la plicatura de la capsula de la articulación tibio astragalina y del tendón peroneo lateral corto (4 pies). Aquellos pacientes donde se observó



cierta persistencia del aducto a nivel del antepie, se realizo una osteotomía del cuboides tipo Evans en tiempo posterior (3 pies). Se indico el alta médica a las 24 horas con el control radiológico post operatorio respectivo en proyecciones Anteroposterior (AP) y Lateral del pie. Se le dejó colocada la inmovilización con bota de yeso por espacio de 4 semanas en descarga, tiempo en el cual se retiraron los puntos de sutura y se coloco una nueva bota de yeso iniciando la deambulación con la misma hasta cumplir las 8 semanas. Posteriormente la deambulación se realizó calzando botas ortopédicas con contrafuerte rígido y una horma invertida hasta el 6to mes. Los controles radiológicos fueron realizados en las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, a las 8 y 24 semanas respectivamente. Se realizo seguimiento clínico de los pacientes a las 4, 8, 12 y 24 semanas. Posteriormente se realizaron controles anuales. Un paciente amerito la colocación de suplemento compensatorio a nivel de la suela debido a un acortamiento del miembro inferior a expensas de la tibia y se está preparando para un posterior alargamiento de la misma. Los resultados fueron evaluados clínica y radiológicamente. Se considero satisfactorio cuando se logro un pie plantígrado e indoloro que permitió la colocación de calzado u órtesis adecuada con un equinismo del pie menor de 5 grados Además el antepie tenía una aducción menor a 10 grados y ausencia de supinación. Se consideró satisfactorio desde el punto de vista radiológico cuando en la radiografía de frente había una buena alineación de las columnas medial y lateral del pie y cuando en la radiografía de perfil. RESULTADOS: Se obtuvo resultados satisfactorios en 21 pies. 6 pies no cumplieron con los parámetros estipulados y fueron considerados como no satisfactorios, 3 de los cuales se observaron en pies artrogripoticos y 3 en pacientes con diagnóstico previo de mielomeningocele. Todos los pies en los que se agregaron gestos adicionales tales como plicaturas del tendón peroneo corto y la capsula de la articulación tibio astragalina, así como osteotomías del cuboides fueron satisfactorios. DISCUSIÓN: A pesar de que biomecánicamente la ausencia del astrágalo ocasiona una pérdida de la repartición de las cargas que llegan al retropié, en la mayoría de las series publicadas se observa buenos resultados obtenidos con la utilización de este procedimiento en pies equino varos de tipo neurológico que oscilan alrededor del 70%. En nuestro caso hemos podido obtener una buena experiencia, y pareciera que la utilización de procedimientos asociados a la simple astragalectomía mejora los resultados en estos pacientes. Muchos de los trabajos revisados sugieren la utilización de la astragalectomía en edades tempranas (2 años). Se nos ocurre que quizás esto es un poco exagerado si tomamos en cuenta que esta deformidad se torna verdaderamente rígida alrededor de los 5 años de edad y que con la utilización de medios ortesicos y manipulaciones podemos ir preparando al paciente hasta ese momento, salvo aquellos pacientes que presentan diagnostico de artrogriposis múltiple congénita donde por las mismas características de este síndrome la contractura de las partes blandas se presenta desde etapas tempranas de la vida.

#### HAMARTOMA ENDOBRONQUIAL. A PROPÓ-SITO DE UN CASO

Altamar, D.; Molero, M.; Demarchi, P. y Altamar, D.

Post-grado de Imagenología. Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela.

INTRODUCCIÓN: Los hamartomas centrales o endobron-quiales son encontrados más raramente y producen síntomas, por la obstrucción de las vías aéreas, como: tos, hemoptisis, disnea o neumonías obstructivas y causan daño irreversible del pulmón por la obstrucción bronquial, si no son diagnosticados temprano y tratados adecuadamente. CASO CLÍNICO: Paciente de 88 años de edad, fumador, raza blanca, que consulta por tos cronica y radiopacidad en campo pulmonar izquierdo en rayos



X de tórax, interpretado como proceso neumónico en varias ocasiones. Se diagnostico lipoma endobronquial hace 3 años. En nuevo estudio endoscópico se detectó una tumoración endobronquial de posible causa benigna. Se intervino quirúrgicamente y el resultado histopatológico fue hamartoma endobronquial. ESTUDIOS COMPLE-**MENTARIOS**: RX DE TÓRAX: Cambios intersticiales de aspecto crónico con imagen en panal de abeja, múltiples quistes, fibrosis, lóbulo superior campo pulmonar del lado izquierdo, con tracción de las estructuras mediastinales ipsolateral. Opacificación de base campo pulmonar del lado izquierdo. TC DE TÓRAX: Tu endobroquial izquierdo, compatible con lipoma, con cambios bronquiectasicos, obstructivos difusos del parenquima pulmonar. CONCLUSIÓN: Los hamartomas centrales o endobronquiales son encontrados más raramente y producen síntomas por la obstrucción de las vías aéreas como: tos, hemoptisis, disnea o neumonías obstructivas, causando daño irreversible del pulmón por la obstrucción bronquial, si no son diagnosticados temprano y tratados adecuadamente. La forma endobronquial obstructiva con neumonías repetidas fue la forma de presentación de nuestro caso y al momento del diagnóstico ya tenía daños irreversibles en el pulmón afecto.

# UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA MULTICORTE EN PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL

Mendoza, M.; Senf, R.; Molero, M.; Rodríguez, J.; Demarchi, P.; Sánchez, L.; Bastidas, E. y Vera, Y.

Servicio de Imagenología.

Hospital Coromoto de Maracaibo-Venezuela

INTRODUCCIÓN: Las principales ventajas de la tomografía computada multicorte (TCMC) in-

cluyen: la adquisición de imágenes volumétricas en forma rápida y no invasiva, la excelente resolución espacial y temporal y las múltiples técnicas de visualización post-proceso. OBJETIVOS: Nuestro objetivo es exponer mediante imágenes demostrativas las múltiples aplicaciones de la TCMC en el estudio de la patología vascular del SNC. MATERIAL Y MÉTODOS: Evaluamos retrospectivamente los estudios de TCMC de cráneo y cuello realizados entre Enero de 2012 y Julio de 2012 con tomógrafo de 16 canales. Aplicando los protocolos preestablecidos. Se separaron los estudios con patología vascular y se reprocesaron en estaciones de trabajo con técnicas Maximun Intensity Projection, Volumen Rendering (VR), y Reconstrucciones Multiplanares. Imagenes en 2D y 3D con detalles milimétricos y medición en milímetros, ubicando su localización exacta y extensión de las lesiones vasculares cerebrales. **RESULTADOS:** Las patologías encontradas fueron: aneurismas (saculares y fusiforme), estenosis de carótidas bilateral, tumores hipervasculares (glomus carotídeo) y obstrucción arterial aguda. Las proyecciones VR facilitaron la detección y caracterización de los aneurismas determinando el cuello y la cúpula y la técnica MIP mostró las calcificaciones parietales. En los glomus se estableció la localización precisa y la relación con las estructuras vasculares adyacentes. En las placas carotídeas, se logró medir, la pared del vaso y los componentes de la placa según la densidad. CON-CLUSIÓN: La TCMC es un método isotrópico que permite obtener excelentes reconstrucciones multiplanares 2D y 3D optimizando el diagnóstico imagenológico. La evaluación de la pared vascular permite determinar la vulnerabilidad de la placa dirigir así la terapéutica.



#### **AUTORIDADES**

Ministerio del Poder Popular para la Energía y Minería

**Presidente de PDVSA**Ing. Rafael Ramírez

Vicepresidente de PDVSA Eulogio Del Pino

Director Enlace de Salud Director Ejecutivo de Occidente Ricardo Coronado

PDV Servicios de Salud, S.A. Dr. Darío Merchán Presidente

**Director Ejecutivo de Salud** Dr. Freddy Rojas

Gerente Médico Corporativo de PDV Servicios de Salud, S.A. Dr. José Fernando Zambrano

> **Coordinador General Hospital Coromoto** Dr. Saber Abou Assi

Coordinador Docente del Hospital Coromoto Dr. Adel Al Awad