

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114



Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 3 N° 1
Enero~Junio 2014



Revista Científica Hospital Coromoto

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

Dr. Adel Al Awad

Editor

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno

Co-Editora

Lcda. Yira Castellano

Asistente del Editor

Comité Editorial

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno	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.)

☞ Esta revista fue impresa en papel alcalino ☞

*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. © 2014 HOSPITAL COROMOTO

ISSN 2343-5860

Déposito legal pp 201202ZU4114

Diseño de Portada: Javier Ortiz

Se terminó de imprimir en agosto de 2014

Tiraje: 300 ejemplares

en los talleres gráficos de Ediciones Astro Data, S.A.

Teléfono: (0261) 7511905. Fax: (0261) 7831345

E-mail: edicionesastrodata@cantv.net

Maracaibo, Venezuela

DIRECCIÓN: HOSPITAL COROMOTO. AV. 3C N° 51. URB. VIRGINIA SECTOR LA LAGO. MARACAIBO, ZULIA.
TELF: 58.2617900000, 7900094. FAX: 7939174 . CORREO ELECTRÓNICO: revhospitalcoromoto@gmail.com

II Congreso

III Jornadas Científicas Integrales del Hospital Coromoto “SALUD CON VOCACIÓN SOCIALISTA”

*Del 04 al 08 de Agosto 2014
Hotel Venetur Maracaibo*

**RESÚMENES DE CONFERENCIAS,
TRABAJOS LIBRES Y POSTERS**



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

CONGRESO CIENTÍFICO HOSPITAL COROMOTO

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Adel Al Awad
Coordinador General

Comité Académico

Dr. Levy Mago (Coordinador)
Dra. Elizabeth Borjas
Dra. Nora Palazzi
Dr. Héctor Abad
Dra. Kelita González
Lcda. Haydee Suárez
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno

Comité de Revisión de Trabajos de Investigación

Dr. Hugo Girón
Dr. Josué Reyes Polanco
Dra. Loyda Parra
Dr. Ender González
Dr. Víctor Pérez
Dr. Jesús Romero
Dr. Atilio Araujo
Dra. Noris Acosta
Dra. Elsa Manzanilla
Dra. Ingrid Rosendo
Dra. Hiliana Rincón
Dra. Luz Maritza Reyes
Dr. Diego Muñoz

Comité de Finanzas

Lcdo. Ramón Ayala
Ing. María Piedad Goncalves
Lcda. Liudmilys Lucart
Lcdo. Luis Linares
Lcdo. Alejandro Barrios

Comité de Logística y Protocolo

Dra. Alis de Chacín
Ing. Alfonso Barreto
T.S.U. Luz Moreno
Lcda. Karen Farías
Lcda. Yira Castellano
Ing. Daniel Rubio
Lcda. Migdalis Urdaneta
Abog. Scarlet Morán
Abog. Hellen Chacín
T.S.U. Yajaira Rincón
Dr. Nairober Montiel
Dr. Ysidro Fernández
Univ. Mauribel Sánchez
Univ. Arleen Sánchez
Univ. Delys Parada

III JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DEL HOSPITAL COROMOTO

Del 04 al 08 de Agosto 2014



SALUD CON VOCACIÓN SOCIALISTA



PRE - CONGRESO

*Cirugía en Vivo con transmisión
Pabellón - Hotel*

Curso de Anatomía Quirúrgica

Reanimación Pulmonar

*Curso Intermedio de Cirugía Laparoscópica
en Animales, dictado en la Clínica Veterinaria*

Manejo de Vías Aéreas Difíciles

Microbiología Médica

Oftalmología

Enfermería

EcoFast

CONGRESO

Invitados Nacionales e Internacionales

Pediatría + UCI

Cardiología

Taller de Tratamiento Básico del Quemado

Otoneurología e Implantes Cocleares

*Conferencias, Simposios en Cirugía,
Cardiología, Anestesia, Medicina Interna,
Unidad de Quemados*

Odontología

Ortopedia

Oncohematología + Anestesiología

*Premios a 1er Lugar mención: Trabajo Oral y
Poster Digital*

INSCRIPCIÓN GRATUITA

RECEPCIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN (FECHA LÍMITE): 15 DE JUNIO (Ver Reglamento para Concurso)

INSCRIPCIÓN VÍA WEB. INFORMACIÓN Y PROGRAMA EN: WWW.CONGRESOSHOSPITALCOROMOTO.BLOGSPOT.COM

EMAIL: CONGRESOSHOSPITALCOROMOTO@GMAIL.COM **FACEBOOK:** Congresos Hospital Coromoto

CONTACTOS: 02617900331 DR. ADEL AL AWAD 0424-6146038. LUZ MORENO 0416-4637255. KAREN FARIAS: 04265607349.

HOTEL VENETUR - MARACAIBO

II CONGRESO

III JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DEL HOSPITAL COROMOTO



Invitados Internacionales

Dr. Alberto Bolgiani
(Cirujano Plástico Esp. en Quemados) *Argentina*

Dr. Jorge Villegas
(Cirujano Plástico Esp. en Quemados) *Chile*

Invitados Nacionales

Dra. Francisco Armada
(Ministro del Poder Popular para la Salud) *Caracas*

Dra. Juana Contreras
(Viceministra de Salud) *Caracas*

Dr. Carlos Sardiñas
(Cirujano General) *Caracas*

Dr. Elvis Vargas Castillo
(Cirujano General) *Caracas*

Dr. Freddy Rojas
(Gerente Corporativo Salud Integral PDVSA) *Caracas*

Dr. Freddy Leal
(Presidente de PDV Servicios de Salud PDVSA) *Caracas*

Econ. Rodrigo Cabezas
(Diputado de la Asamblea Nacional) *Caracas*

Dr. Aurelio Tosta
(Viceministro de Tecnología, Insumos y Regulación)
Caracas

Dr. Javier Cebrián O.
(Cirujano General) *Caracas*

Dr. Carlos Hartmann
(Cirujano General) *Caracas*

Dra. Adalsa Hernández
(Odontóloga) *Caracas*

Dr. Víctor Dávila
(Cirujano de Columna) *Monagas*

Dra. Yingris Andrade de Quintero
(Médico Familiar, Foniatra y Esp. en Programación
de Implantes Cocleares) *Cabimas*

Dr. José Rafael Otero
(Cirujano de Columna) *Caracas*

Dra. Ileana Escobar
(Cirujana Ortopedista) *Barquisimeto*

Dra. Isabel Iturria
(Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano)
Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa) *Caracas*

Dra. Gregoria Morón
(Hospital Pediátrico Niño de Jesús) *Yaracuy*

Dr. José León
(Cirujano General) *Barinas*

Dr. César Labastida
(Cirujano General) *Mérida*

Dra. Adalid González
(Cirujano General) *Caracas*

Dr. Iskander Marín
(Cirujano General) *Falcón*

Dr. Rixio Sánchez
(Cirujano General) *Falcón*

Dr. José Rafael Otero
(Cirujano de Columna) *Caracas*

Invitados Nacionales

Dr. Adel Al Awad (Cirujano General, Esp. en Cirugía Hepatobiliar)	Dr. José Pinto (Neurooftalmólogo)
Dr. Carlos Caballero (Cirujano General)	Dr. Yldefonso Paz (Neurooftalmólogo)
Dr. Nizar Saab (Cirujano General)	Lic. Eter Lares (Enfermera)
Dr. Hernán Lamus (Cirujano General)	Lic. Yorgelis Bracho (Enfermera)
Dr. Jhomar Yansen (Cirujano General)	Dra. Noris Acosta (Directora Sistema Regional de Salud)
Dr. Carlos Baptista (Cirujano General)	Dr. Héctor Abad (Infectólogo)
Dr. Jhonan Chirinos (Cirujano General)	Lcda. Elina Castillo (Bioanalista)
Dr. Víctor Flores (Cirujano General)	Lcdo. Armino Perozo (Bioanalista)
Dra. Luz Maritza Reyes (Doctora en Ciencias Médicas) REDIELUZ-LUZ	Lcda. Maribel Castellanos (Bioanalista)
Dra. Ana Judith Paredes (Bibliotecóloga y Archivóloga) SERBILUZ	Dr. José Rodríguez (Médico Radiólogo)
Dra. Betzaida Parra (LUZ)	Dra. Dulce León (Socióloga)
Dra. Dalia Plata de Plata (LUZ)	Lcda. Migdalis Urdaneta (Coord. de Hotelería Hospitalaria)
Dra. Judith Aular de Durán (Vicerrectora Académica LUZ)	Dr. Antonio Atencio (Gerente de Salud Occidente PDVSA)
Lcda. Haydee Suárez (Enfermera)	Dra. Maritza González (Médico Ocupacional, Líder Ocupacional Occidente)
Dra. Eva Mendoza (Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, LUZ)	Dra. Anita Balbas (Fisiatría Clínica La Salina PDVSA)
Esp. Ana Graterol (Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, LUZ)	Psicóloga Miriam Caraballo (INTEVEP)
Esp. Bertha Mejías (Enfermera)	Abog. Melitza Peña (PDVSA)

Invitados Nacionales

Lcda. Magola López (Enfermera)	Dra. Haydee Ochoa (Coordinador Regional Zulia, Universidad Bolivariana de Venezuela UBV)
Esp. Cyntia Gómez (Enfermera)	Lcdo. José Javier León (Postgrados UBV)
Dra. Gregoriana Mendoza (Escuela Enfermería, LUZ)	Lcdo. Ángel Oroño García (Postgrados UBV)
Lcda. Nora Graterol (Enfermera)	Dr. Jacobo Mora (Especialista en Medicina Crítica)
Lcda. Merlyn Parra (Enfermera)	Sr. Oscar Feo Istúriz (Ministerio del Poder Popular para la Salud)
Dr. Ricardo Galué (Esp. en Segmento anterior y Cirugía Refractiva)	Dr. Jesús Valdés (Cardiólogo)
Dr. Marcos Ríos (Esp. en Segmento anterior Glaucoma y Cirugía Refractiva)	Dr. Edwin Vetancour (Cardiólogo Intervencionista)
Dra. Odalis de Borin (Oftalmóloga Pediátrica)	Dr. Hamid Seyfi (Cardiólogo Intervencionista)
Dr. Miguel Brito (Retinólogo)	Dra. Ana Ruiz (R- Cardiología)
Dr. Pedro Castro (Esp. en Segmento anterior Glaucoma)	Tec. Junior Jiménez (Hospital El Rosario de Cabimas)
Dr. Michelle Petitto (Esp. en Segmento anterior Glaucoma)	Dr. Luis García El Juri (Cardiólogo)
Dr. Tulio Chacín (Coordinador General Hospital Coromoto y Esp. en Medicina del Quemado)	Lcdo. Leonardo Bravo (Enfermero)
Dra. Loyda Parra (Pediatra)	Lcda. Marisol Ramírez (Enfermera)
Comd. Francisco Arias Cárdenas (Gobernador del Estado Zulia)	Dra. Nora Palazzi (Médico Internista)
Dra. Tania Mesa (Secretaria de Salud del Estado Zulia)	Dra. Soraya Martínez (Cardióloga)
Dra. Noly Fernández (Directora del SAHUM)	Dr. Víctor Pérez (Médico Internista)
Dr. José Luis Parada (Gerente División de Occidente PDVSA)	Dra. Marta Gómez (Nefróloga)

Invitados Nacionales

Dr. Adalberto Lugo (Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, LUIZ)	Dra. Ana Cepeda (Anestesióloga Internista)
Dra. Janeth Urribarri (Infectóloga)	Lcda. Ana Hernández (Enfermera)
Dr. Gustavo Parra (Medicina Interna)	Dra. Kelita González (Médico Internista e Intensivista)
Dr. Carlos Parra (Gastroenteróloga)	Dr. José Mora (Cirujano Ortopedista)
Dr. David Acosta (Médico Radiólogo)	Dr. Levy Mago (Cirujano Ortopedista)
Dr. Luis Ramírez (Cirujano General)	Lcda. Edicta Ferreira (Enfermera Cuidados Críticos)
Dra. Ivania Márquez (Neumonóloga)	Dra. Zulema Villalobos (Médico Crítico)
Dr. Jesús Romero (Médico Internista)	Lcda. Zonys Chirinos (Enfermera Cuidados Críticos)
Dr. Alberto Valera (Hematología Hospital Coromoto de Maracaibo)	Dr. Alfredo Guzmán (Médico Emergenciólogo)
Dra. Georgina Medina (Nefróloga Pediatra)	Dr. Asdrúbal Saras (Médico Internista)
Dr. Ender González (Neumonólogo)	Dr. Jorge Peña (Médico Internista e Intensivista)
Dra. Ana Karina Palmar (Cardióloga Infantil)	Lcda. Aurora Puente (Enfermera Cuidados Críticos)
Dr. Roberto Senf (Médico Radiólogo)	Dr. Daniel García (Residente Medicina del Quemado)
Dra. Alejandra Rodríguez (Médico Radiólogo)	Dra. Solange Acosta CAINPAQ (Hospital Coromoto de Maracaibo)
Dra. Maria Molero (Médico Radiólogo)	Dr. Atilio Araujo (Cirujano General)
Dr. Oscar Lobo (Residente de Medicina del Quemado)	Dra. Katuska Alvarado (Otoneuróloga)
Dra. Carla Rosales (Pediatra Intensivista)	Dr. Ramón Hernández (Médico Foniatra)

Invitados Nacionales

Dra. Franchesca Frazetto (Médico Foniatra)	Dra. Noelia Bota (Oncohematóloga)
Lic. Rosibel Márquez (Terapista del lenguaje y Esp. en Programación de Audioprótesis e Implantes Cocleares)	Dra. Oly Herrera (Hematóloga)
Dr. Ernesto Rodríguez (Médico Foniatra)	Dra. Odalis Pirona (R3- Anestesiología)
Dra. Paola Demarchi (Médico Radiólogo)	Dr. Héctor Nariño (R3- Anestesiología)
Lcda. Carina Rodríguez (Fonoaudióloga)	Dr. Jaime Contreras Daza (Anestesiólogo)
Dr. Gerardo Salas (Otorrinolaringólogo, Otoneurólogo y Cirujano Otólogo)	Dra. Yamilet Pérez (Anestesióloga/Terapista del dolor)
Dr. Luis Izaguirre (Cirujano Ortopedista)	Dra. Militza Zuleta Fuenmayor (Anestesióloga)
Dr. Arturo Fernández (Cirujano Ortopedista)	Dr. Freddy Villalobos Montiel (Anestesiólogo)
Dr. Fernando Lossada (Cirujano Ortopedista)	Dr. Cesar Covarrubia (Cirujano de Columna)
Dr. Nelson Rodríguez (Cirujano Ortopedista)	Dr. Gustavo Velásquez (Cirujano Ortopedista Residente de Cirugía de Columna)
Dr. Mauro Rubio (Cirujano Ortopedista)	Dra. Yusmary Guillén (Cirujana Ortopedista Residente de Cirugía de Columna)
Dr. Pablo Vera (Cirujano Ortopedista)	Dr. Douglas Molina (Cirujano Ortopedista)
Dr. Carlos Peña (Cirujano Ortopedista)	Dr. Ihab Garzedine (Cirujano de Columna)
Dra. Alis de Chacin (Odontóloga)	Dr. Angelo Martinucci (Cirujano de Columna)
Dra. Luisa Nucette (Ortodoncista)	Dr. Héctor Campo (Farmacólogo y Toxicólogo Clínico)
Dra. Yoraima Fuenmayor (Oncohematóloga)	Lcda. Daysi Villalobos (Banco de Sangre Hospital Coromoto)

Invitados Nacionales

Lcdo. Román Marriaga (Administrador)	Lcda. Marytrini Matheus (Enfermera)
Sra. Deidamia Cerbellos (Atención al usuario)	Lcda. Jhoseylit Medina (Enfermera)
Sra. Carmen Pereira (Ama de llaves)	Sr. Sergio Castellanos (Presidente del Sindicato de Trabajadores del Hospital Coromoto)
Sr. Alfredo Sanchez (Sup. Aseo y Saneamiento)	Sra. Evelin González (Desarrollo Social)
Sr. Franklin Vargas (Sup. Lavandería y Lencería)	Lcda. Iris Hernández (Desarrollo Social)
Lcda. Sara Robles (Nutricionista)	Dra. Judith Villalobos (Ortopedista Maxilar)
Dra. Teresa Martínez (Médico Internista y Esp. en Salud Ocupacional)	Dra. Carolina Maalouf (Cirujana Bucal)
Lcda. Haydee Tapia (Nutricionista)	Dr. Juan Consuegra (Odontólogo)
Lcda. Rosybel Velásquez (Nutricionista)	Lcda. María Mujica (Coordinador de Enfermería, Hospital Coromoto)
Lcda. Betzaida Villalobos (Nutricionista)	Lcdo. Romer Zárraga (Enfermero)



Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 3

Nº 1

Enero~Junio 2014

Contenido

PROGRAMA	21
 RESÚMENES de CONFERENCIAS	
ANATOMÍA DE ABORDAJE ANTERIOR MÍNIMAMENTE INVASIVO EN HEMIARTROPLASTIA DE CADERA <i>Mora-Villa José.</i>	41
CUIDADOS ESPIRITUALES A LA FAMILIA DE PERSONA CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA <i>Graterol de Pérez Ana</i>	42
COMPRESIÓN DEL NERVO CUBITAL EN EL CANAL DE GUYON. TRATAMIENTO <i>Peña D. Carlos L.</i>	45
DEXMEDETOMIDINA COMO ANALGÉSICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO <i>Pirona Odalis</i>	45
ESPIRITUALIDAD COMO PARTE CONSTITUTIVA DE LA SALUD <i>Mendoza Gregoriana.</i>	48
ENFOQUE ACTUAL EN EL MANEJO DE FRACTURAS CERVICALES DE FÉMUR <i>Izaguirre Hernández Luis Miguel</i>	51
GERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD. UN ENFOQUE DE CONECTIVIDAD <i>Reyes Luz Maritza</i>	52
PERCEPCIÓN FAMILIAR ANTE PACIENTES CRÍTICOS Y CUIDADOS HUMANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO <i>Gómez Echeverría Cintya.</i>	54
RESONANCIA MAGNÉTICA BAJO SEDACIÓN, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL COROMOTO <i>Nariño Héctor</i>	54

RUPTURA DEL TENDÓN DE AQUILES. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO DEL HOSPITAL COROMOTO

Vera-Portillo Pablo 55

TALLER DE ECO-FAST

Finol María Gabriela, Demarchi de C. Paola 56

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES Y POSTERS**Anestesiología**

USO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON DERIVACIÓN SUBMENTAL COMO ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE VÍA AÉREA EN TRAUMA FACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Camarillo Joselin, Bautista Yelitza, Solano Nicolás 61

Caumatología

APLICACIÓN CLÍNICA DE SUSTITUTO DÉRMICO DE ORIGEN VEGETAL EN SECUELAS DE QUEMADURAS. EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL COROMOTO

Lobo Oscar 62

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO EN EL PERIODO 2009-2013

García Daniel, Rivas Mari Angélica, Lobo Oscar 62

FRECUENCIA DE INFECCIONES EN PACIENTES QUEMADOS EN EDAD PEDIÁTRICA. UNIDAD DE CAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL COROMOTO DESDE 2011 AL 2014

Rosales Carla, Romero Lorena, Cepeda Ana, Chacín Tulio, Morillo Víctor 63

INCIDENCIA DE PACIENTES QUEMADOS EN EDAD PEDIÁTRICA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL COROMOTO DE ENERO 2011 A MARZO 2013

Chacín Tulio, Rosales Carla, Cepeda Ana 63

MANEJO DE QUEMADOS EN MASA EN SITUACIÓN DE DESASTRE

Sánchez M. Rixio, Marín P. Iskander, López E. Marianny, Suárez S. Bibiano, Martínez A. Bárbara 64

USO DE HYALOMATRIX EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS SECUELAS POR QUEMADURA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL COROMOTO

Rivas Rivas Mari Angélica, García Daniel, Lobo Oscar, Morillo Víctor 64

USO DEL APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO MÁS MIEL EN LESIONES POR QUEMADURAS TIPO AB-B EN PACIENTES DEL HOSPITAL COROMOTO DE LA CIUDAD DE MARACAIBO. PERIODO MAYO 2011 A JULIO 2012

Villasmil Jenny 65



Cirugía

AMPULECTOMÍA TRANSDUODENAL EN ADENOMA VELLOSO: REVISIÓN DE 3 CASOS

Flores U. Víctor, Yansen A. Jhomar, Baptista S. Carlos, Navarro M. Geordano. 66

APENDICITIS POR MIGRACIÓN ERRÁTICA DE *Ascaris lumbricoides*. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Rivas Rivas Mari Angélica, Zambrano Rosa Elena, Varela Bustamante Jeysi,
Mastroianni González María Antonieta 66**

ATROFIA POST TRAUMÁTICA DE LOS MÚSCULOS DE LA PARED ANTEROLATERAL DEL ABDOMEN. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Bello Carlos, Blanco Douglas, Pirela Ana. 67

BILIOMA RETROPERITONEAL COMPLICADO CON FASCITIS NECROTIZANTE LUMBAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

López Marianny, Suárez Bibiano, Sánchez Rixio, Marín Iskander, Martínez Bárbara. 67

CIRUGÍA PANCREÁTICA: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

Flores U. Víctor, Al Awad Adel, Yansen A. Jhomar, Baptista S. Carlos, Gómez Joan 68

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO DERECHO EN UNA PACIENTE CON EMBARAZO ACTIVO DE 26 SEMANAS DE GESTACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Quintero Juan, Pérez Irving, Vivas Ranced, Rosales Ana, Rossell Héctor. 68

CONDUCTA QUIRÚRGICA DE HEPATOCARCINOMA GIGANTE EN HÍGADO NO CIRRÓTICO A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

**Al Awad Adel, Parada Delys, Yansen Jhomar, Baptista Carlos, Rivero Génesis,
Talavera Jelaine, Ortega David. 69**

CORRELACIÓN ENTRE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO Y AISLAMIENTOS BACTERIOLÓGICOS EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL COROMOTO, 2012-2014.

Vílchez de Torres Soanna, Abad Millán Héctor, Mago Rodríguez Levy. 70

CUADRILÁTERO HEPATOCÍSTICO: PERSPECTIVA DE UNA ANATOMÍA DINÁMICA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y SU UTILIDAD EN LA PREVENCIÓN DE IATROGENIA DE VÍAS BILIARES

Al Awad A., Yansen J., Briceño D., Sánchez M., Sánchez A., Pacheco R. 70

DRENAJE DE ASCITIS MALIGNA CON CATÉTER PERITONEAL DE IMPLANTACIÓN SUBCUTÁNEA DE ACCESO PERCUTÁNEO. INFORME PRELIMINAR

Al Awad Adel, Briceño Diógenes, Sánchez Mauribel, Sánchez Arleen 71

EFICIENCIA DE LA TERAPIA ENDOVASCULAR EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS INTRACRANEALES

Al Awad A., Finol J., Pérez I., Pineda F., Rocca A. 71

ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO CONSECUENCIA DE PERFORACIÓN DE COLON SIGMOIDES

Torres Ricardo, Acurero Glericet, Negrette Horace 72

EXÉRESIS DE CALCINOSIS DISTRÓFICA CUTÁNEA EN GLÚTEO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Loyo Sulpicio, Caldera Gabriela, Blanco Douglas 73

ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO.

Castellanos K., González R., Morales R., Sánchez Y., Santiago R. 73

IMPORTANCIA ANATÓMICA DEL NERVIIO SUPRAESCAPULAR EN REPARACIONES ARTROSCÓPICAS DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

Lossada F., Al Awad A., Ortega D., Parada D., Pineda F., Talavera J. 74

INCIDENCIA DE ANEURISMAS CEREBRALES ENTRE EL TERRITORIO VASCULAR CAROTÍDEO VS VERTEBRO-BASILAR

Senf Roberto, Al Awad Adel, Finol José, Pérez Irving, Pineda Francisco, Rocca Antonietta 74

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Chacín Juan, Acurero Glericet, Oria Wolfgang 75

MANEJO QUIRÚRGICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO TABICADO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

López J., Haddad J. 75

METÁSTASIS CEREBRAL POR HALLAZGO INCIDENTAL DE COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Al Awad A., Baptista C., Yansen J., Talavera J., Ortega D., Parada D., Rivero G. 76

PANCREATODUODENECTOMÍA CEFÁLICA DE WHIPPLE LAPAROSCÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Al Awad Adel, Baptista S. Carlos, Yansen Jhomar, Briceño Diógenes 77

PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010-DICIEMBRE 2011

Navarro C., Navarro H. 77

RESULTADOS TRAS LA PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN PACIENTES DEPORTISTAS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE RODILLA DEL HOSPITAL COROMOTO, EXPERIENCIA DURANTE 3 AÑOS

Vílchez de Torres Soanna, Mago Rodríguez Levy 78

SÍNDROME DE BURNOUT Y CONDICIÓN DEMOGRÁFICA, SOCIAL Y LABORAL EN MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA VENEZOLANO

Chaffardett María, Soto Rodolfo 79

SÍNDROME DE RAPUNZEL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO CLÍNICO

Castellanos K., Morales R., Penoth M., Sánchez Y., Santiago R. 79



TÉCNICA DE SAUVE KAPANDJI MODIFICADA EN EL TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DE GALEAZZI INVETERADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vílchez Soanna, Peña Carlos, Burgos Marielena 80

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS

Rincón H., Ramírez L., Ferrer A., Méndez L. 80

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Daniel, Marin Iskander, Gómez Manuel. 81

Enfermería

DESEMPEÑO LABORAL Y FUNCIONES PERIOPERATORIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES ADSCRITOS AL SEGURO SOCIAL

Pérez Alexaide, Chávez Egno 82

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON FRACTURA INTERCONDÍLEA Y SUPRACONDÍLEA DEL HÚMERO DERECHO E IZQUIERDO

Graterol Eva, Mendoza de Graterol Eva, García María, González Irunu 82

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

García María, González Irunu, Graterol Eva, Mendoza de Graterol Eva 83

Gerencia en Salud

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE RAYOS X DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. ENERO-JUNIO 2014

Barroso Glabenys, Arellano Maribel, Bermúdez María, Vivas Geormarit, Rodríguez José. . . . 84

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-JUNIO 2014

Sánchez L., Mendoza M., Barroso G., Vivas G., Rodríguez J. 84

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE ULTRASONIDO DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-JUNIO 2014

Vivas Geormarit, Rivas Sorsiree, Sosa Yuly, Mendoza Maikely, Rondón Soraya 85

COSTO-BENEFICIO DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

Andara Domínguez Jhoendric, Luque Ángel 85

EVALUACIÓN DE LOS ACCIDENTES CON OBJETOS PUNZO PENETRANTES EN LAS CLÍNICAS PDVSA TÍA JUANA COSTA ORIENTAL DEL LAGO

Romero Díaz Chiquinquirá del C.. 86

LIDERAZGO ÉTICO COMO COMPROMISO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PÚBLICAS

Hernández R., Mármol R., Pinto E., Rivas L. 86

CORRESPONSABILIDAD Y BIOÉTICA SOCIAL

- Mendoza de Graterol Eva, Mendoza Gregoriana, Belloso de Noriega Vanessa de los Ángeles, Graterol de Pérez Ana Raquel.* 87

Ginecología

EMBARAZO PRECOZ, DESCOMPOSICIÓN SOCIAL O DESINFORMACIÓN. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SERVICIO DEL GINECOBISTECIA DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO A LOS ESTUDIANTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE LA U.E RÓMULO GALLEGOS, UBICADA EN CERROS DE MARÍN

- Andrades Deyvis, González Larry, Olivera Yelitza, Villalobos Nicari, Doria Anexi.* 89

Hematología

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN DE DONACIÓN ALTRUISTA Y REPETIDA DE SANGRE, EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

- Bohórquez D., Acosta R., Durán E., De Turrís R., Navas W., Sánchez K., Yépez F.* 90

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DÉFICIT DE DONANTES ALTRUISTAS Y REPETIDOS DE SANGRE, EN EL MUNICIPIO MARACAIBO DEL ESTADO ZULIA

- Acosta R., Durán E., Bohórquez D., Díaz P., De Turrís R., Sánchez K.* 90

PROGRAMA DE PROMOCIÓN ACADÉMICA DE LA FUNDACIÓN PROVIDAS: UNA HERRAMIENTA PARA EL FORTALECIMIENTO PROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

- Sánchez K., Acosta R., Bohórquez D., Durán E., De Turrís R., Navas W., Yépez F.* 91

PROGRAMA SOCIOCOMUNITARIO DE LA FUNDACIÓN DE DONANTES DE SANGRE PROVIDAS: UN APOORTE PARA UNA MEJOR PATRIA

- Sánchez K., Acosta R., Bohórquez D., Durán E., De Turrís R., Navas W., Yépez F.* 91

Imagenología

CORIOANGIOMA PLACENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Vera Y., Finol M., Bastidas E., Sosa Y., Núñez Y.* 93

EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA EN PACIENTES CON TUMOR TIPO ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

- Acosta D., Senf R., Bastidas E., Vera Y., Núñez Y.* 93

EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO (CATÉTER) POR VÍA ENDOVASCULAR

- Vera Yimara, Senf Roberto, Acosta David, Bastidas Elaine, Sánchez Liliana, Mendoza Maikely* 94

HEPATOBLASTOMA GIGANTE EMBOLIZADO

- Mendoza Maikely, Senf Roberto, Sánchez Liliana, Bastidas Elaine, Vera Yimara* 94

LIPOSARCOMA MIXOIDE GIGANTE, EMBOLIZACIÓN PRE QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Vera Yimara, Senf Roberto, Acosta David, Bastidas Elaine, Acurero Glericet, Tavares Axel* 95



OBLITOMA ASOCIADO A UNA MASA ABDOMINO-PÉLVICA

Núñez Y., Sosa Y., Vivas G., Vera Y., Acosta D. 95

RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA HOSPITAL COROMOTO, EXPERIENCIA EN 6 AÑOS

Rodríguez-Díaz José, Senf Roberto, Acosta David, Mendoza Maikely, Barroso Glabenys, Bermúdez María. A. 96

Infectología

EVALUACIÓN DE LAS INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO DEL AÑO 2013

Acurero G., Abad H., Conteras R. 97

Medicina Interna

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE BEBIDAS GASEOSAS EN LA SALA DE 5 AÑOS DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL DE MARACAIBO

Carruyo Julio, Márquez María, González Liliam, Vera Sofía, Villasmil Daniela. 98

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL BARRIO LOS ANDES PARROQUIA MANUEL DAGNINO, MUNICIPIO MARACAIBO, ESTADO ZULIA

Carruyo Julio, Arce Rebecca, Bordonaro María, Vera Sofía, González Liliam, Villasmil Fabiola. 98

IMPORTANCIA DEL DISEÑO DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO PRE-HOSPITALARIO DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

Al Awad Adel, Finol José, Pérez Irving, Pineda Francisco, Rocca Antonietta. 99

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HIPERTENSOS, CONSULTORIO MÉDICO POPULAR MONSERRATE (MARZO-JULIO, 2013)

Rojas Maturana Esteban Andrés, Bohórquez Pacheco David Leonardo, Bohórquez Pacheco Edixon Yair, Ávila Montes Edwin Alexander 99

RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PDVSA LAGUNILLAS

González-Rincón Ángel, Colina-Córdova Lenny. 100

Psicología

EVALUACIÓN DE LA ESPECIFICIDAD HEMISFÉRICA CEREBRAL MEDIANTE UNA ESCALA Y SUS IMPLICACIONES

Rivas Rivas Mari Angélica, Guzmán Toro Fernando, Zambrano Rosa Elena 101

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES CULTURALES Y RELIGIOSOS EN LOS DILEMAS ÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA

Rivas Rivas Mari Angélica, Guzmán Toro Fernando, Zambrano Rosa Elena 101

ESPIRITUALIDAD COMO PARTE CONSTITUTIVA DE LA SALUD

Mendoza G., Belloso de Noriega V.Á., Graterol de Pérez A.R., Mendoza de Graterol E. 102



PERCEPCIÓN FAMILIAR ANTE PACIENTES CRÍTICOS Y CUIDADOS HUMANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO <i>Gómez Echeverría Cintya</i>	102
---	-----

Urología

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOMBRES MAYORES DE CUARENTA AÑOS DE EDAD, QUE ASISTEN A CONSULTA EN EL AMBULATORIO URBANO TIPO III "EL SILENCIO", EN EL MUNICIPIO MARACAIBO DEL ESTADO ZULIA <i>Durán E., Acosta R., Bohórquez D., Díaz P., De Turrís R., Mejías F., Sánchez K.</i>	103
--	-----

ÍNDICE DE AUTORES	107
-----------------------------	-----



**II CONGRESO Y III JORNADAS CIENTIFICAS INTEGRALES
DEL HOSPITAL COROMOTO
DEL 04 AL 08 DE AGOSTO 2014**

PROGRAMA ~ PRE-CONGRESO

Lunes 04

SALÓN URDANETA

Programa: Curso de Anatomía Quirúrgica

Coordinador y Moderador: Dr. Adel Al Awad

MAÑANA

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación
08:10-08:40	Abordaje quirúrgico de la pared abdominal con enfoque al conducto inguinal. Dr. Carlos Caballero
08:40-09:00	Reparos anatómicos del hiato esofágico en cirugía antirreflujo. Dr. Nizar Saab
09:00-09:20	Visión laparoscópica de la anatomía quirúrgica en cirugía gástrica. Dr. Hernán Lamus
09:20-09:50	REFRIGERIO
09:50-10:20	Abordaje quirúrgico de la cirugía hepatobiliar Dr. Adel Al Awad
10:20-10:40	Enfoque anatomoquirúrgico de la cirugía corpocaudal del páncreas y del bazo. Visión laparoscópica. Dr. Jhomar Yansen

10:40-11:00	Reparos anatómicos para la cirugía del complejo pancreatodeudenal y su enfoque laparoscópico. Dr. Carlos Baptista
--------------------	--

11:00-12:00	Preguntas y Respuestas
12:00-02:00	ALMUERZO LIBRE

TARDE

02:00-02:25	Valoración de la anatomía y fisiología del piso pélvico. Dr. Jhonan Chirinos
02:25-02:50	Conceptos actuales de la anatomía quirúrgica del recto. Dr. Carlos Sardiñas
02:50-03:15	Enfoque anatomoquirúrgico del colon Dr. Carlos Sardiñas
03:15-03.35	Recursos auxiliares para el diagnóstico anatómico y fisiológico del recto y canal anal. Dr. Elvis Vargas Castillo
03:35-04:05	REFRIGERIO
04:05-04:35	Anatomía quirúrgica del riñón. Dr. Víctor Flores

SALÓN SUCRE**Programa: Simposio Indicadores de Gerencia del Conocimiento para el Desarrollo Endógeno del Sector Salud (REDIELUZ)**

Coordinadoras: Dra. Luz Maritza Reyes, Dra. Ana Judith Paredes, Dra. Betzaida Parra. **Moderadora:** Dalia Plata de Plata

MAÑANA

		09:20-09:50	REFRIGERIO
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-10:20	Indicadores de gestión para la accesibilidad y visibilidad del conocimiento en un marco de desarrollo endógeno. Dra. Ana Judith Paredes (SERBILUZ, LUZ)
08:10-08:40	Lineamientos prospectivos de desarrollo humano para el sector Salud. Dra. Judith Aular de Durán (Vicerrectora Académica, LUZ)	10:20-12:00	Interactiva entre profesionales y estudiantes generación de relevo de salud
08:40-09:10	Gerencia del conocimiento en los servicios de salud. Un enfoque de conectividad. Dra. Luz Maritza Reyes (REDIELUZ, LUZ)	12:00-02:00	ALMUERZO LIBRE
09:10-09:20	Preguntas y Respuestas		

Programa: Simposio de Enfermería

Coordinadora y Moderadora: Lcda. Haydee Suárez

TARDE

		04:05-04:25	Espiritualidad como parte constitutiva de la Salud. Dra. Gregoriana Mendoza (Escuela de Enfermería, LUZ)
02:00-02:05	Palabras de Bienvenida y Presentación	04:25-04:45	Cuidados espirituales a la familia de personas con enfermedad oncológica. Lcda. Ana Graterol (Hospital Coromoto)
02:05-02:30	Protocolo de Atención en la Unidad Crítica Quirúrgica. Lcda. Merlyn Parra (Supervisora Unidad Crítica Quirúrgica, Hospital Coromoto)	04:45-05:05	Percepción del familiar ante el paciente crítico en cuidados intensivos del Hospital Coromoto. Esp. Cynthia Gómez (Hospital Coromoto)
02:30-02:55	Quirófano Inteligente. Lcda. Nora Graterol (Supervisora de Pabellón, Hospital Coromoto)	05:05-05:25	Relación madre-niño. Enfermera en cuidados intensivos pediátricos. Lcda. Magola López (Supervisora General, Hospital Coromoto)
02:55-03.20	Componentes Sanguíneos. Lcda. Daysi Villalobos (Banco de Sangre, Hospital Coromoto)	5:25-06:00	Preguntas y Respuestas
03:20-03.35	Preguntas y Respuestas		
03:35-04:05	REFRIGERIO		



SALÓN FALCÓN

Programa: Taller Fondo de Ojo en la Práctica Médica

Coordinadores y Moderadores: Dr. José Pinto, Dr. Yldefonso Paz

MAÑANA

08:00-08:05	Palabras de Bienvenida y Presentación	10:10-10:30	Enfermedades sistémicas y el fondo de ojo, lupus, vasculitis
08:05-08:25	El buen uso del oftalmoscopio directo	10:30-10:45	Endocarditis bacteriana subaguda, dislipidemia, lipemia retinalis
08:25-08:45	El fondo de ojo normal, disco óptico normal, variantes	10:45-11:00	Hemorragia subaracnoidea. Síndrome de Terson
08:45-09:05	Retinopatía hipertensiva	11:00-11:15	Estrias angioides. Síndrome de Gronblad-Strandberg
09:05-09:20	Retinopatía diabética	Dr. Yldefonso Paz, Dr. José Pinto (Especialistas de la Unidad de Neuro-Oftalmología, Hospital Coromoto)	
	Dr. Yldefonso Paz, Dr. José Pinto (Especialistas de la Unidad de Neuro-Oftalmología, Hospital Coromoto)		
09:20-09:50	REFRIGERIO	11:15-12:00	Taller Workshop Instrumental microquirúrgico. Lic. Eter Lares, Lic. Yorgelis Bracho
09:50-10:10	Disco óptico patológico, papiledema, papilitis, neuroretinitis, drusens, neuropatía óptica isquémica anterior	12:00-02:00	ALMUERZO LIBRE

Programa: Simposio Gerencia de la Investigación en el Sistema Público Nacional de Salud

Coordinadora y Moderadora: Dra. Noris Acosta

TARDE

		03:35-04:05	REFRIGERIO
02:00-03:35	Simposio Gerencia de la Investigación en el Sistema Público Nacional de Salud	04:05-06:00	Presentación de Trabajos Libres

SALÓN LAGUNILLAS**Programa: Reanimación Cardiopulmonar (RCP)***Coordinador y Moderador: Lcdo. Romer Zárraga***MAÑANA**

- 08:00-08:10** Palabras de Bienvenida y Presentación
- 08:10-09:20** Características críticas de una RCP de alta calidad
- Cadenas de supervivencia para adultos y pediátricos
- Secuencia C-A-B
- Cambios adicionales de la AHA 2010
- 09:20-09:50** REFRIGERIO
- 09:50-12:00** Condiciones Generales de la RCP
- Técnica de compresiones torácicas en los adultos
- Técnicas para la apertura de la vía aérea
- Maniobra frente mentón
- Ventilación de boca a dispositivo de barrera
- Ventilación a dispositivo bolsa-mascarilla
- RCP con dos reanimadores
- 12:00-02:00** ALMUERZO LIBRE

TARDE

- 02:00-03:35** Desfibrilador Externo Automático (DEA)
- DEA para adultos y niños a partir de 8 años
- RCP básico para niños a partir de 1 año hasta la pubertad
- Técnica de compresiones para niños
- Técnicas para la apertura de la vía aérea para niños y lactantes
- 03:35-04:05** REFRIGERIO
- 04:05-06:00** RCP con un solo reanimador para niños y lactantes
- RCP con dos reanimadores para niños y lactantes
- Características críticas de una RCP de alta calidad en niños y lactantes
- DEA para lactantes y niños a partir de 1 año hasta la pubertad
- Práctica simulada de RCP en adultos, pediátricos y lactantes



Martes 05

SALÓN URDANETA

Programa: Cirugía en Vivo

Coordinador: Dr. Adel Al Awad. Moderador: Dr. Richard Hill

MAÑANA

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación
08:10-12:00	Cirugía en vivo: Pabellón 1 By pass Cirugía en vivo: Pabellón 2 Manga gástrica
12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

TARDE

02:00-06:00	Cirugía en vivo: Pabellón 1 Laparoendoscopia biliar
	Cirugía en vivo: Pabellón 2 Colecistectomía de vesícula residual

SALÓN SUCRE

Programa: Taller Manejo de Vías Aéreas

Coordinador y Moderador: Lcdo. Romer Zárraga

MAÑANA

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación
08:10-09:20	Predictores de vías aéreas dificultosas Anamnesis Exploración general Características anatómicas Examen físico Obstrucción de vía aérea
09:20-09:50	REFRIGERIO
09:00-12:00	Predicción del grado de dificultad Laringoespasmos Ley de Lemon Índices de vía aérea difícil

Maniobras facilitadoras de intubación
Anestesia local de la vía aérea

12:00-02:00 PRESENTACIÓN DE POSTER

TARDE

02:00-03:35	Métodos especiales para el manejo de la vía aérea La máscara laríngea clásica Máscara laríngea Supreme La máscara laríngea intubadora Fastrach
03:35-04:05	REFRIGERIO
04:05-06:00	Combitube Tubo laríngeo

SALÓN FALCÓN**Programa: Simposio Actualización de Microbiología Médica***Coordinador y Moderador: Dr. Héctor Abad***MAÑANA**

08:00-08:20	Palabras de Bienvenida y Presentación Dr. Héctor Abad	09:50-10:20	Lectura interpretada de antibiograma en bacterias Gram negativas Lcdo. Armino Perozo
08:20-08:55	Control de calidad en el laboratorio de bacteriología Lcda. Elina Castillo	10:20-10:50	Lectura interpretada de antibiograma en bacterias Gram positivas Lcda. Maribel Castellanos
09:20-09:50	REFRIGERIO	11:50-12:00	Mesa Redonda panel de invitados
		12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

Programa: Taller se ECOFAST*Coordinador y Moderador: Dr. José Rodríguez***TARDE**

		03:35-04:05	REFRIGERIO
02:00-03:35	Taller ECOFAST	04:05-06:00	Taller de ECOFAST

SALÓN LAGUNILLAS**Programa: Análisis e Intercambio de Experiencias del Modelo de Gestión en los Servicios Hospitalarios en el Hospital Coromoto.****“Una Visión desde las perspectivas de los trabajadores y trabajadoras del Hospital Coromoto”***Coordinadora: Dra. Dulce León.**Moderadores: Migdalis Urdaneta, Román Marriaga***MAÑANA**

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:00-09:20	Plan de formación y capacitación. Una construcción desde lo interno y cotidiano Lcda. María de Mujica, Lcdo. Román Marriaga
08:10-09:00	Propuesta de un modelo de gestión y construcción de un plan de formación académica en Servicios Hospitalarios Socialistas en el Hospital Coromoto-PDV Servicios de Salud, S.A. Dra. Dulce León	09:20-09:50	REFRIGERIO
		09:50-10:10	Palabras de orientación de la construcción del Plan de Formación Académica. Dra. Elizabeth Borjas



10:10-10:40	Recorridos, experiencia y significaciones en el proceso de construcción de los Servicios Hospitalarios Socialistas del Hospital Coromoto Lcda. Migdalis Urdaneta, Sr. Sergio Castellanos, Lcdo. Román Marriaga
10:40-11:00	Atención al Usuario. Prestación de servicios de atención, guía y orientación al usuario en el marco del proceso de humanización Sra. Deidamia Cerbellos
11:00-11:20	Ama de llaves. Desarrollo de la hospitalidad y atención al usuario en las áreas de hospitalización Sra. Carmen Pereira
11:20-11:40	Aseo y saneamiento. Proceso fundamental de higienización y prevención de los factores de riesgo a través de los Servicios Hospitalarios Socialistas Sr. Alfredo Sánchez
11:40-12:00	Lavandería y lencería. Servicio de alto impacto en la higiene y hospitalidad en las diferentes áreas hospitalarias Sr. Franklin Vargas
12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

TARDE

02:00-02:30	Coordinación de Nutrición y Dietética. Una experiencia de reconstrucción desde los Servicios Hospitalarios Socialistas Lcda. Sara Robles
02:30-03:00	Experiencia en un modelo de Gestión de Servicios Hospitalarios del Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa. Dra. Isabel Iturria
03:00-03:30	Experiencia en un modelo de Gestión de Servicios Hospitalarios del Hospital Pediátrico Niño de Jesús de Yaracuy Dra. Gregoriana Morón
03:35-04:05	REFRIGERIO
04:05-04:35	Humanización del acto médico Dr. Héctor Campo (Fundador Escuela de Medicina Luis Razzetti, Unidad de Medicina Experimental
04:35-05:05	Política Científica y Tecnológica del Gobierno Bolivariano Dra. Haydee Ochoa (Coordinadora Regional de Producción y Recreación de Saberes Eje Geopolítico Región Cacique Mara)
05:05-06:00	Intercambio de experiencias Preguntas y Respuestas

PROGRAMA ~ CONGRESO**Miércoles 06****SALÓN URDANETA****Programa: Simposio Dolor como Enfermedad Ocupacional*****Coordinador:** Dr. Antonio Atencio (Gerente de Salud Occidente PDVSA)****Moderadora:** Dra. Teresa Martínez***MAÑANA**

		09:20-09:50	REFRIGERIO
08:00-08:05	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-10:35	Dolor y discapacidad Dra. Anita Balbas (PDVSA)
08:05-08:45	Factores psicosociales y dolor Psicóloga Miriam Caraballo (INTEVEP)	10:35-11:20	Implicaciones legales de las enfermedades ocupacionales Abogada Melitza Peña (PDVSA)
08:45-09:20	El dolor en la enfermedad ocupacional Dra. Maritza González (PDVSA)	11:20-12:00	Preguntas y Respuestas
		12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

SALÓN SUCRE**Programa: Simposio Nutrición y Enfermería*****Coordinadoras:** Lcda. Haydee Tapia y Lcda. Haydee Suárez****Moderadora:** Lcda. Haydee Suarez***MAÑANA**

		09:50-10:05	Palabras de Bienvenida y Presentación Coordinadora: Lcda. Haydee Suárez (Hospital Coromoto)
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	10:05 -10:40	Corresponsabilidad y bioética social Dra. Eva Mendoza (Escuela de Enfermería, LUZ)
08:10-09:20	Dieta en cirugía bariátrica. Restricción o conciencia alimentaria Lcda. Rosybel Velásquez, Lcda. Betzaida Villalobos	10:40 -11:00	Inteligencia Emocional Social Lcda. Berta Elena Mejía (Supervisora de Hospitalización II, Hospital Coromoto)
09:20-09:50	REFRIGERIO		



11:00-11:20	Como evitar “quemarse”. Bournout en el personal de Enfermería Lcda. Marytrini Matheus (Hospital Coromoto)	11:30-12:00	ECOVIDA “Que la vida valga la risa y no la pena” Lcda. Jhoseylit Medina
11:20-11:30	Preguntas y Respuestas	12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

SALÓN FALCÓN

Programa: Conferencia Oftalmología

Coordinadores y Moderadores: Dr. José Pinto, Dr. Yldefonso Paz

MAÑANA		10:30-10:50	Glaucoma. Avances en diagnósticos y tratamiento Dr. Pedro Castro
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	10:50-11:10	El disco óptico y glaucoma. Análisis 3 del disco Dr. Michelle Petito
08:10-08:35	Análisis comparativo del fondo de ojo en la práctica médica Dr. Yldefonso Paz (Especialista Unidad de Neuro-Oftalmología, Hospital Coromoto)	11:10-11:30	El disco óptico excavado y neuro-oftalmología Dr. José Pinto Acosta
08:35-08:55	Cross-linking y anillos intracorneales Dr. Ricardo Galué	11:30-11:45	Mesa Redonda: Hablemos de glaucoma
08:55-09:20	Fentomsecond láser en catarata Dr. Marcos Ríos	11:45-12:00	Entrega de Reconocimientos al Dr. Pedro Castro y a la Dra. Odalis de Borin
09:20-09:50	REFRIGERIO	12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER
09:50-10:10	Retinopatía de la prematuridad Dra. Odalis de Borin		
10:10-10:30	Retinopatía diabética. Diagnóstico y tratamiento. Dr. Miguel Brito		

SALÓN LAGUNILLAS

Programa: Taller Mini ABIQ

Coordinador y Moderador: Dr. Tulio Chacín

MAÑANA		09:20-09:50	REFRIGERIO
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-12:00	Taller Mini ABIQ
08:10-09:20	Taller Mini Abiq	12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

SALÓN BOLÍVAR

Programa: Conversatorio Pediátrico

Coordinadora: Dra. Loyda Parra

Moderadores: Sergio Castellanos, Evelin González, Iris Hernández

MAÑANA		09:20-09:50	REFRIGERIO
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-12:00	Conversatorio pediátrico
08:10-09:20	Conversatorio pediátrico	12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

Programa: Actividad Socio-Política

Coordinador: Dr. Adel Al Awad (Presidente Organizador del Evento)

Moderador: Dr. Adel Al Awad

TARDE		03:40-04:00	REFRIGERIO
02:00-03:00	ACTO PROTOCOLAR Francisco Armada (Ministro del Poder Popular para la Salud), Juana Contreras (Viceministra de Salud), Francisco Arias Cárdenas (Gobernador del Estado Zulia), Tania Mesa (Secretaria de Salud del Estado Zulia), Noly Fernández (Directora del SAHUM), David Morillo (Coordinador UBV Región Zulia), Haydee Ochoa (Coordinadora Regional Zulia Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), José Luis Parada (Gerente División de Occidente PDVSA), Freddy Rojas (Gerente Corporativo Salud Integral PDVSA), Freddy Leal (Presidente de PDV Servicios de Salud PDVSA), Tulio Chacín (Coordinador General del Hospital Coromoto), Adel Al Awad (Presidente del II Congreso y III Jornadas Científicas Integrales del HC)	04:00-04:20	El PIB y la inversión del Estado Revolucionario: Desde el Paro Sabotaje (2002) hasta el Golpe Continuo (2014). Rodrigo Cabezas
		04:20-04:40	El Plan de la Patria y la construcción de la soberanía en Salud Aurelio Tosta (Viceministro de Tecnología, Insumos y Regulación)
		04:40-05:00	Concepción Integral de la Salud en el Plan de la Patria. Profesor José Javier León y Ángel Oroño García
		05:00-05:20	Estrategias actuales para fortalecer la atención de los pacientes PDVSA, sus filiales en las clínicas industriales y hospitales propios Dr. Freddy Leal (Presidente de PDV Servicios de Salud, S.A.)
		05:20-05:40	Venezuela en el contexto de la crisis mundial de capital. Una mirada de la Salud. Dr. Jacobo Mora
03:00-03:20	Estrategias políticas sanitarias para enfrentar los efectos del golpe económico. Dra. Juana Contreras	05:40-06:00	El Plan de la Patria, la Salud y la Construcción del Socialismo. Dr. Oscar Feo Istúriz
03:20-03:40	Impacto del golpe económico en el Sector Salud. Dr. Freddy Rojas	06:00-07:00	ACTO DE INSTALACIÓN

Jueves 07

SALÓN URDANETA

Programa: Cardiopatía Isquémica

Coordinador y Moderador: Dr. Jesús Valdés

MAÑANA

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	10:10-10:35	Stents medicados: ¿cuál, cuántos y cuándo usarlos? Dr. Edwin Vetancourt
08:10-08:30	Síndrome coronario agudo diagnóstico en la Emergencia Dr. Jesús Valdés (Hospital Coromoto)	10:35-11:00	Medios de contrastes Tec. Junior Jiménez (Hospital El Rosario de Cabimas)
08:30-08:50	Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Estrategia de repercusión. Dr. Edwin Vetancourt	11:00-11:25	Controversia en revascularización coronaria Dr. Luis García El Juri, Dr. Edwin Vetancourt, Dr. Hamid Seyfi (mesa de discusión)
08:50-09:20	Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Intervención coronaria percutánea ¿para quién, cuándo y cómo? Dr. Hamid Seyfi	11:25-11:50	Cuidados de Enfermería post-cateterismo cardíaco Lcdo. Leonardo Bravo, Lcda. Marisol Ramírez (Hospital Coromoto)
09:20-09:50	REFRIGERIO	11:50-12:00	Preguntas y Respuestas
09:50-10:10	Estratificación de riesgos post infarto de miocardio Dra. Ana Ruiz	12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

Programa: Simposio Endocarditis Infecciosa, Pancreatitis Aguda y otros temas relacionados con Medicina Interna

Coordinadora: Dra. Nora Palazzi

Moderadores: Dra. Soraya Martínez, Dr. Carlos Parra, Dr. Víctor Pérez y Dra. Marta Gómez

TARDE

02:00-02:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	02:30-02:50	Evidencias ecocardiográficas de la endocarditis infecciosa Dr. Adalberto Lugo (Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, LUZ)
02:10-02:30	Criterios clínicos diagnósticos de endocarditis infecciosa Dra. Nora Palazzi (Medicina Interna, Hospital Coromoto)	02:50-03:10	Diagnóstico bacteriológico y tratamiento Dr. Víctor Pérez (Médico Internista, Hospital Coromoto)

03:10-03:30	Indicaciones quirúrgicas y sus complicaciones Dr. Adalberto Lugo (Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, LUZ)	04:35-04:50	Indicaciones quirúrgicas de pancreatitis aguda Dr. Luis Ramírez (Hospital Adolfo Pons)
03:30-03:35	Preguntas y Respuestas	04:50-05:05	Interpretación básica de la espirometría Dra. Yvania Márquez
03:35-04:05	REFRIGERIO	05:05-05:20	Sepsis Actualización: criterios diagnósticos y terapéuticos Dr. Jesús Romero
04:05-04:20	Criterios diagnóstico, pronóstico y terapéutica de pancreatitis aguda Dr. Carlos Parra (Hospital Coromoto)	05:20-05:45	Insuficiencia renal aguda Dr. Gustavo Parra
04:20-04:35	Interpretación de los estudios de imágenes Dr. David Acosta (Imágenes, Hospital Coromoto)	05:45-06:00	Indicaciones de plasmaferesis Dr. Alberto Valera (Hematología, Hospital Coromoto)

SALÓN SUCRE

Programa: Pediatría e Imágenes

Coordinadores y Moderadores: Dra. Loyda Parra, Dr. José Rodríguez

MAÑANA		09:50-10:20	Embolizaciones en tumores de cuello y cabeza Dr. Roberto Senf (Adjunto del Servicio de Imágenes, Hospital Coromoto)
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	10:20-10:50	Ecografía intervencionista Dra. Alejandra Rodríguez (Adjunto del Servicio de Imágenes, Hospital Coromoto)
08:10-08:30	Manejo Ambulatorio del Paciente Asmático Dr. Ender González	10:50-11:20	Radiología intervencionista Dr. David Acosta, Dra. María Molero (Adjuntos del Servicio de Imágenes, Hospital Coromoto)
08:30-08:50	Síndrome coqueluchoide. ¿Es un problema actual en Venezuela? Dra. Janeth Urribarrí (Infectología, Hospital Coromoto)	11:20-12:00	Preguntas y Repuestas
08:50-09:10	Recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita. ¿Qué hacer? Dra. Ana Karina Palmar	12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER
09:10-09:20	Preguntas y Respuestas		
09:20-09:50	REFRIGERIO		



Programa: Simposio Actualización del Tratamiento del Paciente Quemado

Coordinador y Moderador: Dr. Tulio Chacín

TARDE

		03:35-04:05	REFRIGERIO
02:00-02:05	Palabras de Bienvenida y Presentación	04:05-04:35	Manejo inicial del paciente pediátrico del quemado Dra. Carla Rosales
02:05-02:35	Banco de Piel a la Bioingeniería de tejido. Dónde estamos hoy Dr. Alberto Bolgiani (Hospital Alemán, Argentina)	04:35-05:05	Gran quemado. Manejo inicial, urgencias quirúrgicas y complicaciones Dr. Jorge Villegas (Jefe de Servicios de Quemado, Hospital de Urgencia Asistencia Pública Santiago de Chile)
02:35-03:05	Experiencia de los Regeneradores Dérmico en CAINPAQ Dr. Oscar Lobo (Hospital Coromoto)	05:05-05:35	Manejo de vías aéreas en el paciente quemado Dra. Ana Cepeda (CAINPAQ)
03:05-03:35	Gran quemado. Epidemiología, diagnóstico, pronóstico y niveles de atención Dr. Jorge Villegas (Jefe de Servicios de Quemado, Hospital de Urgencia Asistencia Pública Santiago de Chile)	05:35-06:00	Preguntas y Repuestas

SALÓN FALCÓN

Programa: Conferencia sobre Infectología

Coordinadora: Dra. Janeth Urribarrí

Moderador: Dr. Héctor Abad

MAÑANA

		09:20-09:50	REFRIGERIO
08:00-08:05	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-10:35	Técnica audiovisual del lavado de manos: una visión diferente Dra. Janeth Urribarrí, Dr. Héctor Abad
08:05-08:45	Comité de Control y Prevención de Infecciones Asociadas a la Salud del Hospital Coromoto de Maracaibo. Un reto constante Lcda. Ana Hernández	10:35-11:30	Estrategias para la prevención de la bacteriemia asociada a catéteres venosos centrales Dra. Janeth Urribarrí
08:45-09:20	Epidemiología de Infecciones de sitio quirúrgico en el Hospital Coromoto de Maracaibo, Venezuela Dr. Héctor Abad	11:30-12:00	Preguntas y Respuestas
		12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER

TARDE

02:00-02:50	Factores de riesgo de infección en el sitio quirúrgico Dr. Carlos Hartmann
02:50-03:35	Manejo de infecciones periprotésicas Dr. José Mora

03:35-04:05 REFRIGERIO

04:05-05:00	Sepsis de punto partida abdominal. Dr. Javier Cebrián O.
05:00-05:45	Manejo quirúrgico de la osteomielitis Dr. Levy Mago
05:45-06:00	Preguntas y Respuestas

SALÓN LAGUNILLAS
Programa: Conferencia sobre Unidad de Cuidados Quirúrgicos

Coordinadora: Dra. Kelita González

Moderadora: Lcda. Edicta Ferreira

MAÑANA

08:00-08:05	Palabras de Bienvenida y Presentación
08:05-08:25	Unidad Crítica Quirúrgica. Misión, visión y alcances. Experiencia, evaluación e inducción pre quirúrgica Lcda. Merlín Parra
08:25-08:45	Aplicación e Importancia de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Experiencia en el Hospital Coromoto Lcda. Edicta Ferreira
08:45-09:05	Difusión respiratoria en cirugías complejas. Cuidados post-operatorios Dra. Zulema Villalobos
09:05-09:20	Prevención de infecciones nosocomiales en pacientes críticos. Experiencia en UCI quirúrgica. Lcda. Zonys Chirinos
09:20-09:50	REFRIGERIO

09:50-10:10	Sedoanalgesia y prevención del delirio en UCI Dra. Kelita González
10:10-10:30	Tromboprofilaxis en pacientes post-quirúrgicos Dr. Alfredo Guzmán
10:30-10:50	Repercusiones y manejo de la hiperglucemia peri-operatoria en cirugía compleja Dr. Asdrúbal Saras
10:50-11:10	Trastornos acido-básicos en el paciente post-operatorio Dr. Jorge Peña
11:10-11:30	Manejo de la hipotermia en el perioperatorio de cirugías complejas Lcda. Aurora Puente
11:30-12:00	Preguntas y Respuestas
12:00-02:00	PRESENTACIÓN DE POSTER
02:00-03:35	Presentación de Trabajos Libres
03:35-04:05	REFRIGERIO
04:05-07:00	Presentación de Trabajos Libres

Viernes 08

SALÓN URDANETA

Programa: Simposio de Quemado

Coordinador y Moderador: Dr. Tulio Chacín

MAÑANA

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-10:20	Tratamiento inicial del paciente quemado adulto Dra. Solange Acosta (CAINPAQ, Hospital Coromoto)
08:10-08:40	Epidemiología del Paciente Quemado Dr. Daniel García (CAINPAQ, Hospital Coromoto)	10:20-10:50	Gran quemado. Revisión de casos clínicos Dr. Jorge Villegas (Jefe de Servicios de Quemado, Hospital de Urgencia Asistencia Pública Santiago de Chile)
08:40-09:10	Matrices de regeneración dérmica y cultivo de queratinocitos Dr. Alberto Bolgiani (Hospital Alemán, Argentina)	10:50-11:20	Fisiología de la reparación de las lesiones cutáneas Dr. Alberto Bolgiani (Hospital Alemán, Argentina)
09:10-09:20	Gran quemado. Estrategias de reparación Dr. Jorge Villegas (Jefe de Servicios de Quemado, Hospital de Urgencia Asistencia Pública Santiago de Chile)	11:20-12:00	Preguntas y Respuestas
09:20-09:50	REFRIGERIO	12:00-02:00	ALMUERZO LIBRE

Programa: Simposio de Trauma

Coordinador y Moderador: Dr. Atilio Araujo

TARDE

02:00-02:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	03:35-04:05	REFRIGERIO
02:10-02:35	Errores en el manejo quirúrgico del trauma abdominal Dr. José León	04:05-04:35	Tromboprofilaxis en el paciente traumatizado Dr. Iskander Marín
02:35-03:00	Anatomía quirúrgica del abordaje del retroperitoneo en el trauma de grandes vasos Dr. César Labastida	04:35-05:05	Manejo de quemados en masa Dr. Rixio Sánchez
03:00-03:35	Cirugía de control de daños, pasado y futuro Dra. Adalid González	05:05-05:35	Trauma en la mujer embarazada. Dr. Atilio Araujo Aldazoro
		05:35-06:00	Preguntas y Respuestas

SALÓN SUCRE**Programa: Conferencia Otoneurología e Implantes Cocleares***Coordinadora y Moderadora: Dra. Katiuska Alvarado*

MAÑANA		10:10-10:30	Evaluación de implante coclear Dr. Ernesto Rodríguez (Programa de Implantes Cocleares del Instituto de Rehabilitación Nacional JJ Arvello, Programa PASDIS MPPPS)
08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación		
08:10-08:30	Hipoacusias. Actualidad en Venezuela Dr. Ramón Hernández (Coordinador Nacional del Sub-Programa PASDIS del MPPPS, Instituto Nacional de Rehabilitación JJ Arvello)	10:30-10:50	Implante coclear: importancia del proceso posterior a la cirugía Lcda. Carina Rodríguez (Latinoamericana de AB)
08:30-08:50	Despistaje temprano y estimulación auditiva temprana. Dra. Yingris Andrade de Quintero (IPASME Cabimas)	10:50-11:10	Implantes anclados al hueso Dr. Gerardo Salas (Hospital Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, Programa de Implantes Cocleares Hospital Coromoto)
08:50-09:20	Utilidad de las pruebas audiológicas en el diagnóstico de la hipoacusia Dra. Franchesca Frazetto (Programa PASDIS Región Zuliana, Hospital Universitario de Maracaibo/Programa de Implantes Cocleares, Hospital Coromoto)	11:10-11:30	Programa de Implantes Cocleares Hospital Coromoto. Logros Dra. Katiuska Alvarado (Coordinadora Unidad de Otoneurología y Cirugía Otológica, Coordinadora del Programa de Implantes Cocleares, Hospital Coromoto)
09:20-09:50	REFRIGERIO	11:30-12:00	Preguntas y Respuestas
09:50-10:10	Utilidad de los auxiliares auditivos. Lcda. Rosibel Márquez (Programa PASDIS del MPPPS, Instituto Nacional de Rehabilitación JJ Arvello)	12:00-02:00	ALMUERZO LIBRE

Programa: Conferencia de Ortopedia*Coordinador y Moderador: Dr. Levy Mago*

TARDE		02:55-03:15	Manejo de fractura pertrocanterica Dr. Fernando Lossada
02:00-02:15	Hemi artroplastia de cadera por vía anterior Dr. José Mora	03:15-03:35	Artroplastia total de cadera Dr. Nelson Rodríguez
02:15-02:35	Enfoque actual en el manejo de fracturas basicervicales del fémur Dr. Luis Izaguirre	03:35-04:05	REFRIGERIO
02:35-02:55	Pinzamiento femoroacetabular y su tratamiento artroscópico Dr. Arturo Fernández	04:05-04:25	Inestabilidad de hombro Dr. Fernando Lossada
		04:25-04:45	Lesiones del manguito rotador Dr. Mauro Rubio



04:45-05:05	Rupturas del talón de aquiles. Experiencia de la Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo del Hospital Coromoto Dr. Pablo Vera	05:05-05:25	Compresión del nervio cubital en el canal de Guyon. Tratamiento Dr. Carlos Peña
		05:25-06:00	Preguntas y Respuestas

SALÓN FALCÓN

Programa: Conferencia de Odontología

Coordinadora y Moderadora: Dra. Alis de Chacín

MAÑANA

08:00-08:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	09:50-10:30	Ortopedia maxilar en pacientes con disfunción temporomandibular. Caso Clínico Dra. Judith Villalobos (Hospital Coromoto)
08:10-09:00	Resonancia magnética como recurso imagenológico en Odontología Dra. Adalsa Hernández (Caracas)	10:30-11:00	Dolor orofacial Dra. Carolina Maalouf (Hospital Coromoto)
09:00-09:20	Tratamiento ortodóntico de pacientes clase III. Distintos enfoques Dra. Luisa Nucette (Hospital Coromoto Maracaibo)	11:00-11:30	Tendencias actuales en el diagnóstico implantológico Dr. Juan Consuegra
09:20-09:50	REFRIGERIO	11:30-12:00	Preguntas y Respuestas
		12:00-02:00	ALMUERZO LIBRE

Programa: Conferencia Hematología-Anestesiología

Coordinadores: Dr. Alberto Valera, Dra. Elizabeth Borjas, Dr. Freddy Villalobos

Moderador: Dr. Freddy Villalobos

TARDE

02:00-02:10	Palabras de Bienvenida y Presentación	02:10-03.35	Guía para la administración de sangre y sus componentes por atención inmediata de reacción adversa transfusional Dra. Oly Herrera (Hematología, Hospital Universitario de Maracaibo)
02:10-03.35	Plasmaferesis terapéutica Dr. Alberto Valera (Hematología, Hospital Coromoto)	03:35-04:05	REFRIGERIO
02:10-03.35	Uso de hemoderivados Dra. Yoraima Fuenmayor (Hematología, Hospital Coromoto)	04:05-04:20	Dexmetedomidina: una alternativa en sedación Dra. Odalis Pirona
02:10-03.35	Indicaciones para el uso de la inmuglobulina humana Dra. Noelia Bota (Hematología, Hospital Coromoto)	04:20-04:35	Resonancia magnética bajo sedación, experiencia en el Hospital

	Coromoto Dr. Héctor Nariño	05:05-05:20	Perlas en el manejo del dolor post-operatorio. Dra. Yamilet Pérez
04:35-04:50	Nuevas técnicas de ahorro de sangre en quirófano. Nuevas tendencias Dr. Jaime Contreras Daza	05:20-05:35	Anestesia y cirugía segura: un programa de la OMS. Dra. Militza Zuleta Fuenmayor
04:50-05:05	Paciente quemado: morbi-mortalidad en la Unidad de Caumatología Dra. Ana V. Cepeda	05:35-05:50	Anestesia: ¿es una enfermedad ocupacional? Dr. Freddy Villalobos Montiel (Hospital Coromoto)
		05:50-06:00	Preguntas y Respuestas

SALÓN LAGUNILLAS

Programa: Jornada de Columna

Coordinador y Moderador: Dr. Cesar Covarrubia

MAÑANA

07:30-08:30	Inscripciones	09:45-09:55	Elongadores en cirugía raquídea. Escoliosis congénita. Opciones de tratamiento Dr. César Covarrubia Rador
08:00-08:10	Bienvenida		
08:10-08:20	Presentación de los Invitados Dr. César Covarrubia Rador	09:55-10:20	Manejo de paciente coniringomelia y malformación de Chari en escoliosis Dr. Douglas Molina
	Módulo I: Patología deformidades raquídeas		
08:30-08:50	Caso clínico	10:20-10:30	Espondilolitis vía anterior como alternativa quirúrgica Dr. Ihab Gharzeddine
08:50-09:00	Escoliosis idiopática, anatomía de la deformidad Dr. Gustavo Velásquez	10:40-11:00	RECESO
09:00-09:10	Manejo ortopédico de la escoliosis idiopática Dra. Yusmary Guillén	11:15-11:25	Fisiopatología de la osteoporosis Dr. Diego Martinucci
09:10-09:20	Monitoreo transoperatorio en cirugía de columna vertebral Dra. Ileana Escobar	11:25-11:45	Manejo farmacológico de las fracturas vertebrales Dr. José Rafael Otero
09:20-09:30	Anestesia en cirugía de columna vertebral Dr. Alfredo Montiel Villalobos (Hospital Militar de Maracaibo)	11:45-11:55	Clasificación A-O Actualización. Modificadores, se aplica a osteoporosis? Dr. Víctor Dávila
		11:55-12:05	Fracturas por osteoporosis. Alternativas quirúrgicas
09:30-09:45	Escoliosis idiopática del adolescente. Manejo quirúrgico Dr. Gustavo Velásquez	12:05-12:15	Experiencia
		12.15-12:30	CIERRE DE LA JORNADA



RESÚMENES DE CONFERENCIAS

ANATOMÍA DE ABORDAJE ANTERIOR MÍNIMAMENTE INVASIVO EN HEMIARTROPLASTIA DE CADERA*

Mora-Villa José

*Servicio de Ortopedia y Traumatología,
Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, San Francisco,
Venezuela. 2008-2013.*

Objetivo

Comparar Anatomía de abordaje quirúrgico vía anterior mínimamente invasivo con Abordaje femoral lateral convencional en fractura articular de cadera (cabeza y cuello femoral).

Diseño y método

A 67 pacientes, de ambos sexos, edad entre 75 y 100 años con fractura de cabeza y cuello femoral (clasificación anatómica: capital-subcapital-basocervical). Se organizaron de forma aleatoria en 2 grupos para tratamiento quirúrgico: El grupo estudio (34 pacientes) se realiza hemiartroplastia de componente femoral con Anatomía de Abordaje Mínimamente Invasivo 4-6 cm y grupo control (33 pacientes) Anatomía de abordaje femoral lateral convencional 10-20cm. Indicaciones: todas las convencionales de hemiartroplastia de cadera, Contraindicaciones: tumores, obesidad mórbida, fracturas complejas, displasia severa y luxación. Técnica quirúrgica: paciente en decúbito supino; mesa quirúrgica en hiperextensión para exposición de cabeza femoral. Incisión de piel: anterior: 4-6 cm, empezando en espina ilíaca antero inferior con vector de incisión hacia trocánter mayor. Incisión de fascia, digitovulsión entre músculos: tensor de fascia lata y sartorio. Artrotomía por capsulotomía anterior en T. Extracción cabeza. Osteotomía remodelante

de cuello femoral, Exposición de fémur proximal en hiperextensión, aducción y rotación externa de cadera, Fresado e implantación de componente protésico femoral: Prótesis monopolar no cementada. Cierre por planos anatómicos sin colocación de drenes.

Resultados

Anatomía Biomecánica: 62 pacientes al día siguiente en bipedestación y marcha asistida con andadera. Tiempo quirúrgico: Grupo Estudio (45-115min) Grupo Control (62-129min); Incisión GE 4cm-6cm GC 10-20cm. Dolor: escala numérica (1-10) GE: 3-5 GC: 4-7. Cicatrización: GE 7-10 días GC 9-16 días. Complicaciones: Grupo Estudio: 1 TVP, 1 fractura periprotésica (falsa vía). Grupo Control 2 Hemorragias; 1 encamado.

Conclusiones

La restitución de la Anatomía Articular por reemplazo protésico femoral fue exitosa en ambos grupos. Tiempo quirúrgico, sagrado, dolor y cicatrización son parámetros positivos en grupo estudio. Aunque su magnitud porcentual no reporta significancia y superioridad exponencial en todos los parámetros, sus resultados en conjunto hacen recomendar como alternativa quirúrgica la Anatomía de abordaje anterior mínimamente invasivo para hemiartroplastia de cadera.

Palabras clave: Hemiartroplastia, hemiarticular, mínimamente invasiva, abordaje, prótesis, no cementada, periprotésica, falsa vía, digitovulsión, remodelante.

* Financiado totalmente por el IVSS.

CUIDADOS ESPIRITUALES A LA FAMILIA DE PERSONA CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Graterol de Pérez Ana

Hospital Coromoto de Maracaibo.

En el II Congreso y III Jornadas Científicas del Hospital Coromoto, se hace presente en los 7 años de transformación socialista del Hospital Coromoto la participación esencial de las comunidades ofreciendo salud a los más necesitados, mejorando la calidad de vida de los ciudadanos y promoviendo cambios de estilos de vida. Es por ello, que en este artículo se proponen como objetivos: comprender las vivencias de la familia (cuidador informal) con la enfermedad oncológica y analizar los cuidados espirituales a la familia (cuidador informal) de persona con enfermedad oncológica. La familia constituye una unidad funcional que proporciona confort y salud; es un lugar de comunicación, de estabilidad, de formación de la identidad personal y de transmisión transgeneracional la filiación.

Para Rocamora (2000), la familia es un grupo social en el que los cambios y diferencias deben acomodarse en un corto espacio de tiempo. Es decir, una modificación en uno de sus miembros influye de alguna manera, para crecer o retroceder, en el resto. En este sentido, la estructura familiar por ser sistémica y cambiante necesariamente debe mantener el equilibrio en sus comportamientos ante las vivencias y acontecimientos difíciles de afrontar por cada uno de sus miembros. La dinámica familiar debe adaptarse al cambio y transformación del otro; así cuando uno de los integrantes enferma, los otros miembros del sistema deben modificar su propia posición, de lo contrario, surgirá el caos, el desorden el desequilibrio. Por lo antes expuesto, la aparición de una enfermedad oncológica en un miembro de la familia, requiere un reequilibrio de posiciones de cada uno dentro del núcleo familiar y en la vivencia del proceso continuo salud-enfermedad. De acuerdo a los cambios de posición de los integrantes de la fami-

lia, la prestación de cuidados se comparte y se reparte inequitativamente. Sin embargo, uno de los miembros toma la mayor responsabilidad de los cuidados, vivenciando las emociones, los afectos frente a la enfermedad del ser querido convirtiéndose en el cuidador principal.

Those caring for a child under age 18 spend 29.7 hours per week. 50La experiencia laboral en la unidad oncológica ambulatoria del Hospital Coromoto, ha permitido vivenciar al cuidador familiar o informal como una persona que se caracteriza por carecer de una capacitación específica para el desempeño de las tareas, deficiencia en la remuneración económica, ofrece una atención sin límites de horarios con respecto a los ciclos continuos de citostáticos que recibe la persona con enfermedad oncológica. En el núcleo familiar, la participación de las mujeres es mayoritaria, por el contrario, la participación de los hombres como cuidadores es minoritaria. En la unidad también se evidencia a la persona oncológica con ausencia de los familiares, residenciados en localidades lejanas.

Por otra parte, la realidad existente, predomina la enfermedad oncológica por diversos factores, la alimentación, los estilos de vida, la pobreza, el sedentarismo, la sobrecarga laboral, entre otros. Se considera al enfermo oncológico como una persona con discapacidad, dependiente de sus familiares, alejada de sus grupos sociales, excluida de su ámbito laboral y educacional, por el tratamiento prolongado de ciclos de quimioterapia y sus posibles recaídas que requieren aislamiento estricto por alteración en el sistema inmunológico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) afirma que la enfermedad oncológica, el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en el 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes. Se

prevé, que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en el 2030. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

Por lo antes expuesto, la enfermedad oncológica es considerada un problema de salud pública, por el incremento de los factores de riesgo conductuales y dietéticos que desencadenan la morbi-mortalidad de la población, los cuales pueden reducirse con la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y los cuidados; éstos en la actualidad son limitados por déficit financieros, falta de creación y control en los programas de acción sanitaria, escasa enseñanza y cultura educativa a los enfermos oncológicos y sus familiares en los diferentes contextos (domicilio, hospitales, dispensarios, consultorios, clínicas, universidades, institutos tecnológicos, escuelas entre otros.)

Asimismo, la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer) (2010) destaca el resumen de estadísticas a nivel mundial en la cual se evidencia la población masculina es de 34.145,66 y la población femenina es de 33.587,15, el número de nuevos casos de cáncer para el género masculino es de 6617,8 y el género femenino es de 6044,7; número de muertes por cáncer para el género masculino 4219,6 y para el género femenino 3345,2.

De acuerdo, a las estadísticas determinadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer la dinámica familiar contempla el proceso existencial del enfermo oncológico, la evolución de la enfermedad, el proceso de morir donde se manifiestan sentimientos encontrados de miedo, evasión, cólera, depresión e impotencia y un alejamiento ante los procesos de la enfermedad y la muerte inseparables de la naturaleza humana.

Es importante tomar en cuenta el cambio constante de sentimientos, comportamientos, actitudes que varían de acuerdo a las vivencias y experiencias de la vida entre otras, por lo que caracterizan al ser humano como un ser complejo en todas sus dimensiones física, social, espiritual.

Es por ello, que todo lo mencionado anteriormente, conduce a la incertidumbre de la realidad desconocida. Mishel (1988) citado por Ferré, C. Rodero, V. Vives, C. Cid, D. (2008). define la incertidumbre como la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultado se obtendrá. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema persona no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Lo expuesto, implica que la incertidumbre surge imprevisiblemente debido a los distintos factores del medio y a la realidad en constante dinamismo, por lo tanto se desconoce lo que sucederá, predominando los niveles de ansiedad y angustia por los cambios vivenciados de la enfermedad, las incapacidades y las dependencias. Ante todas estas reacciones, la persona debe afrontarla, como parte de su realidad y crecimiento para poder subsistir.

Ante la incertidumbre de la realidad se hace necesaria la enseñanza de los cuidados espirituales a la familia de persona con enfermedad oncológica. Según Mendoza (2012), los cuidados espirituales son las acciones personalizadas que se le brindan al ser humano o persona humana, enferma o sana, desde la identificación de la necesidad espiritual, hasta el apoyo espiritual.

La metodología usada es el enfoque cualitativo con el método fenomenológico. Para Martínez (2008) el término cualitativo, ordinariamente se usa bajo dos acepciones. Una como *cualidad* y otra, más integral y comprensiva *calidad* donde ésta representa la naturaleza y esencia completa.

De aquí que lo cualitativo que es el todo integrado no se contrapone a lo cuantitativo sino que lo integra especialmente donde sea importante. La metodología cualitativa es el paradigma, el enfoque o la manera de pensar la realidad social y de estudiarla; busca la naturaleza profunda de las realidades interna y externa de la persona humana, la estructura dinámica, que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Es captar los eventos en el contexto natural y su sistema funcional con el significado que tienen.

Según Strauss (2002) La metodología cualitativa trata de investigaciones sobre la vida de las gentes las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos así como también funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y culturales.

La investigación cualitativa es un camino que permite mirar la realidad desde otra perspectiva, ofrece la comprensión a partir de la visión de las personas, ayuda a comprender el modo como las personas viven la incertidumbre frente a la enfermedad y a adecuar la intervención profesional que corresponde con el compromiso del cuidado en su carácter universal de dador de bienestar y soporte humano de proveedor y constructor de salud para las personas. Según Martínez (2002), la fenomenología estudia los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre; busca descubrir en ellos lo universal que se revela y se imponen con evidencia en la experiencia directa; sin embargo, la esencia no se reduce en ellos, sino que se encuentra fuera del tiempo y el espacio; principios generales de la esencia universal.

Este estudio se fundamenta en el método fenomenológico que estudia las realidades del fenómeno la familia de persona con enfermedad oncológica, para comprender en la totalidad las vivencias, las experiencias, las incertidumbres, las emociones, así como también el análisis de las creencias religiosas y los cuidados espirituales en la familia cuidador informal con enfermedad on-

cológica, suprimiendo todo juicio concerniente al contexto de lo que es experimentado por el informante clave.

Resultados. Análisis descriptivo: Esta enfermedad para mí ha sido muy duro porque yo no quisiera que mi hijo tan joven que tiene 19 años tenga esta enfermedad. La enfermedad lleva a conocer muchas personas bueno en fin uno aprende de todo con un paciente oncológico. **Análisis descriptivo de los encuentros sucesivos:** Yo espero un buen resultado de este tratamiento porque si se puede. Siento que he reflexionado, lo importante de cuidar el alma el espíritu. **Discusión. Análisis conclusivo:** se aplicó los cuidados espirituales a la familia de persona con enfermedad oncológica; alcanzando la sensibilización del fuero interno en cada cuidador informal. Los cuidados espirituales fueron de apoyo psicológico y espiritual a los cuidadores en la dedicación al cuidado. Los cuidados espirituales proporcionaron la paz emocional y espiritual a los cuidadores permitiendo la reconciliación consigo mismo y con los demás. Los cuidadores llevaron a cabo los cuidados espirituales para el enriquecimiento de la dinámica familiar en el fortalecimiento de la comunicación y comunión familiar.

Referencias

- Rocamora, A. Un Enfermo en la Familia. Madrid. España: Editorial Paulino; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. 2012. En red <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. 2010. En red <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- Ferré, C. El mundo del cuidador familiar. Editorial Silva. (1era. ed. corr y aum.). Madrid. Tarragona; 2008.
- Mendoza, G. Cuidados Espirituales como Innovación Educativa. EAE Editorial Academia Española. 1ª edición; 2012. P 6-66.
- Martínez, M. La nueva ciencia. Su desafío, lógica y método. México: Ediciones Trillas; 2008.

Strauss, A. Bases de la investigación cualitativa. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. 1era edición; 2002.

Martínez. Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación. México: Ediciones Trillas. 4ta reimpresión; 2002.

COMPRESIÓN DEL NERVIIO CUBITAL EN EL CANAL DE GUYON. TRATAMIENTO

Peña D. Carlos L.

Servicio de Ortopedia. Hospital Coromoto de Maracaibo.

El primero en describir el espacio a través del cual pasa del antebrazo a la muñeca el nervio cubital fue el urólogo Francés Jean Casimir Félix Guyón en el año de 1861, desde entonces son múltiples los estudios anatómicos y clínicos que han arrojado luz sobre la anatomía, fisiopatología y el tratamiento adecuado de la patología por compresión del nervio cubital en el canal de Guyón.

La causa más frecuente de compresión del nervio ulnar en el canal de Guyon son los gangliones; Alrededor del 16 % de los casos de compresión del nervio cubital en el canal de Guyon están ocasionados por la presencia de anomalías musculares, y otras causas que pueden estar implicadas son las fracturas del radio distal, y fracturas o luxaciones de los huesos del carpo, así como tumores óseos o de partes blandas.

El síndrome de compresión del nervio cubital en el canal de Guyón ha sido tratado de manera no quirúrgica por algunos autores, y en ocasiones con ese método se consigue algún grado de mejoría en esta patología; pero se ha demostrado que el tratamiento de elección especialmente cuando han fracasado los métodos ortopédicos conservadores es el método quirúrgico; así mismo cuando se demuestran estados avanzados de lesión del nervio cubital, con trastornos de la conducción nerviosa y denervación demostrada

por electromiografía, se impone de manera primaria el tratamiento quirúrgico.

La cirugía de descompresión del nervio cubital en el canal de Guyón es una intervención frecuente en la práctica cotidiana del Cirujano de la Mano, cuya finalidad es lograr la liberación quirúrgica y/o neuroadhesiolisis del nervio mencionado en el denominado canal de Guyon de la muñeca, para restablecer la integridad anatómica y fisiológica del nervio y evitar secuelas inherentes a su lesión irreversible.

Se ha demostrado que se debe realizar la descompresión quirúrgica del nervio cubital desde el antebrazo distal hasta la bifurcación del mismo en la mano. Tradicionalmente el abordaje se realiza a través, de todo el trayecto del nervio cubital con un abordaje amplio, lo cual se ha visto justificado por la necesidad de tratar los diferentes sitios de compresión así como la ambigüedad de la sintomatología en los casos de compresión en la zona I. Se plantea las diferentes opciones de tratamiento quirúrgico en la cirugía de descompresión del nervio cubital en el canal de Guyón.

DEXMEDETOMIDINA COMO ANALGÉSICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Piróna Odalis

*Residente de 3er año de Anestesiología.
Hospital Coromoto de Maracaibo.*

Los pacientes que atendemos en nuestra práctica diaria en quirófano como anestesiólogos requieren una serie de actuaciones, entre las que se encuentran la administración de fármacos coadyuvantes de los anestésicos para lograr un correcto bienestar en la sala quirúrgica, y que proporcionen a ser posible estabilidad hemodinámica y analgesia en el postoperatorio inmediato.

Existen en la actualidad muchos fármacos empleados para tratar de lograr todos estos objetivos, y uno de ellos es la dexmedetomidina, que ha sido y sigue siendo estudiada con el fin de de-

terminar la posible utilidad y seguridad de su administración entre los pacientes para proporcionarles entre otros aspectos sedación y analgesia.

Farmacología de la dexmedetomidina

La dexmedetomidina es el d-enantiómero de la medetomidina. Es un fármaco agonista α_2 adrenérgico derivado imidazólico, de carácter lipofílico, con mayor afinidad, como hemos visto, por los receptores α_2 adrenérgicos que el fármaco prototipo de este grupo, la clonidina. Químicamente se trata del clorhidrato de dexmedetomidina, siendo su nombre químico (+)-4-(S)-[1-(2,3-dimetilfenil) etil-imidazol monoclóridato. Su fórmula molecular es $C_{13}H_{16}N_2HCl$, siendo su peso molecular de 236,7. pH en el rango de 4.5-7. Es soluble en el agua, posee pKa de 7,1.

Farmacocinética de la dexmedetomidina

Después de la administración intravenosa en adultos sanos, la dexmedetomidina tiene un inicio de acción posterior de aproximadamente 15 minutos. Los picos de concentración se obtienen generalmente dentro de 1 hora después de la perfusión intravenosa continua. Las dosis administradas por vía subcutánea o intramuscular son rápidamente absorbidas.

Se ha determinado una tasa de unión a proteínas plasmáticas del 94%, uniéndose principalmente a seroalbúmina y α_1 -glicoproteína ácida. La dexmedetomidina tiene una fase de distribución rápida, y su vida media de distribución ($t_{1/2\alpha}$) es de seis minutos en los adultos en los límites de dosis sugeridos por el fabricante de 0.2-0.7 $\mu g \cdot kg^{-1} \cdot h^{-1}$, una vida media de eliminación ($t_{1/2\beta}$) entre dos y dos horas y media.

El metabolismo de la dexmedetomidina es principalmente hepático, mediante reacciones de hidroxilación y N-metilación y tras estos pasos el fármaco es eliminado por vía renal en un 95%, en forma de conjugados metil y glururónidos.

Mecanismo de acción: Dexmedetomidina es un fármaco agonista α_2 adrenérgico, se une al

receptor en el loco cerúleo del tronco cerebral (un pequeño núcleo bilateral que contiene muchos receptores adrenérgicos), que es la región principal de modulación de la vigilia. El receptor α_2 adrenérgico media sus efectos mediante la activación de proteínas G (proteínas reguladoras fijadoras de nucleótidos de guanina). La activación de las proteínas G se traduce en una serie de acontecimientos que modulan la actividad celular. Estos acontecimientos biológicos comenzarían con la inhibición de la enzima adenil ciclasa, reduciéndose la concentración de 3'-5' adenosin monofosfato cíclico (AMPc). Aunque la inhibición de la adenil ciclasa sería un efecto casi universal de la estimulación del receptor α_2 , el descenso de la concentración de AMPc no puede explicar algunos de los efectos fisiológicos observados, por lo que se han propuesto una serie de mecanismos alternativos para explicarlos, entre los que se encontrarían la apertura de canales de calcio dependientes de voltaje, el aumento del intercambio de sodio-hidrogeniones en el interior de las plaquetas y la apertura de diferentes tipos de canales de potasio, hiperpolarizando la célula, lo que constituye un medio de suprimir o disminuir la actividad neuronal.

Farmacodinámica de la dexmedetomidina

Efecto hemodinámico: La estimulación de los receptores α_2b en el músculo vascular liso es la causa del aumento de la presión arterial. Esa respuesta inicial dura entre cinco y diez minutos, con posterior disminución de la presión debido a la inhibición del flujo simpático central. Los receptores α_2 presinápticos también son estimulados, así se reduce la liberación de norepinefrina, causando una caída en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca. Los efectos cardiovasculares de la dexmedetomidina son previsibles y pueden ser controlados con la carga lenta del bolo o la omisión de la carga del bolo para impedir la hipertensión inicial y la bradicardia.

Efectos en el Sistema Nervioso Central: Proporciona sedación, hipnosis, ansiólisis, am-

nesia y analgesia. Sin embargo los efectos amnésicos de la dexmedetomidina son bastante menores que los de las benzodiazepinas, suministrando una amnesia anterógrada profunda que puede contribuir para estados confusos. Esta sustancia reduce el flujo simpático del sistema nervioso central (SNC), de forma dependiente de la dosis y posee efectos analgésicos mucho mejor descritos como limitador de opioide.

Efectos respiratorios: Tiene efectos respiratorios limitados. En comparación con las infusiones de opioides, las benzodiazepinas o el propofol, la dexmedetomidina puede ser infundida con seguridad.

Aplicaciones clínicas

1. Intubación con fibra óptica en paciente despierto.
2. Sedación/Analgesia en UCI.
3. Sedación pediátrica.
4. Como coadyuvante anestésico en Neurocirugía, Cirugía Cardíaca, Cirugía Bariátrica y otras:
 - Jalonen/Jouko/Markinn estudiaron a la dexmedetomidina como coadyuvante anestésico en cirugía de bypass aortocoronario donde se observó disminuía el tono simpático y atenuaba la respuesta hiperdinámica a la anestesia y cirugía pero incrementa la tendencia a la hipotensión.
 - Aantaa/Riku evaluó la interacción anestésica de la dexmedetomidina con el isoflurane observando una reducción de la CAM en un 47%.
 - C.J. Peden, A.H Cloote estudiaron 49 pacientes donde observaron que una dosis de dexmedetomidina de 0,63mcg/kg produjo una reducción de la dosis de propofol para producir inconciencia.
 - Khan, Munday y Jones en su estudio de la interacción de la dexmedetomidina con isoflurane concluyeron que esta disminuía los requerimientos del mismo, de manera dosis dependiente; asociado a una disminución de la frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica. La sedación y el daño leve de la función cognitiva persiste varias horas después de finalizada la cirugía no observándose que el isoflurane influyese en la farmacocinética de la dexmedetomidina.
5. Como analgésico en el postoperatorio:
 - Franco Marinangeli y col realizaron un estudio del uso de los agonistas alfa 2 en este caso la clonidina para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio el cual consistió en hallar la dosis más efectiva con menos efectos adversos concluyendo que con una dosis de clonidina de 3 mcg/kg seguida de infusión de 0,3 mcg/kg/hora se consiguió una buena respuesta analgésica.
 - Farrar y Lerman introducen el estudio de la dexmedetomidina como analgésico en pediatría.
 - Shahbaz R. Arain, MD evaluaron dexmedetomidina vs. Morfina en pacientes postoperados donde observaron que con la primera hubo una disminución marcada de la FC no así de la FR, PAM ni nivel de sedación; sin embargo en los pacientes postoperados los tratados con dexmedetomidina requirieron menos bolos de rescate de morfina para alcanzar una analgesia equivalente.
6. Como sedante:
 - Arain SR y Ebert son los que inician la experiencia de la dexmedetomidina como agente para la sedación intraoperatoria comparándolo con el propofol que se complementa con el estudio de Venn y Grounds donde evalúan la calidad sedativa de la dexmedetomidina en pacientes que en el postoperatorio necesitan de apoyo ventilatorio mecánico concluyendo que la dexmedetomidina es un agente sedante seguro en el área de cuidados intensivos.
 - Los mismos autores evaluaron la farmacocinética de la infusión de dexmedetomidina en pacientes que requieren sedación en el

postoperatorio de terapia intensiva donde concluyeron que los hallazgos farmacocinéticos no difieren de los encontrados en voluntarios sanos, salvo un ligero aumento del volumen de distribución que podría explicarse por el edema de la respuesta inflamatoria sistémica postoperatoria.

Referencias

- Joana Alfonso y Flavia Reis. Dexmedetomidina rol actual en Anestesia y Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2012; 62(1) Enero-Febrero.
- M. Mato, A. Pérez, J. Otero, L.M. Torres. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Dexmedetomidina, un fármaco prometedor. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2002; 49: 407-420.
- Jose Gabriel Tresierra Paz. Sedación y Analgesia postoperatoria con Dexmedetomidina. Tesis para optar al título de especialista en Anestesiología. Lima-Perú; 2005.

ESPIRITUALIDAD COMO PARTE CONSTITUTIVA DE LA SALUD

Mendoza Gregoriana

Universidad del Zulia.

Introducción

En el II Congreso y III Jornadas Científicas del Hospital Coromoto, tiene como propósito difundir los logros obtenidos a 7 años del rescate del Hospital Coromoto bajo una doctrina filosófica de inclusión a la comunidad dentro del proceso socialista en salud; es por ello que, en este artículo se propone como objetivo analizar la espiritualidad (la unión sustancial, unión existente entre alma y cuerpo), como parte constitutiva de la salud. La salud y la enfermedad están determinadas por un principio no material el alma espiritual. El espíritu existe está dentro; la mayor parte de las personas viven un mundo de inmanencia y sufre por no percatarse del espíritu in-

terno. El alma espiritual no puede subsistir sin un cuerpo, ella asegura la armonía funcional vital.

La raíz de la espiritualidad según lo expresa Yarza (2014) se debe remontar al siglo IV (427-347) A.C., donde Platón fue el primero en exponer el carácter inmaterial del alma como garantía de su inmortalidad; según él existe una unión entre el alma y el cuerpo; articulada en funciones diversas. Además, el filósofo Platón vio la necesidad de introducir una visión compuesta del alma humana; es decir el alma humana tiene una parte racional, una parte irracional-concupiscible y otra parte irascible. La parte irracional-concupiscible del alma se expresa en los deseos, en lo sensible, en la pasión.

La parte del alma humana irascible expresa el mundo de las ideas, la contemplación de la idea de bien. Además, parte del alma irascible se encuentra la voluntad, el valor y la fortaleza, tendente por naturaleza a colaborar con la razón. En esa visión compuesta del alma humana Platón entiende que no existe sólo el conocimiento teórico, el saber en sus diversos niveles, sino también el peculiar razonamiento que guía el actuar del hombre en la salud o enfermedad; ese actuar para que sea recto debe lograr armonizar las diversas partes del alma humana, la razón con los impulsos en el cuerpo, asegurando la armonía funcional vital. Asimismo, Aristóteles en el siglo IV A.C., defiende que el alma no puede subsistir sin un cuerpo es decir; es ella la que asegura la armonía funcional de las funciones vitales. El ser humano no está constituido por un alma y un cuerpo en dos entidades yuxtapuestas; sino que el alma es la sustancia que informa y vivifica a un determinado cuerpo. El ser humano es concebido por Aristóteles como un compuesto de materia y forma; el cuerpo funciona como materia prima y el alma como forma sustancial. La unión existente entre alma y cuerpo es una unión sustancial. Los elementos unidos permanecen como siendo diferentes y existiendo paralelamente aunque el alma y cuerpo marchan

juntos en una unidad, forman un único ser tanto en la salud o enfermedad.

Es de notar que, en el transcurso de la historia, las corrientes filosóficas e intelectuales modernas y posmodernas, han buscado formar conjuntos de conocimientos sobre ser, la espiritualidad, la salud, la enfermedad. En la década de los 40 la máxima organización mundial de la salud (OMS, 2013) declara que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad quedando incompleto ese concepto. Para la década de los 90 en la región europea la OMS (2013) en su reflexión da un paso adelante sobre la salud y propone, que la salud es el grado en que un apersona o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y de enfrentarse adecuadamente al ambiente; así la OMS vislumbra el anhelo del pensamiento de trascender en la concepción del ser humano para la salud integral de la persona que es la unidad del cuerpo y alma espiritual.

Al comienzo del tercer milenio, Starfield (2001) afirma que, la salud debe considerarse como un recurso más de la vida cotidiana y no como un objetivo de la vida; se trataría de un concepto positivo que engloba tanto recursos personales (el espíritu) como capacidades físicas (el cuerpo). En el 2005 dos actores intentan dar un valores subjetivos, ambientales y colectivo; López (2005) para definir a la salud y a la enfermedad, hay que entrarse de lleno en el terreno de lo subjetivo. Esto se relaciona con las valoraciones socioculturales, propias de cada momento y lugar, que determinan qué es ser o estar sano y qué es ser o estar enfermo.

Entre tanto, Carrillo (2005), refiere que la salud no constituye un fin en sí mismo, para la persona, ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador.

El ser humano a lo largo de las épocas ha buscado dar respuesta a su vivencia en la condición de vida, la experiencia a su trabajo y a la comple-

jidad de su ser. La complejidad de su ser: inmanente (cuerpo) y trascendente (alma espiritual) ante la salud o la enfermedad. El espíritu existe está dentro; la mayor parte de las personas viven un mundo de inmanencia y sufre por no percatarse del espíritu interno. En ese buscar han surgido las inquietudes las interrogantes de ¿quién es en su inmanencia saludable o enferma y trascendencia saludable o enferma? frente a lo externo a él ¿quiénes son los otros?, llamase personas o las cosas. Por medio de los conocimientos empíricos-científicos y las posibilidades gnosiológicas de la espiritualidad se pretende comprender y acaecer a la complejidad del ser humano sano o enfermo.

La constitución inmanente y trascendente se asume siempre en el ser del ser humano donde conserva su esencia, aun en el dinamismo o lo cambiante en las etapas vitales, de la existencia, vida y muerte. Es por ello hay que volver el pensamiento a las aseveraciones del filósofo helenista Platón, quien planteó que tanto la salud como la enfermedad están determinadas por un principio no material: el alma. En base a lo anterior, se hace necesaria la atención de la dimensión espiritual, el cuidado del alma espiritual repercute en la salud de las personas. Los cuidados espirituales desarrollados por Mendoza (2012), los cuales son un conjunto de enunciados epistémicos caracterizados por sistematicidad sobre el ser, el sentido del ser, la existencia; es decir, buscar lo que se muestra y como se muestra en la conciencia de la persona humana sobre la vida, el continuo salud-enfermedad.

Metodología

Enfoque cualitativo, método hermenéutico-dialectico. El enfoque emergente cualitativo trata de rescatar al sujeto y su importancia, identificar la naturaleza profunda de las realidades, la estructura dinámica, la que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Es captar los eventos en el contexto natural y su sistema funcional con el significado que tienen. La mente

construye la percepción y los significados del mundo externo (otras personas, las cosas, los fenómenos, las situaciones) que le proporcionan los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto) dándole formas propias o categorías subjetivas.

Estas formas propias o categorías subjetivas depende entre otras cosas de la formación previa: educación informal y formal; los valores; las creencias; las expectativas actuales; los intereses; las necesidades; los ideales y los miedos. En el enfoque emergente cualitativo lo importante es la significación de las acciones; las acciones llámese el lenguaje verbal, el lenguaje escrito, el lenguaje corporal o la kinesis, las emociones y los sentimientos; todos ellos, influyen a su vez en la percepción de los fenómenos en la existencia de cada informantes clave. Las actuaciones de la persona humana son resultado de las percepciones, los significados asignados y las categorías subjetivas de frente los fenómenos de la realidad externa. El método hermenéutico-dialectico busca los significados primario de las lenguas, los dialectos, el dialogo, las palabras orales, la grafía escritas, los jeroglíficos y los signos. También busca descifrar en los documentos escritos, en los textos, en el arte, las pinturas, la música, las fotografías, los films los discursos velados que revelan la conciencia de los autores. Es por ello la ciencia de la salud Enfermería utiliza este método hermenéutico-dialectico para acercarse, comprender y cuidar al ser humano.

Resultados

Análisis descriptivo: la salud no es un bien sino un derecho, no solo depende del factor orgánico-físico, sino del aspecto espiritual de las valoraciones socioculturales de cada momento y lugar, de las variables socioeconómicas como el trabajo todo determinan estar sano con calidad de vida y qué es ser o estar enfermo. La salud

condición de vida plena, pero no hay plenitud si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador.

Discusión. Análisis conclusivo: existe un camino que conduce a la liberación de la inmanencia, la ignorancia y el sufrimiento; la acción social amorosa y compasiva hacia todos los seres. Es posible llegar a la acción social amorosa, por medio de los cuidados espirituales, cuidar al Ser, su sentido, la existencia, la vida. La salud se logra si la persona se percata de su espiritualidad, su espíritu interno; si los establecimientos de salud brindan atención integral y si se garantizan políticas de condición de vida plena, entonces la espiritualidad será parte constitutiva de la salud.

Referencias

- Yarza, I. Platón y Aristóteles. *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*; 2004. [En red] disponible en. <http://www.philosophica.info/voces/platon/Platon.html>
- Carrillo A, Carrillo R. El hombre, el médico, el sanitarista. *Electro neurobiología* 2005; 14(1): 33-65. [En red] Disponible en: <http://electroneurobio.secyt.gov.ar>
- López, E. Hacia una nueva salud pública en Latinoamérica. *Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 2005; Vol. 1: 336-338.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud: un estado de bienestar*; 2013. [En red]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Mendoza G. *Cuidados espirituales como innovación educativa*. EAE Editorial Academia Española. 1ª edición; 2012. P. 6-66.
- Starfield, B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001.
- Echegoyen, O. *Historia de la Filosofía*. Editorial Edinumen. Volumen 1: Filosofía Griega. P 1.

ENFOQUE ACTUAL EN EL MANEJO DE FRACTURAS CERVICALES DE FÉMUR

Izaguirre Hernández Luis Miguel

*Médico Cirujano LUZ. Cirujano Ortopedista
Traumatólogo. Adjunto I Servicio de Ortopedia y
Traumatología. Hospital General del Sur
"Dr. Pedro Iturbe"*

Definiendo la lesión y generalidades

La fractura del cuello del fémur ha representado siempre un reto para el cirujano ortopédico y permanece en muchos aspectos, todavía como la fractura sin resolver en cuanto al tratamiento y los resultados. Con el aumento de la expectativa de vida en la última década, nuestra sociedad está siendo, cada vez más, una sociedad geriátrica, con un significativo aumento de pacientes hospitalizados y cuidados a domicilio, afectados por fracturas del cuello del fémur y sus secuelas.

Garden y colaboradores, en su estudio del fémur proximal en 1961, definieron las fracturas del cuello femoral con mayor definición hasta esa fecha, como aquellas fracturas que presentaban su línea de trazo entre la cabeza del fémur y la región trocantérica. Estos investigadores también resaltaron la importancia de diferenciar entre fracturas que se prestan para la reducción estable y fracturas menos susceptibles de estabilización. Basados en la posición y desplazamiento de los fragmentos, Garden y colaboradores, demostraron que las fracturas inestables tienen más posibilidad de que las fracturas estables de dañar los vasos sanguíneos de la cabeza femoral y potencialmente causar necrosis avascular de la cabeza del fémur.

Clásicamente se ha descrito el aporte vascular del extremo proximal del fémur, dividiéndose en tres grandes grupos: 1) un anillo extracapsular situado en la base del cuello del fémur, 2) ramas ascendentes en la superficie del cuello provenientes del anillo arterial, y 3) la arteria del ligamento redondo. Las ramas cervicales ascendentes o vasos retinaculares suben por la superficie del cue-

llo del fémur en grupos anterior, posterior, medial y lateral; los vasos laterales son los más importantes porque aportan la mayor cantidad de flujo sanguíneo e irrigan la mayor parte de carga de la cabeza del fémur. Su proximidad a la superficie del cuello los hace vulnerable a la lesión en las fracturas del cuello de fémur.

Las fracturas del cuello del fémur en jóvenes se producen por traumatismos de alta energía y a menudo se asocian con múltiples lesiones y alta tasa de necrosis avascular y pseudoartrosis; a diferencia de los pacientes geriátricos en los cuales su principal causa es el trauma de baja energía por caídas desde la bipedestación principalmente. Los resultados a raíz de esta lesión parecen estar relacionados con: 1) el alcance de la lesión, por ejemplo, el grado de desplazamiento, el grado de conminución y si la circulación se ha afectado, 2) la calidad de la reducción, 3) la calidad de la fijación, y 4) la calidad del hueso. Incluso cuando la fractura no está desplazada, no hay certeza de la fractura del cuello del fémur alcance un resultado excelente. Del 10 al 15% de estos pacientes desarrollaran complicaciones sobre las que el cirujano tiene escaso o ningún control. La pronta y anatómica reducción, la compresión de la fractura y fijación interna rígida (según el caso) serán utilizadas para conseguir la consolidación, pero el cirujano probablemente tenga escaso control sobre la necrosis avascular debido a que el aporte vascular tras la fractura del cuello del fémur es bastante precario.

Tratamiento no quirúrgico

El manejo no quirúrgico de fracturas de cuello de fémur es muy limitado. Ocasionalmente, se puede indicar para pacientes no ambulatorios confinados a cama, debilitados o demencia, o para aquellos cuya condición médica conlleve a un riesgo alto de mortalidad por cirugía o anestesia. En algunos casos, el tratamiento no quirúrgico también puede ser una opción en pacientes con fracturas en valgo, impactadas, no desplazadas. La impactación debe ser evidente tanto

en vista anteroposterior como en visión axial. El manejo comienza con reposo y ejercicios en cama hasta que ceda el dolor. La movilización gradual comienza con la transferencia a una silla, caminar sin peso, con andadera o muleta, y luego la marcha con apoyo parcial. Después de 6 a 8 semanas se puede iniciar con soporte de peso completo.

Tratamiento quirúrgico

En pacientes jóvenes y activos, una fractura desplazada del cuello femoral se considera una emergencia quirúrgica. La reducción anatómica abierta o cerrada y la fijación interna son requeridas dentro de las primeras 24 horas siguientes a la lesión. Numerosos estudios han indicado que la reducción de una fractura de cuello femoral desplazada mejora el flujo sanguíneo de la cabeza femoral debido a que desenreda el complejo arterial epifisiario lateral en pacientes en quienes estos vasos permanecen intactos.

La fijación interna se indica en la mayoría de este tipo de lesiones. La estabilización se puede realizar con dos tipos diferentes de implantes: 1) dos o tres tornillos de tracción canulados, o 2) un tornillo de cadera deslizante (DHS) con tornillo de esponjosa cefálico al implante para evita la rotación de la cabeza femoral. Filipov y colaboradores, definieron una nueva técnica de colocación de los tornillos canulados basándose en el concepto original de la creación de dos puntos de apoyo y su posicionamiento biplanar en la cabeza y cuello del fémur. En este sentido, el fémur proximal exige la fijación con tornillos que permitan el soporte de carga en el fragmento de la cabeza femoral, teniendo un doble punto de entrada en el fragmento distal actuando como un voladizo y obteniendo de esta manera, mayor área de trabajo el tornillo canulado, disminuyendo la probabilidad del colapso en varo.

En pacientes mayores, el tratamiento en fracturas desplazadas, aun se está debatiendo. Las alternativas quirúrgicas incluyen reducción y fi-

jación interna para pacientes con buen stock óseo, o diferentes tipos de artroplastias, incluyendo la hemiartroplastia unipolar, bipolar, cementada o no, y la artroplastia total de cadera. La desventaja observada en los implantes unipolares es la erosión acetabular que se correlaciona rápidamente con dolor, por lo que se aconseja actualmente el uso de hemiartroplastia bipolar para disminuir la aparición del daño acetabular, aunque todos los estudios reportan que en el seguimiento de estos pacientes a larga data, estos implantes comienzan a actuar como implantes unipolares con el tiempo. En tal sentido, la artroplastia total de cadera se está convirtiendo en el tratamiento de elección para fracturas de caderas en algunos centros y países, disminuyendo así los trastornos antes mencionados, aun cuando la misma presenta consideraciones importantes y mayor demanda para el cirujano.

GERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD. UN ENFOQUE DE CONECTIVIDAD

Reyes Luz Maritza

Doctorado en Ciencias Médicas. Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia (LUZ). Red de Investigación Estudiantil de LUZ (REDIELUZ). Facultad de Medicina, LUZ

Introducción

Los desafíos actuales de la sociedad del conocimiento exigen a las instituciones de salud, avanzar hacia la conectividad y desarrollo humano sostenible, a través de un crecimiento intelectual centrado en la consciencia. Para Potter (1998),

“los grandes problemas que enfrenta el hombre en distintos campos, deben ser vistos y analizados desde las miradas de diversas áreas del conocimiento, buscando una convergencia de relación ética entre todos los saberes para el cuidado de la vida”.

Por ello, la gerencia del conocimiento en salud, exige repensar sus estructuras para afianzar una relación de complementariedad, entre el valor del conocimiento disponible, su capacidad de apropiación, distribución y uso, pasando de un valor de discurso a otro de respuestas, bajo un nuevo concepto de la racionalidad científica, en la cual, los trastornos humanos son psicosomáticos, en el sentido de que suponen una continua interacción entre la mente y el cuerpo en su origen, en su desarrollo y en su curación, siendo estos estándares en la gerencia del conocimiento en salud.

A manera de conclusión

La gerencia del conocimiento representa un complejo rango de actividades de captura, generación, promoción, difusión, aplicación y creación de valor social e institucional en salud, esto compromete experiencias, pericia instalada y valores que emergen en el trabajo intelectual y de servicio, mediados por la cultura de investigación instalada, la cual enlaza y energiza los espacios de servicios, al centrar un significado compartido, que dibujan rutas y definen la construcción de un modelo de gerencia del conocimiento en salud.

En la gerencia del conocimiento, se encuentran los siguientes momentos: la captación, proceso de apertura que permite la integración de las personas interesadas en adquirir un capital intelectual, sumando pericias colectivas e intenciones. El segundo, genera conocimiento nuevo, lo difunde y materializa en acciones y servicios. El tercero, promoción y difusión, centra los procesos de comunicación, información, divulgación y visibilidad. El cuarto, la aplicación que ofrece respuestas oportunas en la solución de problemas en salud. El quinto, la creación de valor social y organizacional, implica un agregado que

hace diferente los resultados de una organización de salud que gerencia el conocimiento, con respecto a otras que no la considera. Entre sus principios, se encuentran: la democratización, la sustentabilidad, la transdisciplinariedad y la interconectividad, entre otros.

Esta sistemática y principios comprometen disciplinas, especialidades y líneas de investigación que direccionen e imprimen conectividad y valor social a los programas y proyectos de investigación en la propuesta. Para Siemens (2005), el principio de conectividad se representa por una red intelectual y social, es decir, mediada por personas, procesos e información con componentes interrelacionados. Estos elementos sirven de referencia para explicar cómo se incorpora el conocimiento en su totalidad a las demandas de salud con una intensión de respuesta a las necesidades de intervención interna y externa, a partir de la autorregulación y aprovechamiento de las potencialidades de los servicios: formas de organización y dinámicas del proceso de generación de conocimiento y las capacidades de los diferentes actores, beneficiarios directos e indirectos, profesionales de salud e instituciones cooperantes (comunidad, universidad, empresas, entre otros). Plan Socialista (2013-2019).

Referencias

- Potter, Van Rensselaer. Bioética puente, bioética global y bioética profunda. En Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1998; N° 7. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá: Editorial Kimpres.
- República Bolivariana de Venezuela. Segundo Plan Nacional Socialista Simón Bolívar (2013-2019). Venezuela.
- Siemens, G. Learning Development Cycle: Bridging Learning Design and Modern Knowledge Needs. Caracas: FEDUPEL; 2005.

PERCEPCIÓN FAMILIAR ANTE PACIENTES CRÍTICOS Y CUIDADOS HUMANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO

Gómez Echeverría Cintya

Hospital Coromoto de Maracaibo.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la percepción familiar ante pacientes críticos y cuidado humano en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Coromoto. El fundamento epistemológico fue el estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico; conformado por cuatro informantes claves familiares directos del paciente crítico. Las técnicas de recolección fueron: el auto-reportaje, la observación participante, la guía de observación y la entrevista semiestructurada. La técnica de registro de información se realizó, a través de la transcripción de cinco corpus discursivos buscando ideas claves categorizándolas en temas principales. En el análisis descriptivo de la percepción familiar ante pacientes críticos surgieron las categorías: C1 Incertidumbre como peligro, C2 Apoyo social y familiar: C3 Incertidumbre como oportunidad. C4 Adaptación. Para el tema de Cuidado humano en la Unidad de Cuidados Intensivos emergieron C1 Formación Altruista Humanista, C2 Cultivo de la sensibilidad hacia los otros y C3 Creación de un entorno Protector para el medio físico, mental y socio cultural. Igualmente en el análisis concluyente los informantes describieron la conducta distante e indiferente del profesional de enfermería en cuanto la satisfacción de sus necesidades emocionales y psicológicas, no establece contacto físico, verbal, o visual, sienten que el profesional de enfermería posee calidad humana aunque lo expresa poco y manifiestan la necesidad de un área donde esperar y compartir sus emociones.

Palabras clave: Percepción familiar, paciente crítico, cuidado humano, Unidad de Cuidados Intensivos.

RESONANCIA MAGNÉTICA BAJO SEDACIÓN, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL COROMOTO

Nariño Héctor

Universidad Bolivariana de Venezuela, Postgrado de Anestesiología y Reanimación Integral, Hospital Coromoto de Maracaibo.

Objetivos: -Presentar las experiencias médico-asistenciales que se están realizando en el Hospital Coromoto. -Difundir las actividades académico-científicas de los postgrados que se imparten. -Proyectar al Hospital a nivel regional, nacional e internacional como una institución vanguardista, innovadora y actualizada en el área de salud y -Describir el uso de sedación asistida por un anestesiólogo en los estudios de Resonancia Magnética (RM). Es importante resaltar que el hospital posee cedula de registro de establecimientos Hospitalarios, y fue cuna del primer resonador zuliano. Durante 56 años de labor, el hospital tuvo 05 (cinco) administraciones. Las dos últimas reconvirtieron la Orientación principal del Hospital al llevarlo de una función humanista a una capitalista, el 06 de agosto de 2007 Petróleos de Venezuela rescató el centro de salud del Capitalismo salvaje, bajo los lineamientos del presidente Hugo Chávez, con una visión más humana y socialista. RM es una herramienta de diagnóstico por imagen procesada por avanzados programas computacionales, transformándola en imágenes de alta calidad, ésta no emite radiaciones. Recientemente la ASA (2009) emitió una amplia lista de recomendaciones para el cuidado anestésico durante la RM. Los portadores de marcapasos, desfibriladores, clips aneurismáticos, implantes Cocleares, prótesis ortopédicas y expansores con puertos metálicos, está contraindicada. en nuestra experiencia los tiempos promedio de sedación fueron RMcráneos: 45,2 minutos y 46,3 minutos. Se considera la sedación asistida por un anestesiólogo un procedimiento con baja tasa de complicaciones, el cual puede ser usado con mayor frecuencia en la

población pediátrica para la obtención de imágenes con calidad diagnóstica en pacientes con comorbilidades.

Palabras clave: Anestesia, sedación, resonancia magnética.

RUPTURA DEL TENDÓN DE AQUILES. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO DEL HOSPITAL COROMOTO

Vera-Portillo Pablo

Cirujano Ortopedista y Traumatólogo. Fellowship de Cirugía de Pie y Tobillo.

El tendón de Aquiles es el tendón más fuerte del organismo, se forma de la confluencia de los tendones de los músculos gemelos y soleo en la pantorrilla, para ir a insertarse en la tuberosidad posterior del calcáneo. Biomecánicamente es el principal flexor plantar del tobillo, fundamental durante la marcha.

La ruptura del tendón de Aquiles se produce por mecanismos indirectos, los más frecuentes por propulsión intensa con la rodilla extendida, flexión dorsal súbita del tobillo y flexión dorsal violenta de un pie en flexión plantar. La mayoría de las roturas (70%) ocurren en un área hipovascular entre 2-6 cm proximal a su inserción en el calcáneo. Es más frecuente en hombres en una relación 2:1, entre la cuarta y quinta década de vida, predominando en personas que desarrollan algún grado de actividad deportiva. Biológicamente la rotura está precedida por la combinación de microtraumatismos repetitivos y la degeneración hipovascular del tendón, que desencadena finalmente en la ruptura.

Esta afección se diagnostica por el antecedente de un chasquido audible en retropié, seguido de dolor, tumefacción, equimosis y la pérdida de la fuerza muscular para la flexión plantar al caminar o subir escaleras. Al examen físico el signo de Thompson se hace positivo y puede ser palpable el sitio de la rotura como un defecto en

el contorno normal del tendón. La resonancia magnética puede confirmar el diagnóstico y ayuda a planificar el tratamiento. Se considera roturas agudas aquellas con menos de 3 semanas de evolución, y crónicas las que sobrepasan este tiempo.

El tratamiento de las rupturas agudas dependerá de la magnitud de la lesión y de las expectativas funcionales del paciente. En lesiones parciales, en pacientes sedentarios, no deportistas o con bajas demandas funcionales puede estar indicado el tratamiento conservador con inmovilización tipo bota de yeso en equino por 8 a 12 semanas. La reparación quirúrgica está indicada en pacientes jóvenes y activos, con rotura completa o parcial de gran tamaño, tendinosis crónica y fallo en el tratamiento conservador.

Las técnicas quirúrgicas en las roturas agudas incluyen la reparación abierta primaria y las reparaciones percutáneas. En las reparaciones abiertas se realiza una amplia incisión paraaquileana, exponiendo ambos cabos terminales de la rotura y sintetizándoles con sutura no reabsorbible con puntos tipo Krackow. Para la reparación percutánea existen variaciones en la técnica; una de ellas describe la realización de múltiples incisiones de menos de un centímetro de longitud paraaquileanas mediales y laterales que permiten el paso de sutura desde el cabo proximal al distal sin exponer el foco de rotura. Otra técnica descrita es de mínima incisión en la que se aborda el foco de rotura y se introduce un dispositivo especialmente diseñado para el paso de sutura (Achillon®) que permite sintetizar ambos cabos.

Para las roturas crónicas están descritas técnicas abiertas, y la escogencia de una u otra dependerá de la distancia entre ambos extremos del tendón. Para defectos de 1-2 centímetros se utilizan técnicas de anastomosis término terminal idénticas a las lesiones agudas. Para los defectos de 2-5 centímetros se utilizan técnicas de alargamiento miotendinoso en la que se realiza una incisión en V invertida en la fascia del gastrocne-

mio que permite el alargamiento del tendón hasta tomar contacto con el cabo distal, se repara la incisión que toma la forma de Y invertida tras el alargamiento.

Para los defectos mayores de 5 centímetros se utilizan técnicas que implican la confección de un colgajo invertido del tendón que permite la unión término terminal de ambos cabos, y más frecuentemente la utilización del flexor largo del hallux como refuerzo de la reparación tendinosa.

En la Unidad de Cirugía de Pie y Tobillo del Hospital Coromoto, entre Mayo de 2012 y Mayo del 2014 se han atendido de forma quirúrgica 9 pacientes con Rupturas del Tendón de Aquiles. Ocho con roturas crónica y uno con rotura aguda, sus edades promedio fue de 48 años. Las roturas crónicas se intervinieron en promedio a las siete semanas de ocurrido la lesión.

De las rupturas crónicas, en cinco de estos casos se realizó reparación por medio de colgajo invertido más transferencia del tendón Flexor Largo del Hallux. Otros dos pacientes se trataron con avance V-Y del Tendón Aquileano y uno con transferencia exclusiva del Flexor largo del Hallux. En todos los casos se utilizaron anclas óseas de titanio para realizar la reparación. En el paciente con ruptura aguda se llevó a cabo una reparación mínimamente invasiva modificada.

En uno de los pacientes hubo infección superficial de la herida, y dos tuvieron dehiscencia de la herida. En todos los pacientes el grado de satisfacción fue bueno o excelente, con reintegro a la actividad laboral en promedio en 14 semanas.

TALLER DE ECO-FAST*

**Finol María Gabriela¹,
Demarchi de C. Paola²**

Médicas Adjuntas. ¹Servicio de Ecografía.

²Servicio de Radiología.

Servicio de Imágenes del Hospital Coromoto.

Es una modalidad de ecografía enfocada a la detección de líquido libre abdominal lo que permite definir la presencia de sangrado intra-abdominal. Es además el método de elección para descartar o confirmar la presencia de un taponamiento cardiaco y hemotórax. Se ha comprobado así mismo que este método de apoyo diagnóstico puede ser realizado, no solo por radiólogos, sino también por cirujanos y médicos de urgencia con un entrenamiento adecuado.

Objetivo

Decidir si el paciente precisa cirugía urgente. Esto dependerá de las condiciones clínicas del paciente, y la presencia o no de líquido en el ECO FAST

Indicaciones del ECO FAST en el paciente con traumatismo

- Traumatismo toraco-abdominal cerrado
- Traumatismo toraco-abdominal penetrante
- Sospecha de taponamiento pericárdico.
- Paciente politraumatizado con hipotensión de origen desconocido
- Traumatismo toraco-abdominal en mujer embarazada

El FAST básico scan puede detectar:

- Líquido pericárdico
- Líquido intra-torácico
- Líquido intra-abdominal
- Líquido retroperitoneal

* Focused Abdominal Sonogram of Trauma

Técnica

- No requiere preparación ya que el paciente es de atención prioritaria, se realiza en un periodo de 2-3 min, en la sala de emergencia.
- En decúbito supino
- Sonda o transductor de 3.5 a 5 MHZ
- Vejiga llena
- ¿Estudio FAST o completo?

En el FAST scan se evalúan 6 áreas:

1. Subxifoidea
2. Cuadrante Superior Derecho
3. Corredora parietocólica derecha
4. Cuadrante Superior Izquierdo
5. Corredora parietocólica izquierda
6. Suprapúbica

Ventajas

- Rapidez.
- Compatible con maniobras de reanimación.
- Inocua.
- No utiliza radiaciones ni requiere contraste.

- No hay artefactos por movimiento ni requiere colaboración.
- Económica.

Inconvenientes

- Operador dependiente.
- Calidad de la sonda y equipo.
- Biotipo del paciente, condiciones clínicas, heridas previas.
- Limitación ante enfisema, gas intestinal.
- No es útil en lesiones de vísceras huecas ni mesentéricas.
- Muy poco útil en lesiones retro-peritoneales.
- Pueden no verse roturas contenidas de órganos sólidos.

Eco-FAST avanzado

Se evaluarán:

- Tórax: descartar neumotórax.
- Globo ocular: para valorar presión intracraneana
- Descartar o valorar embarazo
- Valoración y/o diagnóstico de posibles fracturas.



*RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES
Y POSTERS*

Anestesiología

USO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON DERIVACIÓN SUBMENTAL COMO ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE VÍA AÉREA EN TRAUMA FACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Camarillo Joselin¹, Bautista Yelitza², Solano Nicolás³

¹Médico, Residente de Anestesiología de la Universidad del Zulia, Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. ²Médico Anestesiólogo. Terapeuta del Dolor. Adjunto del Servicio de Anestesia, Hospitales Dr. Manuel Noriega Trigo y Central de Maracaibo. ³Cirujano Oral y Maxilofacial, Hospitales Dr. Manuel Noriega Trigo y Universitario de Maracaibo. Adjunto de Postgrado de Cirugía plástica, reconstructiva y maxilofacial, Hospital Universitario de Maracaibo. Adjunto al servicio de Cirugía Oncológica, Hospital Universitario de Maracaibo.

Los métodos más comunes de intubación para el manejo de la vía aérea, como lo son el orotraqueal y el nasotraqueal, usados en el manejo del paciente con trauma algunas veces están contraindicados. En pacientes con necesidad concomitante de una fijación maxilo-mandibular y con fracturas que involucran la pirámide nasal o

base de cráneo dichas intubaciones están contraindicadas. La intubación nasotraqueal puede ocasionar comunicación de la cavidad nasal con fosa craneal anterior y potencialmente complicaciones devastadoras. En estas situaciones una de las posibles soluciones podría ser una intubación retromolar si el espacio es adecuado, o cambiar la posición del tubo durante la intervención quirúrgica a fin de mejorar campo visual para el cirujano, o una traqueotomía para establecer una vía aérea segura. La intubación submental fue primero propuesta por Altemir Hernandez (1986) como una alternativa a las técnicas clásicas en el manejo de la vía aérea en este tipo de pacientes. Esta técnica permite un acceso simultáneo para la oclusión dental y pirámide nasal sin la morbilidad asociada con la traqueotomía. El presente trabajo tiene como objetivo describir la técnica de intubación submentoniana, sus indicaciones así como relatar un caso clínico de un paciente con trauma facial que involucra tercio medio e inferior de la cara atendido por el servicio de Anestesia y el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo con manejo con intubación orotraqueal y derivación submental para establecer vía aérea segura.

Palabras clave: Intubación, trauma múltiple, vías aéreas.

Caumatología

APLICACIÓN CLÍNICA DE SUSTITUTO DÉRMICO DE ORIGEN VEGETAL EN SECUELAS DE QUEMADURAS. EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL COROMOTO

Lobo Oscar

Cirujano Plástico. Médico Residente Postgrado Medicina del Quemado Hospital Coromoto de Maracaibo.

La piel es un tejido complejo vulnerable a procesos que alteran su estructura, integridad y funcionalidad. La quemadura causa una lesión cutánea en diferentes grados de profundidad, que dependiendo del mecanismo de acción, del agente etiológico, factores inherentes del individuo, del tratamiento de la quemadura y los cuidados post-quemadura, llegan a producir cicatrificaciones viciosas que comprometen segmentos articulares indispensables en la recuperación del individuo. Las cuales podrían imposibilitar la rehabilitación física y psicológica de los pacientes. El tratamiento quirúrgico de estas secuelas se realiza en un primer tiempo por la liberación de las bridas o la escisión de las placas cicatrizales, con la aplicación inmediata del sustituto dérmico, y en un segundo tiempo la colocación de injerto dermo-epidérmico autólogo fino definitivo entre de 15 a 21 días subsiguientes. Este equivalente dérmico le confiere resistencia mecánica a los injertos y gradualmente facilitan su colonización y reemplazo por fibroblastos y células endoteliales del propio paciente. La matriz dérmica de origen vegetal es un biomaterial que ha sido utilizado con el propósito de reconstruir en superficie o volumen un tejido que ha sido afectado y que presenta alteraciones en su morfología, tiene la ventaja de disminuir futuras contracciones en

la cicatrización o en la herida, previniendo inestabilidad funcional en el sitio del injerto.

Palabras clave: Secuela, cicatrización, sustituto dérmico.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO EN EL PERIODO 2009-2013

García Daniel, Rivas Mari Angélica, Lobo Oscar

Cirujanos Generales. Médicos Residentes, Postgrado Medicina del Quemado, Hospital Coromoto de Maracaibo.

Se presenta a continuación un trabajo retrospectivo, descriptivo y transversal con la finalidad de documentar la epidemiología de las quemaduras en el centro de referencia nacional de quemados Hospital Coromoto de Maracaibo. Se realizó una investigación bibliográfica revisando las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de quemaduras hospitalizados durante un periodo de 5 años en la unidad de quemados. Se estudió en la población seleccionada la epidemiología de las lesiones por quemaduras. Se obtuvieron datos relacionados con la edad, sexo, etiología de las quemaduras, extensión de las quemaduras, domicilio de los pacientes, así como los pacientes egresados vivos y fallecidos. En base a los resultados obtenidos se definieron conclusiones y propuestas con el objeto de desarrollar a corto plazo una campaña preventiva y soluciones para dicho problema.

Palabras clave: Epidemiología, quemaduras, población.

FRECUENCIA DE INFECCIONES EN PACIENTES QUEMADOS EN EDAD PEDIÁTRICA. UNIDAD DE CAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL COROMOTO DESDE 2011 AL 2014

Rosales Carla¹, Romero Lorena², Cepeda Ana³, Chacín Tulio⁴, Morillo Víctor⁵

¹Intensivista Pediatra. ²Intensivista Pediatra Coordinadora de UCIP/Cauma. ³Anestesiólogo Internista. ⁴Cirujano Plástico. Coordinador. ⁵Cirujano General. Caumatólogo. Unidad de Quemados, Hospital Coromoto. Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela.

La quemadura es una forma devastadora de presentación del traumatismo. La agresión térmica produce alteraciones en el equilibrio homeostático; las lesiones extensas, graves y complicadas representan una situación que ponen en peligro la vida del individuo. El objetivo del presente estudio es describir los agentes microbiológicos y la frecuencia de infecciones en los pacientes quemados en edad pediátrica que ingresaron a la unidad de Quemados del Hospital Coromoto en Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. Obteniéndose información en una ficha. Resultados: De un total de 153 historias revisadas de pacientes ingresados en la Unidad de Quemados; 129 tuvieron cultivo positivo, 88 (68%) sexo masculino; entre 1 a 17 años distribuida: lactante menor 7 casos (5,4%), lactante mayor y preescolares 49 casos (37,9%), escolares 33 casos (25,5%), adolescentes 40 casos (30,9%). 22 gérmenes fueron aislados en los diferentes cultivos tomados; los cuales mayormente aislados fueron en cultivos de piel. Representados por: *Acinetobacter baumannii* 54 casos (41,8%), *Pseudomona aeruginosa* 52 casos (40,3%), *Klebsiella pneumoniae* 30 casos (23,2%), *Candida haemulonii* 17 casos (13,1%). Se evidencio que los hongos (Candidas) en los cultivos en sus diferentes especies 34 casos (26,35%). Conclusión: La incidencia de infecciones y los gérmenes involucrados más comúnmente varían de acuerdo a cada unidad de quemados, de

allí la necesidad e importancia de que en cada unidad de quemados se establezcan sus propios datos epidemiológicos y microorganismos responsables de las infecciones en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Quemaduras, infección, gérmenes, cultivos.

INCIDENCIA DE PACIENTES QUEMADOS EN EDAD PEDIÁTRICA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL COROMOTO DE ENERO 2011 A MARZO 2013

Chacín Tulio¹, Rosales Carla², Cepeda Ana³

¹Cirujano Plástico. Coordinador. ²Intensivista Pediatra. ³Anestesiólogo Internista. Unidad de Quemados, Hospital Coromoto. Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela.

La quemadura es una forma devastadora de presentación del traumatismo. La etiología de la quemadura es variable, siendo mayor frecuencia las térmicas; líquidos inflamables, fuego directo, electricidad, explosión y químicos. El paciente quemado generalmente se encuentra con hipovolemia, anemia, manejo de vía aérea, control de líquidos y monitorización difícil. Por lo que establecer metas y objetivos en la reanimación hídrica. El objetivo del presente estudio es determinar la incidencia de pacientes quemados en edad pediátrica que ingresaron a la unidad de Caumatología del Hospital Coromoto, estado Zulia-Venezuela. Es un trabajo retrospectivo, descriptivo con revisión de registros médicos, entre 6 meses y 17 años de edad, desde enero 2011-marzo 2013. Resultados: De un total de 86 pacientes que ingresaron se evidencio 66,2% masculinos, entre 1 a 17 años de edad, siendo más frecuente en lactantes y adolescentes; quemaduras más del 20% de extensión 68.6%, y profundidad tipo AB-B y B en 63.9%. La causa más frecuente líquido hirviendo 19,7% en lactantes y en adolescentes gasolina 37,2%. Recibieron ventilación mecá-

nica 55,8%. En cuanto a las complicaciones el 33% Neumonía. La mortalidad se presentó en el 12,7%. Conclusión: los pacientes pediátricos son más susceptibles a presentar quemaduras ya sea por descuido del cuidador o por el trabajo al cual se dedican; ya que la severidad y pronóstico de la misma va a depender de su edad, extensión y profundidad.

Palabras clave: Quemaduras, profundidad, extensión, hipovolemia, sepsis.

MANEJO DE QUEMADOS EN MASA EN SITUACIÓN DE DESASTRE

**Sánchez M. Rixio^{1*}, Marín P. Iskander²,
López E. Marianny³, Suárez S. Bibiano³,
Martínez A. Bárbara⁴**

¹Cirujano General Adjunto IVSS Hospital Universitario Dr. Rafael Calles Sierra, Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía. ²Jefe del Servicio de Cirugía General IVSS Hospital Universitario Dr. Rafael Calles Sierra, Secretario de la Sección de Trauma de la Sociedad Venezolana de Cirugía, Miembro de la Sociedad Panamericana de Trauma. ³Residente de 3er año del Postgrado de Cirugía General, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, IVSS Hospital Universitario Dr. Rafael Calles Sierra. ⁴Médico Cirujano, Hospital Tipo I Dr. Enrique Zavala.

*rixiosanchez@hotmail.com

Introducción: las quemaduras se categorizan como la forma más severa de trauma. Un desastre por quemaduras es un acontecimiento impredecible que se caracteriza por múltiples víctimas con quemaduras extensas, grandes pérdidas materiales y humanas, donde se excede la capacidad de respuesta de los centros de salud local. Para abordar el desastre es necesario aplicar los principios del Triage para optimizar los recursos disponibles para el mayor número de pacientes recuperables. En agosto de 2012, una fuga de gas

originó una explosión en el Centro De Refinación Paraguaná de dimensiones catastróficas por lo que se estableció un plan de acción y contingencia. **Objetivo:** describir el manejo de quemados en masa en situación de desastre. **Resultado:** Se atendieron un total de 229 pacientes, 132 víctimas fueron trasladadas al Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, los restantes fueron derivados a centros de menor complejidad y los que ameritaron cuidados especiales fueron trasladados a la Unidad de Quemados del Hospital Coromoto. **Conclusiones:** para el manejo de quemados en masa en situación de desastre, es indispensable realizar el Triage a nivel Pre-hospitalario, Inter-hospitalario e Intra-hospitalario; además de la creación de una central de comando y comunicación que integre las acciones de los cuerpos de seguridad, ley y orden con los diferentes niveles de atención hospitalaria. **Recomendaciones:** la ciudad de Punto Fijo reúne todas las características sociodemográficas que la hacen una zona de alto riesgo para situaciones de desastre por lo que es necesaria la creación de una Unidad de Caumatología y establecer planes de contingencia.

Palabras clave: Quemados, desastres, triaje, manejo.

USO DE HYALOMATRIX EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS SECUELAS POR QUEMADURA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL COROMOTO

**Rivas Rivas Mari Angélica^{1*}, García Daniel¹,
Lobo Oscar¹, Morillo Víctor²**

¹Residente de Medicina del Quemado. ²Adjunto. Unidad de Quemados, Hospital Coromoto. Maracaibo, Edo. Zulia, Venezuela.

*mariangelicarivasr@gmail.com

La piel es un tejido complejo vulnerable a procesos y lesiones que alteran su estructura, integridad y funcionalidad como, por ejemplo, quemaduras, heridas crónicas y diversas enferme-

dades congénitas. Los avances tecnológicos en la fabricación de biomateriales y en el cultivo de células han permitido la producción de sustitutos cutáneos que han sido una alternativa terapéutica para algunas de estas complicaciones. Esta revisión tiene por objeto actualizar los aspectos generales, composición, perspectivas futuras y resultados en el empleo de Hyalomatrix como matriz de regeneración dérmica en base a algunas experiencias de la unidad de Quemados del Hospital Coromoto.

Palabras clave: Biomateriales, células alogénicas, células autólogas, células xenogénicas, ingeniería de tejidos, sustitutos cutáneos.

USO DEL APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO MÁS MIEL EN LESIONES POR QUEMADURAS TIPO AB-B EN PACIENTES DEL HOSPITAL COROMOTO DE LA CIUDAD DE MARACAIBO. PERIODO MAYO 2011 A JULIO 2012

Villasmil Jenny

*Especialista en Medicina del Quemado, Cirujano Plástico Hospital Coromoto, Cirujano General.
jennyvillasmil493@gmail.com*

La presente investigación tiene como propósito determinar el uso de la miel y el alginato de

calcio como medicamento curativo en heridas, este se ha usado desde la antigüedad, actualmente se ha tomado un nuevo interés a este producto natural en la cura de quemaduras. Este trabajo estudia los beneficios de la miel y el alginato de calcio usado para curar lesiones por quemaduras. Se ha evidenciado que el uso de este apósito genera la rápida sanación de las heridas debido a su efecto antiinflamatorio, estimulación acelerada del crecimiento del tejido, acción antiséptica manteniendo la herida limpia y disminución del tamaño de la misma en poco tiempo, originando un tejido apto para recibir la cobertura necesaria sin problemas. Se utilizan los fundamentos teóricos de Coopers R. debido a su gran cantidad de trabajos de investigación dedicados a conocer los beneficios de la miel. Se manejó la metodología en este estudio de forma prospectiva y randomizada, se realizó en una muestra de 30 pacientes con defectos profundos de piel por quemaduras tipo Ab y B (según la clasificación de Benaim) a los cuales se les realizaba curas una vez a la semana en el Hospital Coromoto de Maracaibo en un período comprendido desde mayo 2011 a julio 2012 observando grandes avances en la cicatrización y en la estimulación del crecimiento del tejido desde la primera semana de tratamiento.

Palabra clave: Quemaduras, miel, alginato de calcio.

Cirugía

AMPULECTOMÍA TRANSDUODENAL EN ADENOMA VELLOSO: REVISIÓN DE 3 CASOS

Flores U. Víctor¹, Yansen A. Jhomar²,
Baptista S. Carlos², Navarro M. Geordano³
Al Awad Adel

¹Cirujano hepatobiliar. Adjunto del Servicio de Cirugía del Hospital Coromoto. ²Cirujano general. Fellow cirugía hepatobiliar pancreática.

³Residente de Cirugía, Hospital Coromoto.

Los tumores ampulares corresponden a todos aquellos confinados a la confluencia biliopancreática en la 2da porción del duodeno, en lo que conocernos como la ampolla de Váter. Estas neoplasias representan 1 a 2% de los TU del tracto digestivo y el 10% de los tumores periampulares y 36% de los tumores pancreatoduodenales resecables. Los adenomas vellosos que se presentan en el 70% se consideran lesiones premalignas, con un riesgo de desarrollo de carcinoma de 25 a 50%, y 40% de carcinoma in situ. La resección local debe ser tomada en cuenta en contraposición a la duodenopancreatectomía en tumores limitados a la mucosa o submucosa, menores de 1cm, sin invasión linfática. Sin embargo la decisión se continúa tomando de acuerdo a la experiencia, posibilidades técnicas y riesgo quirúrgico. Aún sigue sin existir un único consenso acerca de cuál es la terapéutica más adecuada en cada paciente y en cada tumor. El siguiente trabajo plasma la experiencia de 3 casos sometidos a ampulectomía transduodenal por cirugía abierta en el hospital Coromoto (PDV servicios de salud, Maracaibo-Edo. Zulia) desde el año 2011 al 2014.

Palabras clave: Tumores periampulares, adenoma velloso, ampulectomía.

APENDICITIS POR MIGRACIÓN ERRÁTICA DE *Ascaris lumbricoides*. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rivas Rivas Mari Angélica^{1*},
Zambrano Rosa Elena²,
Varela Bustamante Jeysi²,
Mastroianni González María Antonieta²

¹Residente de Caumatología.

²Residente de Cirugía General.

³Médico Cirujano.

Hospital Coromoto de Maracaibo.

*mariangelicarivasr@gmail.com

La apendicitis aguda se relaciona con obstrucción de la luz apendicular, y se asocia con hiperplasia de los folículos linfoides. Existen casos de apendicitis aguda asociados a obstrucción de la luz apendicular como la producida por cuerpos extraños, y la obstrucción del apéndice puede ser producida por parásitos como el *Ascaris lumbricoides*. Se presenta el caso de una paciente de treinta años de edad quien consulta por un cuadro clínico compatible con apendicitis aguda con dolor abdominal, náuseas, vómitos y durante la apendicetomía se observó la presencia de un *Ascaris lumbricoides* en la luz apendicular.

Palabras clave: Apendicitis, dolor, Áscaris, obstrucción, apéndice.



ATROFIA POST TRAUMÁTICA DE LOS MÚSCULOS DE LA PARED ANTEROLATERAL DEL ABDOMEN. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Bello Carlos², Blanco Douglas¹, Pirela Ana²

¹Cirujano General. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia, Edo. Carabobo, Venezuela. ²Residente 3er año Postgrado de Cirugía General. Hospital Universitario de Coro. Coro, Edo. Falcón, Venezuela.

Se presenta un caso de paciente masculino de 61 años, con antecedente de haber presentado hace 8 años traumatismo toracoabdominal cerrado posterior a accidente de tránsito tipo volcamiento, sin otra comorbilidad, quien consulta con clínica de aumento de volumen y dolor de leve intensidad en región anterolateral izquierda de abdomen; al examen físico positivo se evidencia en región anterolateral izquierda de abdomen aumento de volumen de 20x20 cm aproximadamente, en la cual se palpa el 12° arco costal ipsilateral, se procede a realizar Lumbotomía Izquierda con hallazgos de *Atrofia de los Músculos de la Pared Anterolateral del Abdomen*, requiriendo Osteotomía del arco costal mencionado + Plicatura + Colocación de Material Protésico (Malla de Polipropileno). Paciente que evoluciona en el post operatorio satisfactoriamente, con mejoría de la clínica de la sintomatología. En vista de lo poco usual de la etiología de la atrofia muscular así como las opciones quirúrgicas para su resolución se decide dar conocimiento a la comunidad quirúrgica.

Palabras clave: Atrofia muscular, traumatismo, abdomen, osteotomía, plicatura.

BILIOMA RETROPERITONEAL COMPLICADO CON FASCITIS NECROTIZANTE LUMBAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

López Marianny¹, Suárez Bibiano¹, Sánchez Rixio², Marín Iskander³, Martínez Bárbara⁴

¹Residente de Postgrado de Cirugía General IVSS Dr. Rafael Calles Sierra. UNEFM. ²Cirujano General IVSS Dr. Rafael Calles Sierra. ³Cirujano General. Jefe del Servicio de Cirugía del IVSS Dr. Rafael Calles Sierra. ⁴Residente Hospital de Dabajuro.

Introducción: La coledocotomía + colocación de tubo de Kehr es una práctica común en la exploración de la VBP. La fuga biliar tras el retiro del Kehr ocurre en 0.4-10% resultando en fistula biliar, bilioma o coleperitonitis. Objetivo: Describir manejo de Bilioma retroperitoneal secundario al retiro de tubo de Kehr complicado con fascitis necrotizante lumbar. Caso Clínico: femenina de 48 años con P.O tardío de Laparotomía Biliar + colocación de Tubo de Kehr por coledocolitiasis, no resuelta por CPRE, que 48 horas posterior al retiro del tubo presentó vómitos, dolor abdominal, flogosis desde ostium cutáneo del tubo extendido a zona lumbar, acompañado de leucocitosis, leve hiperbilirrubinemia mixta y anemia. Ultrasonido, TAC y ColangioRM: evidenciaron imagen mal definida en flanco y FID, VBP discretamente dilatada y ausencia de extravasación de bilis con trayecto del kehr lineal. Fue manejada como Hematoma Intra-abdominal Abscedado con Piperacilina Tazobactam con desaparición de los signos de flogosis. Un mes después reingresa con fascitis necrotizante en Región Lumbar. Se realizó desbridamiento quirúrgico encontrándose necrosis hasta plano muscular con defecto a nivel del triángulo de Petit por donde fluía grasa necrótica y bilis. Se manejó con sistema VAC durante 3 semanas hasta el cierre parcial del defecto, posteriormente con hidrocoloides ambulatoriamente durante un

mes, se llevó a pabellón para cierre definitivo. Conclusiones: El drenaje de la VB con tubo de Kehr no está exento de complicaciones. El Bilioma retroperitoneal es una complicación rara.

Palabras clave: Laparotomía biliar, tubo de Kehr, fuga biliar, bilioma, retroperitoneal, fascitis necrotizante.

CIRUGÍA PANCREÁTICA: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

Flores U. Víctor¹, Al Awad Adel¹,
Yansen A. Jhomar², Baptista S. Carlos²,
Gómez Joan³

¹Cirujano hepatobiliar. Adjunto del Servicio de Cirugía del Hospital Coromoto. ²Cirujano general. Fellow cirugía hepatobiliar pancreática.

³Residente de Cirugía, Hospital Coromoto.

Revisión de 55 pacientes intervenidos quirúrgicamente desde enero 2011 a junio 2014; 25 pacientes masculinos (45,45%) y 30 femeninas (54,54%). Promedio de edad 50,12. 49 casos electivos (90,90%) y 6 casos de emergencia (10,10%). 13 casos resueltos por vía laparoscópica (23,63%), 37 casos por cirugía abierta (67,27%) y 5 casos (9,09%) Whipple de técnica combinada (cirugía abierta y laparoscópica). El tiempo quirúrgico promedio de 238,6 minutos. La indicación quirúrgica en su mayoría fue Tumor de la cabeza de páncreas con 20 casos (36,36%), pseudoquiste pancreático con 9 casos (16,36%), tumor en cuerpo y cola de páncreas con 10 casos (18,18%), tumor periampular con 10 casos (18,18%), pancreatitis aguda necrohemorrágica con 5 casos (9,09%) y 1 caso de trauma pancreático (1,81%). Procedimientos realizados, el procedimiento de Whipple con 19 casos; se realizaron 13 Whipple por cirugía abierta (23,63%), 5 casos (9,09%) por técnica combinada y 1 cirugía de Whipple totalmente laparoscópica (1,81%). En cuanto a las pancreatectomías corpocaudales se

realizaron un total de 10 cirugías, 5 casos por cirugía abierta (9,09%) y 5 casos por laparoscopia (9,09%); Se realizaron 6 casos (10,90%) de neorectomía + lavado y drenaje de cavidad. Toma de biopsia pancreática por laparoscopia 6 casos (10,90%) y por cirugía abierta 2 casos (3,63%). De igual manera se realizaron 3 ampulectomias transduodenales (5,45%). Como tratamiento del pseudoquiste pancreático se realizó un total de 5 casos (9,09%) de cistogastroanastomosis por cirugía abierta; 2 casos (3,63%) de cistogastroanastomosis por vía laparoscópica, 1 caso (1,81%) de cistoyeyunoanastomosis y 1 caso (1,81%) marzupialización.

Palabras clave: Páncreas, cirugía pancreática, Whipple, pancreatectomías, tumor de páncreas.

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO DERECHO EN UNA PACIENTE CON EMBARAZO ACTIVO DE 26 SEMANAS DE GESTACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Quintero Juan¹, Pérez Irving²,
Vivas Ranced¹, Rosales Ana³, Rossell Héctor¹

¹Residentes del Postgrado de Cirugía del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM). ²Preparador de la Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. ³Adjunto del Servicio N° 3 de Cirugía (SAHUM).

La presencia de una neoformación anexial en el embarazo coloca al cirujano ante un reto complejo, por un lado está el riesgo de la intervención quirúrgica sobre el binomio madre-feto, intervención que puede ser innecesaria ante una lesión funcional, ya que esta puede posponerse hasta después del embarazo o resolverse durante una posible cesárea, por otro lado el riesgo de una lesión maligna o lo que es más frecuente la posibilidad de un abdomen agudo vasooclusivo que coloque en riesgo la vida de dicho bino-

mio. El cistoadenoma seroso de ovario (CSO) es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial, y se debe a neoformaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución, estos tumores pueden variar en tamaño hasta ocupar incluso la cavidad abdominal. Se presenta el caso de una paciente de 16 años, con embarazo de 26 semanas por fecha de última regla, referida de la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza de Maracaibo por presentar dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha de inicio insidioso continuo punzante de moderada intensidad que aumenta con los cambios posturales y se intensifica con maniobras de Valsalva, se acompaña de náuseas sin vómitos compatible con un abdomen agudo inflamatorio: apendicitis y posterior a la intervención quirúrgica se obtuvo el diagnóstico de un cistadenoma de ovario derecho con necrosis hemorrágica por torsión confirmada por anatomía patológica.

Palabras clave: Cistadenoma, tumor, laparotomía, cirugía.

CONDUCTA QUIRÚRGICA DE HEPATOCARCINOMA GIGANTE EN HÍGADO NO CIRRÓTICO A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

Al Awad Adel^{1,3}, Parada Delys^{2,3*},
Yansen Jhomar¹, Baptista Carlos¹,
Rivero Génesis^{2,3}, Talavera Jelaine^{2,3},
Ortega David^{2,3}

¹Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). ³Universidad del Zulia (LUZ). *delys_m@hotmail.com

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es un tumor maligno hepático causante de la

muerte anual de entre 250,000 y un millón de personas en el mundo. Es la sexta neoplasia más frecuente y ocupa el cuarto lugar entre las causas de mortalidad relacionadas con el cáncer. El objetivo de este trabajo es presentar la mejoría de supervivencia en pacientes jóvenes con resección quirúrgica de HCC gigante. **Paciente y Caso Clínico:** Exponemos el caso de un varón de 22 años de edad, sin pérdida de peso, con antecedentes tabáquicos y alcohólicos, con dolor abdominal punzante en hipocondrio derecho irradiado a región escapular ipsilateral, sin hipertensión portal o antecedentes de hepatitis de ningún tipo, que junto con la clínica llevaron a diagnóstico de carcinoma hepatocelular en lóbulo derecho (9) a quien se le practica laparotomía exploradora, encontrándose, hepatocarcinoma gigante sin otros hallazgos de interés. Se practica exéresis de aproximadamente 90% de tumoración infiltrante en mencionada intervención como estrategia de tratamiento recomendada por BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) según las características del tumor y las funciones del hígado. Finalmente se somete a biopsia hepática para confirmar diagnóstico definitivo. **Discusión:** Existen múltiples técnicas de tratamiento para hepatocarcinoma, Las opciones que han demostrado mejoría en los pacientes con HCC son la resección quirúrgica, trasplante hepático, ablación percutánea, quimioembolización transarterial, medicina molecular y sorafenib. La combinación de la edad del paciente, ausencia de enfermedad hepática, características imagenológicas, niveles de alfa feto proteína y la distribución del tumor fueron los indicadores necesarios, para llevar a cabo, dicha cirugía y poder aumentar su esperanza de vida.

Palabras clave: Hepatocarcinoma, hepatectomía, tratamiento.

CORRELACIÓN ENTRE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ORTOPÉDICO Y AISLAMIENTO BACTERIOLÓGICOS EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS CRÓNICA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL COROMOTO, 2012-2014.

Vílchez de Torres Soanna^{1*},
Abad Millán Héctor², Mago Rodríguez Levy¹

¹Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

²Servicio de Infectología.

Hospital Coromoto de Maracaibo.

*soanna_vilchez@hotmail.com

La Osteomielitis Crónica representa un problema de difícil solución donde debe combinarse el tratamiento quirúrgico y médico. Se realizó un estudio prospectivo, correlacional, cuyo objetivo fue determinar la respuesta al tratamiento ortopédico combinado a la antibioticoterapia guiada según aislamiento bacteriológico, se estudiaron pacientes atendidos en el Hospital Coromoto durante los años 2012 al 2014, con diagnóstico de osteomielitis crónica, se les realizó limpiezas más diafisectomías de los segmentos óseos comprometidos con obtención de muestras para biopsia y cultivos con seguimiento médico en consulta externa de Infectología y Cirugía Ortopédica y Traumatología, al final de un año se recogieron los datos. Se estudiaron 6 pacientes femeninos, 16 masculinos para un total de 22 pacientes. El 40,9% presento Osteomielitis Crónica de tibia, el 31,8% en fémur, el 13,63% en cadera, el 59,09% ameritaron una limpieza quirúrgica, el 13,63%, más de una limpieza quirúrgica, el 13,63% se les realizó amputación y el 9,09%, desarticulación. Posterior al análisis de los resultados se concluye que la asociación entre el tratamiento quirúrgico y la antibioticoterapia según aislamiento bacteriológico obtenido en muestra de tejido óseo posterior a la limpieza quirúrgica, ha demostrado ser efectivo para el control de la osteomielitis crónica.

Palabras clave: Osteomielitis, cultivos, limpieza quirúrgica, amputación, desarticulación, diafisectomía.

CUADRILÁTERO HEPATOCÍSTICO: PERSPECTIVA DE UNA ANATOMÍA DINÁMICA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y SU UTILIDAD EN LA PREVENCIÓN DE IATROGENIA DE VÍAS BILIARES

Al Awad A.^{1,2}, Yansen J.¹, Briceño D.³,
Sánchez M.⁴, Sánchez A.⁴, Pacheco R.⁴

¹Cirujano hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía de Universidad del Zulia (LUZ). ²Director de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). ³Residente de 3er año del Postgrado de Cirugía General del Hospital Coromoto de Maracaibo. ⁴Miembro de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH)

Introducción. La colecistectomía laparoscópica (CL) es el procedimiento quirúrgico de elección en colelitiasis. La incidencia de lesiones biliares oscilan desde un 0.1 a 2%, contribuidas por las malinterpretaciones de la anatomía biliar. Existen diversos enfoques anatómicos: Triángulo de Calot, el Triángulo Hepatocístico y Punto crítico de Strasberg. El objetivo de este trabajo es describir una anatomía dinámica quirúrgica que introduce el Cuadrilátero Hepatocístico (CH) como una nueva perspectiva anatómica durante las CL disminuyendo las lesiones biliares. **Materiales y Métodos.** Se realizaron 21 disecciones del pedículo vesicular en cadáveres, fijados en formol y en 17 CL por colelitiasis. Se excluyeron patologías inflamatorias de la vesícula biliar. El CH constituido medialmente conducto hepático común, caudalmente conducto cístico, lateralmente vesícula biliar y cefálicamente el hígado. El CH se visualiza durante la tracción del bacinete caudalmente y a la derecha, adoptando, la vesícula biliar, una posición lateral y paralela al pedículo hepático y el conducto cístico se ubica perpendicular a la vía biliar. **Resultados.** Se identificó en el 100% de las disecciones, la disposición del CH,

pero en su interior se apreció en un 83,6% de los casos la arteria cística y el ganglio cístico y en el fondo la arteria hepática derecha el 28,5% y 11,7% en cadáver y pacientes respectivamente y en el 9,5% de los cadáveres el conducto sectorial posterior. Conclusión El CH generó una amplia área de superficie a evaluar durante la CL, proporcionando mayor seguridad al cirujano durante la CL, contribuyendo a reducir las lesiones biliares y vasculares.

Palabras clave: Colectomía, hepatocístico, vías biliares.

DRENAJE DE ASCITIS MALIGNA CON CATÉTER PERITONEAL DE IMPLANTACIÓN SUBCUTÁNEA DE ACCESO PERCUTÁNEO. INFORME PRELIMINAR

Al Awad Adel^{1,2}, Briceño Diógenes³, Sánchez Mauribel⁴, Sánchez Arleen⁴

¹Cirujano hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía de la Universidad del Zulia (LUZ). ²Director de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). ³Residente de 3er año del Postgrado de Cirugía General del Hospital Coromoto de Maracaibo. ⁴Miembro del CEDIAH.

Introducción. La ascitis maligna (AM) como consecuencia de tumores de ovario, endometrio, colon, estómago y páncreas en fase avanzada causa distensión abdominal dolorosa, disnea y ortopnea, secundaria al desplazamiento del diafragma hacia arriba y disminución de la capacidad ventilatoria. El tratamiento es la paracentesis clásica, la cual implica riesgo de infección (peritonitis) debido a las múltiples punciones para drenajes. El objetivo es describir una técnica segura de drenaje mediante la colocación de un catéter peritoneal de implantación subcutánea. **Materiales y Métodos.** La técnica consiste en la colocación del catéter peritoneal de implantación

subcutánea con reservorio subcutáneo ubicado externamente a los últimos arcos costales línea axilar anterior derecha, para el drenaje del líquido ascítico (LA), se incluyeron pacientes con ascitis de naturaleza neoplásica de cualquier origen y dificultad respiratoria, siendo excluidos pacientes menores de 18 años con ascitis de origen benignos. **Resultados.** Fueron evaluados 6 pacientes con AM avanzada por carcinomatosis abdominal con compromiso respiratorio. Los diagnósticos fueron cáncer de ovario (16,6%), pancreático (33,3%), de Colón (33,3%) y Mt Hepática de cáncer de Mama (16,6%), realizándose drenaje inicial de 2000 a 3000 ml y posteriormente drenajes de 1200 a 1500 ml cada 48-72 horas, logrando obtener una mejoría de la sintomatología en general, principalmente del patrón y la frecuencia respiratoria. **Conclusión** se obtuvo el alivio de la sintomatología respiratoria mejorando su calidad de vida; no se observó ninguna complicación, catalogándolo como un procedimiento seguro que permite realizar drenajes a repetición con menor posibilidad de infección.

Palabras clave: Ascitis maligna, catéter, peritoneal.

EFICIENCIA DE LA TERAPIA ENDOVASCULAR EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS INTRACRANEALES

Al Awad A.¹, Finol J.^{2*}, Pérez I.², Pineda F.², Rocca A.²

¹Hospital Coromoto. ²Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).

*josed_132@hotmail.com

Los aneurismas cerebrales constituyen un conjunto de dilataciones patológicas arteriales. Hoy en día la terapia endovascular es considerada el manejo de primera elección. Gracias al desarrollo de dispositivos endovasculares podemos establecer indicaciones precisas de la terapia en-

dovascular; siendo el objetivo de este trabajo analizar los resultados del tratamiento endovascular de aneurismas intracraneales de la unidad de Neurorradiología intervencionista del Hospital Coromoto. Trabajo retrospectivo, descriptivo de angiografías cerebrales de 208 pacientes con aneurismas cerebrales en los periodos anuales 2008-2014, siendo variables del estudio: edad, género, ubicación del aneurisma, tamaño, forma, tamaño del cuello, grado de oclusión y presencia o no de cuello residual. Fueron excluidos menores de 18 años, tumores cerebrales, aneurismas no embolizados. De 208 casos con aneurismas, predominó el género femenino (73,56% Vs 24,33%), y el grupo etario de 41-60 años. El territorio vascular carotideo predominó con un 95,67%, sobre el territorio vertebro-basilar con 4,33% en los aneurismas embolizados. El grado de oclusión fue: grado A (total) en el 41,83%, grado B (subtotal) en el 25,48%, grado C (Parcial) en el 28,37% y grado D (incompleta) en el 4,33%, lográndose una oclusión suficiente y capaz de prevenir el sangrado en el 67,31% de los casos (Grados A y B); la ausencia de cuello residual prevaleció con 67,8% respecto a la presencia de cuello con 32,2%. El tratamiento endovascular ha demostrado ser una técnica efectiva en el abordaje de aneurismas intracraneales, logrando una alta tasa de resolución con baja morbimortalidad.

Palabras clave: Aneurisma, tratamiento endovascular, embolización.

ENFISEMA SUBCUTÁNEO COMO CONSECUENCIA DE PERFORACIÓN DE COLON SIGMOIDES

Torres Ricardo¹, Acurero Glicerit², Negrette Horace³

¹Adjunto del Servicio de Cirugía General.

²Residente de 4° año de Cirugía General.

³Residente de 1° año de Cirugía General.

Hospital Coromoto de Maracaibo.

Introducción Se presentan un caso clínico, en que la sintomatología encontrada fue; la Disfonía y Enfisema subcutáneo facial, cervical y torácico, con el hallazgo imagenológico de Neumoperitoneo posterior a una colonoscopia diagnóstica con perforación de Colon Sigmoides. **Discusión** La Colonoscopia flexible se ha convertido en una técnica ampliamente empleada en el diagnóstico y tratamiento de la patología Colorrectal. Considerada como un procedimiento relativamente seguro, no está exenta sin embargo de complicaciones. La perforación colónica tras colonoscopia oscila entre un 0,03 y 0,65% en las Colonoscopias diagnósticas y entre 0,073 y 2,14 % en procedimientos terapéuticos. La aparición de Enfisema subcutáneo como signo de perforación de víscera hueca es infrecuente. El Enfisema subcutáneo como signo de perforación de colon es aún más raro, y la mayoría es secundaria a manipulación endoscópica. El gas retroperitoneal proviene de una perforación directa del colon o bien a través de una disección aérea del mesenterio. Una vez en el retroperitoneo, el aire puede alcanzar el mediastino a través de planos fasciales, y en el caso de rotura pleural, este aire originaría un neumotórax. De manera alternativa el aire puede alcanzar la caja torácica secundariamente a un neumoperitoneo, a través del hiato o pequeñas fenestraciones diafrágicas.

Palabras clave: Divertículo, enfisema, colonoscopia.

EXÉRESIS DE CALCINOSIS DISTRÓFICA CUTÁNEA EN GLÚTEO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

**Loyo Sulpicio¹, Caldera Gabriela²,
Blanco Douglas³**

¹Cirujano General. ²Residente Asist. Cirugía General. Hospital "Dr. Juvenal Bracho". Punto Fijo, Edo. Falcón, Venezuela. ³Residente 3er año Postgrado de Cirugía General. Hospital Universitario de Coro. Coro, Edo. Falcón, Venezuela.

Paciente femenina de 30 años de edad, antecedente de dermatomiositis y polimiositis hace 15 años, tratamiento actual de Metrotexate vía oral sin otra comorbilidad; enfermedad actual de 3 años de evolución posterior a inyecciones intramusculares caracterizada por retracción e inducción en región glútea derecha. Examen físico lesión de 3 × 5 cm, bordes irregulares, pétrea, no dolorosa a la movilización. Estudios para clínicos de rutina; niveles séricos de calcio y fosforo con valores normales; Ultrasonido de Partes Blandas, Imágenes hiperecoicas aglomeradas con sombra acústica posterior, concuerda con Calcificación Subcutánea en región glútea; en vista de antecedente traumático y collagenopatía se lleva a mesa operatoria con diagnóstico de CC Glútea; a través de incisión oblicua se obtiene LOE de 3 × 4 cm, plano, bordes irregulares y nodulares, consistencia pétrea adherido firmemente a piel y fascia muscular enviado fijado en formol al 10% a anatomopatólogo; hallazgo de Calcificación del Estroma Subepitelial. Caso clínico presentado corresponde al grupo de la CC Distrófica Post Traumática; en vista de lo poco habitual de ésta patología para el cirujano general y siendo su tratamiento definitivo la resolución quirúrgica de manera electiva se presenta para su conocimiento ante la comunidad médica. Paciente asintomática, sin complicaciones postquirúrgicas.

Palabras clave: Calcinosis, distrófica, cutánea, dermatomiositis, collagenopatías.

ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO.

**Castellanos K., González R., Morales R.,
Sánchez Y., Santiago R.***

Hospital de Cabimas Dr. Adolfo D'Empaire.
Municipio Cabimas, Edo. Zulia.

*bettyoberto@gmail.com

Introducción: El Íleo biliar es una patología producida por el impacto de un cálculo en la luz intestinal, su presentación clínica es variada, inicialmente se confunde con otras patologías y retasa su tratamiento. **Objetivo:** Revisión de caso clínico de paciente que consulta el Hospital de Cabimas Dr. Adolfo D'Empaire del Edo. Zulia. **Caso clínico:** Femenina de 55 años con cuadro clínico de 5 días de evolución, dolor abdominal (epigastrio irradiado a hipocondrio derecho), moderada intensidad, náuseas y vómitos en nº 10. **Antecedentes:** HTA controlada. **Examen físico:** TA: 120/80 mmhg, abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo, doloroso a la palpación superficial en epigastrio e hipocondrio derecho, sin irritación peritoneal. **Laboratorios:** Leucocitos: 12.600/L, glicemia 138g/dL, lipasa 514U/L, resto: normal. **Radiografía de abdomen:** niveles hidroaéreos en hemiabdomen superior, gas en ampolla rectal. Por clínica se ingresa dx: a) Abdomen agudo inflamatorio: Pancreatitis aguda. **Ecograma abdominal:** vesícula pared 3,8 mm sin dilatación de vías biliares intra ni extrahepáticas, colédoco normal; **Tac de Abdomen:** colecciones intrapancreáticas en nº 2. **Endoscopia superior:** hernia del hiato y gastropatía congestiva. Durante evolución intrahospitalaria paciente presenta: distensión abdominal, vómitos, ausencia de evacuaciones, se solicita tránsito intestinal, reporta obstrucción intestinal de asas delgadas sin paso de contraste al trayecto colónico. Se decide laparotomía exploradora: enterotomía con extracción de litos a 80 y 90 cm de la válvula ileocecal de 5 y 4 cm respectivamente. **Conclusión:** A pesar de su infrecuencia es importante emplear herramientas diagnósticas y alta sospecha clínica.

ca para el diagnóstico oportuno, disminuyendo la morbimortalidad.

Palabras clave: Íleo, pancreatitis, laparotomía.

IMPORTANCIA ANATÓMICA DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR EN REPARACIONES ARTROSCÓPICAS DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

Lossada F.¹, Al Awad A.^{1,2,3}, Ortega D.^{2,3*}, Parada D.^{2,3}, Pineda F.^{2,3}, Talavera J.^{2,3}

¹Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Departamento de Ciencias Morfológicas, Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia (LUZ). ³Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).

*davidortega.28@hotmail.com

Introducción: La cirugía artroscópica es una técnica segura que requiere de largo aprendizaje y destrezas que conjuntamente con los conocimientos anatómicos son cruciales para solucionar la ruptura tanto parcial (RP) como masiva (RM) del manguito de los rotadores (MR), la cual clínicamente presenta una disminución funcional de los movimientos del brazo correspondientes a la articulación glenohumeral. Es importante mencionar que durante la resolución de dicha patología se puede lesionar el nervio supraescapular (NS) por la íntima relación que guarda con el MR, por lo que el objetivo consiste en identificar la relación anatómica del NS con los elementos que constituyen el MR y la posibilidad de lesión durante la reparación artroscópica. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo mediante el seguimiento de pacientes con lesión del MR sometidos a cirugía artroscópica en el HCM durante Octubre 2013-Abril 2014. Se evaluaron las variables edad, sexo, tipo de lesión del MR, método de diagnóstico, procedimiento quirúrgico y complicaciones. **Resultados:** Fueron realizadas 20 reparaciones del MR con

bursectomía y acromioplastia, 50% masculinos y 50% femeninos, la edad promedio fue 54,1 años, 55% prevalencia de comorbilidades, 65% presentaron RPMR y 45% RMMR. La incidencia de lesión del NS durante la cirugía fue de 5%, un paciente masculino de 70 años con RMMR. **Conclusión:** Se debe resaltar la importancia anatómica del NS durante las cirugías artroscópicas, puesto que se debe tener en cuenta al momento de abordar al paciente con lesión del MR, para evitar perjudicar la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Artroscopia, lesiones, nervio.

INCIDENCIA DE ANEURISMAS CEREBRALES ENTRE EL TERRITORIO VASCULAR CAROTÍDEO VS VERTEBRO-BASILAR

Senf Roberto¹, Al Awad Adel^{2,3}, Finol José³, Pérez Irving^{3*}, Pineda Francisco³, Rocca Antonietta³

¹Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Departamento de Ciencias Morfológicas, Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, La Universidad del Zulia (LUZ). ³Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).

*irvingperezv@gmail.com

La irrigación encefálica proviene de 2 territorios vasculares: Carotídeo y Vertebro-basilar cuyas arterias situadas en la base del encéfalo forman el Polígono de Willis. Toda dilatación aneurismática de estos segmentos arteriales ejerce compresión de las estructuras circundantes generando diferentes aspectos clínicos en el paciente, el objetivo de este trabajo consistió en evaluar la incidencia de aneurismas cerebrales entre el Territorio Vascular Carotídeo Vs Vertebro-Basilar en pacientes que ingresaron al Hospital Coromoto. Trabajo retrospectivo, descriptivo de angiografías Cerebrales de 227 pacientes con aneurismas cerebrales en el periodo 2011-2014; evaluando sexo, edad, ubicación del aneurisma, úni-



cas o múltiples, forma y tamaño del aneurisma. Fueron excluido menores de 18 años, tumores cerebrales, aneurisma micótico o traumático. De 227 casos con aneurisma, predominó el sexo femenino (75,33vs24,66%), grupo etario de 41 a 60 años, promedio de 53. Las lesiones simples fueron más frecuentes (82,79%) que las múltiples (17,18%). El territorio vascular Carotídeo predominó con 78,39%, siendo el 26,87% en arterias comunicantes posteriores, 18,50% arteria comunicante anterior, 16,29% arteria carótida interna, 12,33% arteria cerebral media y 4,40% arteria cerebral anterior. La arteria basilar 8 casos (4,2%). Predominó el hemisferio cerebral derecho con 39,20%, el lado izquierdo 37,44% y medialmente 23,34%. Del territorio Carotídeo, el segmento Supraclinoideo fue el más afectado 16,29%, seguido del segmento oftálmico con 2,64%. El territorio vascular más frecuente fue la carótida interna segmento Supraclinoideo, influenciando así mismo la ubicación, forma y tamaño del aneurisma en la presentación clínica.

Palabras clave: Polígono de Willis, aneurismas, arteria, lesión.

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

**Chacín Juan, Oria Wolfgang,
Acurero Glericet**

*Instituto Venezolano de los Seguros Sociales,
Hospital "Dr. Pedro Garcia Clara", Servicio de
Cirugía General.*

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. Métodos: Estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo y analítico, con población de 132 pacientes geriátricos, solo 38 con resolución qui-

rúrgica, cuantificado con revisión de historias médicas. Ambiente: Hospital "Dr. Pedro García Clara" desde el 01 de Enero 2011 hasta el 31 de Diciembre 2012. 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% presento alguna complicación perioperatoria, como Infección del sitio operatorio, Fistulas enterocutáneas, Sepsis y Muerte.

Palabras clave: Pacientes geriátricos, ulcus péptico perforado, apendicitis.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO TABICADO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

López J.¹, López J.¹, Haddad J.²

*¹Hospital Cardón del IVSS "Dr. Juvenal Bracho".
Punto Fijo, Edo. Falcón. ²Hospital Universitario de
Coro "Dr. Alfredo Van Grieken". Santa Ana de
Coro, Edo. Falcón.*

*elturco7b777@hotmail.com y
jennilo58@hotmail.com*

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones quísticas con alto contenido de amilasa o jugo pancreático, recubierto por tejido de granulación o colágeno, carente de epitelio, originados mayormente por la disrupción de un conducto pancreático o como consecuencia de

pancreatitis crónicas, se encuentran adyacentes a los tejidos peripancreáticos, representando entre el 70 y 80% de las lesiones quísticas del páncreas. En la actualidad existen diversas alternativas quirúrgicas, de drenaje percutáneo y endoscópico. Sinopsis: paciente femenina de 32 años de edad quien presenta aumento de volumen en hipocondrio izquierdo y dolor abdominal desde hace 2 años, con antecedente de histerectomía abdominal hace 5 años y sin episodios aparentes de pancreatitis. Se solicita ecosonograma abdominal que reporta lesión quística hacia la cola del páncreas de 40 × 30cm con múltiples tabiques en su interior y Tomografía computarizada reporta masa hipodensa hacia la cola del páncreas con múltiples septos en su interior de 32 × 18 × 14, CPRE reporta estenosis compleja del conducto de Wirsung y realizan papilotomía parcial, por lo que se decide realizar drenaje percutáneo en 03 oportunidades obteniendo 3800, 2600 y 1820 cc respectivamente, en vista de evidenciar recidiva se realiza cistoyeyunoanastomosis con reconstrucción en Y de Roux, obteniendo mejoría clínica. Se tomaron muestras para biopsia, citología y citoquímico que confirman el diagnóstico descartando patologías malignas. Conclusión: el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos crónicos debe ser individualizado, determinando las características clínicas e imagenológicas para decidir la conducta quirúrgica pese a la probabilidad de resoluciones espontáneas.

Palabras clave: Pseudoquiste pancreático gigante, drenaje, cistoyeyunoanastomosis.

METÁSTASIS CEREBRAL POR HALLAZGO INCIDENTAL DE COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Al Awad A.^{1,2,3}, Baptista C.¹, Yansen J.¹, Talavera J.^{2,3*}, Ortega D.^{2,3}, Parada D.^{2,3}, Rivero G.^{2,3}

¹Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Departamento de Ciencias Morfológicas, Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia (LUZ). ³Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).

*jelaine_talavera@hotmail.com

Desde que Duranf-Fardel describieron los primeros casos de colangiocarcinoma en 1840, hasta la actualidad se han descrito múltiples investigaciones sobre él mismo. Cabe destacar que las metástasis (MT), frecuentemente ocurren a nivel hepático, nivel ganglionar del pedículo hepático, pulmonar y la carcinomatosis abdominal. El objetivo de este trabajo es describir la presentación infrecuente de MT cerebral de colangiocarcinoma intrahepático a propósito de un caso. Caso clínico: Se trata de paciente femenino de 38 años de edad a quien en febrero 2014 es diagnosticada por estudio ecográfico con colelitiasis, es sometida a procedimiento quirúrgico donde por hallazgo incidental se observa TU hepático, se le realiza biopsia la cual reporta hepatocarcinoma. Posteriormente es referida al HCM, donde se aplica protocolo quirúrgico en manejo de hepatocarcinoma no reglada de segmento IV. El hallazgo anatomopatológico reporta colangiocarcinoma intrahepático T3N2M1, moderadamente diferenciado, extensa necrosis (80%) y ampliamente infiltrante. Postoperatorio sin complicaciones, es egresada, 3 semanas después presenta cuadro clínico de cefaleas, vómitos, trastornos del sueño e intentos de suicidio, razón por la que se decide su ingreso, se le realiza una resonancia magnética evidenciando una tumoración de 3x3cm que se localizaba en tallo y corteza cerebral. Conclu-

sión: La incidencia de MT cerebral de colangiocarcinoma es tan infrecuente como el hecho de que se presenten en el sexo femenino. El comportamiento agresivo evidenciado en este paciente es de relevancia médica ya que el conocimiento del mismo servirá para el futuro manejo temprano terapéutico o quirúrgico de dicha patología reduciendo así la morbilidad de la misma.

Palabras clave: Tumor, colangiocarcinoma, metástasis.

PANCREATODUODENECTOMÍA CEFÁLICA DE WHIPPLE LAPAROSCÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Al Awad Adel¹, Baptista S. Carlos²,
Yansen Jhomar², Briceño Diógenes³**

¹Cirujano Hepatobiliopancreático. ²Residente del Fellow de Cirugía Hepatobiliopancreática.

³Residente del 3er año del Postgrado de Cirugía General.

Hospital Coromoto de Maracaibo.

Introducción: El abordaje laparoscópico en la cirugía ha sido uno de los mayores avances a lo que se refiere en técnicas quirúrgica de la era, beneficiando a los pacientes de una cirugía con menos agresión, menor sangrado y pronta reincorporación a sus actividades cotidianas. En la cirugía pancreática ya se han creado distintos protocolos para la resección de tumores benignos y malignos y uno de ellos es la Duodeno-Pancreatectomía Cefálica (DPC) de Whipple descrita en 1884, siendo una de las cirugías más demandantes y su realización por laparoscopia tampoco deja de serlo, desde que fue descrita la primera DPC de Whipple por laparoscopia en 1994, hay pocos trabajos en la literatura y la revisión más completa realizada por Garner y col. **Materiales y Métodos:** Se presenta el caso clínico de paciente masculino de 61 años de edad con antecedente de hemorragia digestiva superior y anemia aguda en Febrero de 2014 por lo que le realizaron estu-

dio endoscópico superior evidenciándose tumor de papila de 4 cm con toma de biopsia que reportó adenocarcinoma moderadamente diferenciado y ecoendoscopia con lesión en ampolla de Vater tipo T2-N1-Mx motivos por los cuales es referido a esta institución y previa valoración se programa para Whipple laparoscópico según protocolo ERAS. Se describe la técnica quirúrgica utilizada y el manejo perioperatorio. **Discusión:** La Duodeno Pancreatectomía Laparoscópica es una técnica demandante la cual ha sido realizada desde 1994, la bibliografía mundial expone casos aislados y no hay pocos de estudios aleatorios randomizados de la técnica. Es una técnica reproducible que beneficia al paciente de la cirugía mínimamente invasiva. El presente trabajo es el reporte en la literatura Venezolana de la primera Pancreatoduodenectomía totalmente laparoscópica que se realiza en nuestro país y es una de las pocas que se publica en Latinoamérica, motivado que es un procedimiento que pocos cirujanos la realizan.

Palabras clave: Laparoscopia, duodenopancreatectomía, operación de Whipple.

PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO EN EL PERIODO DICIEMBRE 2010-DICIEMBRE 2011

Navarro C., Navarro H.

Universidad del Zulia.

cnavarrosilva90@gmail.com y

kathen-00@hotmail.com

Introducción: La pancreatitis aguda ha sido objeto de estudio debido a sus múltiples etiologías. Su prevalencia ha ido en aumento, por lo cual se plantea esta investigación con la finalidad de obtener datos epidemiológicos para el Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM). **Objetivos:** Determinar la prevalencia

y etiología de pancreatitis aguda, así como también su relación con factores modificables y no modificables pertinentes. Métodos: Estudio retrospectivo donde se realizó la revisión de 146 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Resultados: En el periodo diciembre 2010-diciembre 2011 se ingresaron un total de 146 pacientes, en el SAHUM. Representa una prevalencia de 3,75% para la población del estado Zulia. Predomina el género femenino (71,23%) sobre el masculino (28,76%). El grupo etario más afectado es entre los 16 a 26 años de edad. Tomando en cuenta los antecedentes personales, la ingesta alcohólica y los hábitos alimenticios no guardan relación con el cuadro clínico en más del 60%. De acuerdo a las patologías asociadas en relación con el diagnóstico, se ubica la litiasis biliar en 93 casos (63,69%), seguido por parasitosis intestinales ascaridianas y dislipidemia. Un 17,80% de los pacientes son individuos aparentemente sanos. El 82,87% de los pacientes ingresados presentaron resolución del cuadro clínico con tratamiento médico. Conclusión: Se obtiene una prevalencia de 3,75 a predominio del sexo femenino en un grupo etario de 16-26 años. Como factor predisponente se ubica la litiasis vesicular en primer lugar. No se encontró relación de importancia con otros factores de riesgo.

Palabras clave: Páncreas, pancreatitis aguda, SAHUM.

RESULTADOS TRAS LA PLASTIA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EN PACIENTES DEPORTISTAS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE RODILLA DEL HOSPITAL COROMOTO, EXPERIENCIA DURANTE 3 AÑOS

**Vílchez de Torres Soanna*,
Mago Rodríguez Levy**

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
del Hospital Coromoto de Maracaibo.*

**soanna_vilchez@hotmail.com*

La ruptura del ligamento cruzado anterior es una de las lesiones más frecuentes en la rodilla, el 75% se presenta en deportistas, mientras que el 25% restante obedece a traumatismos de otra naturaleza; donde el tratamiento de elección corresponde a la plastia a través de diversas técnicas las cuales se van a elegir en base al perfil de cada paciente. Un estudio, prospectivo, se aplicó a 28 pacientes (24 masculinos y 4 femeninos) deportistas, en edades comprendidas entre 17 y 48 años, con una mediana de 29 años, atendidos en el Hospital Coromoto de Maracaibo por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Unidad de Rodilla., quienes presentaron un diagnóstico de ruptura total de ligamento cruzado anterior, durante el periodo 2012-2014. Dichos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por medio de la plastia del ligamento cruzado anterior a través de las técnicas Hueso-Tendón-Hueso y pata de ganso, seguido de inmovilización con vendaje funcional y rehabilitación precoz. El seguimiento fue durante 3 años, a través de la consulta externa, donde se realizaron maniobras específicas para la valoración del ligamento cruzado anterior (Lachmann y cajón anterior), resultando negativas. Los resultados funcionales con tratamiento quirúrgico fueron satisfactorios sin registro de complicaciones.

Palabras clave: Plastia, ligamento, rodilla, deportista, ruptura, Lachmann.



SÍNDROME DE BURNOUT Y CONDICIÓN DEMOGRÁFICA, SOCIAL Y LABORAL EN MÉDICOS RESIDENTES Y ESPECIALISTAS DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA VENEZOLANO

Chaffardett María, Soto Rodolfo

Post Grado de Cirugía General, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Coro, Edo. Falcón.

Introducción: El síndrome de Burnout es una pérdida progresiva del idealismo, la energía y la motivación que ocurre en cualquier grupo poblacional que puede estar relacionado con su condición social y laboral. **Objetivo:** Correlacionar el síndrome de Burnout con la condición demográfica, social y laboral de los médicos residentes y especialistas del Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, Coro-Venezuela, noviembre-diciembre 2013. **Metodología:** Estudio descriptivo que incluyó 18 residentes y 3 especialistas. **Resultados:** Síndrome de Burnout 44% vs 0% (χ^2 p 0,01), dimensión afectada: cansancio emocional 50%, realización personal 11%, despersonalización 6%, edad 27 años $\pm$ 5,20 vs 44 años $\pm$ 6,64 (χ^2 p 0,03), masculino 61% vs 33%, femenino 39% vs 67% (χ^2 p 0,02), soltero 50% vs 33%, casado 44% vs 67%, divorciado 6% vs 0%, pareja estable 56% vs 67%, inestable 44% vs 33%, hijos 2 ± 1 vs 1 ± 1 (χ^2 p 0,02), horas laboradas cada día 11 horas $\pm$ 3,26 vs 9 horas $\pm$ 2,94, cada semana 72 horas $\pm$ 8,47 vs 47 horas $\pm$ 6,87, guardias cada semana 1 a 2 vs 1, guardias cada mes 4 a 8 vs 5, días post-guardia 0 (χ^2 p 0,02). **Conclusión:** Se establece correlación entre el síndrome de Burnout y edad, sexo masculino, soltero, pareja inestable, número de horas laboradas cada semana, número de guardias realizadas cada semana y cada mes, y días de post-guardia.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, condición demográfica, social y laboral, médicos residentes y especialistas en cirugía, Venezuela.

SÍNDROME DE RAPUNZEL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y CASO CLÍNICO

Castellanos K., Morales R., Penoth M., Sánchez Y., Santiago R.*

Hospital de Cabimas Dr. Adolfo D'Empaire, Municipio Cabimas. Edo. Zulia.

**bettyoberto@gmail.com*

Introducción: El Síndrome de Rapunzel, es una entidad clínica rara causada por tricofagia y tricotilomanía, descrito por Vaughn y cols., en 1968, aproximadamente en 0,6% de personas a nivel mundial; está relacionada con problemas psiquiátricos y ansiosos, frecuentes en el sexo femenino. Cursa asintomático, fortuito en 0,4% de las endoscopias, o se manifiesta como oclusión y perforación del tracto digestivo. **Objetivo:** Revisión del manejo de una paciente que consulta el Hospital de Cabimas Dr. Adolfo D'Empaire. **Caso clínico:** Se trata de femenina de 14 años, con cuadro clínico de 3 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal (epigastrio e hipocondrio derecho) fuerte intensidad, inicio insidioso, náuseas, vómitos y ausencia de evacuaciones. **Antecedentes:** refiere ingesta de uñas y sonambulismo, patrón evacuatorio diario, menarquia: 12 años, nulípara, FUR: 13/11. **Examen físico:** abdomen: distendido, poco depresible, ruidos hidroaéreos disminuidos, masa palpable en epigastrio e hipocondrio derecho doloroso, bordes definidos 10×10 cm y fosa ilíaca derecha tumoración de 5 cm, móvil. **Exámenes complementarios:** Hb: 13,1g/L; Leucocitos: 14.700/L, electrolitos: normales. **Radiografía de abdomen:** niveles hidroaéreos en hemiabdomen superior, gas en ampolla rectal; **TAC de abdomen:** tumoración involucra estómago, asas intestinales y epiplón mayor. **Intervención quirúrgica:** laparotomía exploradora, estómago e íleon con cambios de coloración sin isquemia; se realiza gastrotomía longitudinal anterior y enterotomía para extracción de tricobezoar 20×8 cm y 9×4 cm respectivamente. **Conclusión:** Es importante el manejo

multidisciplinario del paciente, implicado en la resolución y recurrencias; evitando las complicaciones graves, como isquemia y perforación.

Palabras clave: Síndrome, tricofagia, tricotilomanía, laparotomía, válvula ileocecal.

TÉCNICA DE SAUVE KAPANDJI MODIFICADA EN EL TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DE GALEAZZI INVETERADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vílchez Soanna*, Peña Carlos, Burgos Marielena

Hospital Coromoto Maracaibo.

**soanna_vilchez@hotmail.com*

La lesión de Galeazzi incluye fractura de la diáfisis distal de radio con disociación de la articulación radiocubital distal, representa del 3 al 7% de las fracturas del antebrazo, la forma inveterada representa menos del 1 %. Presentando como objetivo principal el demostrar la utilidad de la técnica Sauve Kapandji modificada por Fujita en el tratamiento de la lesión inveterada de Galeazzi, donde se estudió a masculino de 44 años de edad, quien debido a trauma de alta energía acudió a consulta por dolor, deformidad e impotencia funcional en muñeca izquierda de 8 meses de evolución tratado previamente con inmovilización tipo férula antebraquiopalmar. La evaluación clínico-radiológica determinó lesión de Galeazzi inveterada de muñeca izquierda. Se realizó inicialmente RAFI de la fractura del radio distal izquierdo con placa lcp de 3.5 mm. Posteriormente se practicó artrodesis de la ARCD, interposición de segmento resecado en el espacio interóseo, y confección de pseudoartrosis del cubito distal con interposición de pronator teres. Donde el paciente con la técnica empleada evolucionó satisfactoriamente, remitiendo el dolor, corrección de la deformidad, recuperación de rangos de movilidad, y reintegro a actividades laborales.

Demostrando que la forma inveterada de la lesión de Galeazzi es infrecuente, altamente incapacitante, y debe ser tratada quirúrgicamente. Se demostró la utilidad de la técnica Sauve-Kapandji modificada en esta lesión.

Palabras clave: Técnica de Sauve Kapandji, Galeazzi inveterada, tratamiento de lesión.

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS

Rincón H., Ramírez L., Ferrer A.*, Méndez L.

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

**ajferrert@gmail.com*

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 2% de los tumores digestivos. Constituyen la neoplasia mesenquimal abdominal más frecuente. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de GIST durante 10 años. Objetivo: Describir características clínicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, recidivas y seguimiento en una serie de pacientes con GIST. Material y método: Entre 2004 y 2013 se intervinieron 15 pacientes diagnosticados con GIST. Recogimos datos referentes a localización, motivo de consulta, diagnóstico, biología tumoral, tratamiento quirúrgico y resultados. Resultados: 15 pacientes, 6 masculinos y 9 femeninos, con edades entre los 21 y 75 años. Localización gástrica 66,6% de los casos, yeyuno 20%, colon sigmoidees y duodeno 6,6%. Presentación clínica: hemorragia digestiva 66,6%, dolor abdominal, tumoración palpable y pérdida de peso 33,3% y abdomen agudo 6,6%. La tomografía fue útil en el diagnóstico en 86,6%, seguida de endoscopia digestiva 73,3%, un menor porcentaje lo constituyó el ultrasonido endoscópico, capsula endoscópica y laparoto-

mía exploradora. La localización más frecuente fue el estómago, 66,6%, por lo que la resección gástrica fue el procedimiento terapéutico de elección, seguido de resecciones intestinales con anastomosis. Actualmente en seguimiento 7 pacientes, 5 (71,1%) reciben inhibidores de tirosina quinasa y 2 (28,5%), se mantienen solo con seguimiento clínico. Hemos tenido 2 casos de recidiva (28,5%), con una muerte relacionada con enfermedad hepática metastásica. Conclusión: Los GIST son tumores mesenquimales, infrecuentes y de diverso comportamiento clínico; cirugía e inhibidores de tirosina quinasa representan la piedra angular del tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: GIST, cirugía, inhibidores tirosina quinasa.

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Daniel¹, Marín Iskander², Gómez Manuel³

¹Cirujano General Hospital IVSS y Médico Residente Postgrado Medicina del Quemado Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Jefe del Servicio de Cirugía General Hospital IVSS, Secretario de la Sección de Trauma de la Sociedad Venezolana de Cirugía y Miembro de la Sociedad Panamericana de Trauma. ³Residente 4º año de Cirugía General. Hospital IVSS "Dr. Rafael Calles Sierra". Punto Fijo, Falcón.

Los tumores neuroectodérmicos primitivos son neoplasias extremadamente raras, y pueden ser confundidas con todas las variedades de tumores. Es importante hacer diagnóstico diferencial entre estas entidades por sus implicaciones terapéuticas y pronósticas, aunque no deja de ser difícil debido a su infrecuencia. Dichos tumores son extremadamente agresivos, con tendencia a la recurrencia y a la diseminación temprana a distancia. Pertenecen al grupo de los sarcomas de tejidos blandos, derivados del tejido neural, correspondientes 1% de las neoplasias en adultos. El 50% aparece en tejido conectivo de las extremidades, 40% en tronco y retroperitoneo y 10% cabeza y cuello. Los sarcomas de bajo grado tienden a crecer lentamente por varios años y a pasar desapercibidos para el paciente, especialmente cuando se desarrollan en muslos y nalgas. Los tumores de alto grado, típicamente aumentan su tamaño al doble cada mes o cada dos meses, como en el presente caso. El tratamiento combina cirugía, quimioterapia y radioterapia, apoyándose en la terapia génica. Aportamos un caso de tumor neuroectodérmico primitivo en un paciente de 28 años.

Palabras clave: Neoplasias, neuroectodérmicos, tumores.

Enfermería

DESEMPEÑO LABORAL Y FUNCIONES PERIOPERATORIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES ADSCRITOS AL SEGURO SOCIAL

Pérez Alexaide, Chávez Egno

Universidad del Zulia (LUZ).

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el desempeño laboral y las funciones perioperatorias del profesional de enfermería. Área de quirófano en los hospitales adscritos al seguro social del Municipio Maracaibo y San Francisco. Metodología: investigación descriptiva, correlacional. Diseño: no experimental, de campo y transversal. Población: 184 profesionales de enfermería y médicos cirujanos. Instrumento: dos cuestionarios constituidos por 63 ítems en escala de respuesta tipo Likert. Validez: técnica del juicio de expertos. Confiabilidad: Alfa Cronbach 0,90 para enfermería y 0,98 para los médicos cirujanos. Resultados: Los profesionales de enfermería indicaron un nivel muy alto para el desempeño laboral, los médicos cirujanos opinaron un nivel moderado en las dimensiones habilidades y capacidades y un nivel alto para las dimensiones comportamientos, metas y logros. En cuanto a la variable funciones perioperatorias, los profesionales de enfermería un nivel muy alto y los médicos cirujanos opinaron un nivel moderado para las dimensiones pre y trasoperatoria, un nivel alto para la fase postoperatoria. La correlación para la población de los profesionales de enfermería fue positiva débil (0,272) y significativa 0,02 y para los médicos cirujanos una correlación positiva fuerte (0,912) y significativa 0,00 ($p \leq 0,01$). Conclusión: los profesionales de enfermería que laboran en el quirófano de los hospitales adscritos al Seguro Social deben mejorar su desempeño

en las habilidades y capacidades para mejorar las fases pre y trasoperatorias.

Palabras clave: Desempeño laboral, funciones perioperatorias, profesional de Enfermería.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON FRACTURA INTERCONDÍLEA Y SUPRACONDÍLEA DEL HÚMERO DERECHO E IZQUIERDO

Graterol Eva*, Mendoza de Graterol Eva, García María, González Irunu

Universidad del Zulia (LUZ).

eva_graterol@outlook.com

Introducción: La fractura intercondílea es la más frecuente del extremo distal del húmero. La fractura supracondílea se produce dentro de la metáfisis de la porción distal y en sentido proximal a la línea fisaria transversal, cursando con un cuadro clínico de dolor, aumento de volumen, deformación del codo, e impotencia funcional. Objetivo: describir diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en un paciente con fractura intercondílea y supracondílea internado en el área de primer piso ala derecha del Hospital Coromoto, Municipio Maracaibo, febrero 2014. Metodología: Se utilizó el proceso de atención de enfermería el cual es *la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática*, en la identificación de las necesidades y resolución de los problemas presentados por el paciente, mediante la valoración, recolección de datos, diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados a través de la aplicación de la NANDA, NIC y NOC. Resultados: Entre los principales diagnósti-

cos de enfermería identificados, se destacan: Dolor Agudo r/c estimulación de los nociceptores; Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza de las extremidades inferiores; Duelo r/c anticipación de la pérdida de un objeto significativo, Protección ineficaz r/c perfiles hematológicos anormales, Déficit de autocuidado, y Ansiedad. Conclusión: Se percibió que la aplicación del proceso de enfermería en este paciente contribuyó para delimitar el campo de actuación específico de la enfermería, así como identificar los cuidados prioritarios, contribuyendo para una mejoría en la calidad de la asistencia.

Palabras clave: Proceso de enfermería, diagnóstico de enfermería, fractura, atención de enfermería.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

García María, González Irunu, Graterol Eva, Mendoza de Graterol Eva

Universidad del Zulia (LUZ).

hoyquierodargracias@hotmail.com,

evadegraterol@yahoo.com

Introducción: La colecistectomía por laparoscopia es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección de la vesícula biliar estando indicado en la patología litiasica vesicular aguda o crónica, es una técnica innovadora, llevada a cabo a través de una pequeña incisión en la pared

abdominal. **Objetivo:** Determinar la intervención del personal de enfermería tras una colecistectomía en una paciente ubicada en la unidad de cuidados post anestésico del Hospital Coromoto Municipio Maracaibo febrero 2014. **Metodología:** Es un estudio científico empírico inductivo en la unidad de cuidados post anestésicos con la implementación del proceso de atención como herramienta para lograr una recuperación eficaz se realiza la primera etapa del proceso a saber: (a) la valoración se realiza para determinar las posibles necesidades interferidas a través de la aplicación de la NANDA, NIC y NOC, (b) la planificación, (c) la implementación y (d) la evaluación. **Resultados:** entre los principales diagnósticos de enfermería destacan: (a) Dolor agudo r/c estimulación de nociceptores secundario a intervención quirúrgica, (b) Riesgo de infección r/c exposición ambiental a patógenos, procedimiento quirúrgico y entorno hospitalario secundario a colecistectomía laparoscópica (c) Discomfort r/c hospitalización, (d) Ansiedad relacionada con pronóstico quirúrgico, (e) Alteración de la integridad de la piel relacionado con factores mecánicos secundario a intervención quirúrgica. **Conclusión:** se pudo observó que la aplicación del proceso de enfermería en este paciente contribuyó a satisfacer las necesidades del individuo permitiendo una recuperación eficaz, sin contratiempo garantizando bienestar y confianza, mediante el cual se determinó la actuación específica de enfermería en el campo.

Palabras clave: Procesos de atención de enfermería, colecistectomía, laparoscopia, litiasis vesicular.

Gerencia en Salud

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE RAYOS X DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. ENERO-JUNIO 2014

Barroso Glabenys*, Arellano Maribel, Bermúdez María, Vivas Geormarit, Rodríguez José

Hospital Coromoto de Maracaibo.

**apoe33@yahoo.com*

El 06 de agosto del 2007, el Hospital Coromoto pasa de ser privado a público, gracias a Petróleos de Venezuela y al gobierno revolucionario se le da un sentido social en pro de la comunidad, así como asistencia médica a sus trabajadores y familiares. El Centro de Imágenes del Hospital Coromoto ofrece diversas modalidades diagnósticas como resonancia magnética 1.5T, tomografía computarizada multicorte, radiología digital, mamografía digital, densitometría, ecografía y radiología intervencionista. Específicamente el servicio de radiología cuenta con 4 salas de estudio (Rayos X), 2 fluoroscopios, 1 equipo portátil de rayos X (para hospitalización y emergencia). Nuestro servicio dispone de un sistema de radiología digital, éste ofrece facilidad de uso y permite almacenar y enviar la data a cualquier destino que forme parte de la intranet del hospital (Alas-PACS y Alas RIS). Desde enero hasta junio del presente año se han realizado 13.528 estudios radiológicos divididos en tres grandes grupos: convencionales, especializados no contrastados y especializados contrastados. El servicio de imágenes del Hospital Coromoto cuenta con métodos diagnósticos que están a la vanguardia tecnológica, en aras de optimizar la prestación del servicio, siendo cada día más eficientes y eficaces en pro del bienestar del paciente. Conclusiones: Cabe destacar que los estudios radiológicos convencionales fueron los más solicitados (98,1%) y

de este grupo la Rx de tórax es el principal (59,3%). Así mismo, la mayor población atendida fueron los casos sociales representando el 73,2% demostrándose un gran impacto social positivo. Siendo la modalidad ambulatoria la más realizada con un 59,3%.

Palabras clave: Análisis, estadística, Rayos X, Maracaibo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-JUNIO 2014

Sánchez L.*, Mendoza M., Barroso G., Vivas G., Rodríguez J.

Hospital Coromoto de Maracaibo.

**lily_a23@hotmail.com*

La Resonancia Magnética es una potente herramienta de diagnóstico por imagen cuyo uso ha aumentado significativamente en los hospitales de todo el mundo. El elevado detalle de sus imágenes y el contraste entre los diferentes tejidos han convertido a la RM en una técnica esencial para diagnosticar muchas enfermedades y evaluar la eficacia de diferentes estrategias terapéuticas. Tiene un papel fundamental en el tratamiento de numerosas enfermedades con importante impacto socioeconómico como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, neurológicas y del sistema musculoesquelético. Gracias al rescate del complejo de salud realizado por la Nueva PDVSA junto con el Gobierno Revolucionario del presidente Hugo Chávez Frías, el Servicio de Imágenes del Hospital Coromoto cuenta con un equipo de Resonancia Magnética de 1,5 Tesla, para brindarle a toda la población sin distinción de raza, color o posición política la realización de es-

tos estudios de forma totalmente gratuita, no disponibles en otros Centros públicos de Salud. Desde enero hasta junio del presente año se han realizado **1453** estudios de resonancia magnética, divididos en 13 tipos: RM de Cerebro, RM de Columna Vertebral, Angiorresonancia, RM de Silla Turca, RM Órbita, RM Conducto Auditivo, RM de Tórax, RM de Abdomen, RM de Pelvis, RM de Miembros Superiores, RM de Miembros Inferiores, RM de Partes Blandas, y Colangiorresonancia. Conclusiones: Los estudios más solicitados fueron: RM de cerebro 44,1%, RM de Columna Vertebral 16,1% y Angiorresonancia 15,2%. Grupos poblacionales atendidos: Casos Sociales 82,5% del total de la población, y trabajadores familiares PDVSA y Hospital Coromoto 17,5%.

Palabras clave: Análisis, estadística, resonancia magnética, Maracaibo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE ULTRASONIDO DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-JUNIO 2014

Vivas Geormarit*, Rivas Sorsiree, Sosa Yuly, Mendoza Maikely, Rondón Soraya

Hospital Coromoto de Maracaibo.

**drageovivas15@hotmail.com*

El 06 de agosto de 2007 Petróleos de Venezuela rescató el centro de salud, bajo los lineamientos del presidente Hugo Chávez, para ponerlo al servicio de los más necesitados con una visión más humana y socialista. El Hospital Coromoto dispone con una unidad de imágenes el cual ofrece diversas modalidades diagnósticas: radiología digital, ultrasonido, tomografía computarizada multicorte, resonancia magnética, mamografía digital, densitometría y radiología intervencionista. Actualmente el servicio de ultrasonido cuenta con tres salas de ecografía, dotadas cada una con equipos ecográficos de última generación, y equipos portátiles ubicados en la unidad de caumatología y unidad de cuidados intensi-

vos. El ultrasonido a través del tiempo ha venido ganando terreno como ayuda diagnóstica de uso frecuente y confiable, hasta convertirse en uno de los métodos de imágenes más solicitado. Su importancia radica no solo en la variedad de tejidos y órganos que pueden ser explorados, sino que es uno de los métodos diagnósticos de mayor eficacia costo beneficio. De enero a junio se han realizado 3252 estudios, entre ambulatorios: 1834, hospitalizados: 528 y emergencias: 890. Del total, 1571 son caso social, 723 PDVSA y 958 Hospital Coromoto. Entre los estudios más solicitados se encuentran: Ecograma abdominal 897, pélvico 427, renal 301, transvaginal 252, mamario 244, entre otros. Con PDVSA a la orden del estado actuando bajo los lineamientos de los Planes de Desarrollo Nacional, como lo manda la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se logró el impacto del ultrasonido sobre la calidad de la atención en nuestros pacientes atendidos.

Palabras clave: Análisis, estadística, ultrasonido, Maracaibo.

COSTO-BENEFICIO DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

Andara Domínguez Jhoendric*, Luque Ángel

IVSS Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, San Francisco.

**andara_jhoendric@hotmail.com*

Este trabajo tiene la finalidad de determinar el costo-beneficio de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria, en el hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. San Francisco Estado Zulia. El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, no experimental. Fue realizado en el periodo comprendido entre diciembre de 2011 y septiembre 2012, 50 pacientes calificaron para manejo ambulatorio, los cuales se dieron de alta con un promedio de 6 horas de hospitalización, Los criterios de exclusión estuvieron establecidos en 3

etapas: preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios. Se decidió suspender el manejo ambulatorio y dejar hospitalizados para vigilancia 6 de estos (12%) cuyo promedio de hospitalización fue de 1 día. Se logró el manejo ambulatorio en 44 pacientes (88%), ninguno ameritó reingreso, no hubo lesiones de vía biliar, ni muertes; la aceptación de este régimen por parte de los pacientes fue de 100%. Los gastos de operación en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria representaron un ahorro promedio de 22.645.98 BsF. por paciente para un total del grupo de 951.131,16 BsF. Con los resultados de este estudio se pretende demostrar que la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento seguro y factible, que puede realizarse de manera rutinaria con una adecuada selección de casos a fin de lograr una mejor utilización de los recursos hospitalarios.

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia, costo-beneficio, cirugía mayor ambulatoria.

EVALUACIÓN DE LOS ACCIDENTES CON OBJETOS PUNZO PENETRANTES EN LAS CLÍNICAS PDVSA TÍA JUANA COSTA ORIENTAL DEL LAGO

Romero Díaz Chiquinquirá del C.

Supervisor del Servicio de Bioanálisis, Clínica Industrial PDVSA Tía Juana.

Se evaluaron los accidentes con objetos punzo penetrantes en las Clínicas PDVSA Tía Juana Costa Oriental del Lago, basado en los fundamentos creados por la Organización Mundial de la Salud y las normas emanadas de la Comisión Venezolana de Normas Industriales; así como en la normativa legal vigente. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y no experimental, para ello se procedió a la revisión de diversas fuentes de información. Se utilizó un cuestionario basado en el conocimiento de los riesgos biológicos, las normas de bioseguridad y los aspectos legales

relacionados con el tema, diseñado por la autora. Se aplicó a una población de 75 personas de las diferentes Clínicas que conforman el Distrito de Salud Tía Juana; entre los cuales se encuentran médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, personal de mantenimiento; entre otros. Se llegó a la conclusión que a pesar que existe la cultura de seguridad dentro de la Clínicas evaluadas; debemos fortalecer lo relacionado al uso de equipos de protección personal y reforzar el mantenimiento continuo de la cultura de Bioseguridad. El personal encuestado debe comprometerse con los programas de vacunación diseñados por la Gerencia de Salud y cumplir el tratamiento. Preparar cartelera informativa con tópicos de Seguridad, Higiene y Ambiente accesible a todo el personal que labora en las áreas operacionales; así como; entregar a los trabajadores trípticos informativos sobre esta materia. Por último, la autora diseñó material informativo y preventivo explicativo, con todos los pasos a seguir en caso de sufrir un accidente con objetos punzo penetrantes, además del diseño de una un Programa de Prevención y Control de accidentes con objetos punzo penetrantes para el personal de salud, utilizando como parámetros los resultados obtenidos con la utilización de los instrumentos de evaluación mencionados anteriormente.

Palabras clave: Programa de seguridad, riesgos, bioseguridad.

LIDERAZGO ÉTICO COMO COMPROMISO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PÚBLICAS

Hernández R.*, Mármol R., Pinto E., Rivas L.

*Universidad del Zulia. Facultad de Medicina.
Escuela de Enfermería. Maracaibo, Estado Zulia.
rjho27@hotmail.com

El propósito de esta investigación fue manifestar y comprender fenomenológicamente el signi-

ficado del liderazgo ético y la responsabilidad social practicada por el personal directivo de la organización hospitalaria pública. Se utilizó un enfoque cualitativo, con un método fenomenológico; seleccionando 8 informantes clave: 2 miembros directivos, 4 enfermeras, 1 persona humana enferma y 1 familiar y los investigadores. Para recolectar la información se utilizó la entrevista semiestructurada, observación directa no participativa. Registrándose por medio de doce diálogos a profundidad para buscar la categorización, ideas claves y temas claves. Análisis descriptivo: (C1) Responsabilidad Social (SC1) responsabilidad, (SC2) Responsabilidad Social Interna, (SC3) Responsabilidad Social Externa; (C2) Liderazgo Ético, (SC1) Valores Éticos, (SC2) Compromiso (SC3) Liderazgo. Análisis Concluyente: Actualmente en las instituciones hospitalarias públicas, no se ejerce la responsabilidad social tanto internamente como externamente, lo cual, guarda íntima relación no sólo con la atención ofrecida a la persona humana sino también, con las actividades practicadas dentro la institución hospitalaria y sus alrededores. Evidenciándose una discrepancia entre lo expuesto en la teoría, la información proporcionada por los informantes clave y nuestra experiencia laboral, observándose que el personal no responde a las acciones irresponsables que comete, haciendo caso omiso a las irregularidades que ocurren dentro de la institución. De igual manera, se pudo conocer que la aplicabilidad del liderazgo en dichas organizaciones no se ejerce de la manera expuesta por los teóricos y los antecedentes citados en esta investigación, ya que se evidencia un estilo de liderazgo autocrático y dominante, que influye directamente en la comunicación y rendimiento de los profesionales que allí laboran.

Palabras clave: Liderazgo, ética, valores, responsabilidad social, compromiso, cumplimiento.

CORRESPONSABILIDAD Y BIOÉTICA SOCIAL

**Mendoza de Graterol Eva^{1*},
Mendoza Gregoriana¹,
Belloso de Noriega Vanessa de los Ángeles²,
Graterol de Pérez Ana Raquel³.**

¹Docente Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. ²Hospital Adolfo Pons IVSS.

³Hospital Coromoto. Maracaibo, Venezuela.

*evadegraterol@yahoo.com

Introducción: el hombre como perteneciente a una comunidad y a una sociedad debidamente organizada, debe conocer, comprender, analizar y reflexionar sobre el ejercicio ciudadano de la corresponsabilidad. Propósito: analizar el significado de la corresponsabilidad y la bioética social. Metodología: enfoque cualitativo, método hermenéutico-dialéctico. Resultados: Análisis descriptivo: mejorar la salud como un derecho, la calidad de vida y el bienestar de las personas, para lograrlo, incorporar el componente de la corresponsabilidad al trabajo clínico, fomentando la cultura y la participación de los pacientes y sus familiares en el autocuidado. A los grupos profesionales de salud se pueden sumar otras personas, de preferencia de las propias comunidades, habilitadas para poder cumplir las acciones concretas derivadas de la división organizada del trabajo, en donde se articulen funciones, se fijen actividades y se delimiten responsabilidades. Análisis Conclusivo: La Constitución Bolivariana vigente encamina de acuerdo a la tendencia del constitucionalismo contemporáneo, la consolidación del Estado social de Derecho y de justicia al garantizar las conquistas de los derechos sociales fundamentales y reconoce la participación del ciudadano (en lo individual y colectivo) en los asuntos públicos. Por lo que hay un aumento de derechos individuales, políticos y sociales para la sociedad venezolana, y en razón de esto, la sociedad exige la validez histórica, por lo tanto, la co-

rresponsabilidad y la bioética social remite a factores como convivencia, solidaridad, tolerancia, compromiso, siempre desde una lectura ética de las diferentes manifestaciones y experiencias que

se abordan como partícipes de una sociedad civil en un régimen democrático y participativo.

Palabras clave: Corresponsabilidad, bioética, social.

Ginecología

EMBARAZO PRECOZ, DESCOMPOSICIÓN SOCIAL O DESINFORMACIÓN. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SERVICIO DEL GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO A LOS ESTUDIANTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE LA U.E RÓMULO GALLEGOS, UBICADA EN CERROS DE MARÍN

Andrades Deyvis¹, González Larry¹,
Olivera Yelitza¹, Villalobos Nicari¹,
Doria Anxi²

¹Medicos Integrales Comunitarios.

²Adjunta al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Coromoto.

En Venezuela la 5ta parte de los niños que nacen en el país son hijos de madres menores de 19 años. Según el MPPS el 23% del total de los embarazos que ocurren son en Adolescentes. El embarazo precoz es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece entre los 10 y 19 años. El embarazo en adolescente es cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado un problema de salud pública, especialmen-

te en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil. Es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia, matrimonios a temprana edad, educación sexual inadecuada, carencia de control de los impulsos sexuales, presión grupal y la falta de acceso a la educación. El propósito de esta investigación es abordar la temática del embarazo en la adolescencia. Conocer causas y principales complicaciones que trae consigo, proponer acciones para prevenirlo, elaborar materiales educativos que faciliten la promoción social del tema abordado. Como resultado de este trabajo se logró recopilar información actualizada por encuesta abierta aplicada a los alumnos de 4to y 5to año de la UE Rómulo Gallegos ubicada en Cerros de Marín. Se propusieron acciones de promoción y prevención a través de charlas aplicadas a dicho grupo de alumnos. Donde se refleja los factores de riesgo, consecuencias orgánicas, psicosociales y económicas de la procreación temprana.

Palabras clave: Embarazo precoz, adolescencia, educación, sexualidad temprana.

Hematología

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE PROMOCIÓN DE DONACIÓN ALTRUISTA Y REPETIDA DE SANGRE, EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Bohórquez D., Acosta R., Durán E.*, De Turris R., Navas W., Sánchez K., Yépez F.

Facultad de Medicina, Universidad del Zulia y Fundación de Donantes Voluntarios de Sangre-PROVIDAS.

**ejdv19@gmail.com*

La transfusión de sangre y sus componentes ayudan a salvar miles de vida cada año en nuestro país. En Venezuela son pocas las instituciones que promueven tan noble acto. Por ello en base a esta realidad y a la poca participación que desarrolla la comunidad universitaria en la solución de este grave problema, surge la idea de crear una unidad que sirva como eje de planificación de proyectos y estrategias, con la visión de convertirse en líderes en la captación de nuevos donantes, a través de actividades tendientes a generar conciencia y crear cultura en cuanto a la donación voluntaria de sangre. Es por ello que la propuesta fue diseñada en base a la necesidad de un eje que sirva como modelo de organización y de funcionalidad de promoción de la donación voluntaria de sangre, con la finalidad de rescatar y crear cultura en la comunidad universitaria. Se estructuró la propuesta en la Fundamentación Teórica, que incluye los basamentos legales que le dan el sustento o basamento para su creación. Aunado a eso se definieron los elementos estratégicos que proyectan una visión general del centro, su misión, visión, objetivos y lineamientos a ejecutar.

Palabras clave: Unidad, promoción, captación, donantes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DÉFICIT DE DONANTES ALTRUISTAS Y REPETIDOS DE SANGRE, EN EL MUNICIPIO MARACAIBO DEL ESTADO ZULIA

Acosta R.*, Durán E., Bohórquez D., Díaz P., De Turris R., Sánchez K.

Facultad de Medicina, Universidad del Zulia y Fundación de Donantes Voluntarios de Sangre-PROVIDAS.

**roxana_acosta17@hotmail.com*

Pocos países en el mundo tienen organizado un sistema público de donación de sangre. En los países en que no existe tal sistema, la donación es realizada por familiares, o se paga para encontrar un donante. Venezuela no escapa a la realidad de un insuficiente abastecimiento de sangre, de hecho constantemente se solicita a la población la colaboración mediante la donación voluntaria de sangre para los diferentes bancos de sangre. En Venezuela son pocas las organizaciones que prestan este tipo de promoción tanto a las comunidades como al colectivo general, la falta de concientización sobre esta problemática actual, afecta de manera directa a pacientes que requieren de este vital fluido. El presente trabajo de investigación permitió evaluar los factores que influyen en el déficit de donantes altruistas y repetidos de sangre, en el municipio Maracaibo del estado Zulia, asimismo, busca atender esta problemática informando acerca de los tabúes que existen, de qué manera podríamos eliminarlos con el fin de lograr una proyección social, la cual sirva para impulsar e implementar medidas para revertir los bajos índices de donación voluntaria que existen actualmente y captar donantes altruistas y repetidos de sangre.

Palabras clave: Donación, sangre, voluntario.



PROGRAMA DE PROMOCIÓN ACADÉMICA DE LA FUNDACIÓN PROVIDAS: UNA HERRAMIENTA PARA EL FORTALECIMIENTO PROFESIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Sánchez K.*, Acosta R., Bohórquez D., Durán E., De Turris R., Navas W., Yépez F.

Facultad de Medicina, Universidad del Zulia y Fundación de Donantes Voluntarios de Sangre-PROVIDAS.

**k_evin_17@hotmail.com*

Mediante este programa se busca resaltar la promoción de la donación altruista y repetida de sangre, a través de la academia y también se proponen diversas actividades con el fin de ofrecer información de calidad, actualidad, relevancia, pertinencia con las demandas sociales y que adicionalmente sirva para la formación del perfil profesional y personal de los miembros de la fundación, comunidad estudiantil y del colectivo en general. A través de este programa, la Fundación de Donantes Voluntarios de Sangre-PROVIDAS, asume el compromiso de velar por el fiel cumplimiento y ejecución de las diversas actividades planificadas por dicho programa. Para ello, se contará con la participación de miembros que de manera altruista quieran colaborar en las diversas actividades tales como: charlas, foros, seminarios, talleres y otros medios que sean considerados necesarios para llevar a cabo dicha labor y de personal capacitado como médicos y profesores que colaboren en la orientación y asesoría del programa. Entre las ofertas académicas destacan: Talleres de Liderazgo, Oratoria, Ortografía, tópicos relacionados con las diversas especialidades médicas y de otras profesiones dirigidas al público. Es un programa dirigido a toda la población universitaria de la región zuliana, que de manera altruista deseen participar y colaborar en pro del desarrollo de las estrategias planteadas en este programa y cuya ejecución será anualmente, el cual iniciará

el mes de Enero y culminará en el mes de Diciembre del respectivo año.

Palabras clave: Programa, promoción, formación, donación, actividad.

PROGRAMA SOCIOCOMUNITARIO DE LA FUNDACIÓN DE DONANTES DE SANGRE PROVIDAS: UN APOORTE PARA UNA MEJOR PATRIA

Sánchez K.*, Acosta R., Bohórquez D., Durán E., De Turris R., Navas W., Yépez F.

Facultad de Medicina, Universidad del Zulia y Fundación de Donantes Voluntarios de Sangre-PROVIDAS.

**k_evin_17@hotmail.com*

A través de este programa, se busca integrar a los miembros de la FUNDACIÓN DE DONANTES VOLUNTARIOS DE SANGRE "PROVIDAS" con la comunidad en general, a través de actividades extensionistas, en las cuales se beneficie el colectivo en general de nuestra región, todo con la finalidad de fortalecer el vínculo entre universidad-comunidad y de crear conciencia ciudadana, además de reforzar valores como el altruismo, generosidad, respeto, entre otros. Principalmente, entre sus actividades a realizar resaltan: Jornadas de Atención Primaria de Salud y de Despistaje de Hipertensión Arterial y Diabetes, visitas a los geriátricos de la región, compartir navideño con los pacientes infantiles del Instituto Hematológico-Banco de Sangre del Zulia, charlas educativas, entre otras actividades planificadas, con los objetivos de impulsar dicho programa hacia las diversas comunidades de la región, además de vincular a los donantes voluntarios de sangre con actividades diferentes a la de la D.A.R. (Donación Altruista y Repetida de sangre), impulsar la participación universitaria en la comunidad, entablar relaciones con diversos sectores tanto público como privado, para lograr un mayor al-

cance del programa y exista una gran receptividad de parte de los beneficiarios y activar la educación en valores como son: la gratuidad, la democracia, la solidaridad, la igualdad, la tolerancia y el respeto a la diversidad. Es un programa

dirigido a todas las comunidades de la región y cuya ejecución será anualmente, el cual iniciará el mes de Enero y culminará en el mes de Diciembre del respectivo año.

Palabras clave: Programa, actividades, comunidad, integrar, impulsar.

Imagenología

CORIOANGIOMA PLACENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vera Y.*, Finol M., Bastidas E., Sosa Y., Núñez Y.

Hospital Coromoto de Maracaibo.
*yimaravera@hotmail.com

El corioangioma de placenta es el tumor no trofoblástico más frecuente de ese órgano; su incidencia real se desconoce, aunque se reporta en 1% de las placentas examinadas microscópicamente y con evidencia clínica en aproximadamente 1 por cada 3,500 a 9 mil nacimientos. Este tumor no suele vincularse con complicaciones materno-fetales, a menos que su tamaño supere 5 cm de diámetro o que se encuentre cerca de la inserción del cordón umbilical. Cuando es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia posparto, retraso en el crecimiento intrauterino, insuficiencia cardíaca congestiva del producto, entre otras complicaciones. El caso clínico corresponde a una paciente de 23 años, primigesta, sin antecedentes de importancia, a quien por ultrasonido en la semana 28 de embarazo se le detectó una tumoración placentaria de $8 \times 7 \times 6$ cm. Durante el embarazo presenta amenaza de parto pretérmino, con controles ecográficos semanales. A la semana 33 inicia trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas. Se le realiza cesárea segmentaria de emergencia obteniendo feto único femenino vivo de 1500g y 40cm en malas condiciones, se envía a uci pediátrica donde permanece 3 semanas con evolución satisfactoria. Al momento de la cesaría se extrae placenta con tumoración en su cara fetal de aproximadamente 10×8 cm y discreta área de desprendimiento de la misma. El estudio histopatológico de la placenta indicó corioangio-

ma parcialmente infartado con áreas de calcificación multifocal.

Palabras clave: Coriangioma placentario, tumor no trofoblástico, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas.

EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA EN PACIENTES CON TUMOR TIPO ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Acosta D., Senf R., Bastidas E.*, Vera Y., Núñez Y.

Servicio de Terapia Endovascular, Hospital Coromoto.
*elabasbo@gmail.com

El Angiofibroma Nasofaríngeo Juvenil, es una Neoplasia Benigna, hipervascularizada, nasofaríngea, común en adolescentes masculinos, causa epistaxis recurrente, obstrucción nasal, rinitis, comportándose como tumor agresivo, con remodelación ósea. Objetivos: En la actualidad, la Terapia Endovascular de Embolización preoperatoria de Tumores de cabeza y cuello se ha convertido en un importante adyuvante para el tratamiento de estas lesiones, siendo un Procedimiento Mínimamente Invasivo, condicionando una evolución clínica favorable, mejor campo quirúrgico, menor pérdida sanguínea durante el procedimiento quirúrgico y disminuye la morbi-mortalidad, proporcionándole una recuperación más pronta y acortando la estancia hospitalaria. Caso: Se incluyeron 17 pacientes masculino, edad entre 15 y 24 años, con clínica de obstrucción nasal, epistaxis y disfonía, al examen de ORL y Métodos de Imágenes Tomográficas se

constata LOE, ocupando fosas nasales, celdillas etmoidales, coanas y seno esfenoidal, comprimiendo y desplazando estructuras adyacentes, con remodelación ósea, altamente vascularizado, diagnosticándose Tumor Tipo Angiofibroma Nasofaríngeo Juvenil, tipo II y III, según la clasificación de Fisch. Se realiza procedimiento Radiológico Intervencionista Mínimamente Invasivo, Terapia Endovascular, Técnica de Seldinger, Embolizando selectivamente Ramos Arteriales Esfenopalatinos, Instilando Microesferas de entre 300 y 1000 μ m., 72 horas previo a la Terapia Quirúrgica, discusión y conclusiones: La Embolización selectiva de Ramos Esfenopalatinos de la Arteria Carótida Externa fue satisfactoria, disminuyo en forma considerable la hemorragia quirúrgica y postquirúrgica, disminuyendo el tiempo de la Cirugía y sus Complicaciones, con resultados favorables para los paciente.

Palabras clave: Angiofibroma nasofaríngeo juvenil, terapia endovascular de embolización, microesferas.

EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO (CATÉTER) POR VÍA ENDOVASCULAR

Vera Yimara*, Senf Roberto, Acosta David, Bastidas Elaine, Sánchez Liliana, Mendoza Maikely

Servicio de Imágenes. Hospital Coromoto.

**yimaravera@hotmail.com*

Paciente femenina de 6 años, en malas condiciones clínicas, con antecedente de politraumatismo, quien posterior a colocación de vía central, se produce una ruptura del catéter, quedando parte de este a nivel intravascular de la vena subclavia derecha; ante este hecho, el servicio de pediatría nos consulta para extraerlo por vía endovascular. se programa el procedimiento radiológico intervencionista mínimamente invasivo y bajo anestesia general, en el servicio de hemodinamia, bajo control fluoroscópico, se observa ca-

téter de vía central alojado desde la vena subclavia derecha hasta la vena cava inferior. Se realiza por punción venosa femoral derecha; en primera instancia se enlaza el extremo inferior, pudiéndose con el mismo desplazar el extremo inferior; luego se maniobra con el lazo, para proceder a su extracción. Se tracciona en forma sostenida, lográndose desprender el extremo proximal del catéter de su posición a pesar de la adherencia a la pared de la misma producida por la fibrosis; se enlaza el catéter un poco más cerca de su extremo proximal para lograr una mayor fuerza de tracción, una vez capturado y asegurado el catéter con el lazo, se procedió a su extracción. La duración del procedimiento fue de 15 minutos, con posterior evolución satisfactoria del paciente. Se describe caso de paciente pediátrico al que se le extrae un cuerpo extraño (catéter intravascular) ubicado en sistema venoso, extraído a través de procedimiento radiológico intervencionista mínimamente invasivo, por vía percutánea endovascular, de manera rápida y sin complicaciones.

Palabras clave: Cuerpo extraño, terapia endovascular, radiología intervencionista.

HEPATOBLASTOMA GIGANTE EMBOLIZADO

Mendoza Maikely*, Senf Roberto, Sánchez Liliana, Bastidas Elaine, Vera Yimara

Servicio de Imágenes del Hospital Coromoto.

**maikelymendoza04@gmail.com*

El hepatoblastoma es el tumor hepático maligno más frecuente en lactantes, los casos congénitos son raros. Caso clínico. Se trata de lactante mayor masculino con tumor abdominal gigante, se describe gran lesión de ocupación de espacio extensa, heterogénea, muy vascularizada, ocupando todo el lóbulo derecho y parte del lóbulo izquierdo del hígado; con niveles séricos de alfa feto proteína elevados; inicialmente se tomaron

biopsias a cielo abierto y el diagnóstico histopatológico fue hepatoblastoma; recibió varios ciclos de quimioterapia. Se decide embolización tumoral arterial para evaluar reducción tumoral y permitir mayor porcentaje de tejido hepático sano residual, en primera evaluación imagenológica que incluyó volumetría tumoral se contaba con 19% de hígado sano, 3 semanas luego de la embolización se obtiene reducción tumoral y discreta hipertrofia del hígado sano. Aunque se espera por cirugía definitiva, se ha propuesto dicha terapéutica como alternativa en este caso específico, ya que la participación de radiología intervencionista en los casos de hepatoblastomas gigantes es usada solo en casos de ruptura o sangrado tumoral espontáneo.

Palabras clave: Hepatoblastoma, embolización, lactante, tumor gigante.

LIPOSARCOMA MIXOIDE GIGANTE, EMBOLIZACIÓN PRE QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vera Yimara*, Senf Roberto, Acosta David, Bastidas Elaine, Acurero Glericet, Tavares Axel

Hospital Coromoto de Maracaibo.

**yimaravera@hotmail.com*

El liposarcoma es un tumor de tejido adiposo, siendo las extremidades el sitio de afectación más frecuente. El término "liposarcoma" hace referencia a un conjunto de cánceres que abarca desde lesiones de comportamiento esencialmente benigno a otros de franca malignidad, más agresivos, susceptibles de recidivar y/o de metastatizar. Las decisiones relativas al tratamiento y cuidados posteriores de los pacientes con liposarcomas vienen determinadas por las características y patrones de comportamiento que se conocen de los distintos subtipos existentes. Aunque muchos de los principios que rigen la evaluación y el manejo de otros tipos de sarcomas de partes

blandas son sin duda aplicables al liposarcoma, éste cuenta con rasgos propios que le son únicos y que merecen una especial atención. Caso clínico: Se presenta paciente masculino de 56 años, con tumoración de partes blandas en extremo proximal de pierna derecho. Se realiza rmn de la lesión demostrando imagen de gran tamaño, heterogénea con intensidad de señal alta. Se procede a realizar procedimiento radiológico intervencionista mínimamente invasivo de terapia de embolización con micropartículas, 48h previo a la intervención quirúrgica, evitando así el sangrado excesivo durante la misma, con posterior resección completa de la lesión en la operación y reporte histopatológico de liposarcoma mixoide, con evolución postquirúrgica favorable. Discusión: La embolización 48 horas previa a la resección quirúrgica de este tipo de tumoraciones gigantes resulta ser un tratamiento paleativo bastante efectivo, que disminuye significativamente el sangrado transoperatorio. Siendo la cirugía y posteriormente la radiación el tratamiento final.

Palabras clave: Liposarcoma, embolización, radiología intervencionista.

OBLITOMA ASOCIADO A UNA MASA ABDOMINO-PÉLVICA

Núñez Y., Sosa Y., Vivas G., Vera Y., Acosta D.

Servicio de Imágenes Hospital Coromoto de Maracaibo. yeliany@gmail.com

El Oblitoma es definido por la real academia española como "cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica". Se manifiestan generalmente con cuadros clínicos complicados que varían de una masa ocupante de espacio o pseudotumor hasta erosión de vasos sanguíneos o de asas intestinales con formación de fístulas, pudiendo manifestarse varios meses o años después de la cirugía original. Caso clínico: Paciente femenino de 20

años de edad, con antecedentes de cesárea hace 4 meses, quien acude por presentar, fiebre, dolor y aumento de volumen a nivel de región pélvica, con sospecha de infección urinaria; se solicita UroTC observando imagen de densidad metálica ubicada a nivel de región pélvica, lineal, de bordes lisos, bien definidos, que mide aproximadamente $9,48 \times 1,19$ cm ubicada en región pélvica que según antecedente del paciente podría corresponder a oblitoma. Conclusión: Los cuerpos extraños intraabdominales constituyen un grave problema médico y legal, que por obvias razones es poco analizado en la literatura médica y los lineamientos publicados de tratamiento son limitados por lo que es difícil estimar la incidencia real. Con el incremento de la cirugía por laparoscopia (mínimamente invasiva), la incidencia de este tipo de elementos ha disminuido en forma importante, constituyendo aproximadamente un 80% de los cuerpos extraños olvidados en abdomen corresponden a compresas, gasas y campos quirúrgicos ("textilomas") que contienen fibras de celulosa no asimilables por el cuerpo humano; predominando en el sexo femenino (57%) digestivo (52%) seguida por las ginecológicas (22%) como la descritas en este caso.

Palabras clave: Oblito, oblitoma, cuerpo extraño.

RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA HOSPITAL COROMOTO, EXPERIENCIA EN 6 AÑOS

Rodríguez-Díaz José, Senf Roberto, Acosta David, Mendoza Maikely, Barroso Glabenys, Bermúdez María A.

Servicio de Imágenes del Hospital Coromoto de Maracaibo.

Conjunto de técnicas y procedimientos mínimamente invasivos que permite el acceso a de-

terminadas patologías, generalmente vasculares, colecciones y lesiones utilizando las técnicas de microcateterización, y toma de biopsias con el fin de tratarlas para su exclusión de la circulación o mediante la aplicación de diversos productos de forma directa sobre la vascularización del proceso patológico, realizado por médicos intervencionistas especialmente entrenados. Procedimientos punción-biopsia con aguja, drenaje y derivaciones biliares y angiografías (embolización cerebrales, embolizaciones tumorales, quimioembolización, embolización de mioma uterino, angioplastia periféricas, tratamiento endovascular de acceso de hemodiálisis, ablación por radiofrecuencia, trombolisis, implantación de filtros de vena cava, shunt transyugular intrahepático portosistémico (tips), vertebroplastia. Ventajas: mínimamente invasivo, reducción de tiempo de hospitalización, integración temprana a actividades, menor costo, menor duración del procedimiento, algunos no se requiere hospitalización, baja morbi-mortalidad, algunas no requieren de anestesia general, menor riesgo de infección o hemorragias. Conclusión: la radiología intervencionista demuestra ser un procedimiento seguro y confiable, el cual se puede utilizar como método de primera línea en la detección de tumores o enfermedades difusas, así como terapia mínimamente invasiva de muchas patologías, incluyendo vasculares, con una rápida recuperación del paciente, con gran certeza diagnóstica y con un porcentaje bajo de complicaciones.

Palabras clave: Radiología intervencionista, procedimiento mínimamente invasivo, técnica de microcateterización.

Infectología

EVALUACIÓN DE LAS INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO DEL AÑO 2013

Acurero G.³, Abad H.¹, Conteras R.²

¹Infectólogo. Coordinador del Programa de Control de Infecciones. ²Especialista en Cirugía General. Adjunto del Servicio de Cirugía General.

³Residente de 4to Año del Postgrado de Cirugía General.

Hospital Coromoto de Maracaibo.

En la actualidad las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) ocupan la tercera infección nosocomial más frecuente y la primera en los pacientes quirúrgicos. Objetivo: Evaluación de las ISQ ocurridas en el Departamento Quirúrgico del Hospital Coromoto de Maracaibo Año 2013, que busca determinar la frecuencia de las ISQ, agente etiológico, factores de riesgos asociados, y promedio de días de estancia hospitalaria. Materiales y Métodos. Se realizó una investigación de tipo descriptivo de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia, La reco-

lección de datos se realizó de forma indirecta por revisión de historias clínicas y fichas del programa de infecciones asociadas a la atención de salud. Resultados: En el año 2013 se realizaron 2.785 intervenciones quirúrgicas de los cuales 2.136 (76%) fueron electivos y 649 (23%) emergencia. Se diagnosticó 25 casos de ISQ en cirugía electiva (tasa 1.17) y 3 casos en emergencia (tasa 0.46). El agente etiológico más frecuente aislado fue *K. pneumoniae* (24%), *P. aeruginosa* (13%). El factor de riesgo más frecuente asociado a ISQ es la HTA, diabetes y obesidad. Discusión: La tasa de infección de 1.01% se encuentra en el rango aceptado por la OMS; la mayor tasa de ISQ durante el año 2013 fue en casos electivos a pesar de la preparación prequirúrgica del paciente ya que en la mayoría de los casos presenta comorbilidad asociada. Conclusión: La tasa de ISQ en el Hospital Coromoto de Maracaibo es del 1.01% en el año 2013. Recomendaciones: Énfasis en la inducción prequirúrgica en el paciente selectivo.

Palabras clave: Infecciones del sitio quirúrgico, agente etiológico, infección asociada a la atención de salud.

Medicina Interna

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE BEBIDAS GASEOSAS EN LA SALA DE 5 AÑOS DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL DE MARACAIBO

Carruyo Julio*, Márquez María,
González Liliam, Vera Sofía,
Villasmil Daniela

*Universidad del Zulia, Facultad de Medicina,
Escuela de Medicina, Departamento de Salud
Pública Integral.*

**jcarruyoavila@gmail.com*

En Venezuela el consumo de bebidas gaseosas, se ha vuelto un problema de salud pública, no solo por su prevalencia y daños ocasionados, sino por las enfermedades que produce a los consumidores, en especial a temprana edad, entre las cuales se incluyen: obesidad, anemia, deficiencia nutricional, caries dentales, erosión dental, osteoporosis, entre otras. El objetivo fue determinar las consecuencias que pueden ocasionar las bebidas gaseosas en la sala de 5 años de un Centro de Educación Inicial del municipio Maracaibo del estado Zulia. La metodología es de tipo descriptiva, transversal, de campo no experimental, para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta en su modalidad cuestionario, que constó de preguntas cuyas respuestas son de tipo cerrada dicotómicas. Los resultados obtenidos, evidencian el gusto en el consumo de bebidas gaseosas, siendo la Coca Cola con el 44,44% el sabor más aceptado por los niños, en cuanto a las consecuencias, la obesidad con el 44,68% fue la más frecuente. A manera de conclusión, es importante lograr la sensibilización de los padres y representantes ante la conservación de la salud de sus representados, asimismo, se debe tener en cuenta la formación familiar y educativa desde la edad

preescolar con respecto al consumo de bebidas gaseosas.

Palabras clave: Bebidas gaseosas, consecuencias, enfermedades.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL BARRIO LOS ANDES PARROQUIA MANUEL DAGNINO, MUNICIPIO MARACAIBO, ESTADO ZULIA

Carruyo Julio*, Arce Rebecca,
Bordonaro María, Vera Sofía,
González Liliam, Villasmil Fabiola

*Universidad del Zulia, Facultad de Medicina,
Escuela de Medicina, Departamento de Salud
Pública Integral.*

**jcarruyoavila@gmail.com*

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) continúa siendo un problema de salud pública en el mundo, principalmente en los países en desarrollo. En Venezuela el CCU es la segunda causa de muerte en la mujer venezolana, de acuerdo a las estadísticas del registro Nacional de Tumores del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2010). El objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgo para Cáncer de Cuello Uterino en mujeres del barrio Los Andes parroquia Manuel Dagnino del municipio Maracaibo del estado Zulia. La metodología es descriptiva, de campo, transversal, la población constó de los hogares de 35 familias, los cuales, se estudiaron a través de encuestas, entrevistas, charlas y revisión de las historias médicas de los servicios de medicina familiar y ginecología y obstétrica del Ambulatorio Urbano Tipo II "La Misión", donde se tomó un muestreo resaltando los factores de riesgos que están íntimamente relacionados con

el cáncer de cuello uterino. En los resultados obtenidos, el factor con mayor riesgo fue la infección por VPH (virus de papiloma humano), con el 66%, donde predominaron las mujeres entre menos de 17 a 19 años representadas con el 42%. Se concluye, la importancia de realizar actividades informativas acerca de los factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y sexualidad responsable en la familia, escuelas y la comunidad.

Palabras clave: Factores de riesgo, cáncer de cuello uterino, virus de papiloma humano.

IMPORTANCIA DEL DISEÑO DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO PRE-HOSPITALARIO DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

Al Awad Adel^{1*}, Finol José², Pérez Irving², Pineda Francisco², Rocca Antonietta²

¹Departamento de Ciencias Morfológicas. Cátedra de Anatomía. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. ²Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).

*adelalawad@cantv.net

Introducción: El Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) se define como el aumento de la Presión Intraabdominal (PIA) por encima de 20mmHg, caracterizado clínicamente por su asociación a la falla multiorgánica, con una alta mortalidad. Se ha demostrado que un diagnóstico precoz, así como un adecuado tratamiento, son fundamentales para disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes afectados por esta patología, razón por la cual el personal paramédico, como primer órgano de choque, debe estar preparado para manejarlo. **Materiales y métodos:** Investigación descriptiva, empírica y de campo, no experimental, transversal. Como instrumento de medición y recolección de datos, se diseñó un cuestionario de doce (12) preguntas

cerradas, de selección simple, el cual fue aplicado a un total de 17 paramédicos que laboran en FUNSAZ 171, que constituyen el 57% de la población de paramédicos contratados en dicha institución. **Resultados:** El 88,23% de los paramédicos encuestados obtuvo de 1 a 4 puntos, demostrando tener un Conocimiento Deficiente. El 11,77% restante fue clasificado en la categoría de Conocimiento Intermedio (5 a 8 puntos). Ninguno de los encuestados demostró tener un nivel de Conocimiento Suficiente (8 a 10 puntos). **Discusión:** Según los resultados obtenidos se pone de manifiesto el poco conocimiento que poseen los paramédicos sobre el Síndrome Compartimental Abdominal. La importancia de la atención médica precoz como método para evitar el desarrollo y evolución de esta patología y la ausencia de un protocolo establecido para el tratamiento pre-hospitalario de la misma revisten de importancia el establecimiento de un protocolo de tratamiento.

Palabras clave: Síndrome compartimental, presión.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES HIPERTENSOS, CONSULTORIO MÉDICO POPULAR MONSERRATE (MARZO-JULIO, 2013)

Rojas Maturana Esteban Andrés^{1*}, Bohórquez Pacheco David Leonardo², Bohórquez Pacheco Edixon Yair³, Ávila Montes Edwin Alexander¹

¹Médicos Internos de Medicina Integral Comunitaria Hospital Coromoto. ²Médico Interno de Medicina Integral Comunitaria Hospital Universitario. ³Médico Internos de Medicina Integral Comunitaria Ambulatorio Los Robles. *esteban.yusmely@gmail.com

Se aplicó una intervención educativa en pacientes hipertensos del consultorio médico popular Monserrate en el período comprendido entre

el mes de marzo y julio del año 2012, para identificar los factores de riesgo que favorecieron la aparición de la hipertensión arterial en los individuos que pertenecen a dicha comunidad. Se contó con un universo de 269 pacientes, se trabajó con una muestra de 140 personas hipertensos siendo todos dispensarizados. Para darle cumplimiento a las tareas planteadas se realizaron visitas de terreno, charlas educativas, entrevistas individuales, utilizando variables sociodemográficas y explorar los factores de riesgo así como las causas desencadenantes de la hipertensión arterial. Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y el método porcentual, con el fin de obtener los resultados esperados de la intervención. Se obtuvo una mayor prevalencia de la enfermedad en los mayores de 60 años, mayoritariamente en el sexo femenino. Predominó la variable mixta que incluye alcohol, café y tabaco, junto al sedentarismo como factores de riesgo. Como enfermedad crónica asociada, la Diabetes Mellitus; además, se logró incrementar el nivel de conocimiento de la población acerca de dicha enfermedad. Elementos que permitirán disminuir la incidencia, control de la prevalencia y la aparición de complicaciones de la hipertensión arterial en los individuos estudiados, mejorando su calidad y esperanza de vida.

Palabras clave: Factores de riesgo, hipertensión, intervención educativa.

RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS PDVSA LAGUNILLAS

González-Rincón Ángel,
Colina-Córdova Lenny

PDVSA Lagunillas.

El estilo de vida y los antecedentes de enfermedad cardiovascular afectan directamente a niños y adolescentes con el consecuente aumento de riesgos y desarrollo de patologías. La promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de una estrategia dinámica y operativa en las escuelas permiten detectar el riesgo cardiovascular para su tratamiento oportuno. Objetivo: determinar el riesgo cardiovascular en población escolar de las unidades educativas PDVSA Lagunillas. Método: investigación descriptiva, transversal no experimental. Muestra no probalística de 83 escolares de 6to grado de las UE Ramiro Parra y Ayacucho II. Registro en historia clínica escolar (preclínica y clínica). Estadística descriptiva. Resultados: Predominó sexo masculino 61%, escolares con sobrepeso 25%, escolares con sobrepeso sedentarios 50%, escolares con sobrepeso e HTA 7.49%. Conclusiones: la evaluación planificada de escolares permitió determinar la presencia de sobrepeso, sedentarismo e hipertensión arterial en consecuencia su derivación y tratamiento. Discusión: el alto porcentaje de sobrepeso se relaciona con la encontrada en el estudio en-Kit que indica un 26.3% para escolares españoles, y su duplicación porcentual con los resultados de Solano y col. en Valencia con un 12.2%; la prevalencia de HTA fue de 8.8% para González en escolares españoles similar al presente estudio.

Palabras clave: Sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial en escolares, escolares.

Psicología

EVALUACIÓN DE LA ESPECIFICIDAD HEMISFÉRICA CEREBRAL MEDIANTE UNA ESCALA Y SUS IMPLICACIONES

Rivas Rivas Mari Angélica¹,
Guzmán Toro Fernando^{2*},
Zambrano Rosa Elena³

¹Residente de Caumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Especialista en Cirugía de Tórax. Adjunto al Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Universitario de Maracaibo. ³Residente de Cirugía General.

*ferguztoro@hotmail.com

Se evaluó la hemisfericidad cerebral (el predominio del hemisferio cerebral derecho o izquierdo), mediante un instrumento que consta de cuarenta preguntas con dos respuestas cada una, relacionadas con cada uno de los hemisferios cerebrales en 100 participantes integrados por: 20 médicos, 20 estudiantes de medicina, 20 estudiantes de letras quienes eligieron la carrera como opción, 20 estudiantes asignados a letras y quienes no habían elegido la carrera como opción y 20 artistas plásticos. Se observó un mayor promedio de repuestas relacionadas con el hemisferio izquierdo en el grupo integrado por médicos: $23,20 \pm 5,14$, en los estudiantes asignados a letras quienes no habían elegido la carrera como opción: $22,90 \pm 4,62$; y en los estudiantes de medicina: $21,71 \pm 3,97$; así como un mayor promedio de repuestas relacionadas con el hemisferio derecho en el grupo de artistas plásticos: $24,23 \pm 5,18$ y en los estudiantes de letras quienes eligieron la carrera como opción $20,78 \pm 5,17$. El promedio de respuestas relacionadas con el hemisferio derecho fue mayor en los participantes del estudio quienes realiza-

ron actividades creativas en el ámbito de la plástica y la literatura.

Palabras clave: Hemisferio cerebral, médicos, estudiantes, letras, artistas.

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES CULTURALES Y RELIGIOSOS EN LOS DILEMAS ÉTICOS AL FINAL DE LA VIDA

Rivas Rivas Mari Angélica¹,
Guzmán Toro Fernando^{2*},
Zambrano Rosa Elena³

¹Residente de Caumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Especialista en Cirugía de Tórax. Adjunto al Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Universitario de Maracaibo. ³Residente de Cirugía General.

*ferguztoro@hotmail.com

En este trabajo se evalúa la opinión de estudiantes de medicina a cerca de la eutanasia, y si la percepción de la muerte en Latinoamérica, y en Venezuela se considera diferente a la de otros países. El 90% considera que la percepción de la muerte en Latinoamérica y en Venezuela es diferente debido a factores religiosos y sociales, situación que determina que muchos estén en desacuerdo con procedimientos como al eutanasia. Es importante tener en consideración los aspectos relativos a las creencias religiosas y sociales ante procedimientos como la eutanasia y específicamente la eutanasia activa debido a que no son de la aprobación de la población en general por razones sociales y religiosas.

Palabras clave: Creencias religiosas, sociales, muerte.

ESPIRITUALIDAD COMO PARTE CONSTITUTIVA DE LA SALUD

Mendoza G.^{1*}, Belloso de Noriega V.Á.²,
Graterol de Pérez A.R.³,
Mendoza de Graterol E.¹

¹Universidad del Zulia. ²Hospital Adolfo Pons IVSS.

³Hospital Coromoto.

*gregoriana4333@gmail.com

Introducción: La salud como la enfermedad está determinada por un principio no material el alma espiritual. El espíritu existe está dentro; la mayor parte de las personas viven un mundo de inmanencia y sufre por no percibirse del espíritu interno. El alma espiritual no puede subsistir sin un cuerpo, ella asegura la armonía funcional vital. **Objetivo:** analizar la unión existente entre alma y cuerpo, unión sustancial, como parte constitutiva de la salud. **Metodología:** enfoque cualitativo, método hermenéutico-dialéctico. **Resultados-Análisis descriptivo:** la salud no es un bien sino un derecho, no solo depende del factor orgánico-físico, de las valoraciones socioculturales de cada momento y lugar, de las variables socioeconómicas como el trabajo todo determinan estar sano con calidad de vida y qué es ser o estar enfermo. La salud condición de vida plena, pero no hay plenitud si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador. **Análisis Conclusivo:** existe un camino que conduce a la liberación de la inmanencia, la ignorancia y el sufrimiento; la acción social amorosa y compasiva hacia todos los seres. Es posible llegar a la acción social amorosa, por medio de los cuidados espirituales, cuidar al Ser, su sentido, la existencia, la vida. La salud se logra si la persona se percata de su espiritualidad, su espíritu interno; si los establecimientos de salud brindan atención integral y si se garantizan políticas de condición de vida plena, entonces la espiritualidad será parte constitutiva de la salud. **Palabras clave:** Espiritualidad, salud, calidad de vida.

PERCEPCIÓN FAMILIAR ANTE PACIENTES CRÍTICOS Y CUIDADOS HUMANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO

Gómez Echeverría Cintya

Hospital Coromoto de Maracaibo.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la percepción familiar ante pacientes críticos y cuidado humano en la unidad de cuidados intensivos del hospital Coromoto. El fundamento epistemológico fue el estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico; conformado por cuatro informantes claves familiares directos del paciente crítico. Las técnicas de recolección fueron: el auto-reportaje, la observación participante, la guía de observación y la entrevista semiestructurada. La técnica de registro de información se realizó, a través de la transcripción de cinco corpus discursivos buscando ideas claves categorizándolas en temas principales. En el análisis descriptivo de la percepción familiar ante pacientes críticos surgieron las categorías: C1 Incertidumbre como peligro, C2 Apoyo social y familiar: C3 Incertidumbre como oportunidad. C4 Adaptación. Para el tema de Cuidado humano en la Unidad de Cuidados Intensivos emergieron C1 Formación Altruista Humanista, C2 Cultivo de la sensibilidad hacia los otros y C3 Creación de un entorno Protector para el medio físico, mental y socio cultural. Igualmente en el análisis concluyente los informantes describieron la conducta distante e indiferente del profesional de enfermería en cuanto la satisfacción de sus necesidades emocionales y psicológicas, no establece contacto físico, verbal, o visual, sienten que el profesional de enfermería posee calidad humana aunque lo expresa poco y manifiestan la necesidad de un área donde esperar y compartir sus emociones.

Palabras clave: Percepción familiar, paciente crítico, cuidado humano, Unidad de Cuidados Intensivos.

Urología

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOMBRES MAYORES DE CUARENTA AÑOS DE EDAD, QUE ASISTEN A CONSULTA EN EL AMBULATORIO URBANO TIPO III “EL SILENCIO”, EN EL MUNICIPIO MARACAIBO DEL ESTADO ZULIA

**Durán E.^{1,2*}, Acosta R.^{1,2}, Bohórquez D.^{1,2},
Díaz P.^{1,2}, De Turris R.^{1,2}, Mejías F.¹,
Sánchez K.^{1,2}**

¹Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.

²Fundación de Donantes Voluntarios de Sangre-PROVIDAS

*ejdv19@gmail.com

El cáncer de próstata es la neoplasia más común que afecta a los hombres a nivel mundial, debido a esto la detección temprana mejora las probabilidades de un tratamiento exitoso; por tal motivo, el objetivo general de esta investigación es el de identificar los factores de riesgo para cáncer de próstata presentes en hombres mayores de cuarenta años de edad que acuden a consulta en el ambulatorio urbano III El Silencio, en el municipio Maracaibo, del estado Zulia. El tipo de in-

vestigación fue descriptiva, transversal, cuantitativa y de campo, enmarcada en un diseño no experimental. El universo quedó constituido por un total de 200 personas que constituyen la población de pacientes que acudieron a la consulta del servicio de medicina integral del ambulatorio tipo III El Silencio, en un ciclo de dos semanas consecutivas en el turno matutino. La muestra fue de tipo no probabilístico intencional y estuvo conformada por un total de treinta y nueve pacientes de sexo masculino y mayores de 40 años de edad, a quienes se les realizó una encuesta la cual arrojó que la población estudiada posee gran cantidad de factores de riesgo para este tipo de cáncer, y de los tres factores que poseen más importancia en los resultados identificados son: sedentarismo (77%), hábitos alimentarios (66%) y pacientes fumadores (55%). Tomando en cuenta lo anterior expuesto se puede concluir, que la importancia de estos factores, radica en que son vulnerables ya que se pueden modificar y controlar mediante seguimiento constante de los pacientes.

Palabras clave: Factores, riesgo, cáncer.

II CONGRESO

III JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DEL HOSPITAL COROMOTO



Índice de Autores

A

Abad Millán Héctor, 70, 97
Acosta David, 93, 94, 95, 96
Acosta R., 90, 91, 103
Acurero Glericet, 72, 75, 95, 97
Al Awad Adel, 66, 68, 69, 70, 71, 74, 76, 77, 99
Andara Domínguez Jhoendric, 85
Andrades Deyvis, 89
Arce Rebecca, 98
Arellano Maribel, 84
Ávila Montes Edwin Alexander, 99

B

Baptista S. Carlos, 66, 68, 69, 76, 77
Barroso Glabenys, 84, 96
Bastidas E., 93
Bastidas Elaine, 93, 94, 95
Bautista Yelitza, 61
Bello Carlos, 67
Belloso de Noriega Vanessa de los Ángeles, 87, 102
Bermúdez María A., 84, 96
Blanco Douglas, 67, 73
Bohórquez Pacheco David Leonardo, 90, 91, 99, 103
Bohórquez Pacheco Edixon Yair, 99
Bordonaro María, 98

Briceño Diógenes, 70, 71, 77
Burgos Marielena, 80

C

Caldera Gabriela, 73
Camarillo Joselin, 61
Carruyo Julio, 98
Castellanos K., 73, 79
Cepeda Ana, 63
Chacín J., 75
Chacín Tulio, 63
Chaffardett María, 79
Chávez Egno, 82
Colina-Córdova Lenny, 100
Conteras Rina, 97

D

De Turris R., 90, 91, 103
Demarchi de C. Paola, 56
Díaz P., 90, 103
Doria Anexi, 89
Durán E., 90, 91, 103

F

Ferrer A., 80
Finol José, 71, 74, 99
Finol María Gabriela, 56, 93
Flores U. Víctor, 66, 68

G

García Daniel, 62, 64, 81
García María, 82, 83
Gómez Echeverría Cintya, 54, 102
Gómez Joan, 68
Gómez Manuel, 81
González Irunu, 82, 83
González Larry, 89
González Liliam, 98
González R., 73
González-Rincón Ángel, 100
Graterol de Pérez Ana Raquel, 42, 87, 102
Graterol Eva, 82, 83
Guzmán Toro Fernando, 101

H

Haddad J., 75
Hernández R., 86

I

Izaguirre Hernández Luis Miguel, 51

L

Lobo Oscar, 62, 64
López E. Marianny, 64
López J., 75
López Marianny, 67
Lossada F., 74
Loyo Sulpicio, 73
Luque Ángel, 85

M

Mago Rodríguez Levy, 70, 78
Marín Iskander, 64, 67, 81
Mármol R., 86
Márquez María, 98
Martínez A. Bárbara, 64, 67
Mastroianni González María Antonieta, 66

Mejías F., 103
Méndez L., 80
Mendoza de Graterol Eva, 82, 83, 87, 102
Mendoza Gregoriana, 48, 87, 102
Mendoza M., 84
Mendoza Maikely, 85, 94, 96
Morales R., 73, 79
Mora-Villa José, 41
Morillo Víctor, 63, 64

N

Nariño Héctor, 54
Navarro C., 77
Navarro H., 77
Navarro M. Geordano, 66
Navas W., 90, 91
Negrette Horace, 72
Núñez Y., 93, 95

O

Olivera Yelitza, 89
Oria Wolfgang, 75
Ortega David, 69, 74, 76

P

Pacheco R., 70
Parada Delys, 69, 74, 76
Penoth M., 79
Peña D. Carlos L., 45, 80
Pérez Alexaide, 82
Pérez Irving, 68, 71, 74, 99
Pineda Francisco, 71, 74, 99
Pinto E., 86
Pirela Ana, 67
Pirona Odalis, 45

Q

Quintero Juan, 68

R

Ramírez L., 80

Reyes Luz Maritza, 52
 Rincón H., 80
 Rivas L., 86
 Rivas Rivas Mari Angélica, 62, 64, 66, 101
 Rivas Sorsiree, 85
 Rivero Génesis, 69, 76
 Rocca Antonietta, 71, 74, 99
 Rodríguez-Díaz José, 84, 96
 Rojas Maturana Esteban Andrés, 99
 Romero Díaz Chiquinquirá del C., 86
 Romero Lorena, 63
 Rondón Soraya, 85
 Rosales Ana, 68
 Rosales Carla, 63
 Rossell Héctor, 68

S

Sánchez Arleen, 70, 71
 Sánchez K., 90, 91, 103
 Sánchez Liliana, 84, 94
 Sánchez M. Rixio, 64
 Sánchez Mauribel, 70, 71
 Sánchez Rixio, 67
 Sánchez Y., 73, 79
 Santiago R., 73, 79
 Senf Roberto, 74, 93, 94, 95, 96
 Solano Nicolás, 61
 Sosa Yuly, 85, 93, 95
 Soto Rodolfo, 79
 Suárez S. Bibiano, 64, 67

T

Talavera Jelaine, 69, 74, 76
 Tavares Axel, 95
 Torres Ricardo, 72

V

Varela Bustamante Jeysi, 66
 Vera Sofía, 98
 Vera Yimara, 93, 94, 95
 Vera-Portillo Pablo, 55
 Vilchez de Torres Soanna, 70, 78, 80
 Villalobos Nicari, 89
 Villasmil Daniela, 98
 Villasmil Fabiola, 98
 Villasmil Jenny, 65
 Vivas Geormarit, 84, 85, 95
 Vivas Ranced, 68

Y

Yansen A. Jhomar, 66, 68, 69, 70, 76, 77
 Yépez F., 90, 91

Z

Zambrano Rosa Elena, 66, 101



***Ministerio del Poder Popular
para la Energía y Minería***

Ing. Rafael Ramírez
Ministro

Dr. Freddy Rojas
Gerente Corporativo Salud Integral

Dr. Freddy Leal
***Presidente
PDV Servicios de Salud, S.A.***

Dr. Tulio Chacín
***Coordinador General
Hospital Coromoto***