

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114



Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 5 N° 1

Enero~Junio 2016



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



**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. © 2016 HOSPITAL COROMOTO
ISSN 2343-5860
Déposito legal pp 201202ZU4114

Diseño de Portada: Javier Ortiz

Se terminó de imprimir en agosto de 2016
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

Esta revista está indizada en:
REVENCYT. Red Venezolana de Revistas
de Ciencia y Tecnología de SERBIULA

DIRECCIÓN: HOSPITAL COROMOTO. AV. 3C Nº 51. URB. VIRGINIA SECTOR LA LAGO. MARACAIBO, ZULIA.
TELF: 58.2617900000, 7900094. FAX: 7939174. CÓDIGO POSTAL: 422. CORREO ELECTRÓNICO: revhospitalcoromoto@gmail.com



Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 5

Nº 1

Enero~Junio 2016

Contenido

PROGRAMA	15
RESÚMENES de CONFERENCIAS	
ACTUALIZACIÓN EN HELICOBACTER PYLORI <i>Leal Boscán, Luis Guillermo</i>	37
ATENCIÓN AL PACIENTE GRAN QUEMADO VS IATROGENIA PSICOLÓGICA <i>Sánchez C., María M.</i>	38
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NIÑO MURIENTE <i>Moreno, Darkis.</i>	38
EL PROBLEMA DEL GRAN QUEMADO: REGENERACIÓN DÉRMICA <i>David Rojas, María Carolina.</i>	42
FORMACIÓN SOCIO POLÍTICA: ALCANCES Y LIMITACIONES. EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO <i>Oroño, Angel.</i>	43
GESTIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DESDE BARRIO ADENTRO. LOGROS Y DESAFÍOS <i>Pineda, Ninoska</i>	43
LÁSER CO ₂ EN GINECOLOGÍA <i>Doria de Añez, Anexy.</i>	44
PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE PACIENTES CRÍTICOS (QUEMADOS) <i>David Rojas, María Carolina.</i>	45

MODELO TRADICIONAL VS. MODELO EMERGENTE DE SALUD EN VENEZUELA.
UN ESTUDIO SOCIO CRÍTICO
Elizabeth Borjas Lizardo 46

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA. UNA REVISIÓN NECESARIA
Duilimarth Arrieta Nava 46

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Cirugía

ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS: INDICACIONES, TÉCNICA Y COMPLICACIONES.
EXPERIENCIA DE 155 CASOS EN 5 AÑOS
Al Awad Adel, Flores Víctor, Maza María, Gómez Joan, Sánchez Rixio 51

CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER: MANEJO QUIRÚRGICO Y LAPAROSCÓPICO DE LA ACALASIA
ESOFÁGICA EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS
(Heller Myotomy: surgical and laparoscopic management of esophageal achalasia at the Coromoto
Hospital in Maracaibo. Presentation of two cases).
Al Awad Adel, Ortiz Jesús, Ortega José, Pacheco Ramón, Rincón Lisneiri 51

CINCHA PROTÉSICA COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA DEL ROBO ARTERIAL SECUNDARIO A
ACCESO VASCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
Al Awad A., Flores Víctor, Maza María, Pacheco Ramón, Ríos María 52

CIRUGÍA DE ACCESO MÍNIMO EN PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS DEL HÍGADO.
INFORME PRELIMINAR DE 12 CASOS
(Minimal access surgery in surgical pathology of the liver. Preliminary report of 12 cases).
Al Awad Adel, Arhiyury Linares, Sánchez Mauribel, Sánchez Arleen, Ortega José 53

DETERMINAR LA PREVALENCIA DE PACIENTES CON CARCINOMA DUCTAL INSITU
DURANTE EL PERÍODO 2011-2015.
González R. Inés C., Salas V. Katherine B., Pozzo G. Norelys M. 54

DISFAGIA ASOCIADA A PRESENCIA DE OSTEOFITOS ANTERIORES EN COLUMNA CERVICAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO
Covarrubia César, Guillén Yusmary, Fernández Alejandro 54

DISGERMINOMA. NEOPLASIA MALIGNA EN UNA PACIENTE GESTANTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO
*Zambrano Ch Rosa E, Varela B Jeysi M, Vergel C Augusto M, Montiel N Carlos E,
Estrada P Glenin Segundo* 55

DIVERTÍCULO YEYUNAL PERFORADO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO
UNA REALIDAD
Dau Hernando, Castellanos Karelis, Yanes Anderson, Guzmán Onexi 56

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO DE N-BUTIL CIANOCRILATO VS SUTURAS CONVENCIONALES EN HERNIOPLASTIAS INGUINALES <i>Molina Padrón, Jonathan L., Luis Ramírez B, Hiliana Rincón, Frank Medina.</i>	56
EVALUACIÓN DE RESECCIONES HEPÁTICAS EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. EXPERIENCIA EN 3 AÑOS (Evaluation of hepatic resections in the Hospital Coromoto of Maracaibo. Three years experience). <i>Al Awad Adel, Gutiérrez Gustavo, Linares Arhiyury, Gómez Joan, Ortiz Jesús</i>	57
EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL VÓLVULO DE COLON <i>Molina Padrón, Jonathan L, Luis Ramírez B, Hiliana Rincón y Dayana Rodríguez</i>	58
GRACILOPLASTIA. ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL E INCONTINENCIA FECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Zambrano Chacón, Rosa Elena; Varela Bustamante, Jeysi Mileidy; Roncarati Parra, Pierina; Bastidas Gómez, Ivettely Patricia; Briceño Rodríguez, Brenda Roxana</i>	59
HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR POR TUMOR DE YEYUNO: A PROPÓSITO DE UN CASO <i>I. Silva., E. Pórteles., C. García, Y. Sánchez, H. Guzmán</i>	59
HEPATOBLASTOMA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO <i>Al Awad Adel, Maza María, Sánchez Mauribel, Sánchez Arleen, Pacheco R.</i>	60
HERNIA DE SPIEGEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL <i>González Hidalgo Karline P, Ramírez Bracho, Luis, Rincón Reyes, Hiliana, Pérez Díaz, Raquel.</i>	61
ILEO BILIAR: CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Mervin Javier Torres, María Perozo, Alí Urdaneta</i>	61
MANEJO MÉDICO PREQUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE GRAVE BASEDOW. A PROPÓSITO DE 1 CASO <i>Vílchez, Jeziel; Flores, Víctor; Carvajal, Diego</i>	62
MICOSIS PROFUNDA: SIMULADOR DE TUMOR HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS <i>Al Awad Adel, Linares Arhiyury, Navarro Geordano, Mauribel Sánchez, Kendy Urdaneta.</i>	62
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Carla Olivia González Porras, Ali Abraham Urdaneta Sánchez, Guillermo Borjas.</i>	63
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR. CONDUCTA EN EL HOSPITAL DR. MANUEL NORIEGA TRIGO <i>J. Contreras; L. Díaz; Y. Capó; J. Andara</i>	63
PANCREATITIS CRÓNICA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. REPORTE DE UN CASO. <i>Acosta A. Sandy A., Zárraga C. Solsireé, Bracho P. Ederlyn V.</i>	64

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO URACO: A PROPÓSITO DE UN CASO <i>K. Castellanos. E. Pórteles. C. García V. Valera. H. Guzmán</i>	64
PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE ABSCESO SUBFRÉNICO POR PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE COLON SIGMOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Adel Al Awad, Arhiyuri Linares, Aura García, María Maza.</i>	65
PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN MEJORADA DESPUÉS DE CIRUGÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO DE ENERO A DICIEMBRE 2015. <i>Daniel Piñango, Rosa Zambrano, Jeysi Varela, Pierina Roncaratti, Angel García, Dilmo Hinestroza</i>	66
QUISTE ESPLÉNICO VERDADERO. A MENCIÓN DE UN CASO <i>Murillo, Yasnaia; Andara, Jhoendric; Ordaz, Alexi; García, Héctor</i>	66
SÍNDROME DE WEGENER COMO CAUSA DE PERFORACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>J. Contreras; Y. Chacín; A. Urdaneta; E. Fernández</i>	67
TÉCNICA DE JEAN RIVES. REVISIÓN Y EXPERIENCIA <i>Andara, Jhoendric; Contreras, José; Puyosa, José.</i>	68
TÉCNICA MOHAN DESARDA UTILIZADA PARA HERNIA INGUINAL <i>Vílchez, Jeziel; Saab Nizar; Aldana, Ligia</i>	68
TÉCNICA NOBEL DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA BILIODIGESTIVA ESTENOSADA: ESTRUCTUROPLASTIA TRANSYEUINAL ENDOSCÓPICA LAPAROSCÓPICA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS. <i>Al Awad Adel, Maza María, Sánchez Mauribel, Sánchez Arleen, Ortiz Jesús</i>	69
TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS (Solid pseudopapilar pancreatic neoplasm. About two clinical cases) <i>Flores, Víctor; Linares, Arhiyury; Sánchez, Arleen; Sánchez, Mauribel; Pacheco, Ramón</i>	69
TUMORES DE PERITONEO COMO COMPLICACIÓN ATÍPICA DE ENDOMETRIOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Pereira Albel, Noriega Goodalber, Hernández Carolina, Giselle Borjas</i>	70
Dermatología	
CÁNCER DE PIEL (NO MELANOMA) CONSULTA DE DERMATOLOGÍA COSTA ORIENTAL DEL LAGO, ESTADO ZULIA 2013 – 2015 <i>Morán Medina, Mercedes A.</i>	71
MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ATOPIA; UN RETO CLÍNICO (MODALIDAD: CONFERENCIA O PONENCIA) <i>Mercedes A. Moran Medina.</i>	71

Enfermería

AUTOCUIDADO COMO PROTECCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO (Self-care as protection of psychosocial risk factors)	
<i>Mendoza de G, E.; Graterol, E.; García, M.; Graterol, Y. y Graterol, A.</i>	73
CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA A PERSONA CON POSTOPERATORIO TARDÍO COMPLICADO. A PROPÓSITO DE UN CASO	
<i>Graterol Ana; Graterol Eva, Mendoza de Graterol Eva, Graterol Ynés; García María</i>	73
EL CUIDADO ESPIRITUAL DESDE LA PERSPECTIVA FILOSÒFICA DE HEIDDEGER	
<i>Graterol, Ana; Mendoza de Graterol, Eva; Graterol, Eva; Mendoza Gregoriana; García María</i> .	74
EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL COROMOTO. ESTUDIO FENOMENOLÒGICO.	
<i>García María, Graterol, Eva, Graterol, Ana, Belloso, Vanessa, Graterol, Ynes</i>	75
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA (Process applied to nursing patient with injury and hypertension space-occupying intracranial nursing care process applied to patient with).	
<i>Graterol, E.; Mendoza de G, E.; García, M.; Graterol, Y.</i>	75
Infectología	
ANÁLISIS EPIDEMIOLÒGICO DE LA MORTALIDAD POR SEPSIS. HOSPITAL COROMOTO MARACAIBO 2013- 2015	
<i>Héctor Abad Millán, Franklin Revilla, Robinson Salas, Aranyxa Gonel, Zulianni Jiménez, Eliana Molina, Génesis Duran</i>	77
BACTEREMIA POR OCHROBACTRUM ANTHROPI. A PROPÓSITO DE UN CASO	
<i>Galué, Ricardo; Parra, Belkis.</i>	77
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÒGICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN EL HOSPITAL COROMOTO 2011-2015	
<i>Héctor Abad Millán, Franklin Revilla, Robinson Salas, Aranyxa Gonel, Zulianni Jiménez, Eliana Molina, Génesis Durán.</i>	78
CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS SOBRE MANEJO DEL EMPONZOÑAMIENTO POR ESCORPIONES EN HOSPITALES RURALES DEL ESTADO ZULIA (Physicians' Knowledge About Management of Scorpion Envenomation at Rural Hospitals of Zulia State)	
<i>González Romero Miguel, González García María, Leal Semprun Ángel</i>	78
ESTUDIO DE LA INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII EN PACIENTES VIH POSITIVO QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EPIDEMIOLÒGICA DEL S.A.H.U.M PARA EL PERIODO 2010-2012 (Toxoplasmosis in HIV-positive patients attending the consultation epidemiologic S.A.H.U.M for the period 2010-2012)	
<i>Mata, Salomón; Caldera, Carlos; Acurero, Ellen</i>	79

Medicina del quemado

QUEMADURA ELÉCTRICA, ALTA TENSIÓN. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA COMO COMPLICACIÓN. CASO CLÍNICO

Gleriset Acurero, Tulio Chacín, Orlando Guijarro, María David 81

UTILIZACIÓN DE BROOKE MODIFICADO COMO ESQUEMA DE HIDRATACIÓN IDEAL EN PACIENTE CON QUEMADURAS DE UN 70%

Maggaly Andrade 81

Medicina Interna

CORRELACIÓN DEL POLIMORFISMO +45 T/G EN EL GEN DE ADIPONECTINA CON INSULINORRESISTENCIA EN INDIVIDUOS OBESOS DEL MUNICIPIO MARACAIBO (Correlation between 45T/G Polymorphism of the Adiponectin Gene and Insuline Resistance in Obese Individuals of Maracaibo City)

María Sánchez, Carem Prieto, Naillet Arráiz, David Troconis, Estevan Marín 83

DETERMINACIÓN DEL POLIMORFISMO Pro12Ala DEL GEN PPAR γ 2 CON COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO (CRITERIOS UNIFICADOS) EN UNA POBLACIÓN DE MARACAIBO (Determination of PPAR γ 2 gene pro12ala allelic variant with metabolic syndrome components (criteria unified) in a population of Maracaibo)

Carem Prieto, Estevan Marin, María Sánchez, Endrina Mujica, Andrea Mujica 84

ESTUDIO DE INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII EN PACIENTES VIH POSITIVO QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EPIDEMIOLÓGICA DEL SAHUM PARA EL PERIODO 2010-2012 (Toxoplasmosis in HIV-positive patients attending the consultation epidemiologic S.A.H.U.M for the period 2010-2012)

Mata Salomon, Caldera Carlos, Acurero Ellen 84

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO QUE FUNDAMENTA EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB) (Clinical laboratory studies underlying the Guillain-Barré syndrome (GBS))

Morales A., Juan 85

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN EN EL ADULTO

Ocanto González, Oscar Enrique; Ontiveros, Neptalí 86

Odontología

AMELOGENESIS IMPERFECTA EN PACIENTE DE ETNIA WAYUU. A PROPÓSITO DE UN CASO

Liliana Casanova-Borjas 87

EXCERESIS DE TORUS VESTIBULAR BIMAXILAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Dueñez R, Dahil, Orozco G, Eliana, Datica N, Claudia, Meza, Alberto, Pino, Rodrigo 87

SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Datica, Claudia; Orozco, Eliana; Dueñez, Dahil 88

ÚLCERA TRAUMÁTICA MANEJO Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO. REPORTE DE UN CASO.
REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dueñez R, Dahil; Orozco G, Eliana; Datica N, Claudia; Meza, Alberto; Pino, Rodrigo. 88

Pediatría

LA RESISTINA SE ASOCIA CON LA PROTEÍNA C REACTIVA Y MARCADORES RIESGO
CARDIOVASCULAR EN NIÑOS OBESOS

(Resistin is associated with C reactive protein and cardiovascular risk markers in obese children)

Aida Souki, Carem Prieto, Maikell Cardoza, Paola Valero, Estevan Marín. 89

PARASITOSIS INTESTINAL EN PREESCOLARES DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL
DE SANTA ROSA DE AGUA. MARACAIBO, ESTADO ZULIA

(Intestinal parasites in preschool center of initial education Santa Rosa de Agua Maracaibo, Zulia State)

Caldera, Carlos; Mata, Salomón; Acurero, Ellen 89

Psicología

FACTORES DETERMINANTES DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN NIÑOS ESCOLARIZADOS

(Determinates Factors of Aggressive Behaviors in Children)

Parada, A.; Pérez, F.; González, L. 91

Salud Pública

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD GINECOLÓGICA, PRECONCEPCIONAL, PRENATAL
Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Diego Muñoz, Liliam González, Noris Acosta, Omaira Noguera y Moisés Sulbarán 92

CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Diego Muñoz, Liliam González, Noris Acosta, Néstor Andrades, María Elena Sánchez, Omaira Noguera y Moisés Sulbarán 92

DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO II “MARÍA DE LA CANDELARIA”
(Determine the level of knowledge about sexual and reproductive health in patients attending
the Outpatient Urban II “Maria de la Candelaria”)

Glenda Ortiz, Alexander Chacín, María Ortigoza, Nelson Ortega, Gilberto Nava, Oscar Ocanto. 93

HÁBITOS, CONDUCTAS Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA PÚBLICA
DEL MUNICIPIO CABIMAS

Liliam González, Evana Piña, Walid Azkoul, Noris Acosta, Diego Muñoz, María Márquez, Moisés Sulbarán 93

LA SALUD EN EL CONTEXTO CONSTITUCIONAL VENEZOLANO

Marriaga, Román 94

RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

(Social responsibility of the institutions of health)

Mendoza de G, E, Graterol, E, García, M, Graterol, Y. y Graterol, A. 94

SALUD BUCAL EN NIÑOS ESCOLARIZADOS

*Liliam González, Noris Acosta, Diego Muñoz, Alexis Fuenmayor, Diana Landaeta,
Ana Azkoul, María Márquez y Moisés Sulbarán* 95

III Congreso

IV Jornada Científica Integral I Exposición Multidisciplinaria e Innovadora del Hospital Coromoto "SALUD CON VOCACIÓN SOCIALISTA"

*Del 02 al 05 de Agosto 2016
Hotel Venetur Maracaibo*

**RESÚMENES DE CONFERENCIAS
Y TRABAJOS LIBRES**

REVCHC



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

Coordinador General

Dr. Adel Al Awad

Comité Académico

Dra. Nora Palazzi (Coordinadora)

Dr. Levy Mago

Dra. Elizabeth Borjas

Lcda. Haydee Suárez

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaino

Lcda. Yira Castellano

Comité de Revisión de Trabajos de Investigación

Dr. Hugo Girón

Dr. Josué Reyes Polanco

Dra. Melvis Arteaga de Vizcaino

Dr. Gustavo Useche

Dr. Jesús Romero

Dra. Asunta Costagliola

Dra. Ingrid Rosendo

Dra. Luz Maritza Reyes

Dra. Virginia Fernández

Dr. Juan Casal

Dr. Alexis León

Dra. Rosalia Raleigh

Comité de Finanzas

Lcdo. Luis Linares

Econ. Vivian Arguello

Lcdo. Manuel Hernández

Lcda. Karen Farias

Comité de Logística y Protocolo

Dra. Alis de Chacín (Coordinadora)

Dra. Alis de Chacín

Lcda. Karen Farias

T.S.U. Luz Moreno

Lcda. Yira Castellano

Ing. Daniel Rubio

Lcda. Migdalis Urdaneta

Abogda. Yarlenis Urdaneta

Lcdo. Kenninson Molero

Lcdo. Leonardo Lugo

Para mayor información

www.eventoscientificoshospitalcoromoto.blogspot.com

congresoshospitalcoromoto@gmail.com



III CONGRESO IV JORNADA CIENTÍFICA INTEGRAL I EXPOSICIÓN MULTIDISCIPLINARIA E INNOVADORA DEL HOSPITAL COROMOTO

PRE-CONGRESO: 02 DE AGOSTO DE 2016

Cirugía en vivo con transmisión pabellón – PDVSA LA ESTANCIA, talleres: ECO FAST, MINI ABIQ y RCP

CONGRESO: DEL 03 AL 05 DE AGOSTO DE 2016

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

INSCRIPCIÓN GRATUITA

FECHA DE RECEPCIÓN DE TRABAJOS LIBRES:
DEL 23 DE MAYO AL 15 DE JUNIO DE 2016

www.eventoscientificoshospitalcoromoto.blogspot.com

RECEPCIÓN DE TRABAJOS A TRAVÉS DEL
CORREO

congresoshospitalcoromoto@gmail.com

Lcda. Yira Castellano 0424-6946584



"SALUD CON VOCACIÓN SOCIALISTA"



**III CONGRESO, IV JORNADA CIENTIFICA INTEGRAL
Y I EXPOSICIÓN MULTIDISCIPLINARIA E INNOVADORA
DEL HOSPITAL COROMOTO
DEL 02 AL 05 DE AGOSTO 2016**

PROGRAMA ~ PRE-CONGRESO

Martes 02-08-2016

SALÓN: SALA TALLER A

Programa Cirugía en Vivo

Coordinador y Moderador: Dr. Adel Al Awad

08:00-12:00 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

Transmisión de Cirugía en Vivo.
(Hepatobiliar) desde Quirófano
Hospital Coromoto hacia PDVSA
La Estancia.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

Simposio Cirugía Hepática Biliar y Pancreática

Coordinadores: Dr. Adel Al Awad / Dr. Víctor Flores

Moderador: Dr. Carlos Baptista

02:00-02:15 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

02:15-02:35 pm Manejo de las lesiones solidas hepáticas. Visión de Cirujano Hepatobiliar.
Dr. Gustavo Gutiérrez

02:35-02:55 pm Tumores Sólidos Hepáticos en el paciente cirrótico.
Dra. Arhiyury Linares

02:55-03:15 pm Prevención de la lesión de vías biliares. Colectomía segura.
Dra. Jessica Chaparro

03:15-03:35 pm Reparación de la lesión iatrogénica de vía biliar. Controversias en el manejo.
Dr. Rixio Sánchez

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:25 pm Tumores pancreáticos: cuando lo poco común se vuelve frecuente.
Dr. Carlos Julio Baptista

04:25-04:45 pm Manejo del Muñón pancreático en la Cirugía de Whipple.
Dr. Víctor Flores

04:45-05:05 pm Cirugía Laparo-Endoscópica en las estructuras biliares benignas.
Dr. Adel Al Awad

05:05-06:00 pm Mesa Redonda de Casos Clínicos y Controversias.
Expositores del Simposio

SALÓN: AUDIOVISUAL

Taller ECO FAST

Coordinador: Jose Rodríguez

Moderadora: Dra. Geormarit Vivas

08:00-08:10 am Palabras de Bienvenida y Presentación.

08:10-09:20 am Indicación del ECO FAST en el paciente con traumatismo
Técnica de ECO FAST.

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 m Evaluación del ECO FAST.
Ventajas del ECO FAST.
Inconvenientes del ECO FAST.
ECO FAST avanzado.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

02:00-03:35 pm Práctica de ECO FAST

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-06:00 pm Práctica de ECO FAST

SALÓN: MICRO TALLER 1

Programa: Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

Coordinador: Dr. Hugo Girón

Moderador: Lcdo. Romer Zárraga

08:00-08:10 am Palabras de bienvenida y presentación.

08:10-09:20 am Características Críticas de una R.C.P de Alta calidad.
Cadenas de Supervivencia para Adultos y Pediátricos.
Secuencia C-A-B.
Cambios Adicionales de la AHA 2010.

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 m 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 pm ALMUERZO LIBRE

Taller Manejo de Vías Aéreas Difíciles

Coordinador: Dr. Hugo Girón

Moderador: Lcdo. Romer Zárraga

02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación

02:10-03:35 pm Taller de Manejo de Vías Aéreas Difíciles

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-06:00 pm Taller de Manejo de Vías Aéreas Difíciles

SALÓN: MICRO TALLER 3

Presentación de Trabajos Libres

08:00-09:20 am Presentación de Trabajos.

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 m Presentación de Trabajos

12:00-2:00 pm ALMUERZO LIBRE

Programa: Taller Mini Abiq

Coordinador: Dr. Tulio Chacín

Moderador: Dr. Tulio Chacín

02:00-03:35 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

02:10-03:35 pm Medicina del Quemado. Taller Mini Abiq.

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

4:05-6:00 pm Medicina del Quemado. Taller Mini Abiq.

SALÓN: MICRO TALLER 4

Taller Manejo de Desechos Peligrosos en Instituciones Hospitalarias

Coordinadores: Dra. Dulce León, Lcda. Migdalis Urdaneta,

Lcdo. Román Marriaga

Moderador: Lcdo. Román Marriaga

08:00-08:10 am Palabras de Bienvenida y Presentación.

08:10-09:20 am Manejo de Desechos peligrosos en Instituciones Hospitalarias.
-Introducción

-Marco Legal
-Clasificación de materiales peligrosos
-Decreto 2218

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 am Definición de desechos hospitalarios
-Manejo
-Clasificación
-Bioseguridad
-Seguimiento y Control

Facilitador: Prof. Juan Estévez (PFG en Gestión Ambiental. UBV. Sede Zulia)
Colaborador: Lcdo. Román Marriaga

12:00-2:00 pm ALMUERZO LIBRE

Taller: Agricultura Urbana. Modelo Desarrollo Sustentable

Coordinadores: Dra. Dulce León, Lcda. Migdalis Urdaneta,

Lcdo. Román Marriaga

Moderador: Lcdo. Román Marriaga

02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

02:10-03:35 pm Taller: Agricultura Urbana. Modelo Desarrollo Sustentable.
1. ¿Qué es la Agricultura Urbana?
2. ¿Por qué es importante la Agricultura Urbana?
3. Técnicas implementadas en la Agricultura Urbana
-Cultivo Organopónico
-Cultivo Hidropónico
-Abonos Orgánicos

04:05-06:00 pm 1. Técnica de Riesgo.
2. Control de Plagas y enfermedades.
3. ¿Puede satisfacer la Agricultura Urbana necesidades nutritivas?
Facilitador: Prof. Osvaldo Peñaloza (PFG en Gestión Ambiental. UBV. Sede Zulia)
Colaborador: Lcdo. Román Marriaga

Miércoles 03-08-2016

SALÓN: SALA TALLER A

Foro Socio-Político: La Salud en la República Bolivariana de Venezuela en Tiempos de Guerra Económica

Coordinador: Dr. Fredy Rojas

Moderador: Dr. Freddy Leal

09:00-10:00 am Acto de Instalación.

11:00-11:15 am Video Foro: Crisis Humanitaria una Guerra de Salud Inducida. Dra. María Antonieta Caporale (Directora del Hospital Clínico Universitario).

10:00-10:30 am "Participación Popular en Salud en la Coyuntura Política Actual". Dra. Asia Villegas (Vice-Ministra de Salud)

11:15-11:30 am "La Guerra Económica y el Acceso a Medicamentos". Dr. Jacobo Mora

10:30-11:00 am La Salud en Venezuela "Mitos y Realidades" Perspectivas Revolucionarias. Dr. Fredy Rojas (Director Ejecutivo de Recursos Humanos y Salud PDVSA)

11:30-11:45 am Transformación Paradigmática, Modelo de Gestión del Hospital Coromoto en el Contexto

Socio-Político Actual.
Dra. Dulce León

11:45-12:00 pm Construyendo con el Poder
Popular la Salud en el Marco de la
Guerra No Convencional.
Dr. José León Uzcátegui

Programa: Actividad de la Comunidad

Coordinadoras y Moderadoras: Dra. Nora Palazzi / Sra. Duilia Splugar

02:00-02:15 pm Palabras de Bienvenida y
Presentación

02:15-02:35 pm Adicciones. Intervención
Temprana.
Dr. Rey Varela

02:35-02:55 pm Orientación en el Proceso del
Duelo.
Psic. María Zavala

02:55-03:15 pm Diabetes mellitus. Se puede
prevenir?
Dra. Nora Palazzi

03:15-03:35 pm Enfermedad Cardiovascular y
factores de riesgo.
Dr. Jesús Romero

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:25 pm Nutrición en Tiempos de Crisis. Se
puede ser Creativo.
Lcda. Hazel Anderson

04:25-04:45 pm Diagnostico Precoz de cáncer de
mama y aparato genital
femenino. "No siempre es
sinónimo de muerte".
Dra. Diana Mavarez

04:45-05:15 pm Sesión de Preguntas.

SALÓN: SALA TALLER B

Simposio del Manejo del Paciente Quemado en el Hospital Coromoto

Coordinador y Moderador: Dr. Tulio Chacín

02:00-02:30 pm Presentación del Simposio.

02:30-02:50 pm Experiencia del manejo del
paciente quemado en CAINPAQ.
Dr. Tulio Chacín Paz

02:50-03:10 pm El problema del gran quemado:
Regeneración Dérmica.
Dra. María C. David

03:10-03:35 pm Cuidados de Enfermería del
Paciente Quemado en CAINPAQ.
Lic. Lizbeth Villa

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:20 pm Creación de Unidades de Quemados
en Venezuela (Proyecto).
Dra. Gleriset Acurero

04:20-04:35 pm Escarotomía. Cuando hacerla.
Dr. Víctor Morillo

04:35-04:50 pm Atención del Paciente Quemado
Crítico en las Primeras 48 horas.
Dra. Magali Andrade

04:50-05:05 pm Protocolo de transporte de
pacientes críticos (quemados).
Dra. María David

05:05-05:20 pm Atención Psicológico en CAINPAQ.
Dra. María Sánchez

05:35-06:00 pm Sesión de Preguntas

05:20-05:35 pm Manejo del dolor en el Paciente Quemado Pediátrico.
Dra. Lina Torres Meléndez

SALÓN: AUDIOVISUAL

Simposio de Pediatría: "El Niño Muriente"

Coordinador: Dr. Sebastián Díaz

Moderador: Dr. Alexis León

02:00-02:30 pm Presentación del Simposio.

04:25-04:45 pm El Niño Terminal en Cuidados Intensivos.

02:30-02:50 pm El Niño Oncológico Terminal.
Dra. Yoneida Lozano (Oncología Pediátrica)

Dra. Lorena Romero (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales)

02:50-03:05 pm Cuidados paliativos y Terapia del Dolor en el Niño Terminal.
Dra. Yamilet Pérez (Anestesiólogo. Terapia del Dolor)

04:45-05:05 pm Epigenética y la Muerte.
Dra. Alexis León (Pediatría)

03:05-03:20 pm Cuidados de enfermería en el Niño Terminal.
Lcda. Darkis Molero (Enfermería Pediátrica)

05:05-05:25 pm Meda Redonda: El Niño Muriente. Qué Hacer? AmbioMa.
Dr. Sebastián Díaz,
Dra. Yoneida Lozano,
Dra. Yamileth Pérez,
Dra. Lorena Romero,
Dr. Josué Reyes,
Dra. Rosa Salom,
Lcda. Darkis Moreno,
Lcda. Haydee Suarez (Aula Hospitalaria Hospital Coromoto)

03:20-03:35 pm La Espiritualidad en el Niño Terminal.
Lcda. Haydee Suarez (Enfermería)

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:25 pm Educando para la Muerte.
Aulas Hospitalarias Hospital Coromoto

05:25-06:00 pm Sesión de Preguntas.

SALÓN: MICRO TALLER 1

Presentación de Trabajos Libres

02:00-03:35 pm Presentación de Trabajos

04:05-06:00 pm Presentación de Trabajos.

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

SALÓN: MICRO TALLER 3

Programa: Tópicos Varios en Medicina Crítica (Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Crítica Quirúrgica del Hospital Coromoto)

Coordinadora y Moderadora: Dra. Kelita González

- | | |
|--|---|
| <p>02:00-02:05 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.</p> | <p>03:20-03:35 pm Actualización en sepsis.
Dr. Emerson Díaz (Especialista en Cuidados Críticos)</p> |
| <p>02:05-02:20 pm Prevención y control de las Infecciones asociadas a cuidados de salud en las Unidades Críticas. Protocolo de UCQ.

Licda. Belkys Perentena.
Supervisora de UCQ.</p> | <p>03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE</p> |
| <p>02:20-02:35 pm Cuidados pos operatorio tempranos de Cirugía Cardiovascular (CCV).
Dr. Jorge Peña (Especialista en Medicina Crítica).</p> | <p>04:05-04:25 pm Código sepsis.
Licda. Marily Mappary
(Enfermera II-Estudios de Post-Básico en Cuidados Críticos).</p> |
| <p>02:35-02:50 pm Inotrópicos. Estado actual.

Dr. Ángel Silva (Especialista en Anestesiología-Medicina Crítica)</p> | <p>04:25-04:45 pm Sepsis durante el embarazo.
Dra. Livia Silva
(Internista-intensivista),
Gustavo Pineda (Adjunto de UCI Obstétrica, Maternidad Castillo Plaza).</p> |
| <p>02:50-03:05 pm Plan de atención de enfermería ante arritmias pos operatoria en CCV.
Licda. Aurora Puentes
(Especialista en Cuidados Críticos)</p> | <p>04:45-05:05 pm Plan de atención de trauma en el embarazo.
Lcda. Mauro Villalobos
(Coordinador de División de Ginecología y Obstetricia).</p> |
| <p>03:05-03:20 pm Fast track ventilación mecánica en CCV y otras cirugías complejas.
Dra. Zulema Villalobos
(Especialista en Neumonología y Cuidados Críticos)</p> | <p>05:05-05:25 pm RCP Actualización guías 2015.
Dr. Hugo Girón
(Internista-Intensivista,
Especialista en Cuidados Críticos)</p> |
| | <p>05:25-06:00 pm Sesión de Preguntas.</p> |

SALÓN: MICRO TALLER 4

Programa: Oncohematología y Banco de Sangre

Coordinador: Dr. Alberto Valera

Moderadora: Dra. Elizabeth Borjas

02:00-02:20 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

02:20-02:40 pm Adenocarcinoma de Colon.
Dra. Sandra Núñez

02:40-03:00 pm Factores de Riesgo en Cáncer de mama.
Dra. Zoraida Moran

03:00-03:20 pm Cáncer de Cuello Uterino.
Dra. Mayerlin Fuenmayor

03:20-03:35 pm Componentes Sanguíneos.
Lcda. Daysi Villalobos

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:25 pm Abordaje Clínico del Paciente con Hepatoesplenomegalia.
Dr. Alberto Valera (Hematología)
Dr. Héctor Abad (Infectología)
Dr. Johan Álvarez (Gastroenterología)
Dr. Víctor Flores

04:25-04:45 pm Sesión de Preguntas.

PLAZA CENTRAL

Exposición Multidisciplinaria e Innovadora del Hospital Coromoto

Coordinador: Dr. Adel Al Awad

Moderadoras: Dra. Alis de Chacín / Lcda. Karen Farías

08:00-12:00 m Exposición Multidisciplinaria e Innovadora.

02:00-06:00 pm Exposición Multidisciplinaria e Innovadora.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

Jueves 04-08-2016

SALÓN: SALA TALLER A

Programa: Ortopedia y Traumatología

Coordinador: Dr. Fernando Lossada

Moderador: Dr. Fernando Lossada

08:00-08:10 am Palabras de Bienvenida y Presentación.

08:10-08:30 am Células Madres. Actualización.
Dr. Levi Mago

08:30-08:45 am Uso de Implantes Helicoidales en Fx Diafisiaria Complejas.
Dr. Fernando Lossada

08:45-09:05 am Epifisiolisis Caputal Femoral.
Tratamiento.
Dr. Nelson Rodríguez

09:05-09:20 am Pie Plano. Enfoque Terapéutico.
Dr. Juan Medina

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-10:10 am Implantes Bipolares de cadera.
Ventajas y Desventajas.
Dr. Nairober Montiel

10:10-10:30 am Osteomielitis Crónica / Masquelet
/ Injertos / Espaciadores o
Transporte Óseo.
Dr. Miguel Guevara

10:30-10:50 am Fractura Simple Vs Fracturas
Complejas. ¿Qué estabilidad es
mejor?
Dr. Jorge Chourio

10:50-11:10 am Fracturas Complejas de la Diáfisis
Tibial. Placa o Clavo.
Dr. Carlos Goncalves

11:10-11:30 am Fracturas Proximales de Húmero.
Experiencia personal.
Dra. Lilian Barboza

11:30-12:00 am Sesión de Preguntas

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

Programa de Cirugía de Columna

Coordinador: Dr. César Covarrubia

Moderador: Dr. César Covarrubia

02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y
Presentación

02:10-02:30 pm TU metastásico de Columna.
Dra. Yusmari Guillén

02:30-02:50 pm Dolor lumbar.
Dr. Gustavo Velásquez

02:50-03:10 pm Abordaje tubular mínimamente
invasivo.
Dr. César Covarrubia

03:10-03:35 pm Potenciales Evocados: Indicaciones
del monitoreo transoperatorio.
Dr. Abraham Chourio

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:30 pm TU primarios de columna.
Dr. Douglas Molina

04:30-04:50 pm Clasificación AO de fracturas
toracolumbares. Actualidad.
Dr. Gustavo Velásquez

04:50-05:00 pm Sesión de Preguntas.

Programa de Fisiatría

Coordinador: Dra. Joexny Villalobos

Moderador: Dra. Marlene Vargas

05:00-05:05 pm Palabras de Bienvenida y
Presentación.

05:05-05:45 pm Higiene Postural.
Dra. Joexny Villalobos

05:45-06:00 pm Sesión de Preguntas.

SALÓN: SALA TALLER B

Promoción de la Salud ante los Factores Psicosociales Actuales

Coordinadora y Moderadora: Lcda. Haydee Suárez

- | | |
|--|---|
| 08:00-08:30 am Palabras de Bienvenida y Presentación | 09:50-10:25 am Manejos de las emociones en el cuidado humano.
Lcda. Marytriny Matheus |
| 08:30-08:55 am El autocuidado como fundamento de los factores psicosociales en el cuidado humano.
Dra. Eva Mendoza | 10:25-10:55 am Estrategias nutricionales ante lo actual.
Lcda. Rossibel Velásquez |
| 08:55-09:20 am El autocuidado del enfermo como proceso humanizado.
Lcda. Luz María Fuenmayor | 10:55-11:20 am El modelo salubrista en el siglo XXI.
Dr. Héctor Alfonso Venegas |
| 09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE | 11.20-12:00 m Sesión de Preguntas |
| | 12:00-2:00 pm ALMUERZO LIBRE |

Programa: Salud Occidente PDVSA

Coordinador: Dr. Antonio Atencio

Moderador: Dra. Criselle J. Malavé

- | | |
|---|---|
| 02:00-02:05 pm Palabras de Bienvenida y Presentación. | 03:50-04:20 pm Repercusión del síndrome del cuidador en su función sexual.
Dr. Glenda Leal |
| 02:05-02:35 pm Dolor músculo esquelético y su relación con el descondicionamiento físico.
Dra. Anita Balbas | 04:25-04:55 pm Síndrome diarreico. Actualización y manejo.
Dr. Juan Parra |
| 02:40-03:10 pm Abordaje psicoemocional en patología de columna.
Dra. María Maselli | 05:00-05:30 pm Diabetes Mellitus. ¿Qué hay de nuevo?
Dr. José Romero |
| 03:15-03:45 pm Acondicionamiento físico en pacientes de tercera edad.
Dr. Ángel González | 05:35-06:00 pm El laboratorio clínico en el control y seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus.
Lcda. Chiquinquirá Romero |

SALÓN: AUDIOVISUAL

Simposio: Experiencias Significativas en la Salud como Buen Vivir de los Usuarios del Hospital Coromoto

Coordinadoras: Dra. Dulce León / Lcda. Migdalis Urdaneta

Moderadores: Lcdo. Román Marriaga / Ing. Eniles Colmenares

- 08:00-08:10 am** Palabras de Bienvenida y Presentación.
- 08:10-08:35 am** Experiencias significativas desde los Servicios Hospitalarios Socialistas en la transformación de los trabajadores y trabajadoras como servidores(as) públicos en el Hospital Coromoto.
Sra. Migdalis Urdaneta
- 08:35-08:50 am** Formación: "Por qué la formación y capacitación de los trabajadores(as) de los Servicios Socialistas en el Hospital Coromoto".
Sr. Román Marriaga
- 08:50-09:05 am** Atención al Usuario: Proceso de Atención al Usuario(a) bajo el paradigma humanístico del Servidor (a) Público del Hospital Coromoto, PDV Servicios de Salud, S.A.
Sra. Yasmily Rincón
- 09:05-09:20 am** Atención al Paciente PDVSA: Cambios Paradigmáticos en la Unidad de Atención de Paciente PDVSA del Hospital Coromoto: del modelo de atención convencional a la atención integral.
Dra. Yolys Medina
- 09:20-09:50 am** REFRIGERIO LIBRE
- 09:50-10:05 am** Ama de Llaves: Humanización y proceso de control de las áreas de hospitalización a través de los servicios de ama de llaves en el Hospital Coromoto.
Sra. Carmen Pereira y
Sr. Ordelys Cegarra
- 10:05-10:20 am** Aseo, Saneamiento, Jardinería: Estandarización del Uso del Hipoclorito de Sodio en áreas críticas y comunes como una experiencia significativa en el Hospital Coromoto.
Sr. Eniles Colmenares y
Sr. Alberto Raga
- 10:20-10:35 am** Aseo, Saneamiento, Jardinería: Reestructuración del servicio de jardinería como proceso de humanización desde la perspectiva ecológica para el buen vivir de los usuarios(as) del Hospital Coromoto.
Sr. Luis Romero y
Sra. Heloisa Perdomo
- 10:35-10:50 am** Lavandería, Lencería y Costura: Modernización y Reingeniería del Servicio de lavandería, Lencería y Costura para el mejoramiento y calidad de servicio a las distintas áreas del Hospital Coromoto, PDV, Servicios de Salud, S.A.
Sr. Román Marriaga
- 10:50-11:05 am** Lavandería, Lencería y Costura: Modernización del servicio de lencería y costura bajo la óptica de cogestión en la confección de lencería hospitalaria para el Hospital Coromoto, PDV, Servicios de Salud, S.A.
Sr. Román Marriaga y
Sra. Siomara Medina
- 11:05-11:20 am** Nutrición y Dietética: Estrategias alternativas de la Coordinación de Nutrición y dietética del Hospital Coromoto en el marco de la guerra no convencional, hacia el buen vivir del paciente hospitalizado.

Sra. Nairobi Barboza y
Sra. Haydee Tapia

desarrollo Sustentable.
Sr. Gregorio Echenique y
Sr. Román Marriaga

11:20-11:35 am Experiencias significativas desde los Servicios Hospitalarios Socialistas hacia un modelo de

11:35-12:00 m Sesión de Preguntas

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

Foro: Salud en Tiempos de Revolución

Coordinadores: Dr. Ricardo Torres, Dra. Mariela Emonet

Moderadora: Dra. Elizabeth Borjas

02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación

02:10-02:30 pm Gestión del Sistema Público Nacional de salud desde Misión Barrio Adentro. Logros y Desafíos.
MgSc. Ninoska Pineda

02:30-02:50 pm Modelo Tradicional vs. Modelo emergente de salud en Venezuela. Un estudio sociocrítico.
Dra. Elizabeth Borjas

02:50-03:10 pm Organización comunitaria y gestión en salud pública. Una revisión necesaria.
MgSc. Duilimart Arrieta

03:10-03:30 pm Formación socio política: alcances y limitaciones. Experiencia en el programa de especialidades médicas del Hospital Coromoto de Maracaibo.
MgSc. Ángel Oroño

03:30-04:00 pm Determinantes sociales de la Salud.
MgSc. Ricardo Torres

04:00-04:30 pm Sesión de preguntas.

SALÓN: MICRO TALLER 1

Presentación de Trabajos

08:00-09:50 am Presentación de Trabajos.

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 m Presentación de Trabajos.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

02:00-03:35 pm Presentación de Trabajos.

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-06.00 pm Presentación de Trabajos.

SALÓN: MICRO TALLER 3

Presentación de Trabajos Libres

08:00-09:20 am Presentación de Trabajos Libres.

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 m Presentación de Trabajos Libres.

12:00-02:00 m ALMUERZO LIBRE

Programa de Otorrinolaringología y Otoneurología

Coordinadora y Moderadora: Dra. Katiuska Alvarado

03:00-03:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

03:10-03:30 pm Emergencias en ORL.
Dr. Paul Cavallaro

03:30-03:50 pm Abordaje endoscópico de sinusopatía crónica.
Dr. Oscar Acosta

03:50-04:10 pm Síndrome de Eagle. A propósito de un caso.
Dr. Arturo López

04:10-04:30 pm Disfonía: manejo terapéutico.
Dra. Lisney Valdelamar

04:30-04:50 pm Manejo del oído crónico.
Dr. Daviel Vílchez

04:50-05:10 pm Despistaje temprano y estimulación auditiva precoz.
Dra. Yngris Andrade

05:10-05:30 pm Dispositivos auditivos implantables.
Dra. Katiuska Alvarado

05:30-05:50 pm Importancia del proceso de rehabilitación en los pacientes con ayudas auditivas.
Lcda. Milady Gutiérrez

05:50-06:00 pm Sesión de Preguntas.

SALÓN: MICRO TALLER 4

Presentación de Trabajos Libres

08:00-09:20 am Presentación de Trabajos Libres.

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-12:00 m Presentación de Trabajos Libres.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

Programa: Bioanálisis

Coordinadora: Olga Martínez

Moderadora: Olga Martínez

02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

02:10-02:25 pm Uso y Abuso de los recursos del Laboratorio Clínico.
Lcda. Olga Martínez

02:25-02:50 pm Toma de muestra: Pilar Fundamental en la obtención de

resultados de calidad.
Lcda. María de los Ángeles Araque

02:50-03:15 pm Leptospira y su diagnóstico en el Laboratorio Clínico.
MgSc. Angelina Márquez Velarde

03:15-03:35 pm Sesión de Preguntas.

PLAZA CENTRAL

Exposición Multidisciplinaria e Innovadora del Hospital Coromoto

Coordinador: Dr. Adel Al Awad

Moderadora: Dra. Alis de Chacín / Lcda. Karen Farías

08:00-12:00 m Exposición Multidisciplinaria e Innovadora.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

02:00-06:00 pm Exposición Multidisciplinaria e Innovadora.

Viernes 05-08-2016

SALÓN: TALLER A

Cirugía en Vivo. Bariátrica

Coordinador: Dr. Nizar Saab

Moderador: Dr. Gustavo Gutiérrez

08:00-09:20 am Cirugía en Vivo 1. ByPass.
Dr. Hernán Lamus

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:20-12:00 m Cirugía en Vivo 2. Mini Bypass gástrico.
Dr. Nizar Saab

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

Preparación del Paciente Bariátrico

Coordinadores: Dr. Nizar Saab / Dr. Hernán Lamus

Moderador:

02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

02:10-02:30 pm Valoración y Nueva Clasificación de Obesidad en el Paciente Bariátrico.
Dra. Irene Ramírez

02:30-02:50 pm Valoración y Preparación Gastroenterología del Paciente Bariátrico.
Dr. Carlos Parra

02:50-03:10 pm Valoración por Medicina Interna del Paciente Bariátrico.
Dr. Jesús Romero

03:10-03:30 pm Valoración Nutricional del Paciente Bariátrico.
Lcda. Betzaida Villalobos

03:30-04:00 pm Sesión de Preguntas.

SALÓN: TALLER B**Programa de Odontología***Coordinadora: Dra. Alis Valecillos de Chacín**Moderador: Dr. Juan Consuegra*

- | | | | |
|----------------------|--|-----------------------|--|
| 8:00-8:30 am | Palabras de Bienvenida y Presentación. | 10:15-10:40 am | A propósito de un caso.
Dr. Juan Consuegra |
| 8:30-8:55 am | Detección Precoz de Cáncer Bucal y Desordenes potencialmente malignos.
Dra. Hellen Rivera | 10:40-11:05 am | Ortopedia funcional de los maxilares en pacientes clase III.
Dra. Judith Villalobos |
| 8:55-9:20 am | Reconstrucción maxilofacial.
Dr. Luis Romero | 11:05-11.30 am | Sesión de Preguntas. |
| 9:20-9:50 am | REFRIGERIO LIBRE | 12:00-02:00 pm | ALMUERZO LIBRE |
| 9:50-10:15 am | Experiencia multidisciplinaria en hendidura labial.
Dr. Nicolás Solano | | |

Programa del Simposio sobre Plasma Rico en Plaquetas (PRP) y sus Aplicaciones en Diversas Áreas Médicas: Experiencias Clínicas

*Coordinadora: Dra. Alis Valecillos de Chacín**Moderador: Dr. Juan Consuegra*

- | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| 02:00-02:15 pm | Palabras de Bienvenida y Presentación. | 04:05-04:25 pm | Efectividad del Plasma rico en plaquetas en el cierre gingival postexodoncia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
Dra. Mariluz Benito (LUZ) |
| 02:15-02:35 pm | Bases teóricas del PRP. Utilidad clínica más relevante.
Dra. Maczy González (LUZ) | 04:25-04:45 pm | Utilidad del Plasma rico en plaquetas y Fibrina Rica en plaquetas en cirugía bucal. Serie de casos.
Dra. Marisol Benito (LUZ) |
| 02:35-02:55 pm | Plasma rico en plaquetas e ingeniería tisular ¿están relacionados?
Dr. José Chong (LUZ) | 04:45-05:05 pm | Uso y aplicación del PRP en Ortopedia.
Dr. Enzo Gallardo (LUZ) |
| 02:55-03:15 pm | Aplicabilidad del PRP en medicina interna. Uso clínico terapéutico.
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno (LUZ) | 05:05-05:25 pm | Cambios que se gestan en la formación de los futuros profesionales en el área de la salud. |
| 03:15-03.35 pm | Uso y aplicación del PRP en estética.
Dra. Ivis Marcano (LUZ) | 05:05-05:20 pm | Sesión de Preguntas. |
| 03:35-04:05 pm | REFRIGERIO LIBRE | | |

SALÓN: AUDIOVISUAL

Programa de Medicina Interna

Coordinador: Dr. Jesús Romero

Moderador: Dr. Jesús Romero

- | | |
|---|---|
| 08:00-08:10 am Palabras de Bienvenida y Presentación. | 10:10-10:30 am Hemorragia subaracnoidea: Un enfoque novedoso.
Dr. Antonio Ávila |
| 08:10-08:30 am Fibrilación Auricular: Tratamiento Médico.
Dr. Rubén Rincón | 10:30-10:50 am Urgencia y emergencia hipertensiva: Que hacer en emergencia.
Dra. Ana María Vega |
| 08:30-08:50 am Cirugía Metabólica-Bariátrica como indicación y preparación del paciente diabético.
Dr. Jesús Romero | 10:50-11:10 am Pautas Clínicas en el diagnóstico del Síndrome febril agudo.
Dra. Nora Palazzi |
| 08:50-09:05 am Evaluación Cardiovascular pre-operatoria: Enfoque del médico internista.
Dr. Hugo Girón | 11:10-11:25 am Actualización Terapéutica en la infección por Helicobacter Pylori.
Dr. Luis Leal |
| 09:05-09:20 am Actualización en sepsis: Nuevas definiciones.
Dr. Víctor Pérez | 11:25-11:40 am Recomendaciones actuales en insulino terapia.
Dr. José Paz. Endocrinólogo |
| 09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE | 11:40-12:00 pm Sesión de Preguntas |
| 09:50-10:10 am Actualización en dislipidemias.
Dr. Ernesto Rondón | 12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE |

Simposio de Ginecología

Coordinador y Moderador: Dr. Gustavo Useche

- | | |
|--|--|
| 02:00-02:30 pm Presentación del Simposio. | 04:45-05:15 pm Técnica de los Seis (6) Puntos para el tratamiento Laparoscópico del Prolapso genital.
Dr. Jesús Castellano |
| 02:30-03:00 pm Laser CO ₂ en Ginecología.
Dra. Anxy Doria | 05:15-05:45 pm Miomectomía Laparoscópica: 100% Eficaz.
Dr. Jesús Castellano |
| 03:00-03:35 pm Síndrome de Ovario Poliquístico.
Dra. Erika Duque | |
| 03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE | |
| 04:05-04:45 pm Principios de la Laparoscopia Ginecología.
Dr. Jesús Castellano | |

SALÓN: MICRO TALLER 3

Programa Imagenología

Coordinador: Dr. José Rodríguez

Moderadora: Dra. María Gabriela Finol

08:00-08:10 am Palabras de Bienvenida y Presentación.

Dra. María Gabriela Finol

08:10-08:40 am Biomarcadores neurológicos por imágenes por Resonancia Magnética.

Dr. Reinier Leendertz

08:40-09:10 am Radiología Intervencionista Mínimamente Invasiva No Vascular.

Dra. Elaine Bastidas

09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE

09:50-10:20 am Actualización en Doppler carotídeo.

Dra. Mónica Herrera

10:20-10:50 am Sesión de Preguntas.

12:00-2:00 pm ALMUERZO LIBRE

Programa Psicología: Intervención Psicológica en Paciente Hospitalizado

Coordinadora y Moderadora: Dra. Rosa Salom

02:00-02:15 pm Palabras de Bienvenida y Presentación.

Dra. Rosa Salom

02:15-02:35 pm Abordaje Psicológico en el Paciente Hospitalizado.

Salud Psicológica en Venezuela.

Mitos y Realidades.

Dra. Rosa Salom

02:35-02:55 pm Actitud ante el diagnóstico.

Psicólogo: Daniela Cordero

02:55-03:15 pm Manejo de las Emociones.

Psicólogo: María Sánchez

03:15-03:35 pm Factores Protectores: Apoyo Familiar.

Psicólogo: María Gracia Ortega

03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE

04:05-04:25 pm Factores de Riesgo. "Mecanismo de Defensa".

Dra. Rosa Salom

04:25-04:45 pm Intervención en Crisis.

Dra. Rosa Salom

04:45-05:15 pm Sesión de Preguntas.

SALÓN: MICRO TALLER 4

Simposio Fibrilación Auricular

Coordinador: Dr. Jesús Valdés

Moderador: Dr. Jesús Valdés

- | | |
|---|---|
| 08:00-08:10 am Palabras de Bienvenida y Presentación.
Dr. Jesús Valdés | 10:10-10:35 am Fibrilación Auricular en falla Cardíaca Crónica y Revascularización Coronaria.
Dra. Rossy Vera |
| 08:10-08:30 am Fibrilación Auricular Aguda: Evaluación Clínica-Estratificación de riesgo y manejo.
Dr. Armando Cortés | 10:35-11:00 am Manejo del Paciente con IAM y Fibrilación Auricular.
Dr. Edwin Ventancourt |
| 08:30-08:50 am Anticoagulación.
Dr. Alberto Valera | 11:00-11:25 am Fibrilación Auricular: Casos Clínicos.
Dr. Jesús Valdés |
| 08:50-09:20 am Papel del Ecocardiograma en la Fibrilación Auricular.
Dr. Jesús Valdés | 11:25-11:50 am Mesa de Discusión |
| 09:20-09:50 am REFRIGERIO LIBRE | 11:50-12:00 am Cierre del Programa |
| 09:50-10:10 am Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico.
Dr. Eduardo González | 12:00-2:00 pm ALMUERZO LIBRE |

Programa de Anestesiología

Coordinadora: Dra. América Fagúndez

Moderadora: Dra. América Fagúndez

- | | |
|---|--|
| 02:00-02:10 pm Palabras de Bienvenida y Presentación. | 03:35-04:05 pm REFRIGERIO LIBRE |
| 02:10-02:50 pm Mesa Redonda "Evaluación Cardiovascular Preoperatoria".

Aspectos relevantes en la Valoración Cardiovascular.
Dr. Jesús Valdés

Abordaje pre-operatorio del paciente Hipertenso.
Dr. Jesús Romero | 04: 05-04:25 pm Manejo del Paciente en Posición de banco de Playa para Cirugía de Hombro.
Dr. Jaime Contreras |
| 02:50-03:10 pm Anestesia Regional: Fundamentos e Indicaciones.
Dra. Sirka García | 04:25-05:00 pm Mesa Redonda: Anestesia en Cirugía de Alta Complejidad. Manejo Hemodinámico Actual.
Dr. Ángel Silva.
Fast Track en Descontinuación Ventilatoria.
Dra. Zulema Villalobos |
| 03:10-03:35 pm Fentanil: Una Alternativa en tiempo de crisis.
Dr. Neuro Galbán | 05:00-05:30 pm Sesión de Preguntas. |
| | 06:00-09:00 pm Entrega de Diplomas de Residentes y Clausura. |

PLAZA CENTRAL

Exposición Multidisciplinaria e Innovadora del Hospital Coromoto

Coordinador: Dr. Adel Al Awad

Moderadoras: Dra. Alis de Chacín / Lcda. Karen Farías

08:00-12:00 m Exposición Multidisciplinaria e Innovadora.

12:00-02:00 pm ALMUERZO LIBRE

02:00-06:00 pm Exposición Multidisciplinaria e Innovadora.



RESÚMENES DE CONFERENCIAS

ACTUALIZACIÓN EN HELICOBACTER PYLORI

Leal Boscán, Luis Guillermo

Adjunto al servicio de Gastroenterología
del Hospital Coromoto
luisgleal@gmail.com

Helicobacter pylori, es una bacteria espiral, gram negativa, muy móvil, microaerofílica, de crecimiento lento que se aloja a nivel de la mucosa gástrica, con una mayor probabilidad de la infección durante la infancia y su prevalencia va aumentando con la edad. La infección por *H. pylori* es la causa fundamental de gastritis histológica, úlceras péptica gastroduodenal y constituye un cofactor primordial en el desarrollo del adenocarcinoma y linfoma gástrico primario de células B. Esta fuerte asociación de *H. pylori* con cáncer gástrico ha permitido que sea declarado por la OMS como carcinógeno clase I, grupo al que también pertenecen los virus B y C de la hepatitis. Se señala también su relación con la dermatológicas (rosáceas y urticaria) y el retraso del crecimiento en el niño. Sin embargo, estas relaciones no están demostradas ⁽¹⁾.

Estudios de prevalencia de la infección en poblaciones sanas muestran amplias variaciones entre diferentes comunidades. Entre los países del grupo I más afectados se encuentran dentro del continente africano. Nigeria con 85%, Argelia con un 79% y Costa de Marfil con 73%, mientras que en el grupo II los mayores porcentajes corresponden a Israel con 65%, Reino Unido con 56,9%, EE.UU. con 52% y Japón con un 50%. La característica más llamativa de las curvas de prevalencia de la infección por *H. pylori* es el incremento de casos de infección que se producen con la edad. En países en vías de desarrollo gran parte de los niños (el 79% en algunos estudios) se encuentran ya infectados a los 10 años y la prevalencia continúa aumentando a lo largo de la vida, alcanzando en las personas adultas índices superiores a los de los países con alto nivel de desarrollo. Igual distribución se observa en poblaciones de bajo nivel so-

cioeconómico de países desarrollados. En los países desarrollados la prevalencia de la infección es relativamente baja hasta los 35-40 años, observándose a partir de entonces y hasta aproximadamente los 60 años un ascenso importante. Seguidamente se produce una leve pero persistente caída de la misma en la población de más edad. Además de la edad, otras variables epidemiológicas han sido estudiadas: sexo, actividad laboral, nivel socioeconómico y educativo, entre otros, evaluándose la relación que guardan las mismas con la infección por *H. pylori* ⁽²⁾.

El tratamiento erradicador de *H. pylori* ha supuesto una auténtica revolución en la gastroenterología al permitir no solamente la cicatrización de la úlcera péptica, sino su curación definitiva. Diversos estudios han encontrado una alta resistencia de *H. pylori* a los antibióticos usualmente utilizados para erradicarlo, lo que probablemente explica que en la actualidad las tasas de erradicación con las terapias utilizadas estén por debajo del 90%, que es considerado el valor mínimo aceptable para una terapia empírica. Con la terapia triple estándar, la eficacia alcanzada es de 62%-74%, con la terapia triple con levofloxacina de 75%-84% y con la terapia secuencial de 62%. Más recientemente y utilizando terapias con duración de 2 semanas y varios antibióticos, se ha logrado superar el impacto de la resistencia antimicrobiana con una tasa de erradicación superior al 90% ⁽³⁾.

Referencias

1. Elvira Garza-González, Guillermo Ignacio Pérez-Pérez, Héctor Jesús Maldonado Garza, Francisco Javier Bosques-Padilla. **A review of Helicobacter pylori diagnosis, treatment, and methods to detect eradication.** WJG| www.wjgnet.com. February 14, 2014/Volume 20/ Issue 6.
2. Berroterán Alejandra, Perrone Marianella, Correnti María, Cavazza María Eugenia, Tombazzi, Claudio, Lecuna Vicente, Goncalvez. Rosa. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en el estómago y placa dental de una muestra de la población en Venezuela. Acta odontol. venez v.39 n.2 Caracas abr. 2001. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000200006
3. William Otero Regino, MD,1 Alba Alicia Trespacios, Elder Otero. *Helicobacter pylori*: Tratamiento actual Un importante reto en gastroenterología. Rev Col Gastroenterol/ 24 (3) 2009.

ATENCIÓN AL PACIENTE GRAN QUEMADO VS IATROGENIA PSICOLÓGICA

Sánchez C., María M.

Psicóloga. Departamento de Psicología. Unidad de Quemados del Hospital Coromoto de Maracaibo (CAINPAQ)

El objetivo principal de la medicina actual es prolongar y a su vez, generar mayor calidad de vida, sin embargo, en ocasiones estos objetivos parecen incongruentes. Cuando hablamos de "iatrogenia", se puede traducir en que para "salvar" un mal mayor se produce un "mal menor". Al asistir a un centro hospitalario, el sujeto *psicológicamente cambia* de "persona" a "paciente". Esto se interpreta en la necesaria adaptación al lugar en el que a uno normalmente le despojan de sus ropas, a menudo hay que compartir habitación con otros y tiene que ajustarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, rodeado de un sinfín de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar. Algunos lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas, mientras que otros lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad. El paciente gran quemado, desde todos los ámbitos (espiritual, familiar, médico, psicológico, social, entre otros) puede ser llamado como el tipo de paciente más *especial* debido a todos los "retos" que suponen, desde el evento traumático donde sucede la quemadura, hasta el más doloroso e invasivo tratamiento y prolongada recuperación física, junto con todas las consecuencias que implica. Es allí donde el equipo multidisciplinario (cirujanos, enfermeros, médicos, orientadores, psicólogos, entre otros), tiene el deber de generar la menor iatrogenia física-psicológica posible, ya que su labor es inevitablemente iatrogénica.

Palabras clave: Psicología, quemados, iatrogenia, tratamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NIÑO MURIENTE

Moreno, Darkis

Lcda. Enfermera del Servicio de Pediatría del Hospital Coromoto

Introducción

El cuidado en el final de la vida es aquel que se implementa durante los últimos días o semanas de vida. Las enfermeras deben conocer las creencias acerca de la vida y la muerte. Estos cuidados están centrados sobre todo en la familia.

El énfasis se pone en que el niño y su familia pasen esta fase terminal sin dolor y con dignidad. La unidad de cuidado es la familia, definida como las personas que proporciona bienestar físico, psicológico, social y espiritual al niño y que está unida por el cariño y la dedicación al igual que por el profesional de enfermería.

La muerte sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad tenemos miedo de hablar, cuando de alguna forma se hace patente su presencia, nuestra respuesta o actitud ante ella es rechazo, temor disimulo y aislamiento.

La enfermera y la muerte

- Las enfermeras estamos expuesta a la muerte en muchos ambientes muertes repentinas como accidentes niños que tienen meses de vida o menos Muertes neonatales o perinatales defectos congénitos. niños con enfermedades terminales como cáncer fibrosis quísticas u otras patologías.
- Las enfermeras tenemos el desafío de adquirir conocimiento entendimiento y habilidades para proporcionar un cuidado competente digno al final de la vida para el niño y su FAMILIA.
- La competencia interpersonal son características deseables en una enfermera que trabaje con niños al final de la vida. Entre esas habilidades se encuentra empatía, confiabilidad atención a los detalles.

- Cuando se proporciona cuidados al final de la vida la enfermera debe estar cómoda estando con el paciente.
- Las enfermeras debemos confiar en su experiencia previa y su intuición, conocimiento sobre la dinámica, familia y el lenguaje verbal del niño y su familia.

Morir como una experiencia única

- No hay una muerte pediátrica típica. Cada niño muere a su manera en su propio tiempo, dentro de su cultura, sistema de creencia, valores y sus propias relaciones con los demás.
- La comprensión de los niños muerte y el morir cuando los niños saben que van a morir de acuerdo al nivel individual de desarrollo, usualmente saben a dónde quieren morir, quienes quiere a su lado.

Estructural: 0-3 AÑOS LA VEN COMO SEPARACIÓN TEMPORAL

Intervención: Animar a los padres que estén el mayor tiempo con ellos caricias.

Estructural: 3-6 AÑOS ENTIENDEN LA MUERTE COMO A REVERSIBLE Y TEMPORAL

Intervención: Asegure al niño que no ha hecho nada malo sea honesto y claro

Estructural: 6-11 TIENE UN PENSAMIENTO LÓGICO DE LA MUERTE

Intervención: Sea honesto y discutir temores deseos

Estructural: 12 AÑOS ADULTO PENSAMIENTOS REALISTA SUFREN POR LA PERDIDA DEL FUTURO SE PREOCUPAN POR LAS REACCIONES DE OTROS A SU MUERTE

Intervención: Privacidad importante se beneficia de apoyo

- Las enfermeras abogamos por las decisiones del paciente/familia

ACTITUDES EN EL PROCESO DE LA MUERTE LA TEORÍA DE KÜBLER ROSS.

CINCO ETAPAS DEL DUELO (no se discute)

- NEGACIÓN: Defensa personal.
- Ira: en este proceso es difícil el cuidado debido a su sentimiento.
- Negación: con dios (esperanza).
- Depresión : es un momento importante que se debe ser procesado ya que se desconecta de todos los sentimientos.
- Aceptación: llega con la paz.

EXPERIENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y ESPIRITUAL

- Los niños y la familia son la unidad de cuidado, las familias pueden incluir, padres, hermanos, abuelos, cuidadores, tíos, primos, novios novias.
- El cuidado interdisciplinario es importante ya que debe hacer una evaluación individualizada, e identificar los problemas asuntos de importancia y oportunidades específicas para la situación de cada niño y su familia. El objetivo es proporcionar confort y tratar las necesidades físicas psicológicas, sociales y espirituales a lo largo del proceso de la muerte, y los temas de Duelo después de su muerte.

El niño muriente

Sin embargo el equipo de salud siempre debe honrar y respetar las decisiones y deseos del niño y su familia. Los niños suelen saber que tienen una enfermedad terminal aunque no se les ofrezca esta información directamente en algunos casos los familiares no querrán que se le comunique al niño su pronóstico terminal.

- Las enfermeras deben respetar esta decisión. Mientras se facilite la comunicación abierta entre el niño y sus padres.
- Algunos niños no querrán hablar sobre su enfermedad y la muerte pero querrán que alguien siempre esté disponible en caso que ellos decidan hablar.

- Hablar con el niño cuando él esté listo para hablar, habla con ellos con un nivel que ellos comprendan proporciones apoyo e intereses sin sacarle la necesidad real de esperanza.
- El niño puede terminar la conversación alejándose, cambiando de posición, cambiando el tema, o por medio de otra señal no verbal.
- La enfermera debe ser sensible a esta señal y permitirle al niño dirigir la comunicación.
- Se debe motivar a los padres cuidar de sus hijos e incluir a los hermanos en el cuidado.
- Ayude a los padres a sentirse más confiados por medio de enseñanzas, demostraciones e instrucciones escritas, y permitiéndole ayudar en cuidados más complejos.
- En algunos casos los padres no querrán estar solos cuando el niño muera y esto se debe respetar.
- Lo ideal es que esto se discuta antes de las últimas horas y días de la muerte.
- Incluya a los hermanos tanto como sea posible.
- Se deben satisfacer las necesidades religiosas y espirituales.

La preparación del niño y la familia

- Las enfermeras tiene el papel crucial de cuidador primario dentro del equipo de salud como abogadas de las decisiones del niño/ familia.
- Discutir el lugar de preferencia para la muerte del niño No importa donde y cuando ocurra la muerte la enfermera tiene la responsabilidad de seguir las decisiones del niño y su familia y crear un ambiente de apoyo, físico, psicológico, social y espiritual.
- En algunas estancias el paciente puede morir en un área donde la presencia de los padres no esté permitido, como una sala de emergencia UCI los padres pueden sentirse aislados y sin ayuda. mantener informados a la familia en el tiempo adecuado es crucial.

- El equipo de salud debe proporcionar información realista sobre morir en el hogar o el hospital y debe asegurar mejor cuidado para Evitar los cambio última hora al menos que la familia lo pida.

COMUNICACIÓN HONESTA Y ABIERTA

- Transmitir con cuidado, sensibilidad, compasión, ser abierto, evitar la sobre carga de información.
- Proporcionar información en términos simples.
- La conciencia del niño de la muerte.
- Mantener presencia si es deseada de debe transmitir comprensión sensibilidad y compasión en todo tipo de comunicación.
- Ayuda a la familia a alinear la esperanza con objetivos realista aunque sea tan sencillo como vivir lo suficiente para lograr ver un partido de futbol luan película o pasar el día sin dolor.

¿QUÉ ESPERAR EN EL MOMENTO DE LA MUERTE?

- La educación crea fortaleza.
- Permitir al niño la familia el tomar decisiones informadas sobre donde morir como morir con quien morir Mantener las instrucciones simples-verbales y escritas.
- Se debe discutir Signos, síntomas de la muerte aunque estos sean desagradables se debe hacer esto de manera tal que no se creen temores entre más involucrados este la familia en el cuidado del niño, mejor lo llevaran después de la muerte.

EL NIÑO CON MUERTE INMEDIATA

- Manejo de la atención el proceso de la muerte es una disminución natural de los procesos físicos y mentales nadie puede predecir la hora exacta de la muerte.
- Los signos y síntomas de la muerte solo sirve de guía no todas traviesa los síntomas puede estar días semanas o pueden minutos antes de la muerte.

- El proceso de morir a veces el niño querrán el permiso de los padres para poder morir. Reflejar que son amados y que todo va estar bien, apoyar a los padres ya que pueden ser difícil para ello dejarlos ir.

SÍNTOMAS FÍSICOS

Son impredecible para asegurar un manejo adecuado del dolor y otros síntomas es importante vigilar el cuidado clínico.

- Confusión, desorientación, delirio, aún tiene precesiones y debemos de cuidar mucho la comunicación
- Debilidad y fatiga
- Somnolencia
- Disminución en la ingesta de alimentos , disfagia no es una causa sino una consecuencia
- Cambios en el dolor
- Oleadas de energía
- Inquietud/agitación
- Fiebre
- Cambios intestinales
- Incontinencia
- Convulsiones

El manejo de estos síntomas proporcionándole comodidad al paciente suele disminuir la ansiedad y temores de la familia. A la familia le puede preocupar la disminución del consumo de alimento y pueden pensar que el niño se está muriendo de hambre.

Reconozca las preocupaciones de la familia y proporcionar información y la oportunidad de discutir los beneficios y las desventajas de la alimentación endovenoso o por sonda.

El manejo proactivo de los síntomas puede aliviar la severidad de estos y hasta prevenirlos, al mantener al niño limpio seco y cómodo ayudara a la familia a lidiar mejor con estos temas.

SÍNTOMAS DE LA MUERTE INMINENTE

- Disminución del ritmo diurético
- Extremidades frescas y moteadas
- Cambio en los signos vitales

- Congestión respiratoria
- Nivel de conciencia disminuido

Al preparar a la familia para estos síntomas les ayudara a estar más calmados.

VIGILIA DE LA MUERTE

Cuando el niño está cerca de la muerte la familia querrá estar siempre al lado de la cama

- Presencia de la familia
- Temores comunes
- Estar solas con el niño
- Muerte dolorosa
- Hora de muerte
- Dar "la última dosis de medicamentos"
- Si el tacto es culturalmente aceptable para la familia será una táctica muy poderosa para este momento, ya que transmite compasión y comprensión.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Calmar el temor de la familia incluye consolar

- Colaboración con el equipo medico
- Confianza y educación
- Consolar, ser modelo
- Consuelo físico
- Cuidado espiritual honrar la cultura ritual de ayuda para la familia y estar disponible para contestar cualquier pregunta para clarificar lo que está pasando al niño.
- Cambios posturales
- Cambio de cama
- Cuidados de mucosa
- Adecuado tratamiento farmacológico
- A pesar de todos los intentos no todas las muertes serán buenas muertes serán dolorosas.
- La enfermera siente angustias desesperanza y hasta sentimientos de fracaso, el reconocer esos sentimientos pueden ser útil y terapéutico para la enfermera.

CUANDO LA MUERTE LLEGA

- Comunicar la muerte de un niño se debe hacer con mucha sensibilidad, a veces se tendrá que repetir la información sobre la muerte.

- Informar a la familia-que hacer.
- Signos y síntomas de la muerte ausencia del ritmo cardiaco, respiratorio, ausencia de respuesta a estímulos, pupilas fijas.
- Pronunciar la muerte.
- Identificar al niño.
- Examen general y documentación.
- Notificar a la supervisora de guardia.

CONSIDERACIONES CULTURALES

Las enfermeras debemos tener una comprensión general de las creencias culturas los ritos de muerte y otros rituales más comunes dentro de su entorno de trabajo.

- Ser atentos de las tareas específicas.
- Ritos a la hora de la muerte.
- Rituales antes de la muerte.
- Después de la muerte las responsabilidades de las enfermeras después de una muerte incluyen, evaluar las circunstancias de la muerte.

CUIDADO DESPUÉS DELA MUERTE

Apoyar a la familia

- Después de la muerte permita que el familiar ayude algunas culturas dictan como se deben tratar el cuerpo de un muerto y quien debería hacerlo
- Las enfermeras debe respetar estas preferencias.
- Evaluar las circunstancias.
- Procedimiento de donación de órganos (si fuera el caso aún no tenemos cultura).
- Otros apoyos (equipo multidisciplinario fundaciones).
- Ofrezca a la familia su existencia en caso que desean un recuerdo del niño como un pedazo de pelo.
- Retirar los tubos, equipo.
- Bañar el cuerpo si fuese necesario.
- Envolver.
- Estimular la participación de la familia.
- Respetar las preferencias culturales.
- Compasión sensibilidad al retirar el cuerpo.

- Atención especial a los familiares (llamar al equipo multidisciplinario).
- Asistencia con llamadas y notificación.
- Deshacerse de los medicamentos.
- Apoyarlos para iniciar el grupo de duelo (FHEP).

APOYO PARA LA ENFERMERA

- Pedir ayuda para aliviar la muerte de algunos niños.
- Se debe tratar los sentimientos de tristezas y ansiedad no bebemos dudar en buscar ayuda profesional si es necesario.
- Sesiones para hablar de lo ocurrido.

Cuando ya no puedes curar aún podemos cuidar, es la consecuencia de cuando se bebe iniciar ese cambio si no puedes curar, alivia y si no puedes aliviar por lo menos consuela.

EL PROBLEMA DEL GRAN QUEMADO: REGENERACIÓN DÉRMICA

David Rojas, María Carolina

Residente del Programa de Postgrado de Medicina del Quemado UIBV – Hospital Coromoto

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos, químicos y biológicos, que provocan alteraciones en estos, que van desde un simple eritema transitorio hasta la destrucción total de las estructuras.

La sobrevida de los pacientes con quemaduras extensas ha mejorado progresivamente, debido a los grandes avances en la comprensión de la fisiopatología de la quemadura y el tratamiento quirúrgico más agresivo, también en la reparación de la cubierta cutánea con autoinjertos y el uso de sustitutos dérmicos, que es una de las alternativas que tiene un gran quemado. El gran quemado es aquel paciente con riesgo vital que requiere tratamiento en Unidades de Quemados

y/o Unidades de Paciente Crítico, además con quemaduras profundas y poca zona donante, requiriendo escarectomía a fascias.

Siendo la regeneración dérmica el problema del gran quemado los investigadores diseñaron unos apósitos que tienen los elementos de la dermis (como el ácido hialurónico). El ácido hialurónico (AH) es un componente esencial de la piel con una importante función estructural, regula la capacidad de absorción de humedad y determina su elasticidad.

El AH es el componente del Hyalomatrix®PA, apósito de fácil aplicación y remoción, el cual es especialmente apto para la preparación de lechos cruentos y para el mantenimiento de la estabilidad del paciente en los casos donde éste se encuentra a la espera del implante de injertos cutáneos (cultivados o auto injertos).

FORMACIÓN SOCIO POLÍTICA: ALCANCES Y LIMITACIONES. EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO

Oroño, Angel

*Universidad Bolivariana de Venezuela
kiyopo@gmail.com*

La formación sociopolítica de adultos pretende, la sensibilización reflexiva sobre las pautas que han configurado el hacer y decir de médicos integrales. Estas reflexiones las enmarcamos en la naturalización que el sistema capitalista construye a favor de las condiciones asimétricas que imperan en las democracias de perfil burgués. El Curso de formación socio política: salud y ambiente en el sistema neocolonial de dominación capitalista, dirigido a personal médico del Hospital Coromoto de Maracaibo, ha sido una prueba piloto, punto de referencia sobre el debate que en el sector de la salud se ha reducido a deficiencias presupuestarias, déficit de insumos y de personal, entre otros que se publicitan los medios de

información privados, dado el contexto de guerra de IV y V Generación que se aplica sistemáticamente en Venezuela con ferocidad inigualable desde hace cuatro años. El curso planteó como objetivo general de reflexión: desmontar las concepciones de organismos internacionales relacionadas con la salud y el ambiente como parte del sistema neocolonial de dominación imperial. El método empleado es el de los talleres señalados en el documento rector de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Los resultados se generaron en diversos tiempos: a) que el personal médico lograra identificar las concepciones sobre el derecho a la salud insertas dentro del Plan de la Patria segundo plan socialista; b) el reconocimiento de las concepciones de dominación de organismos internacionales asociadas con la salud y c) que se establecieran las condiciones para el debate sobre salud intercultural. Sus limitaciones estuvieron relacionadas con la instalación de colectivos interdisciplinarios de investigación, coordinados desde la Universidad Bolivariana de Venezuela, estableciendo puentes de diálogo entre distintas instituciones regionales relacionadas con la gestión de salud y así como la gestión ambiental.

GESTIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DESDE BARRIO ADENTRO. LOGROS Y DESAFÍOS

Pineda, Ninoska

*MgSc. en Psicología Clínica, Psicólogo, docente agregado a dedicación exclusiva del PFG Gestión de la Salud Pública; investigador responsable del proyecto FONACIT Gestión de la política pública misión Barrio Adentro en la parroquia Juana de Ávila, investigador PEI A-2. Universidad Bolivariana de Venezuela
npineda2511@gmail.com*

La presente ponencia tiene como objetivo describir el funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud desde la llegada de Barrio Adentro. El sis-

tema público de salud en Venezuela en la década de los 90 se tradujo en un sistema descentralizado, privatizador y promotor del tercer sector. Por su parte la red Barrio Adentro que se creó para saldar la deuda social en salud durante la revolución bolivariana. Comienza entonces en Venezuela, una gestión pública de la salud dividida, que aunque desarrolla procesos de descentralización y participación, sus orientaciones, actores y principios son antagónicos. Se concluye lo siguiente: 1) El proceso de descentralización promovió el retiro del Estado de la prestación de servicios de salud 2) Lejos estaba la descentralización de lograr todo lo que en apariencia ofrecía 3) La eficiencia y la eficacia para aplicar la descentralización en la reforma neoliberal se transformó en el instrumento para legitimar el Estado neoliberal 4) El reconocimiento constitucional de la salud, y la subsiguiente implementación de la red Barrio Adentro, permitió garantizar la gratuidad del servicio, la dotación de medicamentos y la atención a los sectores más desfavorecidos. 5) La atención de la salud brindada por Barrio Adentro desde una perspectiva integral y articulada, ha permitido el desarrollo de estrategias de promoción y prevención ajustadas a la realidad comunitaria. 6) Existe la necesidad de fortalecer la formación para la participación comunitaria de forma continua. 6) Es indispensable promover la contraloría social en la gestión de las políticas públicas del Estado.

Palabras clave: Estado, Salud, Sistema público.

LÁSER CO₂ EN GINECOLOGÍA

Doria de Añez, Anexy

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Coromoto. Docente de pregrado de medicina de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda UNEFM.

La acción del Láser CO₂ consiste en reconvertir energía de una forma en otra. Es el láser más utilizado en Ginecología. Produce energía en una lon-

gitud de onda infrarroja. Es un Láser de estado gaseoso y su conductor es el dióxido de carbono.

El láser puede ser utilizado como bisturí que se incorpora a una pieza de mano, a un microscopio (colposcopio) o a un laparoscopio, instrumentos que nos permiten localizar y tratar los tejidos lesionados. En el primer caso se puede acceder al segmento inferior del aparato genital (vulva, vagina, cuello uterino) y en el segundo a los órganos alojados en la cavidad peritoneal (ovarios, útero, trompas).

Existen tres propiedades del láser que lo diferencian del electrobisturí utilizado en la cirugía habitual: vaporiza, corta y coagula.

Las ventajas de esta herramienta de alta tecnología son: Precisión micro quirúrgica; Posibilidad de eliminar la totalidad del tejido lesionado en la profundidad y amplitud requerida y de llegar a sitios inaccesibles por otros métodos; campo quirúrgico libre para la observación; Efecto mínimo en el tejido adyacente, lo que favorece una rápida cicatrización; Escasa tasa de complicaciones; Bajo porcentaje de recidivas.

El Láser CO₂ permite realizar con gran eficacia una serie de intervenciones laparoscópicas habituales: cirugía peritoneal y tubo-ovárica, en la paciente estéril: Adhesiolisis Laparoscópica.

El láser CO₂, es un eficaz instrumento en la endometriosis mediante laparoscopia. Permite tratar casi todos los estadios de la enfermedad: desde la vaporización de implantes peritoneales extra genitales hasta la quistectomía selectiva, liberación de adherencias, sección de ligamentos útero sacros.

En el tracto genital inferior está indicado en las siguientes patologías: Neoplasias Intraepiteliales en Cérvix, Vulva y Vagina: NIC I, II Y III; VIN I,II Y III; VAIN I,II Y III; Infección por VPH, condilomatosis, vulvodinia y vestibulitis idiopática, quistes de la Glándula de Bartolino y Resección de Tabiques Vaginales.

La pérdida de satisfacción durante el acto sexual y la incontinencia urinaria son causas principales del Síndrome de Degeneración Vaginal debido a los

embarazos y partos por vía natural, que pueden afectar al suelo pélvico vaginal. La técnica láser de regeneración vaginal consiste en estimular la creación de fibroblastos y ácido hialurónico en el tejido que conforma la pared vaginal. Estos elementos fortalecen la estructura de la pared, aumenta el tono y el grosor de la mucosa y contribuye al fortalecimiento del suelo pélvico.

La hiperpigmentación genital puede estar provocada por la edad, problemas hormonales como el hiperinsulismo, embarazo o una predisposición personal a la pigmentación excesiva de la piel, el tratamiento con láser CO2 está indicado para la despigmentación, mejorando la estética vulvar desde la primera sesión y reducir significativamente el nivel de coloración en la zona.

Referencias

- endofemenina.blogspot.com. Venezuela: Dra. María Andreina Agüero; 2015 (citado 8 junio 2016). Disponible en: <http://endofemenina.blogspot.com/2015/07/reduccion-de-labios-menores-con-laser-.html?m=1>.
- Iml.es. España: instituto médico laser 2014, (actualizada 27 Junio de 2016, (citado 8 Junio 2016). Disponible en <https://www.iml.es/labio-plastia-con-laser-reduccion-de-labios-menores-impl.html>
- ginecolaser.com. Venezuela: María Elena Rendón, 2011 (citado 8 Junio 2016) disponible en <http://www.ginecolaser.com/laser-ginecologico.html>
- grupoangeles.org. Guatemala: Dr. Hiram Humberto Castillo Villatoro (citado 8 Junio 2016) disponible en <http://www.grupoangeles.org/espanol/tratamiento-con-laser-co2-en-patologia-del-tracto-genital-inferior-dr-hiram-humberto-castillo-villatoro-asistencia-en-laser-instituto-universitario-dexeus-barcelona-espana-guatemala-centro-america>
- endoscopiaginecologica.com. Argentina: Dr. Gustavo Rebagliati (citado 8 Junio 2016) disponible en <http://www.endoscopiaginecologica.com/tlaser.php>

PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE PACIENTES CRÍTICOS (QUEMADOS)

David Rojas, María Carolina

Dra. Residente del Programa de Postgrado de Medicina del Quemado UBV – Hospital Coromoto

El transporte sanitario es la atención de un profesional de la salud especializado o el apoyo de una persona con entrenamiento en rescate, reanimación y atención de trauma (quemaduras), a un paciente dentro de un hospital o en el área del accidente. Hay 4 tipos de transporte, cada uno con su prioridad.

Los criterios de traslado son los siguientes: paciente adecuado, mayor probabilidad de sobrevivir, estabilidad hemodinámica, personal y equipo adecuado, mejor ruta posible, y destino asegurado. Se debe evaluar la condición del paciente tomando en cuenta el diagnóstico, los beneficios de la transferencia, riesgos de la transferencia, posibles efectos fisiológicos o problemas durante la transferencia.

En el traslado del paciente se toma en consideración el modo de transporte, verificar la condición del paciente, el clima y barreras climáticas, seleccionar el personal acompañante, iniciar los procedimientos de transferencia, movilizar personal y transportar el equipo, utilizar protocolos y procedimientos de transferencia preestablecidos. Los tipos de transporte sanitario se basan en la urgencia vital del enfermo, el equipamiento y la medicación, el medio de transporte como terrestre y aéreo. Durante el traslado ocurren varios cambios fisiopatológicos en el paciente por efecto de la vibraciones, ruido, aceleración-desaceleración, temperatura, turbulencia y altura.

Una vez finalizado el traslado del enfermo, el equipo que lo ha efectuado debería estar en situación de disponibilidad en el menor tiempo posible, con el material de repuesto empleado, y el interior del vehículo acondicionando, por lo que el centro receptor debería facilitar el material empleado durante el mismo.

MODELO TRADICIONAL VS. MODELO EMERGENTE DE SALUD EN VENEZUELA. UN ESTUDIO SOCIO CRÍTICO

Elizabeth Borjas Lizardo

Hospital Coromoto – Instituto Hematológico de Occidente

El propósito de esta investigación es analizar los modelos de curativo tradicional y preventivo emergente de salud en Venezuela desde la puesta en vigencia de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en (1999), con el fin de determinar las contradicciones que se presentan en el Estado venezolano en cuanto a la implementación de las políticas de salud. La metodología conjuga aspectos de la investigación documental, análisis socio crítico y la investigación acción. Los resultados nos muestran que a pesar de las distintas estrategias que se han empleado desde diversos ámbitos para incidir en el empoderamiento de la gente sobre su salud, sigue prevaleciendo la visión más conservadora centrada en la salud pública tradicional atendiendo procesos de salud-enfermedad desde la visión hegemónica curativa; el poderío económico prevalece sobre los intereses colectivos para atender la salud del pueblo, por tanto, las acciones que promueven la salud colectiva de la población siguen siendo minimizadas porque atentan contra los intereses dominantes; las experiencias que se presentan sobre la salud de manera alternativa muestran otras formas de percibir la vida, la valoración del cuerpo, la naturaleza, la mente. Entre las consideraciones finales tenemos que el desarrollo de las concepciones de salud en Venezuela y su incidencia en la realidad social parten de elementos históricos y culturales que mantienen un sistema predominantemente occidentalizado basado en principios neoliberales, generando conflictos entre lo establecido en la normativa jurídica constitucional y en la praxis social de nuestro país; el movimiento crítico en salud no ha podido avanzar con fuerza y masivamente debido a la

visión y acción de intereses dentro del Estado burgués que está permeado dentro de las diferentes estructuras del sistema.

Palabras clave: Modelos de salud, Estado venezolano, políticas públicas de salud.

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA. UNA REVISIÓN NECESARIA

Duilimarth Arrieta Nava

*Universidad Bolivariana de Venezuela – PFG
Gestión en Salud Pública – Eje Cacique Mara*

Dentro de las organizaciones sociales hallamos las comunitarias, cuya constitución está relacionada con las características propias de su espacio geográfico y los problemas que afectan a la comunidad de acuerdo a la cultura de sus habitantes y a otros elementos que le son inherentes por sus características particulares. En Venezuela, con la crisis del sector salud en los años 80, emergieron estas figuras en aras de buscar soluciones concretas a los problemas propios de la época, entrando el siglo XXI se empezó a promover desde el Estado un modelo participativo y protagónico de la gente a través de las organizaciones comunitarias para promover el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades a través de la gestión en salud pública desde las bases sociales. El objetivo de esta investigación es analizar la organización comunitaria en la gestión de la salud pública en Venezuela. La metodología es cuali-cuantitativa. Entre los resultados se encontró que la mayoría de las organizaciones comunitarias cuyo objetivo es promover la salud están vinculadas de alguna manera a la gestión pública de la salud; cumplen roles específicos en función de la gestión de la salud de los/as habitantes de las comunidades donde tienen ámbito de acción o de quienes pertenecen a las mismas por adscripción; la participación es un requisito

fundamental tanto para la organización de las comunidades de acuerdo a sus necesidades de salud como para la gestión de la misma; el modelo actual requiere una revisión exhaustiva para redefinir escenarios de acción y toma de decisiones. Como conclusión se puede decir que la organización comunitaria es en sí misma, una acción

transformadora y liberadora de la sociedad que lleva consigo una carga de participación de la gente para poder alcanzar metas comunes y mejorar las condiciones tanto materiales como físicas y espirituales de la población.

Palabras clave: Organización comunitaria, gestión, salud pública.



RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Cirugía

ANASTOMOSIS BILIODIGESTIVAS: INDICACIONES, TÉCNICA Y COMPLICACIONES. EXPERIENCIA DE 155 CASOS EN 5 AÑOS

Al Awad Adel^{1,2,3,5}, Flores Víctor^{1,5}, Maza María⁴, Gómez Joan^{4,5}, Sánchez Rixio⁵

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Director del Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Profesor Titular de la Universidad del Zulia (LUZ).

⁴Médico Cirujano de la Universidad del Zulia.

⁵Hospital Coromoto de Maracaibo.

alawadadel@gmail.com

Introducción: Las Anastomosis biliodigestivas (ABD) consisten en la derivación de cualquier segmento del árbol biliar intra o extra hepático con el tubo digestivo, mediante la confección de Asa Omega o Y de Roux. Evaluar las anastomosis biliodigestivas realizadas en el Hospital Coromoto de Maracaibo en los últimos 5 años. **Materiales y métodos:** Se efectuó un estudio descriptivo, estableciendo un diseño de campo no experimental, retrospectivo y transversal, con la revisión de 200 historias clínicas de pacientes con patología biliar, a los cuales se les realizó derivación biliar con anastomosis bilioentérica en sus distintas formas. **Resultados:** Se realizaron 155 biliodigestivas, 99 de las cuales fueron en pacientes femeninas, con promedio etario de 50 años, entre las causas de biliodigestiva predominó los tumores de cabeza de páncreas, seguido de lesión iatrogénica de vías biliares, la técnica más frecuentemente empleada fue la de HeepCouinaud, seguido de hepatoyeyunoanastomosis, el abordaje quirúrgico convencional fue realizado 86% de las veces y un 14% de forma laparoscópica, con la técnica de invaginación biliar se realizaron 57% mientras que la técnica convencional se realizó

en 43%, el porcentaje de complicaciones intra-hospitalaria fue 32%, el tiempo de estancia promedio fue de 11 días, la mortalidad postoperatoria fue de 10%. **Conclusión:** Las anastomosis biliodigestivas es una de las técnicas indicadas en los pacientes con Síndrome Ictérico Obstructivo tanto por patología benigna como las malignas con una tasa de morbilidad y mortalidad baja.

Palabras clave: Árbol biliar, Anastomosis, Biliodigestiva.

CARDIOMIOTOMÍA DE HELLER: MANEJO QUIRÚRGICO Y LAPAROSCÓPICO DE LA ACALASIA ESOFÁGICA EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

(Heller Myotomy: surgical and laparoscopic management of esophageal achalasia at the Coromoto Hospital in Maracaibo. Presentation of two cases).

Al Awad Adel^{1,2,3}, Ortiz Jesús⁴, Ortega José⁴, Pacheco Ramón⁴, Rincón Lisneiri⁴

¹Cirujano General y hepatobiopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo, ²Director de Fellow Cirugía Hepatobiliopancreática del Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Profesor titular de la Universidad del Zulia (LUZ).

⁴Miembro de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).

lisneiri03@hotmail.com

Introducción: La acalasia se considera uno de los trastornos motores digestivos más frecuentes provocando disfagia en el paciente. La inyección de toxina botulínica en el esfínter esofágico inferior y la dilatación neumática son uno de los tratamientos más utilizados con efectos a corto pla-

zo. Se describe la experiencia del abordaje quirúrgico laparoscópico en el Hospital Coromoto de Maracaibo. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de dos abordajes quirúrgicos esofágicos, período Enero 2011 – Diciembre 2015. Se realiza incisión a través de orificio del anillo umbilical, Técnica de Hasson, se introduce trocar #12 para óptica de 10mm y 4 puertos de 5mm, se localiza la unión cardioesofágica y se procede a identificar los pilares del diafragma y nervio vago. Se liberan vasos cortos del estómago, identificando esófago a través de ambos pilares y se procede a realizar Cardiomiectomía de Heller, 4 cm de miotomía en el paciente pediátrico y 8 cm el paciente adulto. Se insufla aire por sonda nasogástrica, luego se realiza funduplicatura de Dor sin complicaciones. Se realiza gastroscopia transoperatoria, no se evidencia lesión de la mucosa a 10 cm de unión gastroesofágica. Verificación de hemostasia, cierre por planos. Resultados: Se realiza abordaje laparoscópico a 2 pacientes femeninas, una con 3 años de edad y la otra con 60 años, diagnosticadas a través de videoendoscopia superior y manometría esofágica de acalasia, sin antecedentes de importancia. No hubo complicaciones durante la cirugía, el tiempo quirúrgico fue de 249 minutos en promedio. La estancia hospitalaria fue de 5 días. Actualmente las pacientes no han presentado dificultad para deglutir sólidos, líquidos o algún otro trastorno. Conclusión: El abordaje quirúrgico laparoscópico para el tratamiento de la acalasia sigue siendo el de elección con mejores resultados a largo plazo.

Palabras clave: Acalasia, esófago, cardiomiectomía, laparoscopia, cirugía.

CINCHA PROTÉSICA COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA DEL ROBO ARTERIAL SECUNDARIO A ACCESO VASCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Al Awad A.^{1,2,3}, Flores Víctor¹, Maza María⁴, Pacheco Ramón⁵, Ríos María⁵

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Profesor Titular de la Universidad del Zulia (LUZ). ⁴Médico Cirujano de la Universidad del Zulia. ⁵Hospital Coromoto de Maracaibo. mariagabrielarios8@gmail.com

Introducción: el síndrome de robo arterial es una complicación infrecuente de accesos vasculares para hemodiálisis, caracterizada por dolor, frialdad, parestesias, aumento de las manifestaciones durante los días de diálisis, y por aparición tras la construcción del acceso vascular. El objetivo de este estudio es proponer la cincha protésica como alternativa quirúrgica para este síndrome. Materiales y métodos: se atendieron dos pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica, con manifestaciones de isquemia en la mano, secundario a fístula humerocefálica funcionante. Los síntomas aparecieron entre 2 y 6 meses después de la confección del acceso, el diagnóstico estuvo basado en ausencia de pulsos palpables en muñeca. Ambos pacientes fueron sometidos a colocación de cincha protésica de gore-tex recta 6mm de diámetro y 1cm de longitud, alrededor de la vena. Se utilizó sutura de polipropileno 6/0 para cerrar la cincha. Los pacientes recibieron anestesia local y tratamiento antibiótico con cefadroxilo oral. El procedimiento duró aproximadamente 45 minutos. El seguimiento estuvo basado en mejoría del pulso en muñeca y síntomas asociado a hemodiálisis. Resultados: la corrección quirúrgica del robo se evidenció en ambos pacientes, mostrando mejoría en la irrigación distal, desaparición del dolor y parestesia. No hubo trombo-sis del acceso vascular, tampoco infección de he-

rida. Conclusión: el uso de esta técnica para mejorar las manifestaciones del síndrome de robo fue efectivo y no hubo complicaciones, sin embargo el seguimiento del funcionalismo del acceso vascular debe ser a largo plazo.

Palabras clave: Fístula, Cincha, Hemodiálisis.

CIRUGÍA DE ACCESO MÍNIMO EN PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS DEL HÍGADO. INFORME PRELIMINAR DE 12 CASOS

(Minimal access surgery in surgical pathology of the liver. Preliminary report of 12 cases).

**Al Awad Adel^{1,2,3}, Arhiyury Linares²,
Sánchez Mauribel^{4,5}, Sánchez Arleen^{4,5},
Ortega José**

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Profesor Titular de la Universidad del Zulia (LUZ). ⁴Médico Cirujano de la Universidad del Zulia. ⁵Docente libre de la Universidad del Zulia. ⁶Miembro de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). joseortegag3@gmail.com

Objetivo: Presentar informe preliminar de resecciones hepáticas laparoscópicas en la Unidad de Cirugía Hepatobilio-pancreática, Hospital Coromoto de Maracaibo en 2 años. **Materiales y Métodos** Estudio retrospectivo, descriptivo de 12 resecciones hepáticas laparoscópicas, período Enero 2013- Diciembre 2015, por tumores hepáticos tumores benignos y malignos. Se evaluó grupo etario, sexo, histología, ubicación del tumor, tipo de resección hepática, transfusiones, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y complicaciones. **Resultados:** De 42 resecciones hepáticas, 12 casos correspondieron a resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL). Predominó el sexo femenino en un 66,66%. El tipo de resección hepática que predominó fue la segmentectomía con

3 casos (25%), seguida hepatectomía derecha e izquierda, cada una con 2 casos (16,66%), asimismo seccionectomía posterior y resecciones atípicas, 2 casos cada una (16,66%), en último lugar seccionectomía lateral y seccionectomía lateral más resección del IVb en 1 caso cada una (2,38%). El tipo histológico representado en lesiones malignas (50%), 3 correspondían a metástasis y 3 a carcinoma hepatocelular, el 50% restante correspondían lesiones benignas, de las cuales 3 casos fueron hemangiomas cavernosos. El promedio de hospitalización fue 4,5 días y el requerimiento de más de 2 concentrados globulares (8.3%). Promedio de tiempo quirúrgico 291 minutos. Las complicaciones fueron de 8,33% (1 caso) no relacionada a la cirugía; no se registró muertes. **Conclusiones:** Las cirugías hepáticas por vías laparoscópicas representa el abordaje ideal para pacientes con segmentectomías a predominio de los segmentos anteriores, además de las seccionectomías, con menos morbilidad y menor extensión de la herida que puede ser aplicado para lesiones benignas como malignas.

Palabras clave: Resecciones hepáticas, laparoscopia, tumores, hepático.

DETERMINAR LA PREVALENCIA DE PACIENTES CON CARCINOMA DUCTAL INSITU DURANTE EL PERÍODO 2011-2015.

González R., Inés C.¹, Salas V., Katherine B.², Pozzo G., Norelys M.³

¹Estudiante de Medicina de 6to año del Programa de Medicina Dr. José Francisco Torrealba de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos/ Interno de Pregrado Hospital IVSS Dr. José María Carabaño Tosta.

²Médico Cirujano egresada de la XLII promoción de la Universidad de Carabobo Sede Aragua.

³Médico Cirujano egresada de la Universidad de Carabobo Núcleo Aragua, Anatomopatólogo de Hospital Dr. José María Vargas, Caracas Venezuela. Profesora de la Universidad de Carabobo desde hace 20 años y en la Cátedra de Morfología Normal y Patológica en la asignatura de Anatomía Patológica, Profesora de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Centrales Rómulo Gallegos en la asignatura de Anatomía Patológica. Anatomopatólogo del IVSS Hospital Dr. José María Carabaño Tosta Maracay Estado Aragua y de la Sociedad Anticancerosa del Estado Aragua.

gonzalezrinesc@gmail.com, kttys15@gmail.com, norelysmpozso@hotmail.com

Objetivo: Determinar la prevalencia de pacientes con Carcinoma Ductal Insitu en el servicio de cirugía oncológica del Hospital Dr. José María Carabaño Tosta Estado Aragua durante el período 2011-2015. Métodos: Estudio retrospectivo, epidemiológico, descriptivo de 126 pacientes diagnosticadas con patología mamaria maligna durante el período de 2011 hasta 2015. Resultados: Fueron encontrados durante este período un total de 126 pacientes con patología mamaria maligna, de los cuales 13 fueron diagnosticados carcinoma ductal in situ, descritos de la siguiente manera dando como resultado un nivel de progresión ascendente desde un basal inicial de 12,69% y culminando en un 26,19%. Por su par-

te la entidad premaligna experimento una progresión vertiginosa iniciando con 3,17% atravesando una meseta en el transcurso de dos años consecutivos 1,58% presentando un descenso de 0,79% y culminando en el valor inicial. El grupo etario en que el que prevaleció más la enfermedad fue de 46-50 años, en este mismo orden de ideas el sexo femenino prevaleció durante la investigación. Los Receptores de IHQ RE, RP se presentaron positivos en un 13 y 12 de los casos respectivamente Her2Neu se presentó positivo en la totalidad de los pacientes diagnosticados con CDIS y Ki67 se mantuvo positivo con una media de 8%. Conclusión: Es evidente la progresión ascendente de la patología mamaria maligna durante el período en estudio, de igual modo ocurrió una línea de progresión que inicio y concluyó con un total de 3,17% diagnosticado con CDIS. El grupo etario en el que se presentó mayor prevalencia fue el adulto maduro.

Palabras clave: Premaligna, CDIS, Inmunohistoquímica, RE, RP, Ki67.

DISFAGIA ASOCIADA A PRESENCIA DE OSTEOFITOS ANTERIORES EN COLUMNA CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

César, Covarrubia¹; Guillén, Yusmary¹; Fernández, Alejandro²

¹Unidad de Cirugía de Columna Hospital Coromoto. Maracaibo Edo. Zulia. ²Postgrado de Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario "Dr. Pedro Emilio Carrillo". Valera, Edo. Trujillo.

La enfermedad de Forestier-Rotes-Querol o hiperostosis esquelética idiopática difusa presenta como principal manifestación la osificación del ligamento longitudinal anterior (LLA) y la formación de puentes óseos intervertebrales. Las repercusiones otorrinolaringológicas asociada a compromiso de la columna cervical son descritas con poca frecuencia, siendo la disfagia, la disfo-

nía y la disnea los síntomas más comunes. **Objetivo:** Describir el manejo quirúrgico de un paciente con disfagia secundaria a la presencia de osteofitos a nivel de la columna cervical. **Método:** Estudio retrospectivo de un caso clínico, en paciente masculino de 64 años, que presentaba disfagia, odinofagia y disfonía secundaria a la presencia de osteofitos anteriores en la columna cervical, se evaluaron las imágenes radiológica y RMN y la historia clínica del paciente, con un seguimiento postoperatorio de 12 meses. **Resultados:** El paciente fue sometido a excéresis de osteofitos a nivel de C3, C4, C5 mediante abordaje lateral izquierdo amplio, evidenciando mejoría de la disfagia, odinofagia y disfonía a partir de las 4 semanas posoperatorias, y sin síntomas a los 12 meses de posoperatorio. **Conclusiones:** La excéresis de osteofito a nivel de columna cervical es el tratamiento quirúrgico adecuado para la resolución de la disfagia.

Palabras clave: Hiperostosis esquelética difusa idiopática, disfagia, odinofagia, disfonía, osteofitos, columna cervical.

DISGERMINOMA. NEOPLASIA MALIGNA EN UNA PACIENTE GESTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Zambrano Ch, Rosa E; Varela B, Jeysi M; Vergel C, Augusto M; Montiel N, Carlos E; Estrada P, Glenin Segundo

Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. rosablack2@hotmail.com, jeysivarela@hotmail.com, agosto_vergel@hotmail.com, pierina_roncarati@hotmail.com, carlucho.montiel@gmail.com, gleninestrada@hotmail.com

Objetivo: Reportar un caso clínico de Disgerminoma asociado con el embarazo. **Paciente y Método:** Femenina de 20 años de edad, 6 sema-

nas de gestación, quien inicia enfermedad actual 1 mes previo, caracterizada por presentar dolor abdominal, de inicio insidioso, localizado en fosa iliaca izquierda, de moderada intensidad, continuo, opresivo, calma parcialmente con analgésicos comunes. Ecográficamente se evidencia útero aumentado de tamaño con saco gestacional único ovalado de 10.6mm de inserción alta, embrión único de 6 semanas; lesión ocupante de espacio sólida, heterogénea hipoeoica, ubicada desde hemipelvis izquierda hasta epigastrio mide 27.6 x 17.5 x 12.7cm vol: 2.864cc, desplaza estructuras y órganos intraabdominales, contornos definidos, multilobulado, Saturación color central y periférico, se decide conducta expectante, se realiza control ecográfico evidenciando gestación simple activa de 22.3 semanas por biometría fetal, persistencia lesión con características descritas mide 15x12x18cm y liquido libre en cavidad. Es llevada a mesa operatoria se toma biopsia por congelación que reporta Tumor de origen Germinal Disgerminoma, y citología de líquido positivo para maligna, se realiza evacuación uterina. Se realiza cirugía definitiva posterior a quimioterapia. **Conclusiones:** El disgerminoma durante la gestación tiene buen pronóstico, la mayoría se encuentran en estadio inicial, sólo con manejo quirúrgico conservador hay una recurrencia de 10%. Se recomiendan que el manejo quirúrgico debe ser realizado después de las 15 semanas de gestación para masas anexiales que persisten en el segundo trimestre, dimensiones mayores de 10cm de diámetro o de características ecográficas sólidas y quísticas.

Palabras clave: Disgerminoma, embarazo, germinal, fertilidad, quimioterapia.

DIVERTÍCULO YEYUNAL PERFORADO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO UNA REALIDAD

**Dau Hernando¹, Castellanos Karelis²,
Yanes Anderson³, Guzmán Onexi⁴**

¹Residente Tercer año Cirugía general Hospital General Adolfo D' Empaire Cabimas. ²Adjunto al Servicio de Cirugía General Hospital General Adolfo D Empaire Cabimas. ³Residente Segundo año Cirugía general Hospital General Adolfo D Empaire Cabimas. ⁴Residente primer año Cirugía general Hospital General Adolfo D' Empaire Cabimas Chirinos. hernandodau@hotmail.com, niskihut@hotmail.com, annderzom01@gmail.com, maria0128@gmail.com

Introducción: Los divertículos yeyunales se diagnostican con más frecuencia en varones > 50 años. La mayoría las veces asintomáticos en un 10-20% presentan complicaciones, su prevalencia es 0,1- 2,3% en autopsias y de estudios radiológicos y suponen alrededor del 1% de la enfermedad divertículo (1). Presentamos 1 caso diagnosticado en una paciente de 54 años en nuestro hospital. **Objetivo:** realizar una revisión bibliográfica y de casos acerca Del divertículo yeyunal debido a su infrecuencia. **Método:** se realizó una revisión de caso clínico bajo el método descriptivo de una paciente ingresada al servicio de cirugía general, paciente femenina de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada de 54 años quien acude por presentar dolor abdominal de aparición súbita localizado en epigastrio tipo punzada el cual luego se generaliza a todo el abdomen en aumentativo sin diminutivo sin acalmia asociado a emesis de contenido gástrico en 2, en la exploración se observaba álgida, inmóvil, frecuencia cardiaca 100x' abdomen levemente distendido cicatriz mediana ruidos hidroaereos hipofoneticos poco depresible en el hemi abdomen derecho con signos de irritación peritoneal rebote en los 4 cuadrantes, hematolo-

gía 12900 con desviación a la izquierda radiografía tórax y abdomen no concluyente para perforativo es llevada a mesa quirúrgica ese mismo día se encuentran como hallazgos tumoración abscedada a 40 cms del ángulo de treitz además divertículo pediculado con cambios de coloración y múltiples divertículos yeyunales por tal motivo se realiza resección y anastomosis terminoterminal yeyunoyeyunal evolucionando satisfactoriamente y dada de alta al 5 días postoperatorio.

Palabras clave: Divertículo, yeyunal, hiponefros, pediculado, terminoterminal, yeyuno-yeyunal.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL USO DE N-BUTIL CIANOCRILATO VS SUTURAS CONVENCIONALES EN HERNIOPLASTIAS INGUINALES

Molina Padrón, Jonathan L.¹, Luis Ramírez B¹, Hiliana Rincón¹, Frank Medina¹

*Hospital Dr. Adolfo Pons, Maracaibo – Zulia.
lainskaster@yahoo.com,
luramirez63@hotmail.com,
coaima@hotmail.com, st_drake8@hotmail.com.*

Estudio prospectivo, longitudinal, simple ciego, el Objetivo fue evaluar el uso de n-butil cianocrilato comparado con el uso de suturas convencionales en la reparación de hernias inguinales empleando técnicas sin tensión. Los pacientes sometidos a hernioplastia fueron clasificados según Gilbert, Grupo A, control, con 30 pacientes empleando suturas convencionales y grupo B, de estudio, con 30 pacientes empleando n-butil cianocrilato. Al comparar el tiempo quirúrgico se observa que el promedio de tiempo empleado en el grupo de estudio fue de 29,4 min, y en el grupo control la media fue de 43,6 min, con diferencias entre las medias de 14,13, con valor de $p=0,0001$, encontrándose una diferencia significativa estadísticamente. Con respecto a las compli-

caciones, en el grupo de estudio 10% de los pacientes presentaron seroma y ninguno presentó dolor; en el grupo control 17% de los pacientes presentaron seromas y 7% presentaron dolor postoperatorio, no hubo ninguna otra complicación en los grupos. Se notó que dentro del grupo de estudio ningún paciente tuvo dolor y en el grupo control dos sujetos presentaron dolor leve representando un 7%. Finalmente, con respecto a los costos, se evidenció una disminución del 45% en el grupo de estudio. Conclusiones: Es más rápido realizar hernioplastias inguinales utilizando el n-butil cianocrilato con respecto a los materiales de síntesis convencionales; la utilización de pegamento tisular quirúrgico disminuye las complicaciones y el dolor postoperatorio y finalmente el uso de n-butil cianocrilato en la reparación de hernias inguinales disminuye los costos operatorios.

Palabras clave: Hernia Inguinal, Fijación de malla, Cianocrilato, suturas, Técnicas sin tensión.

EVALUACIÓN DE RESECCIONES HEPÁTICAS EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. EXPERIENCIA EN 3 AÑOS

(Evaluation of hepatic resections in the Hospital Coromoto of Maracaibo. Three years experience).

Al Awad Adel^{1,2}, Gutiérrez Gustavo¹, Linares Arhiyury³, Gómez Joan⁴, Ortiz Jesús⁵

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Director del Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo, Profesor Titular de La Universidad del Zulia (LUZ). ³Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Fellowship de Cirugía Hepatobiliopancreática en Hospital Coromoto de Maracaibo. ⁴Residente de Cirugía General Integral Hospital Coromoto de Maracaibo. ⁵Miembro de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). alawadadel@gmail.com.

Introducción Evaluar resecciones hepáticas en la Unidad de Cirugía Hepatobiliar-pancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo en 3 años. **Materiales y Métodos** Estudio retrospectivo, descriptivo de 42 resecciones hepáticas (convencional-laparoscópica), periodo enero 2013- enero 2016 por tumores hepáticos (benignos- malignos), excluyendo lesiones quísticas, infecciosas, traumáticas, seropositivos, insuficiencia hepática. Se evaluó el grupo etario y sexo; histología, tamaño y ubicación del tumor, resección hepática, transfusiones, tiempo quirúrgico, estancia y complicaciones. **Resultados:** Se realizaron 30 resecciones hepáticas convencionales (RHC) y 12 resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL). En ambos grupos predominó el sexo femenino 66,66%, sin diferencias significativas en grupo etario (P 0,9); ni tamaño del tumor (P 0,3). El tipo histológico predominante fueron lesiones malignas 66,66%, tumores metastásicos los más frecuentes 13 casos (30,95%), seguidos del carcino-

ma hepatocelular 11 casos (26,19%). Promedio de hospitalización 103 horas para RHL y 193 horas para RHC (P 0,04). Necesidad de transfusión 50% en RHL (6 casos) y 76,66% (23 casos) en RHC. Las complicaciones en RHL fue 8,33% (1 caso) no relacionada a la patología y 6,66% en RHC (2 casos) relacionadas a sangrado en postoperatorio inmediato. No se evidenció diferencia en tiempo quirúrgico: 249 minutos RHC y 276 minutos RHL. Conclusiones La patología más frecuente fue tumores hepáticos metastásicos. La cirugía hepática laparoscópica ofrece ventajas por menores pérdidas hemáticas y menor necesidad de hemoderivados así como menor estancia hospitalaria determinando recuperación más rápida, sin diferencia en tiempo quirúrgico.

Palabras clave: Resecciones hepáticas, laparoscopia, convencional, tumores, hepático.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL VÓLVULO DE COLON

Molina Padrón, Jonathan L¹, Luis Ramírez B¹, Hiliana Rincón¹ y Dayana Rodríguez¹

*Hospital Dr. Adolfo Pons, Maracaibo – Zulia.
lainskaster@yahoo.com,
luramirez63@hotmail.com,
coaima@hotmail.com,
dayarodriguez@gmail.com*

El vólvulo de colon (V.C) es la torsión del intestino grueso; existen discrepancias sobre el tratamiento quirúrgico. Hay escasa bibliografía nacional, por lo que se plantea la necesidad de esta revisión. Objetivo: Revisar nuestra experiencia en el tratamiento de V.C y comparar con lo reportado en la literatura. Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo de casos tratados por V.C desde 2009 hasta 2015. Se revisaron historias clínicas de 17 pacientes y se recogieron parámetros epidemiológicos, hallazgos intraoperatorios, técnica quirúrgica, y evolución postopera-

toria. Resultados: Fueron 17 pacientes, 13 hombres (76%) y 4 mujeres (24%) entre 16 y 84 años (media de 51,4 años). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor, distensión abdominal y ausencia de flatos. El diagnóstico fue realizado con radiología simple en todos los casos. Se encontró V.C sigmoides en 15 casos (88.2%) y cecales en 2 (11.8%). A 4 pacientes se realizó sigmoidectomía con anastomosis primaria (23%), 2 hemicolectomías derecha más anastomosis íleo-transversa (11%), 8 procedimientos de Hartmann (47%), 2 casos solo desvolvulación y colotomía descompresiva (11%), y un caso pexia de sigmoides (5,7%). Aparecieron complicaciones en 9 de los pacientes (52.9%), íleo postoperatorio en 5 pacientes (29.4%), una recidiva relacionada con pexia (5,8%), 3 ISO (17.6%) y 1 hemorragia digestiva inferior (5,8%). Tres pacientes fallecieron, mortalidad de 23.5%. Conclusiones: El procedimiento de Hartmann es la conducta quirúrgica más utilizada. La resección con anastomosis primaria es una técnica segura cuando no hay necrosis ni peritonitis. La pexia tiene alta tasa de recidivas. No se recomienda la colotomía descompresiva.

Palabras clave: Vólvulo de Colon, Obstrucción Intestinal, Tratamiento Quirúrgico, sigmoidectomía.

GRACILOPLASTIA. ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL E INCONTINENCIA FECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Zambrano Chacón, Rosa Elena; Varela Bustamante, Jeysi Mileidy; Roncarati Parra, Pierina; Bastidas Gómez, Ivettely Patricia; Briceño Rodríguez, Brenda Roxana

Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. rosablack2@hotmail.com, jeysvarela@hotmail.com, Pierina_roncarati@hotmail.com, ivettely14@hotmail.com, roxyna_27@hotmail.com.

Objetivo: Establecer el uso de la graciloplastia como alternativa de tratamiento en las fistulas rectovaginales persistentes e incontinencia fecal. Paciente y Método: Femenina de 34 años, con antecedentes de partos vaginales, con episiotomías medianas, que ameritaron esfinteroplastia quien acude a la consulta de cirugía general del Hospital Universitario de Maracaibo por presentar 6 meses previos canalización de flatos y secreción fecal por vagina, e incontinencia fecal. Examen físico: se evidencia: periné muy adelgazado con tabique recto vaginal adelgazado que permite casi la unión de la pared anterior de la vagina con la posterior del ano y recto. Tacto: esfínter hipotónico poca respuesta a la contracción voluntaria. Con el anoscopio se evidencia en pared posterior de vagina orificio fistuloso comunicante con el recto a 4 cm del orificio anal. En mesa operatoria, se le realiza Graciloplastia con esfinteroplastia y colostomía en asa protectora, con excelentes resultados post operatorios, es dada de alta a las 48 horas. Resultados: mínima morbilidad, excelentes resultados funcionales, satisfactoria evolución postoperatoria, curación de la fistula rectovaginal, y de la incontinencia fecal. Conclusiones: Los pacientes con incontinencia fecal y fistulas rectovaginales que no han obtenido beneficio mediante el tratamiento con medidas conserva-

doras y quirúrgicas convencionales, en la actualidad pueden ser tratados con una variedad de procedimientos que se agrupan bajo el concepto de creación de un nuevo esfínter. Esta opciones incluye la transposición de músculo gracilis no estimulado unilateral o bilateral ofreciendo una alternativa factible, mínimas recidivas, excelentes resultados funcionales.

Palabras clave: Gracilis, transposición, graciloplastia, incontinencia fecal, fistulas rectovaginales.

HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR POR TUMOR DE YEYUNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Silva., E. Pórteles., C. García, Y. Sánchez, H. Guzmán

Hospital Dr. Adolfo D' Empaire Postgrado de Cirugía General. Municipio Cabimas. Edo Zulia. christiangarcia22@hotmail.com)

Los tumores de intestino delgado son de baja prevalencia, representan sólo el 1- 2% de todos los tumores gastrointestinales. Caso clínico; paciente femenina Y. A de 40 años, acude a emergencia del Hospital Central de Cabimas, por cuadro clínico de 15 días de evolución presentando evacuaciones tipo melenas #4, de abundante cantidad, fétidas y vómitos incontables de contenido gástrico posteriormente biliosos. Antecedentes personales de importancia DM II no tratada. Al examen físico: pulso: 110 x', Fr: 20 x', Ta: 80/40 mmhg, abdomen plano, ruidos hidroaéreos, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no signos de irritación peritoneal tacto rectal esfínter normotermico normotonico melena(+); Laboratorio: cta blanca 3.300 seg 74%, hb: 3.6 g\dl, hcto: 12%, plt 109.000 química sanguínea dentro de límites normales. Gastroscopia: ulcera sangrante en bulbo duodenal, se transfunde en 7 oportunidades, presentando criterios de dragsters positivos, ameritando se-

gún cirugía general ser llevada a quirófano. Diagnóstico de ingreso: Hemorragia digestiva inferior: ulcera duodenal sangrante. Laparotomía: Loe borde mesentérico de yeyuno a 40 cm de ángulo de treiz de 5 cm x 4 cm. Procedimiento: 1. duodenotomía, exploración duodenal, duodenorrafia. 2. resección de 10 cm de yeyuno a 40 cm del ángulo de treiz involucrando masa tumoral 3. Confección de anastomosis termino terminal yeyunoyeyunal con técnica de Conell y Lembert. Biopsia: Leiomioma de intestino delgado. Concluyendo que los leiomiomas son los segundos tumores benignos más frecuentes del intestino delgado hallándose en cualquier localización. Afectan a ambos sexos y suelen diagnosticarse en edad avanzada por síntomas de obstrucción intestinal o hemorragia.

Palabras clave: Leiomiomas, hemorragia digestiva, tumor de yeyuno.

HEPATOBLASTOMA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO

Al Awad Adel^{1,2,3}, Maza María⁴, Sánchez Mauribel^{4,5}, Sánchez Arleen^{4,5}, Pacheco R.⁶

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Director del Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del

Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Profesor Titular de la Universidad del Zulia (LUZ).

⁴Médico Cirujano de la Universidad del Zulia.

⁵Docente libre de la Universidad del Zulia.

⁶ Miembro de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). ramonpacheco@gmail.com

Introducción: El hepatoblastoma es una neoplasia maligna primaria del hígado. Entre el 35% y el 50% de los tumores hepáticos son resecables al diagnóstico, el pronóstico del hepatoblastoma ha mejorado gracias a la quimioterapia preoperatoria. En Venezuela, no existen estadísticos

reales de esta patología maligna pediátrica, razón por la que el Objetivo de esta investigación es presentar tres casos de Hepatoblastoma tratados multidisciplinariamente en el Hospital Coromoto de Maracaibo. **Materiales y Métodos:** Se efectuó un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se revisaron 3 historias clínicas de pacientes diagnosticados con hepatoblastoma, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Coromoto de Maracaibo entre 2009 y 2015. **Resultados:** En el Hospital Coromoto se reportaron 3 pacientes con hepatoblastoma en las cuales predominó el género masculino 2:1, con edades comprendidas entre 9 y 18 meses, con promedio de 12 meses, dos Pretext I y un Pretext III, realizándose Hepatectomía Derecha y dos Hepatectomías Izquierdas, solo dos recibieron neoadyuvancia según SIOPEL, no presentaron complicaciones postoperatorias, el tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 5 días, en la actualidad, dos de los pacientes están libres de enfermedad con seguimiento de 8 años y 9 meses, un paciente fallecido por Neumonía a los 6 meses del postoperatorio. **Conclusiones:** El hepatoblastoma es una neoplasia maligna de la infancia cuyo manejo debe ser multidisciplinario, donde la combinación de la quimioterapia y la cirugía es el tratamiento de elección. La modalidad neoadyuvancia o adyuvancia dependerá del estadio.

Palabras clave: Hepatoblastoma, Hepatectomía, SIOPEL.

HERNIA DE SPIEGEL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

González Hidalgo Karline P, Ramírez Bracho, Luis, Rincón Reyes, Hiliana, Pérez Díaz, Raquel

Hospital Dr. Adolfo Pons, Maracaibo – Zulia.

hidalgokar86@gmail.com,

luramirez63@hotmail.com,

coaima@hotmail.com,

raquelaperezdiaz@gmail.com

Introducción: La hernia de Spiegel es una rara entidad patológica de la pared abdominal (1-2%); que protruye a lo largo de la línea spigeliana. Ocurre generalmente entre quinta y sexta décadas de vida, sin predisposición de género. **Objetivo:** Presentar Caso de Hernia de Spiegel como causa de Obstrucción Intestinal y revisar la literatura. **Caso:** Masculino, 70 años quien presenta dolor en hemiabdomen inferior, a predominio de fosa iliaca derecha, de 4 días de evolución, insidioso, que aumenta con cambios posturales, así mismo náuseas y vómitos. **Cardiópata, Obeso.** **Examen físico:** FC 88x', FR 22x', abdomen globoso, blando, depresible, dolor más intenso en fosa iliaca derecha, donde se palpa tumoración de 8 x 5 cm, sin signos de irritación peritoneal. **Laboratorio y Radiografía de tórax dentro de límites normales, Radiología de abdomen:** dilatación de asa delgada con niveles hidroaéreos. **Tomografía abdominopélvica:** Defecto en pared abdominal pararectal derecha infraumbilical, a través del cual emergen asas intestinales, con extensa reacción inflamatoria regional. Con diagnóstico de Hernia de Spiegel encarcelada se decide realizar laparotomía, evidenciando: Saco herniario que emerge a través de la línea semilunar derecha, que contiene región ileocecal perforada; se realiza ileocectomía + anastomosis ileoascendente. **Discusión:** Patología de difícil diagnóstico relacionado a sintomatología inespecífica, obesidad, y baja frecuencia; la presencia de masa palpable lleva a la indicación de tomografía, con la cual se

define el cuadro. **Conclusión:** Es una patología infrecuente. En casos de emergencia el diagnóstico clínico puede ser difícil y la tomografía es crucial para el diagnóstico.

Palabras clave: Hernia Spiegel, Obstrucción intestinal, línea semilunar.

ILEO BILIAR: CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mervin Javier Torres, María Perozo, Alí Urdaneta

Cirugía General. Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”. Universidad del Zulia.

Maracaibo – Estado Zulia, Venezuela.

mervin.torres@hotmail.com

De las complicaciones de la litiasis biliar resulta el íleo biliar, siendo una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Representa actualmente del 1-4% de los casos, asociado a origen mecánico, así como también la prevalencia sobre el sexo femenino. Se debe tener presente y sospechar del mismo, en pacientes de tercera edad, con clínica de obstrucción intestinal o antecedentes de litiasis vesicular. El diagnóstico oportuno permite brindar un tratamiento quirúrgico adecuado. (1) Se presenta el caso de una paciente femenina de 76 años de edad con antecedente de intervención quirúrgica en centro clínico privado 6 días previos a su ingreso por hernia umbilical encarcelada. Al examen físico abdomen con ruidos hidroaéreos ausentes, distendido, timpánico, doloroso a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal. Niega evacuaciones. Los exámenes de laboratorio indicaron leucocitos de 10,800mm³ con segmentados de 82%. Se evidencia en Rx abdominal marcada dilatación de asas delgadas sin niveles hidroaéreos, presentando evolución tórpida del cuadro clínico con gasto fecal a través de sonda nasogástrica, por lo que es intervenida quirúrgicamente evidenciando pre-

sencia de un lito a 20cm de la válvula ileocecal que condiciona obstrucción proximal.

Palabras clave: Ileo Biliar, obstrucción intestinal.

MANEJO MÉDICO PREQUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE GRAVE BASEDOW. A PROPÓSITO DE 1 CASO

Vílchez, Jeziel¹; Flores, Víctor²; Carvajal, Diego³

¹Residente de 3er año de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Cirujano General, Cirugía Bariátrica, Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Residente de 2er año de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo

La enfermedad de Graves-Basedow, presenta como sintomatología la crisis tirotóxica siendo una complicación rara del hipertiroidismo, aunque puede presentarse en el curso de otras tirotoxicosis, como el bocio multinodular hiperfuncionante o en el adenoma tóxico. Por lo que se presenta caso clínico de paciente femenina de 25 años de edad, quien inicia enfermedad actual hace 2 años de evolución por aumento difuso de la región anterior del cuello, es sometida a tratamiento hormonal sin obtener mejoría, motivo por el cual acude al servicio de Cirugía General del Hospital Coromoto donde es valorada y diagnosticada con enfermedad de Grave Basedow, se decide manejo médico, realizando tratamiento con plasmaferesis obteniendo mejoría clínica, lo que conlleva a planificación de cirugía electiva realizándose tiroidectomía total, sin complicarse con tormenta tiroidea. Por tanto, se determina que este tipo de afección se presenta en pacientes adultos, y adolescentes. Aunque presenta una mortalidad significativa, ésta ha descendido en la actualidad, no obstante si no se trata a tiempo, puede presentar una mortalidad superior al 20%.

Palabras clave: Enfermedad de Grave Basedow, Tirotoxicosis, Plasmaferesis, Hipertiroidismo.

MICOSIS PROFUNDA: SIMULADOR DE TUMOR HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Al Awad Adel^{1,2}, Linares Arhiyury³, Navarro Geordano⁴, Mauribel Sánchez⁵, Kendy Urdaneta⁵

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Director del Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo, Profesor Titular de la Universidad del Zulia (LUZ). ³Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Fellowship de Cirugía Hepatobiliopancreática en Hospital Coromoto de Maracaibo. ⁴Residente de Cirugía General Integral Hospital Coromoto de Maracaibo. ⁵Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). alawadadel@gmail.com.

Introducción. En los países tropicales como Venezuela, los hongos proliferan en abundancia por lo que la incidencia de las enfermedades producidas por estos es importante. Las micosis profundas representan un grupo de enfermedades producidas por hongos que tienen la capacidad de afectar la piel y órganos internos usando como vías de entrada la vía inhalatoria y la vía cutánea, para diseminarse después a otros órganos. Objetivo. Compartir la experiencia de dos casos clínicos de mucormicosis profunda simulando tumores hepáticos. Materiales y métodos. Se presentan dos casos clínicos de pacientes con diagnóstico de tumor hepático, con resolución quirúrgica, cuyos resultados histopatológicos reportan la presencia de micosis profunda (mucormicosis y criptococosis) sin atipia celular a nivel de parénquima hepático. A propósito de dos casos en el Hospital Coromoto de Maracaibo. Discusión y conclusiones. La mucormicosis de localización hepática es una patología poco frecuente que, puede confundirse con otras patologías, no deben ser tratadas sin antes haber sometido al paciente a los exámenes de laboratorio y

complementarios que permitan diagnosticar e identificar el agente causal, ya que un diagnóstico errado conduce a un tratamiento inadecuado lo cual perpetúa la enfermedad. Asimismo, se trata de una entidad propia de pacientes inmunosuprimidos, lo cual difiere de nuestros casos que fueron diagnosticados con biopsia postoperatoria.

Palabras clave: Tumor hepático, hepatocarcinoma, mucormicosis, criptococosis.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carla Olivia González Porras, Ali Abrahan Urdaneta Sánchez, Guillermo Borjas.

Servicio de Cirugía General, Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe. Universidad del Zulia.

Maracaibo – Zulia, Venezuela

carlita15.5@hotmail.com

La hernia obturadora representa una de las causas más raras de obstrucción intestinal, según múltiples autores menos del 1% de incidencia. El caso es de una paciente diagnosticada y tratada exitosamente en el servicio de cirugía por obstrucción intestinal debido a hernia obturatriz. **CASO CLÍNICO** Paciente femenina de 46 años de edad, quien acudió con cuadro clínico de 5 días de evolución con dolor abdominal difuso, cambios en el patrón evacuatorio y vómitos de contenido fecaloideo. Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía y 2 cesáreas segmentarias. Al examen físico: TA: 122/89mmHg, FC: 77x', FR: 23x', deshidratada, afebril, disneica, sonda nasogástrica con 800 cc de contenido fecaloideo, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor difuso, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorios: 10.200 de leucocitosis con 80% de neutrofilia. Se realiza Rx abdominal evidenciando niveles hidroaéreos, TAC abdominal reporta hallazgos indicativos de proceso obs-

tructivo agudo. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando hernia obturatriz derecha que compromete asa delgada a 60 cms de la válvula ileocecal, se reduce el contenido herniario, evidenciando indemnidad de asa delgada, se realiza corrección del defecto herniario con sutura absorbible. La paciente presentó evolución postoperatoria satisfactoria siendo egresada al tercer día sin complicaciones. **CONCLUSION** La hernia obturatriz, una patología que debe incluirse dentro del área de diagnóstico diferencial; la tomografía abdominal constituye la técnica más adecuada para su diagnóstico; si el síndrome es inequívoco (emergencia) se puede emplear laparotomía exploratoria; admite diferentes técnicas quirúrgicas para el cierre de este tipo de hernia.

Palabras clave: Abdomen agudo obstructivo, hernia obturatriz.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR. CONDUCTA EN EL HOSPITAL DR. MANUEL NORIEGA TRIGO

J. Contreras; L. Díaz; Y. Capo; J. Andara

josealeconur@gmail.com

El íleo biliar es una complicación infrecuente de la colelitiasis caracteriza por una obstrucción intestinal mecánica debida a la retención de uno o más cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal. Constituye el 5% de los casos de obstrucción intestinal, en pacientes de edad avanzada principalmente mujeres. Aún sigue en discusión si la conducta a seguir es la enterolitotomía y resolución quirúrgica de la fistula biliar en un primer tiempo o realizarla de manera diferida. Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo-longitudinal mediante una revisión estadística de las historias clínicas de Obstrucción intestinal intervenidas de emergencia entre el periodo 2010-2015 en el Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. Interviniéndose 246 pacientes con obstrucción intestinal, de las cuales 10 fueron por

Íleo Biliar 4%; todas fueron mujeres >50años, con antecedente de litiasis vesicular > 4 años sin resolución quirúrgica, resolviéndose como casos de emergencia mediante la enterolitotomía y en segundo tiempo la colecistectomía y el cierre fistuloso; siendo Asa II y III. Triada de Rigler en 3 casos. Solo 2 presentaron sepsis durante su ingreso; complicaciones postoperatorias fueron I.S.O y neumonía. Ninguna de las pacientes se ha resuelto la fistula colecistointestinal ni la litiasis vesicular sin presentar cuadro de obstrucción intestinal ni colangitis. La conducta medica institucional es resolver en un primer tiempo quirúrgico la obstrucción intestinal y en segundo tiempo la colecistectomía y el cierre fistuloso continuando el manejo medico; no se han tenido complicaciones con colangitis ni obstrucciones intestinales; siendo esta la conducta aplicada en la revisión realizada por Nuño-Guzman et. 2016.

Palabras clave: Obstrucción intestinal, Íleo biliar, litiasis vesicular, enterolitotomía.

PANCREATITIS CRÓNICA COMPLICADA CON PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO. REPORTE DE UN CASO.

Acosta A. Sandy A., Zárraga C. Solsireé, Bracho P. Ederlyn V.

Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe, Cirugía General. Maracaibo – Venezuela
abira689@gmail.com,
solsireezarraga@gmail.com,
bracho2208@hotmail.com

Masculino de 37 años de edad, con antecedentes de 2 hospitalizaciones previas en la institución por Abdomen Agudo Inflamatorio: Pancreatitis aguda de etiología no obstructiva en marzo y octubre del 2015 por el servicio de medicina interna, quien se ingresa el 19/01/16 con dolor abdominal en epigastrio de moderada intensidad irradiado a hemiabdomen izquierdo

acompañado de episodios eméticos incontables y distensión abdominal, con ecograma abdominal que concluye pseudoquiste pancreático (paredes 0.6x0,9cms que mide 21.7 x 7.2 x 11.2cms, vol. 934.73cm³) y litiasis vesicular. Con evolución tórpida cursando con signos de irritación peritoneal a nivel del examen físico abdominal es llevado a Intervención quirúrgica donde se evidencia 3 pseudoquistes provenientes del páncreas, 1- subfrénico de 7x10cms con 800cc de líquido pancreático, al cual se le realiza desbridamiento capsular 2- pseudoquiste interasa localizado desde 40cm a 100cm del ángulo de treitz con 1000cc de líquido pancreático en su interior realizándose resección y anastomosis T-T con técnica de connell y lembert 3- pseudoquiste pancreático de 7x7cms, al cual se le realizo cistogastroanastomosis, se realiza colecistectomía y colocación de 2 drenes aspirativos en cavidad. Con evolución satisfactoria intrahospitalaria se egresa de la institución. Se reciben las Biopsias compatibles con pseudoquiste pancreático.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, pseudoquiste pancreático, cistogastroanastomosis.

PERSISTENCIA DEL CONDUCTO URACO: A PROPÓSITO DE UN CASO

K. Castellanos. E. Pórteles. C. García V. Valera. H. Guzmán

Hospital Dr. Adolfo D' Empaire Postgrado de Cirugía General. Municipio Cabimas. Edo Zulia.
christiangarcia22@hotmail.com

El remanente del uraco es una anomalía congénita rara, con una incidencia de 1 en 5.000 en adultos. La tríada clásica es secreción umbilical, dolor abdominal y presencia de síntomas urinarios. Se presenta femenina de 38 años presentando cuadro clínico de 2 semanas de evolución caracterizado por dolor localizado en región pe-

riumbilical que aumentó en intensidad en las últimas 48 horas, tipo punzante acompañado de salida de secreción escasa, fétida con sensación hipertermias intermitente y eritema periumbilical. Antecedentes personales infecciones urinarias a repetición. Examen físico de ingreso hemodinámicamente estable fc: 85x' fr: 19x' Ta: 110/70 mmhg como dato positivo abdomen plano, observando tumefacción de 3x3 cm en región umbilical, eritematosa, ruidos hidroaereos, blando depresible, dolorosa a la palpación periumbilical con masa no reductible, no irritación peritoneal, Labs: wbc: 6.600 %gra: 58% Hb: 12.4 g/dl, Plt: 287000, química sanguínea sin alteración. Diagnósticos de ingreso: 1.Hernia Umbilical Incarcerada. 2. Persistencia del conducto Ura-co. Laparotomía: 1.defecto aponeurótico de +/- 1 cm con epiplón en su interior, 2.adherencias visceroparietales, 3.persistencia de uraco. Procedimiento: 1.Omentectomía parcial, 2.Adherenciólisis manual e instrumental, 3.Visualización y disección de conducto uraco hasta cúpula vesical, 4.Resección de conducto uraco, 5.Herniorrafia umbilical según técnica de mayo. 6. Verificación de hemostasia y cierre por planos. Biopsia: epitelio transicional a lo largo del túbulo. En adultos las anomalías uracales complicadas deben considerarse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal, los hallazgos no son específicos para diferenciar entre entidades infecciosas o carcinoma por lo que el estudio histopatológico, como debe ser habitual, es mandatorio.

Palabras clave: Conducto uraco, anomalía congénita, omentectomía parcial.

PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA DE ABSCESO SUBFRÉNICO POR PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE COLON SIGMOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Adel Al Awad, Arhiyuri Linares, Aura García, María Maza
alawadadel@gmail.com

El absceso subfrénico es una colección purulenta que puede estar localizada en espacio subdiafragmático derecho, izquierdo o subhepática, y representa una patología de difícil diagnóstico y tratamiento. La mayoría de los abscesos subfrénicos se deben a contaminación directa relacionada con una cirugía, enfermedad local o traumatismo, pero persisten aún los de causa no definida o desconocida. Se trata de paciente masculino de 55 años quien se encontraba en seguimiento por consulta de oncología quirúrgica por tumor en región temporal, durante su seguimiento ambulatorio presenta dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, concomitantemente aumento de la temperatura cuantificada 38°C, y pérdida de peso cuantificada en 20 kg en 2 meses, se le realizan estudios complementarios de laboratorio e imágenes evidenciando imagen sugestiva de absceso hepático, por lo que se decide su hospitalización. Durante su evolución intrahospitalaria, se realiza drenaje de absceso hepático guiado por tomografía axial computada obteniéndose abundante secreción purulenta fétida, se mantiene con drenaje percutáneo, sin embargo, el paciente presenta evolución tórpida y aumento de dimensiones de la colección, se decide llevar a mesa operatoria encontrándose colección purulenta en espacio subfrénico encapsulada así como dolico-colon, con colon sigmoides con tejido necrótico y apertura del 30% de su luz en dicho espacio, por lo que se realiza lavado de cavidad y colostomía tipo Hartmann. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta. Puede concluirse que a pesar de no estar registrado en las estadísticas, el dolico-

colon representa un diagnóstico diferencial en patologías de hemiabdomen superior.

Palabras clave: Absceso subfrénico, dolícolon, sepsis.

PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN MEJORADA DESPUÉS DE CIRUGÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARACAIBO DE ENERO A DICIEMBRE 2015.

Daniel Piñango¹, Rosa Zambrano², Jeysi Varela³, Pierina Roncaratti⁴, Angel Garcia¹, Dilmo Hinestroza⁵

¹Residente de 3er año del servicio 1 de cirugía general del Hospital Universitario de Maracaibo.

²Residente de 4to año del servicio 1 de cirugía general del Hospital Universitario Maracaibo.

³Residente de 1er año del servicio de Urología del Hospital Universitario Maracaibo.

⁴Residente de 2do año del servicio 1 de cirugía general del Hospital Universitario Maracaibo.

⁵Adjunto del servicio 5 de cirugía general del Hospital Universitario de Maracaibo, profesor universitario de la Universidad del Zulia.

Miembro solvente de la Sociedad Venezolana de cirugía.

El Protocolo de recuperación mejorada después de cirugía (ERAS) tiene el objetivo de atenuar la pérdida de la capacidad funcional del paciente. Esto motivó a realizar un estudio comparativo, prospectivo y cuasiexperimental (con grupo estudio y control) para Mejorar la recuperación de pacientes sometidos a cirugía electiva del Hospital Universitario de Maracaibo mediante su aplicación de enero a diciembre de 2015. El universo lo conformaron 416 pacientes sometidos a cirugía electiva, la muestra la conformaron 104 pacientes que no presentaron factores de riesgo. La información se recolectó por revisión de historias clínicas. Se analizó en frecuencias absolutas y porcentaje reflejadas en tablas. Resulta-

dos: de 416 pacientes el 43,03% corresponde al grupo de 30-39 años, predominaron las femeninas para un 54,57%. Además, 104 pacientes no presentaron ningún factor de riesgo para un 25%. El 34,62% de los diagnósticos fueron hernias inguinales. Cuando se comparó las variables del protocolo ERAS el 21% del grupo estudio presentó residuos gástricos y el grupo control 30,77%, así mismo solo el 9% del grupo estudio presentó dolor postoperatorio y el grupo control 19,23%. Se le inició dieta a las 4 horas al 43,75% del grupo estudio mientras que el 100% de grupo control inició dieta a las 12 horas. Finalmente el 100% del grupo estudio egresaron en las primeras 24 horas, mientras que el 100% del grupo control egresaron de 24-48 hora. De esta manera se mejoró significativamente la recuperación postoperatoria del grupo estudio reduciendo el estrés quirúrgico con el control del dolor, movilización y dieta temprana.

Palabras clave: Protocolo ERAS, perioperatorio, grupo estudio, grupo control.

QUISTE ESPLÉNICO VERDADERO. A MENCIÓN DE UN CASO

Murillo, Yasnaia; Andara, Jhoendric; Ordaz, Alexi; García, Héctor

Departamento de Cirugía General del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. Maracaibo, Edo. Zulia; Venezuela. yasnaia25@hotmail.com

El Quiste Esplénico es una patología poco frecuente informándose menos de 1000 casos. Se clasifican en primarios (parasitarios y no parasitarios) y secundarios (congénitos y neoplásicos). En los quistes verdaderos su pared está tapizada por epitelio epidermoide, transicional o mesotelial. Se puede diagnosticar con base en la historia del paciente, el examen físico, los hallazgos de ultrasonido (US) y de tomografía computarizada (TC). Paciente femenina de 32 años de edad, co-

nocida por el servicio la cual se solicita ecograma Abdominal reportando litiasis vesicular así como quiste esplénico de aprox 10 x 8 cm con volumen 130 cc, bien delimitado ubicado en polo superior y medio de bazo. Se realiza TAC la cual reporta quiste esplénico de aprox. 12x14cm con volumen de 150cc, localizado en polo superior y medio de bazo así como litiasis vesicular. Se decide realizar intervención quirúrgica, vía laparoscópica, la cual se realiza colecistectomía, y exceresis de quiste esplénico con preservación del bazo. Anatomía patológica reporta quiste simple con cambios agudos severos en bazo, no se evidencia revestimiento de la pared quística ni componente del parénquima esplénico. A pesar de que los quistes esplénicos son entidades poco frecuentes, deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial en dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, más aun presentándose en pacientes jóvenes. Se recomienda tratamiento quirúrgico cuando los quistes son grandes o de acuerdo con su localización. La cirugía laparoscópica en estos pacientes debe ser tomado en cuenta como mejor vía para intervención e incluir la viabilidad de preservación del bazo.

Palabras clave: Quiste esplénico verdadero, Esplenectomía Parcial.

SÍNDROME DE WEGENER COMO CAUSA DE PERFORACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Contreras; Y. Chacín; A. Urdaneta; E. Fernández

yari_mari_moreno@hotmail.com

La Granulomatosis de Wegener es una enfermedad autoinmune caracterizada por una vasculitis granulomatosa necrotizante primaria. Se presenta paciente femenina, de 58 años, con antecedentes de H.T.A, Síndrome de Wegener, Fibrosis Pulmonar, Síndrome de Dhanlos, E.R.C, desde hace 2 años, enfermedad actual caracterizado

por dolor abdominal, en flanco izquierdo, irradiado a F.I.I, tipo cólico de inicio insidioso, sin acalmias, concomitantes nauseas, vómitos y evacuaciones líquidas. En condiciones regulares, afebril, fascie algica, moderada deshidratación, cardiopulmonar estable. Abdomen a expensas de panículo adiposo, RsHsAs presentes, blando, depresible, doloroso en flanco y F.I.I sin visceromegalias, sin Sx de irritación peritoneal. Neurológico conservado. Leucocitosis, a expensas de segmentados, trombocitopenia, hiponatemia, hipocloremia. Rx de tórax imagen de fibrosis pulmonar, Rx abdomen simple de pie íleo regional en F.I.I y TAC abdomino pélvica simple sin hallazgos positivos. Ingresada como un A.A.I: Diverticulitis Aguda complicada con absceso paracolico (28/12/15). Debido al deterioro clínico y paraclínico se realiza 1° intervención (31/12/15) debido a Signos de irritación peritoneal. Se evidencian íleon terminal con asas dilatadas hiperemicas congestivas, con edema y fibrina abundante. Sin divertículos. Adherencias firmes de colon sigmoides a infundíbulo pélvico. 2da intervención (05/01/16): debido alto gasto biliar, se evidencia 100cc de contenido intestinal alto, 150cm de I.D necrótico de coloración violácea y fibrina además de múltiples perforaciones, colon transverso necrótico 7cm C.A, 4cm C.D 7cm y adenopatías raíz mesenterio, arcada duodenopancreatica e hilio hepático, realizando resección y anastomosis TT Y-I y TT C.A-C.D. La biopsia reportó peritonitis aguda y cambios degenerativos de la vascularización en el meso.

Palabras clave: Síndrome de Wegener, Diverticulitis aguda, Peritonitis aguda, Cambios degenerativos.

TÉCNICA DE JEAN RIVES. REVISIÓN Y EXPERIENCIA

Andara, Jhoendric; Contreras, José; Puyosa, José

Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo I.V.S.S. Zulia, Venezuela.

La hernia ventral masiva se observa en 11% de los casos posteriores a laparotomías; esta se repara mediante un cierre primario y tiene una probabilidad de recidiva del 58%. La técnica de Rives, es en la cual se utiliza el Recto Anterior del Abdomen para reconstruir defectos de línea media colocación de malla sublay. Objetivos: Demostrar la efectividad de la técnica de Rives a través del análisis y revisión de la técnica para establecer así las complicaciones de la misma. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional; en el cual se tomó un total de 12 pacientes sin distinción de género y/o edad, con defectos >5cms de hernias incisionales, con o sin antecedentes de Recidivas; aplicando la técnica de Rives, con tensión o sin tensión. Ambiente: Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo; Zulia; Venezuela; durante el año 2015. Resultados: los 12 pacientes (100%) a los que se le realizo Técnica de Rives eran >25 años. 11 (91,6%) mujeres y 01 (8,3%) hombres. 05 (41,6%) presentaban Eventraciones >10cms y 7 (58,3%) Eventraciones <10cms; ninguna de las reparaciones ha presentado recidiva hasta la actualidad; 04 (33,3%) presentaron complicaciones de las cuales 01 (8,3%) fue Infección del sitio operatorio y 3 (25%) necrosis de pared. Conclusiones: La Técnica de Rives es una técnica efectiva en eventraciones de gran tamaño con muy baja tasa de Recidivas; pero presenta una importante tasa de complicaciones siendo el punto álgido de la misma y hacia donde deben ser dirigidas las innovaciones de la técnica.

Palabras clave: Eventración, Recidiva, Rives, Componentes, Efectividad, Complicaciones.

TÉCNICA MOHAN DESARDA UTILIZADA PARA HERNIA INGUINAL

Vílchez, Jeziel¹; Saab Nizar²; Aldana, Ligia³

¹Residente de 3er año de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Cirujano General, Cirugía Bariatica, Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Residente de 2er año de Cirugía General, Hospital Coromoto de Maracaibo.

La reparación de la hernia inguinal es la operación más común realizada actualmente en Venezuela. Se practican múltiples técnicas quirúrgicas, desde la descrita por Bassini y sus modificaciones; Mc Vay, Shouldice y más recientemente el uso de mallas. Se muestra, la técnica Mohan de Sarda; la cual provee una pared posterior fuerte, móvil y fisiológicamente activa, para la reparación de hernias inguinales que son sometidos por primera vez a cirugía, excluyendo aquellos con hernia recidivara; aplicando los pasos estandarizados de la Técnica Mohan de Sarda; donde la pared posterior del canal inguinal se fortalece con una franja fija de la aponeurosis del músculo Oblicuo Mayor para producir una pared posterior fuerte y fisiológicamente activa. Actualmente empleamos la técnica con la finalidad de sustituir el material protésico (malla), obteniendo resultados óptimos.

Palabras clave: Mohan de Sarda, malla protésica, hernia inguinal, técnicas quirúrgicas.

TÉCNICA NOBEL DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA BILIODIGESTIVA ESTENOSADA: ESTRICTUROPLASTIA TRANSYEYUNAL ENDOSCÓPICA LAPAROSCÓPICA. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Al Awad Adel^{1,2,3}, Maza María⁴, Sánchez Mauribel^{4,5}, Sánchez Arleen^{4,5}, Ortiz Jesús⁶

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Director del Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo, ³Profesor Titular de la Universidad del Zulia (LUZ) ⁴Médico Cirujano de la Universidad del Zulia. ⁵Docente libre de La Universidad del Zulia. ⁶Miembro de la Comunidad Estudiantil para la Difusión y la Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). jsamortiz72@gmail.com

Introducción: La Estenosis Benigna de biliodigestiva representa una complicación tardía de difícil manejo. El abordaje transparieto-hepático y la cirugía convencional representan terapias actuales. Se plantea nueva técnica de abordaje de la biliodigestiva con enfoque laparoscópico. **Materiales y métodos:** Mediante el abordaje laparoscópico se realizó disección e identificación del asa biliar, se realizan 2 incisiones del asa yeyunal, se introduce la óptica y el disector de punta roma (Maryland). Se practica la estricturoplastia hasta alcanzar 1 cm., posteriormente lavado con la cánula de irrigación-aspiración hasta observar la salida de bilis fluidamente. Se explora la vía biliar a través de la biliodigestiva con el coledocoscopia, en caso de identificar litiasis biliar se introduce la cesta de Dormian y/o balón biliar para la extracción del cálculo. Se coloca dren abdominal y cierre de los portales. **Resultados:** Se realiza abordaje transyeyunal endoscópico laparoscópico a 3 pacientes femeninas, con rango etario de 24 a 65 años, con diagnóstico de estenosis benigna de biliodigestiva, con antecedente de confección en 2 pacientes por abordaje convencional y 1 por vía laparoscópica, las etiologías fueron 2 por iatro-

genia y 1 por quiste coledociano Todany IB. Todos presentaron litiasis biliar intrahepática resuelta, no hubo complicación, el tiempo quirúrgico fue de 255 minutos promedios. El seguimiento a 2 años los pacientes no han presentado re-estenosis de biliodigestiva. **Conclusión:** El abordaje laparoscópico utilizando el método endoscópico transyeyunal puede ser un método alternativo en estenosis biliares. Es necesaria una mayor casuística con seguimiento a 5 años.

Palabras clave: Estenosis biliar, biliodigestiva, estricturoplastia, endoscopia, laparoscopia.

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

(Solid pseudopapilar pancreatic neoplasm. About two clinical cases)

Flores, Víctor¹; Linares, Arhiyury²; Sánchez, Arleen³; Sánchez, Mauribel³; Pacheco, Ramón³

¹Cirujano General y hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Fellow Cirugía Hepatobiliopancreático del Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana. alawadadel@gmail.com.

Introducción. Los tumores sólidos pseudopapilares de páncreas son tumores epiteliales extremadamente raros con bajo potencial de malignidad, suponiendo menos del 1-2% de todos los tumores pancreáticos exocrinos. **Objetivo.** Compartir la experiencia de dos casos clínicos de tumores sólidos pseudopapilares de páncreas y comparar conductas según su localización. **Materiales y métodos.** Se presentan dos casos clínicos de pacientes con tumores sólidos pseudopapilares de páncreas (localización cefálica y otro corporocaudal), en pacientes jóvenes de sexo femenino, consultando ambas por dolor abdomi-

nal y sensación de plenitud postprandial precoz, cuyo diagnóstico ameritó estudios paraclínicos, tomográficos e incluso definición anatomopatológica de la lesión y confirmación mediante inmunohistoquímica, resolución quirúrgica con intención curativa en ambos casos, mediante pancreatoduodenectomía cefálica (Procedimiento de Whipple) en un caso y pancreatomiectomía corporal y caudal en el otro, y evolución postoperatoria satisfactoria, sin complicaciones inmediatas ni mediatas. Por su parte en uno de los casos la paciente presentó hipoinsulinemia en el postoperatorio tardío ameritando tratamiento con insulina, con evolución clínica satisfactoria. A propósito de dos casos en el Hospital Coromoto de Maracaibo. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES.** El tumor sólido pseudopapilar de páncreas es una neoplasia pancreática poco frecuente, de etiología desconocida, que afecta principalmente mujeres jóvenes, con un bajo potencial de malignidad, por lo cual presenta pronóstico favorable, siendo la resección quirúrgica el tratamiento de carácter curativo en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Páncreas, pseudopapilar, Whipple.

TUMORES DE PERITONEO COMO COMPLICACIÓN ATÍPICA DE ENDOMETRIOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

**Pereira Albel, Noriega Goodalber,
Hernández Carolina, Giselle Borjas**

*Postgrado de Cirugía General Hospital Adolfo
d'Empaire (Cabimas)
albel_lp@hotmail.com),
(goodalborniega@gmail.com,
sheilahernandez361@hotmail.com),
gisbortiz@hotmail.com*

Paciente femenina de 69 años, quien presenta cuadro clínico de 10 días de evolución caracterizado por Dolor Abdominal difuso, de inicio insidioso, continuo, punzante de moderada intensi-

dad, sin irradiaciones, sin acalmia, acompañado de vómitos de contenido gástrico en #10 y 4 días previos a su ingreso presenta ausencia de evacuaciones, se valora y se decide ingresar. Niega antecedentes patológicos, alérgicos o quirúrgicos de importancia, Menarquía a los 13 años, Niega Sexarquía, nulípara, menopausia a los 48 años, patrón evacuatorio irregular cada 6 días. Examen físico: condiciones clínicas estables, afebril, hidratada, Cardiopulmonar estable con Fc: 80 lpm, Fr: 17rpm, abdomen globoso por panículo adiposo, ligera distensión abdominal, Ruidos hidroaéreos abolidos, con masa palpable de aprox 10x10 cms en flanco y fosa iliaca izquierda, de bordes irregulares, móvil, no dolorosa, adherida a planos profundos, sin signos de irritación peritoneal. Al tacto rectal se palpa masa en pared anterolateral izquierda, poco dolorosa con ampolla rectal vacía. Se ingresa con diagnósticos de Abdomen agudo Obstructivo Parcial: Tu intraabdominal vs. Enfermedad diverticular complicada, exámenes de laboratorio dentro de límites normales, TAC abdominopélvica con doble contraste que reportó: Loe de aspecto neoplásico a nivel del borde medial de colon ascendente ejerciendo obstrucción mecánica. Se decide realizar laparotomía exploradora, encontrándose tumoración en peritoneo parietal de aprox 15x10cms y múltiples nódulos blanco-grisáceos en peritoneo parietal, asa delgada y gruesa. Se realiza exeresis de tumor y se envía a biopsia. Evolución satisfactoria y alta médica. Resultado de biopsia reporta Endometriosis con siembras a nivel de cavidad abdominal, involucrando peritoneo parietal.

Palabras clave: Tumores de peritoneo, endometriosis, abdomen agudo obstructivo.

Dermatología

CÁNCER DE PIEL (NO MELANOMA) CONSULTA DE DERMATOLOGÍA COSTA ORIENTAL DEL LAGO, ESTADO ZULIA 2013 – 2015

Morán Medina, Mercedes A.

Ambulatorio Monseñor Olegario Villalobos (FAID). Centro Clínica Cabimas. dramercedesmoran@hotmail.com

Esta investigación tuvo como objetivo principal Establecer el Cáncer de Piel No Melanoma más frecuente en la Costa Oriental del Lago de Maracaibo, Estado Zulia. Dado que, esta tiene factores de riesgo clave que favorecen la aparición del Cáncer de Piel, tales como: la disposición geográfica con clima tropical y una intensa exposición a la radiación ultravioleta e infrarroja. El tipo de estudio es una investigación observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, con diseño no experimental. Se llevó a cabo mediante detección de casos en las consultas dermatológicas realizadas en: Centro Clínico Cabimas, Centro de Especialidades Médicas Peggys, Ambulatorio "Monseñor Olegario Villalobos" en la Ciudad de Cabimas, Centro Médico San José (Los Puertos de Altagracia), Estado Zulia, en el periodo comprendido de Enero 2013 a Diciembre de 2015. La población estuvo representado por 6382 pacientes, mayores de 12 años, ambos géneros, que acudieron a la consulta dermatológica desde 14 de Enero del 2013 al 14 de Diciembre de 2015 de la cual se extrajeron los pacientes que tuvieron diagnóstico de Cáncer de Piel (clínico-histológico). Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva, se determinó la frecuencia, porcentajes y se realizaron tablas de concentración de resultados. La autora concluye que: la variedad histológica más frecuente fue el Carcinoma Basocelular, afectando a la población de la cuarta y sexta década de la vida con predo-

minio en el sexo femenino en la Costa Oriental del Lago de Maracaibo, Estado Zulia.

Palabras clave: Cáncer de Piel, Carcinoma, Basalioma, Melanoma, Espinocelelular, Fotodaño.

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ATOPIA; UN RETO CLÍNICO (MODALIDAD: CONFERENCIA O PONENCIA)

Mercedes A. Moran Medina

Ambulatorio Monseñor Olegario Villalobos (FAID). Centro Clínica Cabimas. dramercedesmoran@hotmail.com

La Piel es un órgano sofisticado y altamente especializado con una función de barrera mecánica e inmunológica frente a múltiples factores ambientales. Sobre ella inciden una gran variedad de agentes químicos y estímulos físicos. Ocasionalmente pueden desarrollarse respuestas anormales frente a ellos. Un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria, son las Manifestaciones de Atopia; El Síndrome Eczematoides, considerado como una de las manifestaciones incluidas en el término Atopia. A pesar de su elevada prevalencia, en muchos casos del día a día nos encontramos ante disyuntivas relevantes tanto para diagnosticar el problema como para manejarlo adecuadamente. Las alteraciones en la función barrera son un factor determinante en el desarrollo de la Atopia porque permiten entrada de alérgenos a través de la piel. Los datos epidemiológicos disponibles en la bibliografía médica son escasos; sin embargo estudios reportan cifras estadísticas de algunas de sus manifestaciones clínicas de manera aislada, como por ejemplo la Pitiriasis Alba que en el noroeste de Estados

Unidos, su prevalencia es de 1.9 a 4.7% en los niños preadolescentes, especialmente en edad escolar. El Médico Familiar, Médico General y el Pediatra serán los primeros interlocutores, dispuestos a aportar la información esencial sobre el eccema atópico y a prescribir los tratamientos clásicos de la afección en primera intención. El impacto del

eccema atópico en la calidad de vida del paciente y su entorno ha sido el objeto de muchas encuestas publicadas. Más allá de los medicamentos utilizados durante los brotes, esencialmente corticoides, debe promoverse la educación: consejos de higiene, emolientes, control del rascado.

Palabras clave: Atopia, alergia, dermatitis, eccema, piel, inmunidad.

Enfermería

AUTOCUIDADO COMO PROTECCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO (self-care as protection of psychosocial risk factors)

Mendoza de G, E.; Graterol, E.; García, M.; Graterol, Y. y Graterol, A.

Universidad del Zulia.

evadegraterol@yahoo.com

Introducción: Cuando los factores psicosociales de las organizaciones provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasan a ser factores psicosociales de riesgo o de estrés. **Objetivo:** describir el autocuidado como protección de factores psicosociales de riesgo. **Metodología:** Se realizó revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos: SciELO, PUBMED, MEDLINE, LILACS año 2014-2015. **Resultados:** La revisión bibliográfica evidenció que en el ámbito laboral se comprobaba una estrecha asociación entre los factores psicosociales de riesgo y el daño a la salud. El estrés relacionado con el trabajo fue el agente psicofisiológico mediador entre los problemas laborales organizacionales y los problemas de salud, físicos-mentales. La característica de los riesgos psicosociales es que son riesgos con probabilidades altas de causar daños importantes. Las consecuencias de los riesgos psicosociales tienen mayor probabilidad de aparecer y de ser graves. **Conclusión:** La intervención primaria de riesgos psicosociales alude con la idea de modificar o eliminar las fuentes de estrés mientras que la intervención secundaria se relaciona con la detección precoz especialmente sobre grupos de riesgo, para limitar el deterioro y las consecuencias de los riesgos psicosociales. Se trata de una intervención a nivel individual y grupal proporcionándole a los trabajadores recursos como el au-

tocuidado con: técnicas de relajación, de meditación para reducir estrés ansiedad y tensión, ejercicio físico, entrenamiento en control del tiempo y negociación, existencia en la organización de programas de atención al empleado que le ofrezca consejo para reducir el impacto de los riesgos psicosociales sobre su salud y bienestar.

Palabras clave: Autocuidado, protección, factores, psicosociales, riesgo.

CUIDADO HUMANO DE ENFERMERÍA A PERSONA CON POSTOPERATORIO TARDÍO COMPLICADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Graterol Ana¹; Graterol Eva², Mendoza de Graterol Eva³, Graterol Ynés³; García María¹

1 Hospital Coromoto. 2 Hospital Adolfo Pons IVSS. 3 Universidad del Zulia

anaraquelg@yahoo.com;

evadegraterol@yahoo.com;

eva_gratero@outlook.com;

hoyquierodargracias@hotmail.com;

ynesgraterol@gmail.com

El cuidado humano de enfermería significa relación de afecto franqueza y atención a las necesidades de la persona a la que se cuida respeto por la vida suministra el principio fundamental de la moralidad. **Objetivo:** Determinar la intervención del personal de enfermería tras un postoperatorio tardío complicado de eventración a una paciente ubicada en la unidad de cirugía general del Hospital Coromoto Municipio Maracaibo abril 2016. **Metodología:** Estudio científico empírico inductivo. Implementación del proceso de atención de enfermería (PAE) como herramienta para lograr una recuperación eficaz. Las técnicas de recolección de información fueron: a) la valoración b) la planificación c) la implementación d) la

evaluación a través de la NANDA, NIC y NOC, la observación directa no participativa, fotografías y toma de notas. Resultados: Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración del estado metabólico y del estado nutricional secundario a postoperatorio complicado de eventración. Ansiedad R/C amenaza de cambio en el estado de salud. Proceso infeccioso R/C exposición ambiental a patógenos, procedimiento quirúrgico y entorno hospitalario. Desequilibrio nutricional por defecto R/C Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos y psicológicos. Deterioro del patrón de sueño R/C cambios frecuentes del horario sueño-vigilia. Riesgo de caídas R/C enfermedad aguda, estados postoperatorios. Conclusión: La aplicación del proceso de enfermería en este paciente contribuyó a satisfacer las necesidades de la persona 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: Cuidado humano, post operatorio complicado, nic y noc, enfermería, diagnósticos enfermeros, necesidades.

EL CUIDADO ESPIRITUAL DESDE LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE HEIDDEGER

Graterol, Ana^{1,2}; Mendoza de Graterol, Eva²; Graterol, Eva³; Mendoza Gregoriana²; García María^{1,2}

¹Hospital Coromoto. Universidad del Zulia.

²Universidad del Zulia. ³Hospital Adolfo Pons IVSS.

anaraquelg@yahoo.com;

evadegraterol@yahoo.com;

eva_gratero@outlook.com;

gregoriana4333@gmail.com;

hoyquierodargracias@hotmail.com

El cuidado espiritual se basa en buscar la esencia de la vida y la muerte el significado personal

de paz interior y las relaciones con los demás expresión en el arte el contemplar la naturaleza. Objetivo analizar el cuidado espiritual desde la perspectiva filosófica de Heidegger. Metodología Cualitativa-fenomenológica. Los informantes clave ocho usuarios y familiares. Las técnicas de recolección de información fueron: el autoreporte, la observación no participativa y la entrevista semiestructurada. La técnica de registro de información fue mediante la transcripción de 12 corpus discursivo buscando ideas claves categorizándolas en temas claves. Resultados: categoría sentido de vida ideas claves (A1) vocación: crecer, experimentar desarrollar metas, cualidades y personalidad (A2) trascendencia: la vida es maravillosa y hermosa amor a la naturaleza. Categoría proceso de morir (A3) fases yo no estoy preparada para la muerte aunque debería hacerlo. (A4) miedo-temor a la muerte: miedo a morir por separación de mis familiares. Categoría relaciones interpersonales: (A5) mis relaciones con todas las personas se basan en la sinceridad en la fraternidad son enriquecedoras. Categoría creencias religiosas (A6) devoción: soy imagen y semejanza de Dios y creo en El. Análisis concluyente los informantes refirieron tener un sentido de su existencia seguidamente de evadir la realidad de la enfermedad y la muerte donde el cuidado espiritual basado en la filosofía de heidegger expone la muerte toca al hombre en el centro mismo de su propia existencia personal e interpersonal. La espiritualidad es un concepto mucho más amplio que la religión abarca todo nuestro ser.

Palabras clave: Filosofía, Cuidado Espiritual, Heidegger, muerte, libertad, existencia.

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL COROMOTO. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO.

García María¹, Graterol, Eva², Graterol, Ana¹, Belloso, Vanessa², Graterol, Ynes³

¹Hospital Coromoto. ²Hospital Adolfo Pons IVSS.

³Universidad del Zulia.

hoyquierodargracias@hotmail.com;

anaraquelg@yahoo.com;

eva_gratero@outlook.com;

ynesgraterol@gmail.com

Esta investigación tuvo como objetivo analizar el síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del Hospital Coromoto. Los fundamentos epistemológicos fueron basados en el enfoque cualitativo con el método fenomenológico. Los informantes clave fueron ocho (8) profesionales de enfermería. Las técnicas de recolección de la información fueron: el autorreportaje, la observación no participativa, la entrevista semiestructurada, las grabaciones y toma de notas. La técnica de registro de transcripción de la información fue mediante la transcripción de 8 corpus discursivos buscando ideas clave categorizándolas en temas claves. Resultados del análisis descriptivo: temas centrales (C1) "autocuidado": "la imagen de uno es lo primero y uno siempre tiene que estar con el arreglo personal" (C2) "agotamiento": lloro porque cuando me siento muy agotada siento que tengo que seguir haciendo las cosas" (C3) "tiempo" representa mucho estrés porque estoy siempre contra reloj.(C4) "crecimiento profesional" a nivel educativo ya culmine (C5) "descanso" vengo durmiendo 11 pm no duermo las ocho horas completas (C6) "emociones" las emociones son encontradas rabia, impotencia, tristeza, ganas de llorar, enojo. El análisis concluyente los informantes, expresaron sentirse limitados por el tiempo, por el compartir con sus más allegados de igual forma manifiestan haber culminado una etapa de su carrera profesional sin embargo es imprescindible la actualización y la continuidad

del desarrollo profesional asimismo el estrés produce en cada uno de ellos emociones encontradas que generan enojo, odio, ansiedad que son imposible de controlar pudiéndose evidenciar que el síndrome de burnout es una realidad en la familia coromotana.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, profesionales de Enfermería, estrés, agotamiento, fenomenología, autocuidado.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA

(Process applied to nursing patient with injury and hypertension space-occupying intracranial nursing care process applied to patient with).

Graterol, E.; Mendoza de G, E.; García, M.; Graterol, Y.

Universidad del Zulia.

eva_graterol@outlook.com.

Introducción: Los trastornos del sistema nervioso pueden ocurrir en cualquier momento de la vida y varían desde síntomas leves y auto-limitados a trastornos que ponen en riesgo la vida de la persona. Objetivo: describir diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en un paciente con lesión ocupante de espacio e hipertensión endocraneana internado en el área de cuarto piso ala derecha del Hospital Universitario, Municipio Maracaibo, Julio 2015. 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 recolección de datos, diagnósticos

de enfermería, intervenciones y resultados a través de la aplicación de la NANDA, NIC y NOC. Resultados: Entre los principales diagnósticos de enfermería identificados, se destacan tres necesidades interferidas la primera es actividad/reposo con el dx de Perfusión tisular cerebral ineficaz r/c disminución de la circulación tisular cerebral; la segunda es percepción de la salud con el dx de Protección ineficaz r/c perfiles hematológicos anormales y la tercera es actividad/ejercicio con el dx de Deterioro del intercambio de gases r/c de-

sequilibrio ventilación- perfusión. Conclusión: Se percibió que la aplicación del proceso de enfermería en este paciente contribuyo 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, Lesión ocupante de espacio, Hipertensión endocraneana, Atención de enfermería.

Infectología

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD POR SEPSIS. HOSPITAL COROMOTO MARACAIBO 2013- 2015

Héctor Abad Millán, Franklin Revilla, Robinson Salas, Aranyxa Gonel, Zulianni Jiménez, Eliana Molina, Génesis Duran
Hospital Coromoto. Maracaibo, Venezuela.

La sepsis representa en la actualidad un grave problema de salud pública, debido al incremento de esta enfermedad en los últimos años. La mortalidad por sepsis grave se encuentra entre el 28 y el 50%, dependiendo del tipo de microorganismo causal, el lugar de la infección, edad, sexo, enfermedades concomitantes, gravedad de la enfermedad y genotipo del paciente. El estudio fue retrospectivo, descriptivo y observacional con el propósito de analizar el comportamiento epidemiológico de la Mortalidad por Sepsis en el Hospital Coromoto en el periodo 2013-2015 estudiándose 345 casos reportados de muertes sepsis, según datos de vigilancia epidemiológica y registros clínicos institucionales, reportándose 51,1% casos en pacientes femeninos y 49,9% en pacientes masculinos; prevaleciendo en adultos mayores de 65 años en 42,6%; 31-64 años 29,6% y en niños menores de 1 año con 16,5%, la sepsis de origen respiratorio fue la más frecuente ocasionando 34,8% de todas las muertes por infecciones graves, sepsis de piel y tejidos blandos 22,9% e intrabdominal con 22%, con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades oncológicas y endocrino metabólicas así como cardiopatías; en el caso de sepsis neonatal la prematuridad fue el factor predominante, resultados similares se han obtenido en estudios multicéntricos como EPIC II. Concluyendo una fuerte relación entre la mortalidad por sepsis y las enfermedades concomitantes (tumores y enfermedades crónicas), se re-

comienda el cumplimiento de los programas de control de estas enfermedades en nivel primario de atención sanitaria e implementar protocolos de prevención de infecciones en pacientes con enfermedades crónicas.

Palabras clave: Sepsis grave, enfermedades concomitantes, vigilancia epidemiológica.

BACTEREMIA POR *OCHROBACTRUM ANTHROPI*. A PROPÓSITO DE UN CASO

¹Galué, Ricardo; ²Parra, Belkis

¹Comunidad Estudiantil de Investigaciones Clínicas. ²Instituto de Investigaciones Clínicas Dr. Américo Negrette, Universidad del Zulia.
ricardo_david_1995@hotmail.com,
belkisparra11@gmail.com

Introducción: *Ochrobactrum anthropi* es un bacilo Gram negativo, asociado a infecciones en pacientes inmunodeprimidos con dispositivos médicos implantados. Son muy pocos los casos por este agente. CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 76 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, ingresa al servicio de emergencia de adultos del Hospital Vargas de Caracas, familiares refieren que la paciente presentó hemoptisis días atrás además de fiebre. A su evaluación clínica se encontró diabetes mellitus metabólicamente descompensada, cardiopatía isquémica, deshidratación severa, enfermedad cerebral multiinfarto, y una úlcera de 3x3 cm en la región sacra sobreinfectada. Exámenes de laboratorio: cuenta blanca de 13.400 mm³, Neutrófilos 83%, Linfocitos 14%, Monocitos 3%, Plaquetas 495.000 mm³. Previamente se le realizó un cultivo de la úlcera; se encontró una *Klebsiella pneumoniae*. Ante sospecha de bacterie-

mia se envía hemocultivo para su análisis a la unidad de microbiología. A las 72 horas de incubación se aisló *Ochrobactrum anthropi* identificado en el equipo Vitek2 de Biomeriux con 99% de especificidad. El cual resultó ser susceptible a amikacina, cefepime, ciprofloxacina, colistina, gentamicina, meropenem e imipenem y resistente a ceftazidima y aztreonam. Se inició tratamiento, posteriormente la paciente falleció. Discusión: Los casos reportados de bacteremia por este microorganismo han sido asociados al uso de catéter intravascular. En este reporte el paciente presentaba factores predisponentes de inmunosupresión y una úlcera sacra que pudo ser la puerta de entrada del *O. anthropi*.

Palabras clave: *Ochrobactrum anthropi*, bacteremia, úlcera, inmunodeprimido, catéter.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN EL HOSPITAL COROMOTO 2011-2015

Héctor Abad Millán, Franklin Revilla, Robinson Salas, Aranyxa Gonel, Zulianni Jiménez, Eliana Molina, Génesis Durán.

Hospital Coromoto. Maracaibo, Venezuela.

Las infecciones respiratorias causan anualmente un alto costo a las instituciones de salud en Venezuela, se calcula que solo en el 2011 las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de consulta en las salas hospitalarias del país, con un total de 3.158.672 pacientes, siendo el estado Zulia la entidad con mayor reporte de casos con un total de 415.551 para una tasa de 10.690,3 x 100.000 hab; de la cuales 23% correspondían a Neumonías. Las sepsis respiratoria fue la más frecuente en los años 2013-2015 en el Hospital Coromoto, ocasionando 34,8% de todas las muertes por infecciones graves. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, cuyo objetivo

fue describir el comportamiento epidemiológico de la Neumonía Adquirida en la comunidad en el Hospital Coromoto, estudiándose 379 casos reportados de NAC, datos de vigilancia epidemiológica de la institución; siendo el 51,5% en pacientes femeninos y 48,5% en pacientes masculinos, con mayor frecuencia a los niños <4 años y adultos >65 años. Se observó en el año 2015 un aumento de casos en relación con los años anteriores, los resultados en cuanto a morbilidad son similares a los reportados por el sistema de vigilancia epidemiológico nacional y que los grupos etarios afectados corresponden a los de mayor riesgo para enfermedades inmunoprevenibles, sugiriéndose el análisis de las tasas de cobertura de vacuna antineumococcica y antigripal en estos grupos de edades e implementar estrategias para incrementar las tasas de inmunizaciones y descender las tasas de incidencia por NAC.

Palabras clave: Neumonía Adquirida por la Comunidad (NAC), Infecciones respiratorias, sepsis respiratoria, enfermedades inmunoprevenibles.

CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS SOBRE MANEJO DEL EMPONZOÑAMIENTO POR ESCORPIONES EN HOSPITALES RURALES DEL ESTADO ZULIA

Physicians' Knowledge About Management of Scorpion Envenomation at Rural Hospitals of Zulia State

González Romero Miguel, González García María, Leal Semprun Ángel

Médico Cirujano. Facultad de Medicina.

Universidad del Zulia. Venezuela.

margproxy1@gmail.com,

alegonzalez.20@hotmail.com,

a.leal33@gmail.com

Los escorpiones han despertado toda clase de mitos por ser antiguos habitantes de la Tierra;

son de hábitos nocturnos y la sintomatología local de la picadura no guarda relación alguna con la gravedad general del cuadro. En la zona de la picadura se puede observar a veces un leve edema e hiperemia y en el otro extremo la característica “tormenta autonómica” con manifestaciones colinérgicas y adrenérgicas que suelen comenzar precozmente. El objetivo general de la investigación fue evaluar el conocimiento del manejo del emponzoñamiento escorpiónico en personal médico de hospitales rurales del Estado Zulia. Estudio descriptivo, no experimental, transversal y de campo. Población de médicos rurales de 2 municipios del Estado Zulia. Muestreo no probabilístico intencional de 28 médicos. Instrumento de recolección de información auto administrado, respuestas dicotómicas, realizado y validado por el método Delphi constituido por 10 enunciados: 3 relacionados con características de los escorpiones, 3 sobre manifestaciones clínicas y 4 sobre abordaje terapéutico. Conclusión: Nivel de conocimiento regular con 47,96% de respuestas acertadas por lo que se incentiva a la academia continua y ampliación de la muestra en estudio para posteriores investigaciones.

Palabras clave: Escorpiones, alacranes, conocimiento, hospitales, rurales, Tityus.

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII EN PACIENTES VIH POSITIVO QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EPIDEMIOLÓGICA DEL S.A.H.U.M PARA EL PERIODO 2010-2012

(Toxoplasmosis in HIV-positive patients attending the consultation epidemiologic S.A.H.U.M for the period 2010-2012)

Mata, Salomón¹; Caldera, Carlos¹; Acurero, Ellen¹

¹Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis Cátedra de Parasitología. Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela 2015. matasalomon94@gmail.com, carscal3@gmail.com, ellenyamarte@gmail.com

La Toxoplasmosis es una antropozoonosis frecuentemente encontrada en humanos y de especial atención en inmunocomprometidos. El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de Toxoplasmosis en pacientes VIH positivos que asisten a la consulta epidemiológica del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (S.A.H.U.M). Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal, recopilándose información de 300 historias de pacientes VIH positivo que asistieron a la consulta epidemiológica del S.A.H.U.M durante el período 2010-2012. La población fue estratificada de acuerdo a edad y sexo. Se tomaron en cuenta todos los pacientes, sin criterios de exclusión alguna; los datos recolectados fueron: edad, sexo, presencia de anticuerpos IgG anti-Toxoplasma gondii y población linfocitaria CD4. Los resultados fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel 2010 y luego se presentaron según frecuencia y porcentaje, posteriormente se analizaron mediante estadística descriptiva representada en tablas y gráficas. Se encontró una prevalencia de 37% de pacientes VIH positivos infectados con Toxoplasmosis, la población masculina en edades comprendidas entre 28 y 37 años es la más afectada en los años estu-

diados. La relación entre seropositividad de anticuerpos anti- *T. gondii*, asociación con el número de linfocitos CD4 reveló 15,60% de con <100 linfocitos CD4/ μ L, lo que quiere decir que están propensos a desarrollar Toxoplasmosis cerebral,

lo cual confirma que el monitoreo de anticuerpos anti-toxoplasma en estos pacientes sea esencial.

Palabras clave: Toxoplasmosis, Inmunocomprometidos, VIH positivo, Prevalencia, ELISA, Anticuerpos.

Medicina del quemado

QUEMADURA ELÉCTRICA, ALTA TENSIÓN. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA COMO COMPLICACIÓN. CASO CLÍNICO

Gleriset Acurero, Tulio Chacín, Orlando Guijarro, María David

Hospital Coromoto. Maracaibo, Venezuela.

Objetivo: Presentación de caso clínico en el Centro de Atención Integral del Paciente Quemado del Hospital Coromoto de Maracaibo (CAINPAQ) en donde se muestra la importancia de evaluar las complicaciones de las quemaduras eléctricas. Método: Revisión de historia clínica. Caso Clínico: Se trata de adolescente masculino de 13 años, referido del Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken de Coro Edo. Falcón, por presentar el día 05/05/2016 quemadura eléctrica (alto voltaje) en cara, tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores. Al examen físico paciente de cuidado, bajo sedación y ventilación mecánica, con palidez cutánea mucosa acentuada, sin evidencia de trauma craneoencefálico, pupilas anisocóricas, poco reactivas a la luz, con herida cortante en labio superior; en tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores presentaba quemaduras de tipo AB-A y AB-B. Se realiza TAC evidenciándose Hematoma Epidural Parieto Temporal Izquierdo con desplazamiento de la línea media. El caso es evaluado por un equipo multidisciplinario y llevado a quirófano de CAINPAQ realizándose limpieza quirúrgica para corroborar diagnóstico y colocación de hidrocoloides. Posteriormente por Neurocirugía se realizó Craneotomía y drenaje de hematoma epidural de gran volumen. Discusión: Las lesiones que provocan las quemaduras eléctricas son de adentro hacia fuera por lo cual no se evidencian lesiones muy severas en la piel, se comportan como el gran enmascarado. Conclusión: El examen físico

integral del paciente quemado es de suma importancia ya que podemos identificar complicaciones de manera precoz, poder actuar oportunamente, preservar la vida y poder reincorporarlo a sus actividades cotidianas con prontitud y mejor calidad de vida.

Palabras clave: Quemadura eléctrica, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural, CAINPAQ.

UTILIZACIÓN DE BROOKE MODIFICADO COMO ESQUEMA DE HIDRATACIÓN IDEAL EN PACIENTE CON QUEMADURAS DE UN 70%

Maggaly Andrade

Intensivista del Centro de Atención del Paciente Quemado del Hospital Coromoto de Maracaibo (CAINPAQ).

Objetivo: Demostrar la importancia de la utilización de Brooke modificado como esquema de hidratación para reducir el volumen total de líquidos administrados en la reanimación hídrica sin causar daños. Método: Revisión de historia clínica. Caso Clínico: Se trata de paciente masculino de 31 años, referido del hospital central de Maracay (26/06/2016) por presentar quemaduras por fuego directo en 70% SCQ AB-A y AB-B. El examen físico de ingreso: condiciones de cuidado, deshidratado, moderada palidez cutánea mucosa, llenado capilar lento, sat O₂ 98% ventilando espontáneamente, FC: 125 lpm, TA: 97/60/79 (mmHg), cardiopulmonar: sin lesión aparente, abdomen plano blando depresible S/V, RsHsAs presentes, orinas claras (200cc), Glasgow 15 pts. Es llevado a pabellón en donde se evidencian quemaduras en cara, cuello, tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores, se realiza limpieza quirúrgica y se colocan apósitos de

hidrocoloides. Discusión: Las quemaduras por fuego directo ocasionan lesiones dérmicas que desencadenan un proceso inflamatorio local y sistémico que altera la permeabilidad capilar y produce edema que alcanza su máxima expresión entre las 18-24 horas, durante ese tiempo la reanimación hídrica debe realizarse con líquidos iso-osmolares como el Ringer Lactato, y con la fórmula de Brooke modificado manteniendo las constantes fisiológicas normales y así lograr la recuperación de los órganos diana. Conclusio-

nes: El manejo inicial del paciente quemado es vital y la elección de un esquema de hidratación adecuado así como de soluciones iso-osmolares, permite iniciar la reanimación hídrica con la menor cantidad de líquidos sin ocasionar daño y manteniendo las constantes fisiológicas en límites normales.

Palabras clave: Esquema de Brooke Modificado, solución iso-osmolar, Quemaduras por fuego directo.

Medicina Interna

CORRELACIÓN DEL POLIMORFISMO +45 T/G EN EL GEN DE ADIPONECTINA CON INSULINORRESISTENCIA EN INDIVIDUOS OBESOS DEL MUNICIPIO MARACAIBO (Correlation between 45T/G Polymorphism of the Adiponectin Gene and Insuline Resistance in Obese Individuals of Maracaibo City)

María Sánchez¹, Carem Prieto¹, Naillet Arráiz¹, David Troconis², Estevan marín

¹Sección de Biología Molecular del Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ²Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ⁴Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. *mpsp85@gmail.com, caremprieto@gmail.com, narraiz1@gmail.com, davidjuliotroconis10@gmail.com, maringarciae@gmail.com*

La adiponectina es una proteína producida por el adipocito en diferenciación, ejerce efectos metabólicos favorables tales como aumentar la sensibilidad a la insulina, inhibir la inflamación y la aterogénesis, es codificada por el gen ADIPOQ, y sus polimorfismos se asocian con un aumento de los niveles de insulina plasmáticas, Homa-IR, obesidad y Síndrome Metabólico (SM). El objetivo de este estudio fue evaluar la correlación del polimorfismo +45 T/G con el fenotipo obeso e insulinoresistente en una población del municipio Maracaibo, estado Zulia. El polimorfismo fue investigado en 100 individuos en dos grupos obesos (OB n=56) y no obesos (No OB n=44) por PCR-RFLP. La frecuencia genotípica del polimorfismo +45 T/G en la población fue de 80% para la variante homocigota ADIPOQ 45 T/T y 20% para la variante heterocigota ADIPOQ 45 T/G. El genotipo homocigoto ADIPOQ 45 G/G no fue detectado en este estudio. Las fre-

cuencias alélicas del polimorfismo ADIPOQ 45 T y ADIPOQ 45 G fueron de 90% y 10%, respectivamente. Los portadores del genotipo ADIPOQ 45 T/G exhibieron valores superiores en indicadores antropométricos de obesidad, niveles de lípidos séricos, glicemia basal, presión arterial y bajos niveles séricos de HDL-colesterol, revelando un perfil metabólico desfavorable comparado con individuos con genotipo ADIPOQ 45 T/T, sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los genotipos. Se encontró correlación entre la presencia del genotipo ADIPOQ T/G con insulinoresistencia. Los resultados obtenidos coinciden con recientes investigaciones que reportan efectos modestos del genotipo heterocigoto ADIPOQ 45 T/G con la obesidad, insulinoresistencia y otras alteraciones metabólicas.

Palabras clave: Adiponectina, ADIPOQ 45 T/G, frecuencia alélica, obesidad, insulinoresistencia, alteraciones metabólicas.

DETERMINACIÓN DEL POLIMORFISMO Pro12Ala DEL GEN PPAR γ 2 CON COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO (CRITERIOS UNIFICADOS) EN UNA POBLACIÓN DE MARACAIBO

(Determination of PPAR γ 2 gene pro12ala allelic variant with metabolic syndrome components (criteria unified) in a population of Maracaibo)

Carem Prieto¹, Estevan Marin¹, María Sánchez¹, Endrina Mujica³, Andrea Mujica³

¹Sección de Biología Molecular del Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ²Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. ³Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. ⁴Escuela de Medicina, Facultad de Medicina Universidad del Zulia.

caremprieto@gmail.com, mpsp85@gmail.com, anesmu21@hotmail.com, endrinamujica3@gmail.com

El síndrome metabólico (SM) predispone al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2. Se evaluó la asociación de la variante alélica rs1801282, g. 68777CG (Pro12Ala), del gen PPAR γ 2 con alteraciones antropométricas y metabólicas de individuos con SM del Municipio Maracaibo. La muestra fue constituida por 127 individuos (81 con diagnóstico de SM 46 individuos sanos). El polimorfismo fue analizado por PCR-RFLP. La frecuencia del polimorfismo del gen PPAR γ 2 en la población evaluada fue de 89% para el genotipo homocigoto Pro12Pro y 11% para el genotipo heterocigoto Pro12Ala. El genotipo heterocigoto Pro12Ala se observó con mayor frecuencia en los pacientes del grupo SM, aunque no se encontró diferencias significativas entre las frecuencias genotípicas ($p=0,528$) ni alélica ($p=0,602$) entre grupos SM y control. Los portadores del genotipo Pro12Ala

exhibieron un mayor valor promedio en % de grasa corporal, circunferencia abdominal y niveles séricos de la lipoproteína de alta densidad, disminución de la presión arterial, menores concentraciones séricas de colesterol, triglicéridos y las LDL y VLDL sin embargo, no hubo diferencia estadística para ninguno de estos parámetros entre portadores Pro12Pro y Pro12Ala. En el grupo de SM se observó un mayor valor promedio de índice de masa corporal en los portadores del genotipo Pro12Ala de PPAR γ 2 ($p=0,038$), El 42,9% de los individuos portadores del genotipo Pro12Ala y 30% de los portadores Pro12Pro reportaron antecedentes familiares de obesidad. Se sugiere la asociación del genotipo Pro12Ala con riesgo de obesidad y ausencia de asociación entre el polimorfismo del gen PPAR γ 2 con síndrome metabólico.

Palabras clave: PPAR γ 2, síndrome metabólico, rs1801282, Pro12Ala, IMC, gen.

ESTUDIO DE INFECCIÓN POR TOXOPLASMA GONDII EN PACIENTES VIH POSITIVO QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EPIDEMIOLÓGICA DEL SAHUM PARA EL PERIODO 2010-2012

(Toxoplasmosis in HIV-positive patients attending the consultation epidemiologic S.A.H.U.M for the period 2010-2012)

Mata Salomon¹, Caldera Carlos¹, Acurero Ellen¹

¹Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis Cátedra de Parasitología, Maracaibo- Estado Zulia, Venezuela 2015. matasalomon94@gmail.com, carscal3@gmail.com, ellenyamarte@gmail.com

La Toxoplasmosis es una antroponosis frecuentemente encontrada en humanos y de especial atención en inmunocomprometidos. El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de Toxoplasmosis en pacientes VIH positivos que asisten a la consulta epidemiológica.

ca del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (S.A.H.U.M). Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal, recopilándose información de 300 historias de pacientes VIH positivo que asistieron a la consulta epidemiológica del S.A.H.U.M durante el período 2010-2012. La población fue estratificada de acuerdo a edad y sexo. Se tomaron en cuenta todos los pacientes, sin criterios de exclusión alguna; los datos recolectados fueron: edad, sexo, presencia de anticuerpos IgG anti-Toxoplasma gondii y población linfocitaria CD4. Los resultados fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel 2010 y luego se presentaron según frecuencia y porcentaje, posteriormente se analizaron mediante estadística descriptiva representada en tablas y gráficas. Se encontró una prevalencia de 37% de pacientes VIH positivos infectados con Toxoplasmosis, la población masculina en edades comprendidas entre 28 y 37 años es la más afectada en los años estudiados. La relación entre seropositividad de anticuerpos anti- T. gondii, asociación con el número de linfocitos CD4 reveló 15,60% de con <100 linfocitos CD4/ μ L, lo que quiere decir que están propensos a desarrollar Toxoplasmosis cerebral, lo cual confirma que el monitoreo de anticuerpos anti-toxoplasma en estos pacientes sea esencial.

Palabras clave: Toxoplasmosis, Inmunocomprometidos, VIH positivo, Prevalencia, ELISA, Anticuerpos.

LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO CLÍNICO QUE FUNDAMENTA EL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB)

(Clinical laboratory studies underlying the Guillain-Barré syndrome (GBS))

Morales A., Juan

Universidad del Zulia, Facultad de Medicina – Escuela de Bioanálisis. Maracaibo, Venezuela, 2016. juan_15_morales@hotmail.com

El síndrome de Guillain-Barré es una neuropatía progresiva aguda; que se origina una desmielinización, producto de la inflamación de los nervios periféricos, después de un proceso de tipo infeccioso. Afecta a personas de todas las edades, pero es más frecuente en adultos y en el sexo masculino; no es hereditario. Por este motivo, se realiza esta investigación con el fin de adquirir conocimientos de los estudios de laboratorios para el diagnóstico del GBS. La metodología para la elaboración de este documento científico se realiza mediante las fuentes de información tomadas de bases de datos tales como Pubmed, Scielo. El objetivo de esta investigación es Determinar los estudios de laboratorio clínico que fundamenta El Síndrome De Guillain-Barré a fin de conocer los criterios que apoyan el diagnóstico clínico. Se basa en los criterios clínicos de Asbury considerando los antecedentes, hallazgos en el líquido cefalorraquídeo que detecta la elevación de la concentración de proteínas por encima del límite normal, el cual la glucosa es normal y sin pleocitosis. Asimismo los cultivos bacterianos y víricos son negativos. La Serología para anticuerpos específicos como: anti-GMN1, anti-GM1b y anti-GD1a se utilizan como marcadores para diferenciar neuropatía axonal motora aguda de neuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. Por consiguiente los estudios de laboratorio que proporcionan un diagnóstico eficaz para el control de la manifestaciones clínicas del paciente y el manejo hospitalario del mismo; es la muestra del líquido cefalorraquídeo y anticuer-

pos específicos; cuyos resultados expresaran el grado de inflamación de los nervios periféricos y la pérdida de mielina.

Palabras clave: Síndrome de Guillain Barre, líquido cefalorraquídeo, anticuerpos.

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN EN EL ADULTO

Ocanto González, Oscar Enrique; Ontiveros, Neptalí

*Universidad del Zulia. Facultad de Medicina.
Escuela de Medicina. Cátedra Práctica Profesional
III. Maracaibo-Estado Zulia, Venezuela. 2015.*

El objetivo de este trabajo fue identificar el nivel de conocimiento y el grado de cumplimiento de los esquemas de vacunación en el adulto. Se realizó una investigación descriptiva con encuesta a una muestra estratificada de 135 pacientes adultos de consulta externa del ambulatorio Urbano tipo III El Silencio durante los días 17, 18, 22 y 23 de junio de 2015. Los resultados de adultos vacunados arrojaron un (59%) hepatitis B; (13%) Neumococo; (43%) Influenza; (40%) toxoide te-

tánico y (59%) fiebre amarilla. Analizando la muestra en el rango de edad de 20-29 años se obtuvo un mayor porcentaje para la vacuna contra la fiebre amarilla (56,25%), de igual forma para los intervalos de edad entre 30-39 años y 40-49 años, en los cuales se obtuvo (67,86%) y (66,67%), respectivamente de pacientes vacunados contra la fiebre amarilla; mientras que pacientes entre 50-59 años y 60-69 años expresaron que habían sido vacunados en un mayor porcentaje contra hepatitis B (54.76%) e influenza (56.2%) respectivamente. Para todas las vacunas analizadas la mayor frecuencia de vacunación fue para la población de sexo femenino. Se pudo observar que la mayoría de la muestra estudiada según su ocupación se había vacunado contra la fiebre amarilla. Existe una actitud favorable de la población hacia las inmunizaciones sin embargo, la muestra reveló un bajo índice de aplicaciones. Por lo cual, es importante formular estrategias que mejoren el cumplimiento de las inmunizaciones por parte de la población adulta e incentiven al personal de salud a cumplir con estas recomendaciones.

Palabras clave: Vacunación adultos, hepatitis B, influenza, neumococo, fiebre amarilla, toxoide tetánico.

Odontología

AMELOGENESIS IMPERFECTA EN PACIENTE DE ETNIA WAYUU. A PROPÓSITO DE UN CASO

Liliana Casanova-Borjas

Servicio de Genética Médica. Hermanos San Juan de Dios. Hogar Clínica San Rafael. Maracaibo, Venezuela
casanovaliliana@yahoo.com

Se presenta caso de niña de 10 años de edad, de etnia wayuu y procedente del municipio Mara, referida por Traumatología y Ortopedia por hallazgos clínicos de Osteogénesis imperfecta. Producto de III gesta por parto eutócico, de unión no consanguínea wayuu. Al nacer, fractura de húmero y fémur. Sin antecedentes familiares de enfermedades hereditarias y malformaciones congénitas. Hospitalizada en distintas oportunidades por múltiples fracturas y deformidades progresivas con imposibilidad para deambular, asociado a trastorno del neurodesarrollo. Deficiente aseo dental y alteraciones dentarias Al examen físico: Talla baja, escleróticas grisáceas, dientes asimétricos, amarillentos, apiñados, tórax en tonel, aumento de cifosis cervical y lordosis lumbar, dificultad para bipedestación e imposibilidad para deambulación independiente, hiperlaxitud articular, disminución de fuerza muscular de tronco y miembros inferiores. La TAC reporta deformidades costales y fractura en T9 - T11- L1. Densimetría ósea con disminución de la densidad ósea y osteopenia. Laboratorio: PTH 12,4 pg/ml, Calcio sérico 10,2 mg/dl, Fósforo: 5,7 mg/dl, Fosfatasas alcalinas óseas: 49,7 mg/dl, 1,25VitD2: <4 ng/ml, 1,25VitD3: 18 ng/ml. Calciuria elevada. Se solicita evaluación por Endocrinología, Nefrología y Odontología. encontrándose Amelogénesis imperfecta (AI) y hallazgos sugestivos de OI tipo III, Litiasis renal no obstructiva. Se realiza asesoramiento genético desde

la perspectiva sociocultural para obtener la colaboración de cuidadores y familiares. Se inició tratamiento con Vitamina D3 y Bifosfonato y la rehabilitación dentaria con resultados alentadores. El diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, respetando las creencias y prácticas del sistema sociocultural wayuu, es fundamental para los pacientes con AI y OI.

Palabras clave: Amelogénesis imperfecta, Osteogénesis imperfecta, fracturas, wayuu.

EXCERESIS DE TORUS VESTIBULAR BIMAXILAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Dueñez R, Dahil¹, Orozco G, Eliana¹, Datica N, Claudia¹, Meza, Alberto², Pino, Rodrigo³

¹Odontóloga - Universidad del Zulia.

²Universidad de Carabobo Especialista en Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad

Sao-Paulo Brasil. ³Universidad experimental Rómulo gallegos Especialista en cirugía bucal e implantología de la universidad Sao-paulo Brasil dahildueez02@gmail.com,

od.elianaog@gmail.com,

claudiadatican@gmail.com,

albertojmezab@gmail.com,

odrodrigopino@gmail.com

Los torus o exostosis óseas constituyen una prominencia o excrescencias no neoplásicas, generalmente asintomático, las cuales son localizadas en los maxilares, siendo una patología muy singular por su característica patognomónica. Estas excrescencias óseas pueden clasificarse de acuerdo a su localización, forma, tamaño, número, y su necesidad de tratamiento varía de acuerdo a las necesidades del paciente, siendo

principalmente por factores estéticos o como requerimiento de la planificación de una prótesis, parcial o total. Cuando se requiere tratamiento, la solución es quirúrgica, procediéndose a su extirpación. El propósito de este estudio es realizar una breve revisión bibliográfica y reportar el manejo quirúrgico de un caso clínico propio.

Palabras clave: Torus, exostosis, excrecencia.

SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Datica, Claudia; Orozco, Eliana; Dueñez, Dahil
Universidad del Zulia

El Síndrome de Dolor Miofascial de los músculos masticatorios se caracteriza por presentar puntos gatillos específicos, y dolor referido, signos más clásicos que se presentan en este dolor. Aunque no se tiene mucho conocimiento sobre el origen de esta patología, es de vital importancia que el clínico reconozca los signos y síntomas que puede presentar el paciente en estos músculos para poder llegar al diagnóstico verdadero y a un plan de tratamiento adecuado. El Síndrome de Dolor Miofascial es un síndrome específico que se define como la manifestación de dolor muscular originado por puntos gatillos, que son nódulos dolorosos, sensibles e hiperirritables que se localizan sobre bandas musculares tensas, palpables en los músculos o en sus fascias, que pueden desencadenar una respuesta local contráctil ante la estimulación mecánica, apreciada como una contracción. Si el punto gatillo es lo suficientemente hiperirritable puede originar dolor referido, alteraciones en la sensibilidad y cambios autonómicos en sitios remotos a su ubicación. Es extraordinariamente importante establecer un diagnóstico diferencial entre las alteraciones articulares y de los músculos masticatorios, puesto que sus tratamientos son muy distintos, y muchas veces este se trata como proble-

mas de la articulación temporomandibular cuando no es el causante real del dolor.

Palabras clave: Síndrome de dolor miofascial, músculos masticatorios, puntos gatillos, dolor referido, masetero, temporal.

ÚLCERA TRAUMÁTICA MANEJO Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO. REPORTE DE UN CASO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dueñez R, Dahil¹; Orozco G, Eliana¹; Datica N, Claudia¹; Meza, Alberto²; Pino, Rodrigo³

¹odontóloga. Universidad del Zulia. ²Universidad de Carabobo Especialista en Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Sao-Paulo Brasil. ³Universidad Experimental Rómulo Gallegos. Especialista en cirugía bucal e implantología de la universidad Sao-paulo Brasil
dahildueez02@gmail.com,
od.elianaog@gmail.com,
claudiadatican@gmail.com
albertojmezab@gmail.com,
odrodrigopino@gmail.com

La ulcera traumática es una de las lesiones de la mucosa oral que se presenta con más frecuencia en la clínica dental. La úlcera traumática es ocasionada por un daño agudo, súbito o la aplicación de una sustancia lesiva a la superficie externa del epitelio bucal, tales como, mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total o parcial, lesión por cepillo dental, exposición de la membrana mucosa a un diente con bordes cortantes, lesión por rollo de algodón o algún otro irritante externo. Los cuidados clínicos al momento de observar este tipo de lesiones son los que nos indica cómo puede evolucionar y cuál es la conducta odontológica a seguir ante un tipo del ulcera traumática que se infecta, la cual expondremos en un caso más adelante.

Palabras clave: Úlceras, trauma, manejo odontológico.

Pediatría

LA RESISTINA SE ASOCIA CON LA PROTEÍNA C REACTIVA Y MARCADORES RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS OBESOS

(Resistin is associated with C reactive protein and cardiovascular risk markers in obese children)

Aida Souki¹, Carem Prieto², Maikell Cardoza³, Paola Valero¹, Estevan Marín²

¹Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ²Sección de Biología Molecular del Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ³Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, ⁴Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
soukiaida@gmail.com, caremprieto@gmail.com, eduardocardoza0416@gmail.com, paolavalero@gmail.com, maringarciae@gmail.com

El objetivo fue evaluar los niveles de resistina sérica y su asociación con la proteína C reactiva (PCR-hs), Óxido Nítrico (NO) y lípidos plasmáticos (LP) en sujetos de edad pediátrica. Participaron 366 niños y adolescentes (10-16 años), agrupados en eutróficos (n=162) y obesos (n=204). Se les estudio peso, talla, circunferencia de la cintura, resistina sérica, glucosa e insulina basal, LP, NO, PCR-hs, Malondialdehído y tensión arterial. Se calculó el IMC, el índice cintura-talla (IC/T) y el HOMA-IR. Se utilizaron las pruebas t de Student, ANOVA, U de Mann y Whitney o Kruskal-Wallis para comparar entre grupos y la correlación de Spearman para determinar asociación entre variables. Los obesos masculinos presentaron niveles superiores de resistina ($p < 0,05$). El género femenino presentó valores más altos de resistina en eutróficos ($p = 0,012$) y

con IC/T normal ($p = 0,011$). A mayor concentración de resistina los eutróficos presentaron niveles más altos de triacilglicéridos pero, los obesos mostraron niveles más bajos de triacilglicéridos, HDLc y NO, más altos de PCR-hs y mayor IMC. Los resultados sugieren que la resistina podría ser un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular por su asociación positiva con la PCR-hs e inversa con el NO y la HDLc, parámetros involucrados en la inflamación y la disfunción endotelial.

Palabras clave: Resistina, obesidad, riesgo cardiovascular, proteína C reactiva ultrasensible, óxido nítrico, lípidos plasmáticos.

PARASITOSIS INTESTINAL EN PREESCOLARES DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL DE SANTA ROSA DE AGUA. MARACAIBO, ESTADO ZULIA

(Intestinal parasites in preschool center of initial education Santa Rosa de Agua Maracaibo, Zulia State)

Caldera, Carlos¹; Mata, Salomón¹; Acurero, Ellen¹

¹Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Escuela de Bioanálisis Cátedra de Parasitología, Maracaibo- Estado Zulia, Venezuela 2015.
carscal3@gmail.com, matasalomon94@gmail.com, ellenyamarte@gmail.com

Objetivo: Determinar la prevalencia de enteroparásitos en preescolares que asisten al C.E.I. NEGRA MATEA en el periodo escolar septiembre 2014-julio 2015 en Santa Rosa de Agua Maracaibo Edo Zulia. Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptivo, se analiza-

ron 82 muestras fecales de preescolares de ambos sexos en edades entre 3 y 6 años, con el fin de identificar la presencia de enteroparásitos. A cada muestra fecal se le realizó un examen coproparasitológico directo con solución salina fisiológica al 0,85%, coloración temporal de lugol y el método de concentración de Formol- Éter. Resultados: La Prevalencia de Enteroparásitos observada en los niños fue de 73%, mientras que los No parasitados representaron el 22%. Se observó predominio de poliparasitismo con un 52% sobre monoparasitismo con un 48%. Se observó predominio de enteroparásitos en el sexo femenino con un 53,33% sobre el sexo masculino con un 46,67%. Con respecto a la prevalencia según la edad, se observó que el grupo etario más afec-

tado fue el de 3-4 años de edad, con un 40% mientras que los niños con edades comprendidas entre 5-6 años representan el 33,33%. La consistencia pastosa fue la que obtuvo mayor predominio con 38 casos, de los cuales 29 estaban parasitados. El parásito más frecuente fue *Blas-tocystis sp* con un 68,33%, seguido de *A. lumbricoides* con un 33.33 %. Conclusiones: Inadecuadas condiciones de salubridad y el bajo nivel educativo se relacionan con la presencia de enteroparásitos.

Palabras clave: Prevalencia, Enteroparasitosis, Preescolares, Poliparasitismo, Monoparasitismo, Parasitismo.

Psicología

FACTORES DETERMINANTES DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN NIÑOS ESCOLARIZADOS (Determinates Factors of Aggressive Behaviors in Children)

Parada, A.¹; Pérez, F.¹; González, L.²

Departamento de Salud Pública Integral. Escuela de Medicina. Unidad de Investigación Estudiantil. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. fabiolaperez3031@gmail.com albanis.parada@gmail.com

La violencia es un grave problema que afecta a la sociedad a nivel mundial, hasta el punto que es considerada como un comportamiento natural de los grupos sociales, con consecuencias graves para el desarrollo de la convivencia. Resulta dramático cuando aparece en los escolares, convirtiéndolos en víctimas o victimarios y afectando su rendimiento académico y por ende afectando su futuro como adultos. Tanto la familia como la escuela son espacios determinantes para el desarrollo y consolidación de conductas destructivas y protectoras. El objetivo general de esta investi-

gación es determinar los factores de riesgo para conductas agresivas en niños de la E.B. Juan Antonio Román Valecillos de Maracaibo y los específicos son identificar violencia física y verbal. Describir la dinámica familiar en estos niños y medir su rendimiento escolar. Se realizará un estudio no experimental, descriptivo y transversal en 210 niños de primero a sexto grado, y la muestra son 116 en quienes se identificó algún tipo de conducta agresiva. Con el fin de recolectar los datos en abril 2016 se procederá a emplear 3 instrumentos aplicados en orden secuencial obtenidos de McClellan y Katz, modificado por García y Córdova, a los educadores, a los niños y a los padres para identificar número de niños con conducta agresiva y factores de riesgo inherentes a la dinámica familiar y a la escuela. Se emplearán tablas de frecuencias absolutas y relativas para presentar los resultados y con estos se espera elaborar una propuesta de intervención que contribuya a disminuir la violencia.

Palabras clave: Violencia, escolares, conducta, familia.

Salud Pública

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD GINECOLÓGICA, PRECONCEPCIONAL, PRENATAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Diego Muñoz, Liliam González, Noris Acosta, Omaira Noguera y Moisés Sulbarán

*Departamento de Salud Pública Integral.
Postgrado de Psiquiatría. Facultad de Medicina,
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.
diego_smc77@hotmail.com*

El objetivo de la investigación fue determinar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes que asisten a una institución educativa del sector público en el municipio Maracaibo. Investigación de tipo descriptiva, con diseño no experimental, transversal y prospectivo, la muestra fue no probabilística representada por 124 escolares con edades comprendidas entre 12 y 19 años. Se utilizó la técnica de observación directa y un cuestionario estructurado como instrumento en cual fue sometido a validación y confiabilidad antes de su aplicación. En referente a los resultados se puede decir, relacionado a la salud sexual y reproductiva, que los adolescentes poseen un nivel de conocimiento intermedio en cuanto a salud ginecológica, planificación familiar y salud preconcepcional, sin embargo, reconocen la importancia de acudir a consulta preconcepcional oportunamente. Así mismo, muestran un nivel de conocimiento bajo en lo que corresponde a salud prenatal y pocos conocen los beneficios que esta brinda tanto para la futura madre como para el neonato. En conclusión, la mayoría posee un nivel de conocimientos intermedio con relaciones a las dimensiones que componen la salud sexual y reproductiva, pero, es preciso fortalecer algunas áreas relacionadas con ella.

Palabras clave: salud sexual, salud reproductiva, adolescentes, conocimiento, prenatal, preconcepcional.

CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Diego Muñoz, Liliam González, Noris Acosta, Néstor Andrades, María Elena Sánchez, Omaira Noguera y Moisés Sulbarán

*Departamento de Salud Pública Integral.
Postgrado de Psiquiatría. Facultad de Medicina,
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.
diego_smc77@hotmail.com*

La falsa creencia de que el consumo de sustancias como tabaco contribuye a la modernidad, diversión, autodeterminación, hace a los adolescentes susceptibles al consumo, dependencia futura y adopción de estilos de vida no saludables. El objetivo fue determinar la frecuencia del consumo de tabaco en adolescentes de una escuela pública del municipio Maracaibo. Investigación descriptiva, no experimental, transversal y prospectiva, la muestra estuvo representada por total 132 estudiantes en edades comprendidas entre 12 y 19 años. Se utilizó el instrumento Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ). Como resultados, 44.7% manifestó haber fumado tabaco alguna vez, 3.8% respondió haber fumado cada día del mes anterior y 39.1% fumó un cigarrillo diario. En conclusión, cerca de la mitad de los adolescentes han consumido tabaco, sustancia potencialmente adictiva y que aumenta el riesgo de consumir otras drogas lícitas y no lícitas; lo que sugiere diseñar estrategias orientadas al abordaje de esta problemática desde la perspectiva de la salud pública.

Palabras clave: Adolescentes, Consumo de tabaco, dependencia, tabaquismo, cigarrillo, adolescencia.

DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO II “MARÍA DE LA CANDELARIA”
(Determine the level of knowledge about sexual and reproductive health in patients attending the Outpatient Urban II “Maria de la Candelaria”)

Glenda Ortiz¹, Alexander Chacín¹, María Ortigoza¹, Nelson Ortega¹, Gilberto Nava¹, Oscar Ocanto¹

Facultad de Medicina. Escuela de medicina. Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela. glendaortizr@gmail.com

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva en pacientes que acuden al Ambulatorio Urbano tipo II “María de la Candelaria”, ubicado en el sector San Jacinto del municipio Maracaibo, Estado Zulia. Para ello se realizó una investigación de tipo descriptiva, dirigida a pacientes de ambos sexos a partir de los 12 años que acudieron al ambulatorio, durante el mes de junio de 2015. Se seleccionó una muestra de 100 pacientes (22.2% de los pacientes totales que acudieron durante el mes) quienes respondieron a un cuestionario pre-diseñado con 18 ítems de respuesta cerrada dicotómica (Sí/No). Al evaluar los resultados obtenidos se pudo observar que hay un mayor nivel de conocimiento acerca de Salud Sexual y Reproductiva de lo esperado, más del 60% de respuestas afirmativas con respecto al reconocimiento de procesos reproductivos, vías de contagio de enfermedades de transmisión sexual, identificación de síntomas de las mismas y conocimiento sobre métodos de planificación familiar. Así mismo, se identificó una actitud positiva en las dimensiones de responsabilidad y prevención de riesgo sexual en la población estudiada.

Palabras clave: Salud sexual, salud reproductiva, adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar.

HÁBITOS, CONDUCTAS Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA PÚBLICA DEL MUNICIPIO CABIMAS

Liliam González, Evana Piña, Walid Azkoul, Noris Acosta, Diego Muñoz, María Márquez, y Moisés Sulbarán

Departamento de Salud Pública Integral, Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Venezuela. diego_smc77@hotmail.com

El objetivo de esta investigación es determinar los hábitos, conductas y prácticas de riesgo en estudiantes de una escuela pública en la parroquia Arístides Calvani del Municipio Cabi-mas. Se realizó una investigación no experimental, descriptiva, de campo y transversal, en una muestra intencional de 41 escolares del sexto grado; se aplicó un cuestionario anónimo autoadministrado para analizar los hábitos higiénicos, descanso y actividad física, conductas relacionadas con la salud mental, y consumo de sustancias tóxicas en la edad escolar. La edad media es de 11 años, el 50% se lava las manos a veces y en su mayoría son niñas (21%); 73% se baña al menos una vez al día de las cuales el 84% son niñas; 6% se lava los dientes solo 1 vez al día de los cuales 2 son niñas; solo 37% hacen actividad física, en su mayoría niños; solo el 38 refiere alguna actividad con sus familiares, pero 68% perciben que reciben afecto; 50 refiere ser feliz de los cuales el 68% son niñas; No consumen sustancias ilícitas, pero hay un 19,5% ha fumado, en su mayoría niños, y 1,17% ha bebido alguna vez alcohol, en su mayoría niñas. En conclusión, las niñas mostraron más conductas saludables, excepto en la práctica de deportes.

Palabras clave: Hábitos, conductas, prácticas, escolares, escuela pública, actividad física.

LA SALUD EN EL CONTEXTO CONSTITUCIONAL VENEZOLANO

Marriaga, Román

Centro de Estudios de Empresa. Facultad de Ciencias Económica y Sociales, Universidad del Zulia. Maracaibo - Venezuela.
marriaga.25@hotmail.com

En Venezuela, en 1998 el contexto político se da un proceso Constituyente con la elección de Hugo Rafael Chávez Fría, como Presidente de la República, se generan cambios en materia de política pública con la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en 1999, la democracia venezolana es participativa, protagónica y descentralizada. El propósito del trabajo es describir los lineamientos normativos sobre la política de salud en el marco normativo de la Constitución. Es una investigación de tipo descriptiva, con un diseño documental. Para ello, se analizaron los distintos apartados legales contemplados en la Carta Magna. Los resultados preliminares revelan: 1) El Estado garantiza el derecho a la salud; 2) los servicios de salud son gratuitos; 3) el modelo de atención es de carácter integral; 4) la incorporación de los aspectos sociales en la salud; 5) se promueve la descentralización hacia los ámbitos subnacionales; 6) incorporación de la participación ciudadana y/o comunitaria. Se concluye, en la relevancia que tiene la salud en el contexto de la constitución de 1999, como derecho a la vida, el fenómeno de la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, formulación y ejecución de políticas públicas en materia de salud para transformación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

Palabras clave: Salud, Política Pública, Constitución, Participación, Estado, Venezuela.

RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

(Social responsibility of the institutions of health)

Mendoza de G, E, Graterol, E, García, M, Graterol, Y. y Graterol, A.

Universidad del Zulia.
evadegraterol@yahoo.com

El propósito de la presente investigación fue comprender las significaciones de la responsabilidad social en las instituciones de salud y la acepción del concepto en los líderes hospitalarios. Para la sustentación teórica se utilizaron los aportes de Camps (2005); Guédez (2006), Vallaey (2002); Klebe, Treviño y Brown (2005), Morín (2000). Bajo un enfoque cualitativo método fenomenológico el cual se centra en acercarse a la realidad para hacer una lectura antropológica de los referentes simbólicos de los grupos humanos. Se seleccionaron cinco (5) informantes clave: un directivo hospitalario, un empleado hospitalario, un usuario hospitalizado, un familiar, un experto en el área de la ética. Para la recolección de la información se utilizaron: la entrevista fenomenológica y la observación directa no participativa. Se registraron cinco (5) diálogos a profundidad para buscar la categorización. En el análisis fenomenológico y el análisis hermenéutico los informantes vivenciaron la inaplicabilidad del liderazgo ético afectando directamente el cumplimiento de la responsabilidad social de las instituciones de salud tanto desde el punto de vista interna como externa, los resultados develan como el trato, la atención a los pacientes, familiares es insatisfactorio porque la conducta médica y de enfermería se encuentra desavenida con los principios bioéticos; se practica un modelo de atención paternalista, tecno científica, deshumanizada. Asimismo, la alteridad se encuentra poco visible a nivel organizacional según los informantes, es decir, se observó una carencia de ética, moral,

solidaridad social, de otredad. La responsabilidad profesional y social es compartida con el personal de salud, pero, también con los pacientes.

Palabras clave: Responsabilidad, social, instituciones, salud, fenomenología.

SALUD BUCAL EN NIÑOS ESCOLARIZADOS

Liliam González, Noris Acosta, Diego Muñoz, Alexis Fuenmayor, Diana Landaeta, Ana Azkoul, María Márquez y Moisés Sulbarán

*Departamento de Salud Pública Integral,
Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.
Maracaibo-Venezuela.
diego_smc77@hotmail.com*

El programa de salud bucal forma parte de las estrategias de salud que se ofrecen a la comunidad, al identificar los factores de riesgo predominantes que causan la prevalencia de las enfermedades bucales en esta región específicamente, buscando siempre la inclusión de todas las partes afectadas, tratando de crear un sistema de corres-

ponsabilidad tanto de los padres y representantes, que no queda solo en manos de los maestros de estos niños, inculcando hábitos adecuados para lograr una salud bucal óptima. *La investigación tiene como objetivo* evaluar la salud bucal en los niños de 1er. grado de la EBN Toribio Urdaneta de la comunidad de Las Morochas, Ciudad Ojeda, Estado Zulia, y su relación con la atención integral a la salud. El tipo de investigación es descriptiva con diseño transversal, una población de 54 niños en edad escolar; se usó el cuestionario como instrumento de recolección de datos. Como resultado 35 niños que corresponden a un 64.8% se cepillan los dientes 1 vez al día, 13 niños usan el enjuague bucal tres veces al día que corresponden al 24.1%, y sólo 8 niños que corresponden al 14.8% usan hilo dental una vez al día. En conclusión, de la investigación se observó la necesidad inmediata de educar a los niños con respecto a los hábitos de salud bucal involucrando a todos los responsables de esta, es decir, niños y niñas, educadores y sector de la salud, asumiendo la mala higiene bucal como causante primordial de enfermedades bucodentales.

Palabras clave: Hábitos, higiene bucal, salud integral, escolares, salud bucal, educación en salud bucal.



INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Revista Científica del Hospital Coromoto

La Revista Científica del Hospital Coromoto publica trabajos originales, revisiones y reporte de casos clínicos en español e inglés, que contribuyan al avance del conocimiento en ciencias de la salud. También incluye una sección de “Cartas al Editor”.

Envío del manuscrito

El manuscrito (Word para Windows), con su correspondiente lista de verificación y acompañado de una carta de presentación al editor, debe ser enviados por correo electrónico a la dirección revhospital-coromoto@gmail.com. Las tablas y las figuras, si las hubiese, deben estar al final del trabajo y además deben ser enviadas como archivos individuales (uno por cada figura o tabla). Además del manuscrito, se deben incluir los nombres de tres posibles árbitros, con su dirección electrónica. El Comité Editorial se reserva el derecho de decidir si utiliza alguno de los revisores sugeridos. Todo lo referente a la correspondencia, incluidos la opinión de los árbitros, los requerimientos, producto de la revisión del trabajo y la notificación de la decisión del Comité Editorial, será realizado por correo electrónico.

Carta de presentación

El manuscrito debe estar acompañado de una carta firmada por todos los autores, donde se manifiesta que han participado activamente en la ejecución del mismo, que no ha sido publicado con anterioridad y que conocen que se está enviando a publicación a la Revista.

La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación, 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de “**Agradecimientos**”. Los autores deberán firmar una planilla, donde especifiquen su participación. El orden de aparición de los autores, debe ser una decisión conjunta del grupo y deben aparecer aparte, la dirección del autor de correspondencia y su correo electrónico.

Sistema de Arbitraje

Para este proceso se usará la vía electrónica. Todos los trabajos serán sometidos a la consideración del Comité Editorial de la Revista, el cual decidirá si deben ser enviados a arbitraje, o si se rechazan por no cumplir las normas editoriales o no tener la calidad suficiente. El arbitraje de Trabajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de la comunicación y solo por uno en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de dos meses para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrán solicitar otras opiniones.

El nombre de los árbitros, así como el de los autores del trabajo, será estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo. Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones.

El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de dos meses, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Normas Editoriales

Todo trabajo debe estar escrito a doble espacio, con amplios márgenes y numeración de páginas.

Los **Trabajos Originales**, las **Revisiones** y los **Reportes de Casos**, deben ser contribuciones inéditas de importancia para el avance del conocimiento en el tema objeto de estudio. Deben incluir en la primera página: el Título del trabajo y el nombre completo de los autores (sin usar títulos profesionales), seguidos por superíndices de números consecutivos, que correspondan a cada una de las instituciones a las que están afiliados.

En renglones apartes, se escribirán de tres a seis palabras claves en español y en inglés y un título corto de no más de 75 caracteres, en el idioma en el cual fue realizado el manuscrito. A continuación de presentarán un resumen en español y el título y el resumen (**Abstract**), ambos en inglés.

Si el autor no está capacitado en el idioma inglés, es importante que consulte a un especialista en lengua inglesa, antes de enviar los trabajos o resúmenes en ese idioma. Un trabajo puede ser rechazado, si requiere de muchas correcciones lingüísticas.

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

El **Resumen**, debe establecer los objetivos, las observaciones originales y las conclusiones basadas en los resultados presentados. No debe contener referencias **ni ser estructurado** y no contener más de 250 palabras. Al final se debe incluir una pequeña conclusión. Se deben evitar las abreviaturas y si son necesarias, se deben definir en la primera mención.

Los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del Material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983 y el consentimiento de los individuos o números de Historia de los Hospitales y no se aceptarán fotografías del rostro del paciente sin su consentimiento escrito. Aquellos estudios que involucren animales, también deben seguir el Código de Ética correspondiente, que cumpla con los estándares internacionales establecidos para el uso, cuidado y tratamiento humano de los animales de laboratorio.

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

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

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

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

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

Tablas. Las tablas deben ocupar una página cada una y estar numeradas en romanos. Deben contener un título descriptivo escrito en mayúsculas y centrado. Las columnas no deben separarse con líneas. Las notas referentes a lo expresado en el cuerpo de la tabla, deben ser escritas al pie de la misma, precedidas de los símbolos correspondientes. La revista no acepta la expresión “Fuentes de información”, cuando se refiere a resultados presentados en el mismo artículo, solo si provienen de otro material. Si el artículo está escrito en español, los números decimales se deben separar con una coma y si está escrito en inglés, con un punto.

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

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

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

Las leyes no deben estar incorporadas a la fotografía y estas deben presentarse en página aparte, en forma lo suficientemente explicativa, sin tener que acudir al texto.

La Revista no aceptará fotografías a color para ser impresas en blanco y negro.

Referencias. Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals 2000”, <http://www.icmje.org>; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores. Los nombres de todos los autores deben ir en **negritas** y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos “y col.” o “et al.”. El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al **Index Medicus** (<http://www.nlm.nih.gov>), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión. No se aceptarán como referencias, observaciones no publicadas, comunicaciones personales o trabajos enviados a publicación; sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis. Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Ejemplos:

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

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

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

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

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

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

Costo de publicación: la revista no cobra por página impresa. Si el autor requiere la Revista ésta será enviada con pago a destino.



Ing. Eulogio Delpino
**Ministro del Poder Popular del Petróleo (M.P.P.P.)
y Presidente de PDVSA**

Dr. Fredy Rojas
Director Ejecutivo de Recursos Humanos y Salud PDVSA

Dr. Freddy Leal
***Presidente
PDV Servicios de Salud, S.A.
Coordinador General
Hospital Coromoto***