

Revista Científica Hospital Coromoto



Vol. 7 | **2**
Julio - Diciembre
2018

Comité EditorialDr. Adel Al Awad
EditorDr. Ricardo José Atencio Tello
Co-EditorDra. Preciosa Ríos
SecretariaMgSc. Adriana García
Dra. Jaqueline Escalona
Dr. Alexis León
Dra. Karina VillalobosDra. Duilimar Arrieta
MgSc. Johana Paredes
Dr. Rafael Villalobos**Asesores Científicos**Dr. Alexis León
Dra. Odelis Díaz de Suárez
Dra. Virginia Fernández
Dra. Elizabeth Borjas
MgSc. Lisbeth BorjasDr. Rafael Villalobos
Dra. Melvis Arteaga
de Vizcaíno**Anestesiología**Dra. Mercedes Astro López
Dr. Jaime Contreras
Dra. Sirka García Padilla
Dr. Norberto Ortiz Flores
Dra. Josefa Simanca H.
Dr. Freddy Villalobos B.
Dr. Thaís C. Villalobos
Dra. Betania Villalobos
Dr. Edwin Betancourt V.
Dra. Rossy Vera S.**Cirugía del Quemado**Dr. Tulio Chacín Paz
Dr. Orlando Guijarro
Dra. Jenny Villasmil
Dr. Osmer Güerere**Cirugía de Tórax**Dr. Iván González
Dr. Josué Reyes Polanco
Dr. Juan Carlos Sánchez**Cirugía General**Dr. Adel Al Awad
Dra. Rina Contreras
Dr. Hernán Lamus
Dr. Marconis Ocando
Dr. Nizar Saad
Dr. Víctor Flores
Dr. José Galván
Dr. Ricardo Torres
Dr. Daniel Briceño**Cirugía de Columna**

Dra. Yusmary Guillén

EnfermeríaLcda. Ana Raquel Mendoza
Lcda. Edicta Ferreira
Dra. Eva Graterol
Dra. Gregoriana Mendoza**Gastroenterología**Dr. Jesús Abreu
Dra. Rosiris Fernández
Dr. Carlos Parra
Dr. Luis Leal**Ginecología**Dra. Anexy Doria
Dr. Dimas Macías
Dra. Yeniree Villalobos**Hematología**Dra. Nayelis Almarza
Dra. Elizabeth Borjas
Dra. Melvis Arteaga de Vizcaíno**Infectología**Dra. Yaneth Urribarrí
Dr. Rafael Villalobos**Inmunología**Dra. Tatiana Pardo
Dr. Elizabeth Borjas**Mastología**

Dr. Evis Polanco

Medicina CríticaDr. José Fabián Bracho
Dra. Yumni Duque
Dra. Kelita González
Dra. Gladys Peña**Medicina Interna**Dra. Yajaira Boscán
Dra. Raquel Carrasquero
Dra. Karelys Chávez
Dra. Nora Palazzì
Dra. Dianelly Beltrán**Medicina Ocupacional**Dra. Liliana Rojas
Dra. Alexandra Hernández
Dr. Abdías Cubillán
Dr. Edicson Urdaneta**Microbiología**Dra. Odelis Díaz de Suárez
Dr. Ricardo José Atencio Tello
Dr. Rafael Villalobos**Nefrología**Dr. Ender Vílchez
Dra. María Pampena
Dr. Raúl Coronado
Dr. Hugo Marín**Neumonología**

Dra. Johana Fernández

Neurocirugía

Dr. César Lobo

Nutrición

MgSc. Aida Souki

OncologíaDra. Leditza Chourio
Dra. Yoneida Lozano
Dra. Yurley Escobar
Dra. Sandía Núñez**Oftalmología**Dr. Idelfonso Paz
Dra. Adaliski Rodríguez**Odontología**Dra. Leisy Fong
Dra. Alfonsina Lozano
Dra. Carolina Maalouf
Dra. Yelitza Patillo
Dra. María Pilar Urbano
Dra. Alis Valecillos
Dra. Yelitza Patiño**Pediatría**Dra. Yaneth Urribarrí
Dra. Yaneth Núñez
Dr. Alexis León
Dra. Maribel Nava
Dr. Ana Ardín
Dr. Sebastián Díaz**Psicología**Dra. Rosa Salom
Dra. María García Ortoga**Psiquiatría**Dr. Douglas Molero
Dr. Diego Muñoz**Imagenología**Dr. David Acosta
Dra. Paola Demarchi
Dra. María Gabriela Finol
Dr. José Rodríguez
Dra. Yelianny Núñez
Dra. Elaine Bastidas**Reumatología**

Dr. Julio César Alfonso

TraumatologíaDr. María Burgos
Dr. Fernando Lossada
Dr. Carlos Peña
Dr. Nelson Rodríguez
Dr. Lirimo Rubio
Dr. Juan Medina
Dr. Fehudy Delgado**Urología**Dra. Fabiola Mejías
Dr. Wilber Rincón
Dr. Emac Nasser



Revista Científica Hospital Coromoto

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

D.R. © 2018 HOSPITAL COROMOTO

ISSN 2343-5860

Depósito legal pp 201202ZU4114

Diseño de portada:

Javier Ortiz

Diagramación:

Ediciones Astro Data, S.A.

edicionesastrodata@gmail.com

Maracaibo, Venezuela

Esta revista está indizada en:

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



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

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

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

correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com



PDVSA



Hospital Coromoto

PDV Servicios de Salud, S.A.
RIF.: J-30288394-6



**IV CONGRESO
V JORNADA CIENTÍFICO INTEGRAL
DEL HOSPITAL COROMOTO
“DR. LEVY MAGO RODRIGUEZ”**

Del 8 al 10 de Agosto del 2018

Lugar: Hotel Kristoff, Maracaibo-Venezuela



PRE - CONGRESO

**Cirugía en Vivo - Talleres de ECO-FAST,
RCP, Mini ABIQ**

CONGRESO

**Cirugía en Vivo, Conferencia con Invitados Regionales y Nacionales, Mesas
Redondas, Presentación de trabajos libres, modalidad: Oral, Poster Digital**

INSCRIPCIONES GRATUITAS

**SALUD CON
VOCACIÓN SOCIALISTA**

www.eventoscientificoshospitalcoromoto.blogspot.com

congresohospitalcoromoto@gmail.com
Coordinación de Docencia e Investigación

Tlf. (0261) 7900331 - 7900364

Maracaibo - Venezuela

COMITÉ ORGANIZADOR

Coordinador General

Dr. Adel Al Awad

Comité Académico/ Editorial/Científico

Lcda. Haydee Suárez
MgSc. Adriana García
Dr. Diego Muñoz
Lcda. Edicta Fereira
Dra. Eva Graterol
Dra. Gregoriana Mendoza
Lcda. Ana Raquel Mendoza

Comité de Finanzas

Lcdo. Luis Linares
Lcda. Karen Farías

Comité de Logística y Protocolo

Dra. Alis de Chacín (Coordinadora)
Dra. Dulce León
T.S.U. Luz Moreno
Lcda. Karen Farías
Lcda. Migdalia Urdaneta
Aboga. Yárlenis Urdaneta

Asuntos Públicos Occidente

Lcda. Angélica Vargas
Lcda. Patricia Bermúdez
Lcda. Jessica Prieto
Lcda. Rosa Díaz
Lcdo. Luis Daniel Velandia
Lcdo. Kennison Molero (HC)

Protocolo Hospital Coromoto

Carla Morales (Coordinadora)

IV Congreso

V Jornada Científico-Integral del Hospital Coromoto “Dr. Levy Mago Rodríguez”

“SALUD CON VOCACIÓN SOCIALISTA”

Del 08 al 10 de Agosto 2018

Hotel Kristoff

Maracaibo, Venezuela

**Resúmenes
de Trabajos Libres**



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



Revista Científica Hospital Coromoto

Volumen 7

Nº 2

Julio~Diciembre 2018

Contenido

EDITORIAL 11

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Anestesiología

MANEJO ANESTÉSICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TIMECTOMÍA POR MIASTENIA GRAVIS.
A PROPÓSITO DE UN CASO

Melissa Paz-Contreras 13

HIPOTERMIA EN CIRUGÍA ELECTIVA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Luis Quintanilla 13

Cirugía

INCIDENTALOMA PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO

Ibraim Ramírez, Ligia Aldana, Alfredo Ramírez, Al Awad Adel 14

SARCOMA EMBRIONARIO RECIDIVA DE HAMARTOMA HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Víctor Flores, Alfredo Ramírez, José Acosta, Elizbethe Díaz. 14

GASTRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMOR GIST GÁSTRICO. A PROPÓSITO
DE UN CASO

Ligia Aldana, Alfredo Ramírez, Adel Al Awad 15

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

Jaimari Rodríguez, María Matera, Danny Leiva, Paola Morillo, Jeziel Vilchez 15

ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Laura Reyes, Ismely Rivero, María Matera, Carlos Ugueto, Geordano Navarro 16

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Víctor Reyes, María Matera, Carlos Ugueto, Gerardo Núñez, Alfredo Quintero</i>	16
DUODENOPANCREATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EVOLUCIÓN EN LA CIRUGÍA PANCREÁTICA EN VENEZUELA. REVISIÓN DE LOS PRIMEROS 6 CASOS <i>Alfredo Ramírez, Adel Al Awad, Ligia Aldana</i>	17
HERNIA DE AMYAND IZQUIERDA CON APÉNDICE CECAL INFLAMADO: UNA VARIEDAD EXCEPCIONALMENTE RARA DE HERNIA INGUINAL. REPORTE DE UN CASO <i>Edgar Miquilena, Carolina Hernández, Johanna Cañizales</i>	18
GANGRENA DE FOURNIER COMO COMPLICACIÓN POST-OPERATORIA DE HERNIORRAFIA POR HERNIA DE AMYAND IZQUIERDA CON APÉNDICE CECAL INFLAMADO. REPORTE DE UN CASO <i>Edgar Miquilena, Carolina Hernández, Johanna Cañizales</i>	18
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CIRUGÍA TORACOSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. 2018 <i>Gabriela Perozo, Adel Al Awad, José Ortega, Andrés Suárez, Génesis Peñafiel</i>	19
CURVA DE APRENDIZAJE EN CIRUGÍA TORACOSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. REPORTE PRELIMINAR <i>Andrés Suárez, Adel Al Awad, José Ortega, Gabriela Perozo, Génesis Peñafiel</i>	19
NECROSIS SEGMENTARIA HEPÁTICA COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE <i>Albis Castaño, Oscar Pérez, Gabriel Molina, Alfredo Ramírez, Adel Al Awad</i>	20
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA DUODENOPANCREATECTOMIA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO EN 5 AÑOS <i>Awad Adel Al, Pacheco Ramón, Ruiz Claudia, Sanabria José</i>	21
TERAPIA EN LESIONES IATROGÉNICAS DE VÍAS BILIARES POR COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS; EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO ENERO 2016-MARZO 2018 <i>Elizabethe Díaz, Pedro Criollo, José Acosta, Alfredo Ramírez, Ricardo Torres</i>	21
RESECCIÓN MULTIVISCERAL POR CÁNCER DE COLON, UN RETO PARA LA RECONSTRUCCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Alfredo Ramírez, Adel Al Awad, Diego Carvajal, Laura Guerra</i>	22
USO DE TERAPIA PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS COMPLEJAS <i>Jhoendric Andara, Yamalitt Álvarez, José Contreras, Leandro Díaz</i>	23
CONTROL DE CALIDAD IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE CONTROL DE CALIDAD EN CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN <i>Daniela A. Hernández-García</i>	23

Endocrinología

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VISCERAL ADIPOSITY INDEX (VAI) EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL MUNICIPIO MARACAIBO VENEZUELA

Marlon Villasmil, Ángel Ortega, Ana Castro, Wheeler Torres, Valmore Bermúdez 25

ESTIMACIÓN DE PUNTOS DE CORTE PARA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE ACUERDO A LA EDAD EN EL ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA CIUDAD DE MARACAIBO

Víctor Lamedá, Manuel Nava, Alexander Manzano, Wheeler Torres, Valmore Bermúdez 25

PREVALENCIA DE INACTIVIDAD FÍSICA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICOS ASOCIADOS: ESTUDIO TRANSVERSAL EN LA CIUDAD DE MARACAIBO

Valeria Gallo, Valery Morillo, Heliana Parra, Wheeler Torres, Valmore Bermúdez 26

Enfermería

CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON POSTOPERATORIO TARDÍO COMPLICADO (WIPPLER). A PROPÓSITO DE UN CASO

Maryolyn Pirela, Zaraimy Ríos 28

PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE QUEMADURAS EN NIÑOS Y NIÑAS EN EL HOGAR

Eva Mendoza-Graterol, Vanessa Belloso-Noriega, Ana Graterol, Gregoriana Mendoza, Eva Graterol 28

EXPERIENCIA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TEORÍA EN ENFERMERÍA DE OREM EN HOSPITALIZACIÓN II DEL HOSPITAL COROMOTO

Ana Graterol-Pérez, Eva Mendoza-Graterol, Gregoriana Mendoza 29

Genética

EPIGENÉTICA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

José Chong 30

Farmacia

DISEÑO DE UN MANUAL DEL CONTROL INTERNO DE LOS FÁRMACOS Y PSICOTRÓPICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA-HOSPITAL COROMOTO ADMINISTRADO POR PDV, SERVICIOS DE SALUD, S.A.

Walkiria Romero, Román Marriaga 31

Inmunología

ASPECTOS INMUNOLÓGICOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES CRÓNICAS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO VENEZOLANO

María Giuffrida- Mendoza 32

COMPLICACIONES QUE OCASIONA EL CONSUMO PROLONGADO DE TABACO DE MASCAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS. REVISIÓN SISTÉMICA <i>Juan Carlos Morales</i>	32
Medicina Familiar	
PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y RIESGO CARDIOMETABOLICO EN TRABAJADORES DE UDA <i>Odalixa Domínguez, Ángel González, Rossana D'Addosio</i>	34
Medicina Interna	
EVALUACIÓN PREOPERATORIA (EPO) <i>Nora Palazzi</i>	35
Nutrición y Dietética	
ALIMENTACIÓN EN TIEMPO DE CRISIS <i>Anderson Hazel</i>	36
NUTRICIÓN CEREBRAL, CLAVE PARA RETARDAR EL ENVEJECIMIENTO <i>Anderson Hazel</i>	36
Radiología	
ULTRASONIDO COMO MÉTODO DIAGNOSTICO DE PRIMERA LÍNEA EN SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-SEPTIEMBRE 2016 <i>Liseth Pineda, Soraya Rondón, Karina Villalobos</i>	38
Traumatología y Ortopedia	
ENFERMEDAD OSEA DE PAGET. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Romina Díaz, Roberto González, Montiel Nairober, María Rosales, Nelson Rodríguez</i>	39
MANEJO DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA ABIERTA III COMPLICADA CON SÍNDROME COMPARTIMENTAL, DEFECTO CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Romina Díaz, Roberto González, María Rosales</i>	39
SARCOMA FIBROBLASTICO (FIBROSARCOMA). A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Romina Díaz, Nayelys Almarza, María Rosales</i>	40
Carta al Editor	
CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA HOY <i>Jackeline Escalona-Contreras</i>	41
ÍNDICE DE AUTORES	43
INSTRUCCIONES A LOS AUTORES	45
NORMAS DE ARBITRAJE	51

EDITORIAL

“IV Congreso y las V Jornadas, “Dr. LEVI ANTONIO MAGO RODRÍGUEZ”, y la coordinación de Docencia e Investigación del Hospital Coromoto

Dr. Adel Al Awad *Coordinador del Evento*

Estimados amigos asistentes a las IV CONGRESO V JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DEL HOSPITAL COROMOTO “Dr. LEVI ANTONIO MAGO RODRÍGUEZ” actividad de vanguardia en el área de la medicina que consistió en desarrollar un evento de investigación académico científico integral altruista, con vocación socialista, con inclusión, equidad y totalmente gratuito, en el marco del XI Aniversario del Rescate del Hospital Coromoto, durante la segunda semana de agosto del 2018, realizadas en las instalaciones del Hotel Kristoff de la ciudad de Maracaibo del estado Zulia del 08 al 10 de agosto, en estos momentos; queremos agradecerles su asistencia al evento a la vez esperamos que el mismo le sea de mucho provecho para ustedes.

En esta oportunidad el Hospital Coromoto, a través de la Coordinación de Docencia e Investigación en el marco del IV Congreso y las V Jornadas, “Dr. LEVI ANTONIO MAGO RODRÍGUEZ”, se recibieron 28 trabajos libres en las modalidades de poster digital y ponencia oral, que fueron expuestos durante nuestro magno evento y cu-

yos resúmenes serán publicados en el Volumen N° 8, N° 2, Julio-Diciembre 2019 de la Revista Científica Hospital Coromoto.

Dichos trabajos han sido producto del esfuerzo de estudiantes, residentes médicos y agremiados de los diferentes grupos de investigación que se encuentran esparcidos por todo el territorio nacional de la República Bolivariana de Venezuela, lo cual engalana nuestras jornadas.

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

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

Anestesiología

MANEJO ANESTÉSICO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TIMECTOMÍA POR MIASTENIA GRAVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Paz-Contreras Melissa

Servicio de Anestesiología. Hospital Coromoto de Maracaibo

El anestesiólogo se enfrenta a un gran reto en el manejo de pacientes con Miastenia Gravis por todas las implicaciones que dicha patología conlleva, de ello, parte la necesidad de adquirir conocimientos precisos de aspectos relevantes tanto de la enfermedad como de su manejo médico, quirúrgico y anestésico. El paciente con Miastenia Gravis como cualquier otro es susceptible de requerir de una intervención quirúrgica y la timectomía para su tratamiento sigue siendo el método de elección. El siguiente trabajo de investigación hace referencia a aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos de la enfermedad autoinmune, así como también al manejo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio de dichos pacientes. Se presenta el manejo anestésico de una paciente asmática, adulto joven en la que se realizó timectomía a través de un abordaje toracoscópico, haciendo énfasis en la ventaja de utilizar el modo ventilatorio ciclado por presión y maniobras de reclutamiento alveolar durante toda la cirugía, con el fin de garantizar una extubación satisfactoria y una estadía hospitalaria breve.

Palabras clave: Miastenia gravis, timectomía, manejo anestésico, reclutamiento alveolar.

HIPOTERMIA EN CIRUGÍA ELECTIVA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Quintanilla Luis

Servicio de Anestesiología. Hospital Coromoto de Maracaibo

La hipotermia aun siendo un evento frecuente en los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía programada, sigue siendo en nuestros tiempos, muy infravalorada, recordemos que pese a ser uno de los parámetros de las constantes vitales y de la triada de la muerte, en pocas ocasiones es monitorizada, prevenida o tratada. Además debido a las técnicas anestésicas y medicamentos, se disminuye el umbral de respuesta fisiológica ante la hipotermia, predisponiendo aún más a los pacientes que cursan con ella a complicaciones, como aumento de las infecciones, aumento de la probabilidad de sangrado, trastornos de la coagulación, requiriendo la necesidad de más transfusiones sanguíneas, por lo que el objetivo de esta revisión bibliográfica es difundir información relevante que ayude tanto al profesional en el área de anestesiología, como al personal de salud en general a tener las herramientas necesarias una vez conocida la fisiopatología de la hipotermia, cambios hemodinámicos con las técnicas anestésicas y medicamentos utilizados, haciendo énfasis en las medidas utilizadas para prevenir este evento, con la finalidad de que nuestros pacientes tengan una placentera recuperación y disminuir los costos y tiempos que requiere una estancia prolongada producto de esta condición.

Palabras clave: hipotermia, cirugía, monitorización.

Cirugía

INCIDENTALOMA PULMONAR COMO PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO

Ramírez Ibraim¹. Aldana Ligia¹.
Ramírez Alfredo² y Al Awad Adel²

¹Servicio Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo.

²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Coromoto de Maracaibo

La incidencia de carcinoma papilar tiroideo es del 1,2% y predomina en mujeres. La variante histológica más común es papilar en el 89,4% de los casos, su diagnóstico se realiza por manifestaciones clínicas de la enfermedad o como hallazgo incidental en tiroidectomía por enfermedad benigna; los incidentalomas pulmonares poco se describen como presentación de dicha enfermedad. Se presenta el caso de una paciente de 50 años de edad, la cual acude a facultativo en donde le diagnostican una hernia crural derecha, por lo que indican exámenes preoperatorios, evidenciando en Rx de tórax (a-p) LOE pulmonar derecho. Se realiza toracotomía postero lateral más tumectomía con imágenes oncológicas con resultado anatomopatológico: adenocarcinoma invasor con patrón papilar 90% y acinar 10%; los resultados de la inmunohistoquímica reportan carcinoma papilar de tiroides metastásico. Se realiza exámenes: tiroglobulina 79,80 mg/ml, US tiroideo glándula normal con imagen nodular sólida en lóbulo tiroideo derecho, vascularizado al doppler de 1,1x1cm. TC de cuello: tiroides de tamaño y configuración adecuada con alteración de la densidad del lóbulo derecho, adenopatía residual de cuello. Se practica tiroidectomía total más disección cervical central. Los resultados anatomopatológicos reportaron carcinoma papilar clásico y disección cervical con presencia

de enfermedad en 1 de 5 ganglios. Los incidentalomas pulmonares secundarios a carcinoma tiroideo muy rara vez se presentan, éste se presenta en estadios avanzados de la enfermedad haciéndose notorio clínicamente en primer momento la enfermedad tiroidea, es por ello la importancia en la pesquisa y el alto grado de sospecha en todas las lesiones incidentales que pueden brindar un mejor pronóstico en pacientes oncológicos.

Palabras clave: cáncer tiroideo; carcinoma papilar, inmunohistoquímica, metástasis

SARCOMA EMBRIONARIO RECIDIVA DE HAMARTOMA HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Flores Víctor¹. Ramírez Alfredo¹.
Acosta José² y Díaz Elizbethe²

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

El sarcoma embrionario hepático es un tumor poco frecuente y de rápido crecimiento, alrededor del 2% de los tumores maligno de hígado, y usualmente en niños. El objetivo de este trabajo es evaluar un caso de esta variante y describir sus características, con el fin de que ayude a diferenciarlo de otros tumores. El cuadro clínico se manifestó en una niña de 8 años con antecedentes de tratamiento quirúrgico por resección de hamartoma hepático, que consulta un año después con recidiva tumoral y que posterior a exámenes de imágenes y laboratorios, se le realiza resección de tumor hepático con biopsia actual positiva para sarcoma embrionario (mesenquimoma maligno)

no). Ambas resecciones mostraron masas grandes mayor a 20 cm con áreas heterogéneas y diferencias microscópicas que muestran en la segunda cirugía neoplasia mesenquimal maligna, caracterizada por células estrelladas, núcleos ovalados con nucléolos prominentes, otros hipercromáticos, alguno de ellos con marcada anaplasia y núcleos pleomórficos, extensas áreas de necrosis y hemorragia. Aunque es necesaria la confirmación histopatológica, el manejo inicial se orientó con base en los hallazgos, no obstante el sarcoma embrionario es un diagnóstico posible en escolares con masa hepática gigante y marcadores tumorales negativos.

Palabras clave: Neoplasia hepática, hamartoma, sarcoma.

GASTRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN TUMOR GIST GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Aldana Ligia¹. Ramírez Alfredo²
Al Awad Adel²**

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Coromoto de Maracaibo

Los tumores del estroma gástrico (Gist, gastrointestinal stromal tumor según sus siglas en inglés) son las neoplasias más frecuente originados de las células intersticiales de Cajal localizadas en el plexo de Auerbach, las cuales responden al oncogén cd117, c-kit constituyendo el marcador del tubo digestivo. Representan del 0,1 al 3% de las neoplasias gastrointestinales, su localización más frecuente es el estómago en un 60-70%, la incidencia anual de Gist en EE.UU varía entre 4000 a 5000 casos, se estima una tasa de supervivencia general a los 5 años del 45%. Paciente de 35 años de edad con cuadro clínico de astenia, náuseas, evacuaciones melénicas, cefalea, anemia, pérdida de peso, es valorado se indican gas-

troscopia con toma biopsia reportando tumor Gist. Se realiza procedimiento quirúrgico electivo por vía laparoscópica. Se obtiene biopsia definitiva reportando tumor neuroendocrino. Queremos reportar los beneficios del manejo laparoscópico en tumores de GIST gástrico. Se realiza resección de la lesión con márgenes oncológicos (gastrectomía parcial), sin complicaciones, con evolución satisfactoria, menor estancia hospitalaria y reincorporación precoz del paciente a sus actividades diarias. La cirugía siempre y cuando sea técnicamente posible, no haya evidencia de enfermedad metastásica y conlleve una aceptable morbilidad, es el único abordaje terapéutico potencialmente curativo. El objetivo ideal es una cirugía R0, la linfadenectomía sistemática regional no está indicada. Tras cirugía resectiva, los GIST de riesgo intermedio y alto tienen muchas probabilidades de una recidiva antes de los 2 años, sin embargo, el tratamiento con Imatinib tras resección el tumor primario, prolonga la supervivencia libre de enfermedad.

Palabras clave: Laparoscopia, Tumor de Gist, Gastrectomía parcial.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

**Rodríguez Jaimari. Matera María.
Leiva Danny, Morillo Paola, Vílchez Jeziel**

Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

Desde la invención de la cirugía laparoscópica, a partir de 1960 cuando empieza a tener relevancia, año tras año va en aumento su práctica, con incremento en tema de resolución de patologías como la litiasis vesicular, sobre todo en cirugías electivas; el objeto es demostrar la preferencia de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria en jornadas electivas extensas en el servicio autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Se realizó un estudio documental, retrospectivo des-

criptivo analítico y comparativo, revisando historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de Cirugía General desde abril 2017 - abril 2018 sometidos a colecistectomía laparoscópica; tomando en cuenta la selección de los pacientes, las complicaciones, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria. En cuanto a resultados, se revisan 150 historias de pacientes de edad comprendida entre 26 a 80 años, relación hombre mujer 1:2, con antecedentes de Síndrome ictérico obstructivo (SIO) y pancreatitis en un 25% de los casos, en relación al tiempo quirúrgico promedio 45 min a 1 hora, la estancia hospitalaria de 6 horas con egresos precoz, excepto en aquellos donde se hayo piocolecisto en un total 7 casos y la complicación global fue de 9% con predominio de trastornos respiratorios en 3 casos. Se concluye que el procedimiento laparoscópico es seguro, brindando comodidad y acceso a la sociedad, con baja tasa de recurrencia en cuanto a complicaciones y beneficiando en tiempo intrahospitalario siendo fácilmente aplicada en jornadas masiva de pacientes.

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia

ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA EN ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Reves Laura¹. Rivero Ismelv¹
Matera María². Ugueto Carlos²
Navarro Geordano²

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

²Servicio de Cirugía General. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo

La enfermedad diverticular es y seguirá siendo uno de los diagnósticos recurrentes en la cirugía digestiva, con el 35% de hospitalizaciones actuales, siendo representativa entre sus presentaciones clínicas la diverticulitis seguida del plastrón

colónico con o sin fístula. La presentación de la enfermedad diverticular complicada es rara en pacientes jóvenes, estimándose una incidencia menor a 10% en las grandes series. El presente artículo es el reporte de un caso de un paciente masculino de 36 años, quien acude a la emergencia del Hospital Universitario de Maracaibo con clínica de dolor abdominal tipo cólico de 5 días de evolución, relacionado a un abdomen agudo inflamatorio por enfermedad divertículo complicada, que ameritó cirugía de urgencia y tuvo buena evolución postoperatoria. El objetivo es demostrar la incidencia de la enfermedad divertículo en pacientes adulto joven, así como factores de riesgo asociados mediante revisión de la literatura; diagnóstico y tratamiento oportuno. Se realizó un estudio retrospectivo y analítico con la revisión de este caso en Agosto del 2017. Se concluye que la diverticulitis es una enfermedad que afecta a la población adulta mayor, tornándose más agresiva en la población menor de 40 años; responde al manejo médico con antibióticos en la mayoría de los casos, pero cuando se presenta de manera complicada el manejo es casi siempre quirúrgico. No hay duda de que el manejo es interdisciplinario, entre radiología, cirugía y gastroenterología, preparando al paciente para hemicolectomía o sigmoidectomía electiva.

Palabras clave: Enfermedad diverticular, adulto joven, manejo interdisciplinario

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Reves Víctor. Matera María. Ugueto Carlos
Núñez Gerardo, Quintero Alfredo

Servicio de Cirugía General. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo

La intususcepción ocurre cuando un segmento proximal de intestino se introduce en el segmento distal adyacente, frecuente en niños < 5 años y la mayoría se resuelve con tratamiento

conservador. Su presencia en el adulto es una patología que representa sólo el 5%. Caso: Masculino de 51 años de edad con clínica de abdomen obstructivo con 5 días de evolución (dolor abdominal, distensión, vómitos tardíos y alteración de patrón evacuatorio) asiste a la emergencia de cirugía del hospital universitario de Maracaibo en noviembre de 2017. Sin antecedentes de importancia, para clínicos normales y tomografía computada, que evidencia aspecto invaginado de asa delgada y colon ascendente, con dilatación de la misma y cambios de la grasa adyacente, se confirma el diagnóstico trans operatoriamente con hallazgos (intususcepción de 10 cm de íleon terminal en colon ascendente, Tumor de ciego de aspecto sólido o de gran tamaño 10 x 10 cm que ocupa la totalidad de la luz), se practica hemicolectomía derecha extendida + anastomosis termino lateral ileo transversa. Evoluciona satisfactoriamente, egresado con oncología médica con biopsia que reporta ADC de colon. Se realizó un estudio descriptivo, basado en la revisión de literaturas y caso clínico reportado, concluyéndose que la intususcepción es poco frecuente como causa de oclusión intestinal en adultos y que la misma está asociada a otras patologías tanto benignas como malignas como es el caso de cáncer de colon. El tratamiento de la intususcepción del adulto requiere cirugía en la mayoría de los casos.

Palabras clave: Intususcepción ileocólica, adulto, obstrucción intestinal, hemicolectomía derecha, cáncer de colon (ADC).

DUODENOPANCREATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EVOLUCIÓN EN LA CIRUGÍA PANCREÁTICA EN VENEZUELA. REVISIÓN DE LOS PRIMEROS 6 CASOS

Ramírez Alfredo¹. Al Awad Adel¹
Aldana Ligia²

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática.
Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

La duodenopancreatectomía (DP), es la única opción con criterio curativo de los tumores periampulares y cabeza de páncreas. La centralización de la cirugía pancreática en centros de referencia de alto volumen ha llevado a una reducción de la mortalidad perioperatoria. El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer nuestra experiencia inicial en el manejo de los primeros seis casos de duodenopancreatectomía vía laparoscópica. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, se revisaron 6 historias clínicas de pacientes a quienes se le realizó el procedimiento; 4 femeninos y 2 masculinos, edad promedio de 50,87 años, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 5,5 meses, la indicación de la cirugía fueron 3 tumores de cabeza de páncreas y 3 tumores periampulares, el IMC promedio fue de 22,99 kg/mt², se realizó cirugía asistida en 2 pacientes y 4 totalmente laparoscópicas, el tiempo quirúrgico osciló entre 315 – 475 min, y la estancia hospitalaria de 4 – 24 días, las pérdidas hemáticas fueron de 200cc ±20cc, dos pacientes presentaron complicaciones post operatorias mediatas. En conclusión mencionamos que los beneficios de este abordaje son pérdidas sanguíneas escasas, menos injuria parietal y estancia hospitalaria corta; la clave para la DP de rutina como procedimiento seguro es que sea realizada en centros especializados, con protocolos estandarizados para la selección y manejo de los pacientes, ejecutado por cirujanos con experiencia en laparoscopia avanzada, ade-

más de conocimientos en cirugía hepatobiliar y pancreático.

Palabras clave: Páncreas, pancreatoduodenectomía laparoscópica, Whipple.

HERNIA DE AMYAND IZQUIERDA CON APÉNDICE CECAL INFLAMADO: UNA VARIEDAD EXCEPCIONALMENTE RARA DE HERNIA INGUINAL. REPORTE DE UN CASO

Miquilena Edgar. Hernández Carolina
Cañizales Johanna

Servicio de Cirugía General. Hospital General de Cabimas "Dr. Adolfo D'Empaire"

Introducción: "Hernia de Amyand" hace referencia a toda hernia inguinal que en su interior contiene un apéndice cecal no inflamado, inflamado o perforado. Su incidencia con apéndices sanos e inflamados es del 0,28% y 0,07% respectivamente, es más frecuente en el sexo masculino y predomina del lado derecho. **Objetivo:** Reportar y analizar un caso de hernia de Amyand izquierda. **Metodología:** Se reporta un caso de hernia de Amyand izquierda manejado en el servicio de cirugía general del Hospital General "Dr. Adolfo D'Empaire". **Resultado:** Paciente masculino de 58 años, con historia de hernia inguino-escrotal izquierda de larga data, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos, acudió a emergencia por dolor inguinal izquierdo de 12 horas de evolución, asociado a dos vómitos de aspecto gástrico. Al examen físico hemodinámicamente estable, con aumento de volumen inguinal izquierdo hasta hemiescrotal homolateral, con cambios de coloración, dolorosa, irreductible. Se ingresa como hernia inguino-escrotal izquierda encarcelada para manejo quirúrgico, encontrando hernia de Amyand Nyhus IIIb, Losanoff II; se realiza apendicectomía abierta por orificio herniario y corrección de defecto de pared posterior con técnica de Bassini. En su postoperatorio mediato, presenta importante edema escrotal, egresando al 4to día tras resolución. **Conclusiones:** La hernia de Amyand es excepcional-

mente rara; su localización izquierda se asocia a situs inversus, la malrotación intestinal o ciego móvil. El paso del apéndice por el orificio herniario y a su localización extra abdominal favorece su inflamación al condicionar traumatismos y comprometer su riego sanguíneo. Es clínicamente indistinguible de una hernia inguinal encarcelada, y su diagnóstico es transoperatorio.

Palabras clave: Hernia de Amyand; hernia inguinal encarcelada; apendicitis aguda.

GANGRENA DE FOURNIER COMO COMPLICACIÓN POST-OPERATORIA DE HERNIORRAFIA POR HERNIA DE AMYAND IZQUIERDA CON APÉNDICE CECAL INFLAMADO. REPORTE DE UN CASO

Miquilena Edgar. Hernández Carolina
Cañizales Johanna

Servicio de Cirugía General. Hospital General de Cabimas "Dr. Adolfo D'Empaire"

Introducción: La incidencia de Hernia de Amyand (HA) es muy baja, y el reporte de sus complicaciones limitado; entre ellas figuran abscesos periapendiculares e intraabdominales, fístulas, inclusive trombosis arterial séptica. **Objetivo:** Reportar un caso de post-operatorio tardío de herniorrafia por HA izquierda con Apéndice Cecal Inflamado complicado con gangrena de Fournier. **Metodología:** Se reporta y analiza un caso de post-operatorio tardío de herniorrafia por HA izquierda con Apéndice Cecal Inflamado complicado con gangrena de Fournier. **Resultado:** Paciente masculino de 58 años, acude a emergencia por aumento de volumen en hemiescrotal izquierdo hace 2 días, acompañado necrosis y secreción purulenta. Antecedente quirúrgico de herniorrafia inguino-escrotal izquierda con técnica de Bassini por HA Izquierda Nyhus IIIb, Losanoff II hace 17 días; niega otros antecedentes médico-quirúrgicos. Abdomen con herida Kocher III izquierda sin

secreción ni signos de flogosis; hemiescrotos izquierdo aumentado de tamaño con signos de flogosis, con secreción purulenta espesa y fétida por orificio en polo inferior, con tejido necrótico de 10x10cm. Ingresa para antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro, ameritando debridamiento quirúrgico de tejido necrótico más lavado exhaustivo en dos oportunidades, testículo izquierdo permanece indemne. En su 15vo día, se realiza cierre primario diferido y egresa. **Conclusiones:** Pese a existir conductas quirúrgicas establecidas para HA, la limitada estadística en las que se basan no garantizan éxito terapéutico; la gangrena de Fournier como proceso infeccioso rápidamente progresivo y potencialmente fatal debe ser considerada en sus complicaciones.

Palabras clave: Hernia de Amyand; Gangrena de Fournier; Apendicitis aguda.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA CIRUGÍA TORACOSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. 2018

Perozo Gabriela¹. Al Awad Adel²
Ortega José¹. Suárez Andrés¹
Peñañiel Génesis¹

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo.

²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: La cirugía torácica asistida por video (VATS), es una técnica mínimamente invasiva que permite la intervención quirúrgica intratorácica compleja a través de incisiones mínimas por donde es introducido un telescopio y el instrumental quirúrgico, sin llegar a usar separador costal, de tal forma que la operación sólo se visualiza en el monitor. **Objetivo:** Sustituir la toracotomía, ya que permite el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades torácicas, con la ventaja de reducir el dolor y la recuperación

postoperatoria que requiere una cirugía torácica convencional. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, mixto (retrospectivo y prospectivo) con el objetivo de exponer los resultados obtenidos en cirugías toracoscópicas mínimamente invasivas, utilizando la técnica VATS en el Hospital Coromoto de Maracaibo, en el período comprendido entre abril 2014 y julio 2018. **Resultados:** Se estudiaron 60 cirugías toracoscópicas en total, de ellas el 35,5% con fines diagnósticos (biopsia) y el 64,5% con fines terapéuticos (decorticaciones pleuropulmonares, esofagectomía, hernias diafragmáticas, exéresis de tumores en mediastinos y resecciones pulmonares mayores como lobectomías, bilobectomías, neumonectomías). En 10 pacientes con nódulos de pulmón, 16 con tumores del mediastino, 24 con derrame pleural, 6 con diagnóstico de neumotórax y 4 con empiema pleural. Cuando se realizó la técnica con fines diagnósticos se confirmó histológicamente con la certeza en un 75%. **Conclusión** La cirugía toracoscópica mínimamente invasiva está indicada en todas las afecciones que antes necesitaban una toracotomía para realizarla. Asimismo, se recomienda la realización de una investigación sobre el tema, buscando disminuir los riesgos de complicaciones de las intervenciones realizadas en el Hospital Coromoto.

Palabras clave: Toracosopia, cirugía torácica asistida por video, toracotomía.

CURVA DE APRENDIZAJE EN CIRUGÍA TORACOSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO. REPORTE PRELIMINAR

Suárez Andrés¹. Al Awad Adel²
Ortega José³. Perozo Gabriela³
Peñañiel Génesis³

¹Investigador LUIZ CEDIAH. ²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: La cirugía toracoscópica mínimamente invasiva, también llamada VATS, es un método nuevo e innovador en el área quirúrgica, técnica que consiste en un abordaje mediante una o dos pequeñas incisiones a nivel del tórax, su visión se produce a través de un monitor. Con este procedimiento, en cirugía se evita la separación de las costillas, permitiendo una diversidad de ventajas postoperatoria. **Objetivo:** Realizar un análisis de los aspectos más críticos relacionados con la curva de aprendizaje en cirugía toracoscópica mínimamente invasiva, así como identificar las líneas introductorias al estudio de investigación científico-tecnológicas clave para el desarrollo de la curva de aprendizaje de dicha técnica. **Metodología:** Estudio prospectivo, planteado con un horizonte temporal de cinco años, pretende servir de material de reflexión para todos aquellos involucrados en aprender la técnica, los cuáles desde diversos ámbitos estudian y trabajan en el desarrollo de la innovación tecnológica y en el campo de la cirugía. Se entrevista a 5 médicos especialistas en cirugía de tórax. **Resultados:** el impacto en la curva de aprendizaje es más exigente en los cirujanos de tórax, pues se trata de procedimientos más complejos que los convencionales, implicando que la adquisición de esa habilidad les da el conocimiento suficiente de otras técnicas: ecografía, radiología intervencionista y endoscopia. **Conclusión:** La curva de aprendizaje en cirugía toracoscópica mínimamente invasiva, aporta oportunidades de entrenamiento e investigación en gran variedad de especialidades médicas. Continuamente el Hospital actúa como plataforma de información educativa sobre el estado de estas técnicas proporcionando formación necesaria en los especialistas.

Palabras clave: Curva de aprendizaje, toracoscopia, cirugía torácica asistida por video.

NECROSIS SEGMENTARIA HEPÁTICA COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE

Castaño Albis¹. Pérez Oscar¹
Molina Gabriel¹. Ramírez Alfredo²
Al Awad Adel²

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo.

²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Coromoto de Maracaibo

La pancreatoduodenectomía (PD) desde sus inicios se asociaba a elevadas cifras de mortalidad postoperatorias que han venido en descenso con cifras menores al 5%, gracias a la centralización de la cirugía en áreas especializadas y preparación adecuada del paciente. La morbilidad representa de un 30% a un 60% donde las complicaciones, con mayor frecuencia son: la fistula pancreática en 25%, hemorragias 15% y retardo del vaciamiento gástrico 10%; repercutiendo negativamente en el paciente y altos costos hospitalarios. En el caso presentado masculino de 52 años con diagnóstico de TU de cabeza de páncreas el cual es sometido a un procedimiento de Whipple, presentando posteriormente como complicación necrosis selectiva de los segmentos hepáticos II y III. La isquemia hepática asociada a la PD es infrecuente, con muy pocos casos reportados a nivel mundial, de estos la mayoría asociados a estadios de cáncer avanzado en los cuales los estudios angiográficos preoperatorios y los hallazgos pre y transoperatorios evidenciaban alteraciones vasculares como estenosis y fibrosis; con respecto a la más rara aún selectividad de la necrosis solo se encuentran dos casos reportados, los cuales desarrollaron necrosis de los segmentos laterales del hígado poco tiempo después de la intervención quirúrgica, los cuales se presentó la presencia de una arteria hepática izquierda reemplazada; por lo cual se establece la necesidad de la realización de un estudio angiotomográfico preoperatorio como complemento en estos pa-

cientes, con la consecuente disminución de la aparición de esta fatal complicación.

Palabras clave: Técnica de Whipple, necrosis hepática, cáncer de páncreas.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA DUODENOPANCREATECTOMIA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO EN 5 AÑOS

Al Awad Adel¹, Pacheco Ramón²
Ruiz Claudia², Sanabria José²

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliarpancreática.
Hospital Coromoto de Maracaibo

²Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH).
Universidad del Zulia

Introducción: El objetivo es determinar las complicaciones postoperatorias de la duodenopancreatectomía de la unidad de cirugía hepatobiliarpancreática del Hospital de Coromoto de Maracaibo. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 26 pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía convencionales y laparoscópicas realizadas desde 2013 hasta 2017 en nuestra institución por presentar tumoración en cabeza de páncreas y/o duodeno, tanto lesiones benignas como malignas, así como, lesiones quísticas. **Resultados:** En las duodenopancreatectomías laparoscópicas y convencionales predominó el sexo masculino con un 76%, con un promedio de edad de 54,6 años. Todos los pacientes fueron intervenidos por presentar lesiones benignas y malignas, siendo estos los más frecuentes 73%. De los 26 pacientes, 11 (44%) presentaron algún tipo de complicación postoperatoria. De estos 11 pacientes, el 8% de las complicaciones fueron en el postoperatorio inmediato, 42% en el postoperatorio mediano y 50% en el tardío. La hemorragia fue la complicación presentada en el postoperatorio inmediato, mientras que en el postoperatorio mediano se

presentaron; infección de la herida operatoria, sepsis y dehiscencia de anastomosis, siendo esta última la más frecuente (50%). Por último, en el postoperatorio tardío se observaron; estenosis de anastomosis, sangrado de pared gástrica, pancreatitis aguda, abscesos intraabdominal y síndrome adherencial. **Conclusión:** La cirugía de Whipple es una de las cirugías abdominales más complejas y desafiantes y como cualquier otro procedimiento quirúrgico no está exenta de complicaciones, de tal manera que la experiencia del cirujano, así como el manejo multidisciplinario de estos pacientes permitirá disminuir la incidencia de complicaciones.

Palabras clave: Duodenopancreatectomía, complicaciones, postoperatorio, páncreas, duodeno.

TERAPIA EN LESIONES IATROGÉNICAS DE VÍAS BILIARES POR COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS; EN EL HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO ENERO 2016-MARZO 2018

Díaz Elizabeth, Criollo Pedro, Acosta José
Ramírez Alfredo, Torres Ricardo

Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

Las iatrogenias de las vías biliares por colecistectomías laparoscópicas representan una complicación quirúrgica grave, poco frecuente y de alta complejidad, encontrándose una incidencia a nivel mundial del 0.2 a 0.4%. **Objetivo:** analizar la terapéutica en las iatrogenias de vías biliares por colecistectomías laparoscópicas; se realiza una investigación descriptiva de una serie de casos de campo transversal en el hospital Coromoto de Maracaibo desde enero 2016 a marzo de 2018, evaluándose la procedencia, el tipo de lesión, morbi-mortalidad, tiempo de resolución y técnica quirúrgica; en vista de ser este un centro de referencia especializado en patologías hepato-bilio-pancreáticas y además de la disponibili-

dad de una unidad equipada con tecnología de punta y profesionales destacados en la materia. **Material y métodos:** Se analizaron 8 casos del sexo femenino de los cuales 5 fueron extra institucionales y 3 institucionales. **Resultados:** Predominó la lesión tipo strasberg E2 con 3 pacientes, 2 tipo E1, 2 tipo E4 y 1 tipo E3, presentándose como complicación más relevante: hemorragia del sitio de anastomosis a 1 mes posterior a la biliodigestiva, cuya técnica más aplicada fue la confección de biliodigestiva en "Y" de Roux en 6 de los 8 casos. Las lesiones de las vías biliares se pueden producir por múltiples causas que ocasionan situaciones clínicas complejas producidas en pacientes aparentemente sanos, el tratamiento correcto requiere de un alto nivel de sospecha, para posterior al diagnóstico de una lesión biliar, poder ofrecer al paciente la mejor opción terapéutica y resolución temprana.

Palabras clave: Colectectomía laparoscópica; iatrogenia de las vías biliares; tipo de lesión (strasberg), prevención.

RESECCIÓN MULTIVISCERAL POR CÁNCER DE COLON, UN RETO PARA LA RECONSTRUCCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramírez Alfredo¹, Al Awad Adel¹
Carvajal Diego², Guerra Laura²

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática.
Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Cirugía General. Hospital Coromoto de Maracaibo

El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor de alta incidencia en los países desarrollados y se ubica dentro de las primeras tres causas de muerte por cáncer en la mayoría de ellos. Lamentablemente, el desarrollo de estos síntomas se asocia a un diagnóstico tardío ya que el 50% de los pacientes llegarán con etapas avanzadas de su tumor. La infiltración de órganos vecinos por cáncer de colon oscila

de un 7 hasta un 17% al momento del diagnóstico. Grey Turner y Sugarbaker publicaron series de casos de resecciones en bloque en pacientes con cáncer de colon con compromiso de vísceras vecinas, con tasas de sobrevida esperables, planteando que este enfrentamiento quirúrgico causa un impacto positivo en el pronóstico de estos pacientes, siendo su principio más importante una resección con márgenes negativos (R1). La reconstrucción posterior de la pared abdominal trae consigo retos para el cirujano, pues los defectos parietales pueden ameritar el uso de diferentes técnicas, motivo este por el que presentamos nuestro caso. La resección multivisceral (RMV) está definida como aquella resección en bloque de órganos o estructuras adyacentes a un cáncer y que están adheridos a él, con compromiso neoplásico y, por lo tanto deben ser sometidos a una resección con principios oncológicos³⁻⁴. Aunque en la literatura se recomienda la TAC como el Gold estándar preoperatorio para predecir el compromiso multivisceral, en muchos casos el diagnóstico no se hace, los hallazgos intraoperatorios llevó a que el equipo tuviera que decidir la RMV con el posterior reto que presenta la reconstrucción de una pared con defecto parietal de 15 cms; se realizó una separación de los componentes izquierdo + un colgajo de aponeurosis del recto anterior del abdomen derecho con posterior uso de malla protésica de 30x30 cms de polipropileno. Aunque las RMV y su reconstrucción son procedimientos complejos la morbimortalidad perioperatoria reportada en la literatura es baja, por lo cual insistimos que se debe realizar ya que como se demuestra en la serie irlandesa de Larkin y O'Connell si hay una aproximación quirúrgica agresiva, reconstrucción, y quimioterapia adyuvante, se podría obtener una sobrevida global del 89% a 5 años en pacientes con resecciones R05. Decidimos colocar malla en un mismo tiempo quirúrgico porque se tomaron las previsiones adecuadas para evitar la contaminación.

Palabras clave: Cáncer de colon, infiltración, resección, pared abdominal, reconstrucción.

USO DE TERAPIA PRESIÓN NEGATIVA EN HERIDAS COMPLEJAS

**Andara Jhoendric. Álvarez Yamalitt
Contreras José, Díaz Leandro**

Servicio de Cirugía General y Laparoscópica. IVSS Hospital "Manuel Noriega Trigo"

El objetivo del estudio es implementar el uso de terapia presión negativa en heridas complejas, como beneficio para el cierre de las mismas. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, con un diseño cuasi experimental. La población estaba constituida por 50 pacientes sometidos a colocación de sistema de terapia de presión negativa en heridas complejas en el Servicio de Cirugía General en el periodo de enero 2015 a junio 2018. Para la recolección de la información se diseñó un instrumento que permitió medir las variables tiempo de cierre, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Los resultados fueron analizados en la estadística descriptiva en media y desviación estándar, se analizaron con la prueba t de Student y se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Los resultados son una disminución del tiempo de cierre de herida en los paciente que se aplicó Terapia de Presión Negativa a 22,5 días comparado con otras técnicas que tuvieron una media de 48 días solo con eso resultado se establece que la estancia hospitalaria fue menor en los que se utilizó VAC; lográndose de esta manera la reinserción social más temprana en estos pacientes disminuyendo la morbilidad.

Palabras clave: T.P.N. (Terapia de Presión Negativa), V.A.C (Vacuum Assisted Closure), herida compleja.

CONTROL DE CALIDAD IMPORTANCIA DE LOS INDICADORES DE CONTROL DE CALIDAD EN CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN

Hernández-García Daniela A.

Central de Esterilización. Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: La obtención de un producto estéril se lleva a cabo en las Centrales de Esterilización; es un proceso complejo para el cual es necesario un Sistema de Calidad que controle todas las etapas del desarrollo y la verificación de todos los pasos implicados; acciones que contribuyan a la disminución de las infecciones asociadas a la atención sanitaria y por ende a garantizar la seguridad del paciente. **Objetivo:** Conocer la importancia de los indicadores de control de calidad en centrales de esterilización. **Metodología:** Investigación documental; se buscó información en artículos científicos en línea, Calidad y seguridad en los procesos de esterilización de la Revista de Calidad Asistencial España (2006); De igual manera el artículo presentado en la 15th LACCEI Internacional Multiconference Engineering, Education and Technology; Identificación en la implementación de prácticas de gestión de calidad en centrales de esterilización EEUU (2017); Tesis en línea Calidad y seguridad en los procesos de esterilización México (2010) con la finalidad de sustentar la investigación así como también el establecimiento normativo a nivel internacional, nacional y regional, de pautas que permitan garantizar la calidad y la seguridad en esterilización. De igual manera se comparó la aplicabilidad de estas normativas establecidas en diferentes países y por diferentes organizaciones; entre ellas la Organización mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Servicio Vasco de Salud, Sociedad Científica venezolana de Esterilización, Secretaria Regional de Salud del Estado Zulia, los cuales han establecido manuales, normas y guías dirigidas a las centrales de Esterilización, donde incluyen las técnicas a desempeñar dentro de ellas así como también los métodos más seguros

de monitorización, almacenaje distribución, y control eficaz de todo el proceso. Así mismo se compararon artículos e investigaciones relacionadas al uso de indicadores físicos, químicos y biológicos, donde convergen en la necesidad del empleo de los mismos para alcanzar la calidad y por ende garantizar la seguridad del paciente, contribuyendo a la disminución de las infeccio-

nes asociadas a la atención sanitaria. **Resultados:** De esta manera se reconoce la necesidad de ejecutar acciones destinadas a fomentar una cultura de medición de eventos adversos, que nos permitan proteger al paciente del daño y potencien el control de calidad.

Palabras clave: Esterilización, control de calidad.

ENDOCRINOLOGÍA

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VISCERAL ADIPOSITY INDEX (VAI) EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL MUNICIPIO MARACAIBO VENEZUELA

Villasmil Marlon. Ortega Ángel
Castro Ana. Torres Wheeler.
Bermúdez Valmore

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas,
Facultad de Medicina, Escuela de Medicina,
Universidad del Zulia*

Introducción: La obesidad se define como exceso de grasa corporal. “Visceral Adiposity Index” (VAI) representa un índice basado en parámetros antropométricos y metabólicos que ha demostrado correlacionarse con el desarrollo de eventos cardiovasculares. **Objetivo:** El presente estudio busca evaluar el comportamiento epidemiológico de acuerdo al punto de corte establecido para la población adulta del municipio Maracaibo. **Material y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado en 2026 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años. Se realizó el cálculo del VAI según sexo utilizando los niveles de triacilglicéridos y HDL-C séricos, circunferencia abdominal e IMC. La variable VAI se evaluó de acuerdo al punto corte e insulinoresistencia según el punto de corte para HOMAIR-2. Los resultados fueron expresados en frecuencias absolutas y relativas, se aplicó la prueba Z de proporciones y la prueba X^2 (Chi cuadrado) para el análisis de estas últimas. **Resultados:** En la población general 898 (44,3%) individuos presentaron $VAI = 1,9$. El punto de corte para VAI en la población general se asoció a grupos etarios; ($X^2 = 187,086$; $p < 0,0001$), estatus educativo ($X^2 = 52,953$; $p < 0,0001$), estatus socioeconómico ($X^2 = 12,305$; $p = 0,002$), estado civil ($X^2 = 69,541$; $p < 0,0001$), hábito tabáquico

($X^2 = 34,845$; $p < 0,0001$) y actividad física de ocio ($X^2 = 22,927$, $p < 0,0001$). Comportamiento similar mostrado cuando se evaluó el punto de corte para VAI en individuos no insulinoresistentes e insulinoresistentes, evidenciando una asociación significativa de acuerdo a grupos etarios, estatus educativo, estado civil, hábito tabáquico y actividad física. **Discusión:** El punto de corte establecido para VAI en la población adulta se asocia a variables sociodemográficas y psicobiológicas en la población general y en individuos sin insulinoresistencia e insulinoresistentes.

Palabras clave: Obesidad, Visceral Adiposity Index, Insulinoresistencia, HOMAIR-2, HDL-C.

ESTIMACIÓN DE PUNTOS DE CORTE PARA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL DE ACUERDO A LA EDAD EN EL ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA CIUDAD DE MARACAIBO

Lameda Víctor. Nava Manuel
Manzano Alexander. Torres Wheeler
Bermúdez Valmore

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas,
Facultad de Medicina, Escuela de Medicina,
Universidad del Zulia*

Introducción: La obesidad se define como la acumulación de grasa corporal disfuncional. Así mismo, la edad representa un factor determinante en la acumulación de grasa debido a que el envejecimiento constituye cambios en su distribución, composición y funcionalidad, lo cual aumenta el riesgo cardiometabólico. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo fue determinar puntos de corte para circunferencia abdominal de acuerdo

a la edad en la población adulta del municipio Maracaibo, Venezuela. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 1902 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años. Se categorizó la muestra en 6 fenotipos metabólicos. Así mismo, se construyeron curvas COR para cada grupo etario y sexo, utilizando los fenotipos metabólicos. Las variables cuantitativas fueron expresadas mediante Media \pm DE y las diferencias estadísticas fueron evaluadas a través de la prueba T-student y ANOVA de un Factor. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas, se aplicó la prueba Z de proporciones y la prueba X^2 . **Resultados:** Del total de individuos evaluados, el 52,2% (n=992) perteneció al sexo femenino y 47,8% al sexo masculino. Puntos de cortes obtenidos para el grupo etario <30 fueron, mujeres 90cm (sensibilidad=96,8%, especificidad=97,7%) y hombres 93cm (sensibilidad=100%, especificidad=99,2%); 30-49 años, mujeres 93cm (sensibilidad=93,7%, especificidad=97,1%) y hombres 94cm (sensibilidad=97,3%, especificidad=100%); >50 años, mujeres 93cm (sensibilidad=91,8%, especificidad=86,7%) y hombres 100cm (sensibilidad=100%, especificidad=100%). **Discusión:** Se propone el uso de puntos de cortes específicos de circunferencia abdominal por grupos etarios para evaluar la obesidad abdominal en la ciudad de Maracaibo.

Palabras clave: Obesidad, circunferencia abdominal, riesgo cardiometabólico, HDL-Colesterol, fenotipos metabólicos.

PREVALENCIA DE INACTIVIDAD FÍSICA Y FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICOS ASOCIADOS: ESTUDIO TRANSVERSAL EN LA CIUDAD DE MARACAIBO

Gallo Valeria. Morillo Valery
Parra Heliana. Torres Wheeler
Bermúdez Valmore

*Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas,
Facultad de Medicina, Escuela de Medicina,
Universidad del Zulia*

Introducción: La inactividad física representa un problema de salud pública responsable de 5 millones de muertes en el mundo, señalando investigaciones su relación a un aumento en el riesgo del desarrollo de enfermedades cardiovasculares. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de inactividad física y su asociación con factores de riesgo cardiometabólico. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con muestreo aleatorio y multietápico que incluyó 2230 individuos adultos de ambos sexos. Para la evaluación de la actividad física se aplicó el IPA-Q-LF (International Physical Activity Questionnaire-Long Form), se definió de forma general y por dominios al individuo inactivo como aquellos con <600 MET-minutos/semana. Las variables se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, su análisis se realizó través de prueba χ^2 (chi-cuadrado) y prueba X^2 , de igual forma se realizaron modelos de regresión logística múltiple para evaluar los factores de riesgos. **Resultados:** Se obtuvo una mayor prevalencia de individuos inactivos en las esferas de trabajo (79,9%), transporte (80,3%) y ocio (76,8%), siendo significativamente mayor en mujeres. Por otra lado se observó una tendencia ascendente en la prevalencia de individuos con alteración del estado glicémico a medida que se suman los dominios inactivos ($X^2=19,476$; $p=0,013$). El análisis multivariante de inactividad por dominios demostró un riesgo elevado principalmente para ocio en el grupo etario mayor (OR: 1,93;

IC:1,38-2,71); transporte en el estado de obesidad (OR: 1,53; IC:1,08-2,16); trabajo en el nivel educativo de secundaria (OR: 5,65; IC:1,28-24,97) y hogar en el IV estrato socioeconómico (OR: 3,40; IC:1,43-8,07), siendo este último comportamiento similar para inactividad general (OR: 3,84; IC:1,59-9,28). **Discusión:** De acuerdo a lo mencionado, existe una elevada pre-

valencia de inactividad en nuestra población y se requiere estrategias de salud pública dirigidas a los distintos perfiles de factores de riesgo por dominios de actividad física.

Palabras clave: inactividad física, factores de riesgo, enfermedad cardiovascular, glucemia, obesidad, HDL-Colesterol.

ENFERMERÍA

CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON POSTOPERATORIO TARDÍO COMPLICADO (WIPPLER). A PROPÓSITO DE UN CASO

Pirela Maryolyn, Ríos Zaraimy

Servicio de Enfermería. Hospital Coromoto de Maracaibo

El cuidado de enfermería tiene como esencia atender a las personas para llevar a cabo las actividades que colaboran con su recuperación. Los cuidados de enfermería son un servicio que compensa la falta de fuerza conocimientos o voluntad. **Objetivo:** Determinar la participación del personal de enfermería tras un postoperatorio tardío complicado de Wippler a un paciente ubicado en la unidad de cirugía general del Hospital Coromoto. **Metodología:** Estudio científico empírico inductivo. Implementación del proceso de atención de enfermería (PAE). 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 y toma de notas. Se trata de paciente masculino de 52 años de edad ingresado por el servicio de cirugía general el día 01/06/18 cursa con cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado con dolor abdominal tinte icterico piel-mucosas y pérdida de peso. **Diagnóstico de ingreso:** Tumor de cabeza de páncreas de 10 cm aprox. Tipo de intervención quirúrgica Wippler por laparoscopia el día 4/6/2018. Diagnósticos de enfermería: Déficit de autocuidado baño/higiene R/C Debilidad y cansancio, dolor. Ansiedad ante la muerte R/C amenaza de cambio en el estado de salud. **Resultados:** La aplicación del proceso de enfermería en este paciente favoreció la satisfacción de las necesidades de la persona permitiendo una recuperación efectiva, sin contratiempo proporcionando

bienestar y empatía a través de la actuación específica de enfermería en el campo.

Palabras clave: Cuidado, post operatorio complicado, whippler, nic y noc, enfermería, diagnósticos enfermeros.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE QUEMADURAS EN NIÑOS Y NIÑAS EN EL HOGAR

Mendoza-Graterol Eva¹

Belloso-Noriega Vanessa², Graterol Ana³

Mendoza Gregoriana¹, Graterol Eva¹

¹Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. ²Servicio de Enfermería. Hospital "Dr. Adolfo Pons". ³Servicio de Enfermería. Hospital Coromoto de Maracaibo

Introducción: Las quemaduras en la población infantil son un tipo específico de lesión de los tejidos blandos producidos por agentes físicos, químicos, eléctricos o radiaciones. Representa uno de los accidentes más frecuentes, graves e incapacitantes. La posibilidad de supervivencia está directamente relacionada con la extensión y la profundidad de la quemadura mientras el pronóstico de las secuelas lo está con la localización. Este programa educativo enmarcado en el contexto comunitario tiene como **Objetivo:** promover medidas preventivas con el fin de evitar accidentes por quemaduras en el hogar en niños y niñas. **Metodología:** Enfoque positivista. Revisión de documentos OMS 2017, Carrillo y col 2014, Cubillo y col 2015. Según la OMS las quemaduras ocasionan aproximadamente 180000 muertes al año en su mayoría tienen lugar en los países de ingreso bajo y mediana, en torno al 85% podría evitarse ya que se deben a negligencias

domésticas observándose múltiples factores de riesgo como: los calefactores de agua caliente, el descuido con cigarrillos encendidos, el fuego para cocinar, las estufas, los enchufes en mal estado, los cables eléctricos inadecuados o defectuosos. Para la propuesta de este programa se ha considerado que la población más afectada son los niños, las niñas y los adultos jóvenes, se explicara lo que se debe hacer o no involucrando a los padres, maestros y comunidad. La evolución de la persona quemada depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación, su intensidad y la calidad del tratamiento que se presten la etapa aguda.

Palabras clave: Programa educativo, prevención, quemaduras, niños, niñas, hogar, comunidad.

EXPERIENCIA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TEORÍA EN ENFERMERÍA DE OREM EN HOSPITALIZACIÓN II DEL HOSPITAL COROMOTO

Graterol-Pérez Ana¹

Mendoza-Graterol Eva²

Mendoza Gregoriana²

¹Servicio de Enfermería. Hospital Coromoto de Maracaibo

²Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia

Introducción: Las actividades de las personas, la capacidad de actuar de forma deliberada es

ejercida a través de los cuidados a uno mismo o a los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos. **Objetivo:** aplicar la teoría del déficit del autocuidado (Orem, Dorothea) en hospitalización II del Hospital Coromoto con el fin de promocionar la salud en los adultos jóvenes y mayores, el grado de autocuidado para conseguir independencia y los cuidados que reciben de la familia. **Material y Métodos:** Revisión bibliográfica de textos de las teorías de Marriner y Raile 2010, González, 2010, diagnósticos enfermeros 2009-2011. **Resultados:** La experiencia en hospitalización II con la ejecución de la teoría de Orem se aplica al paciente, un ser con potencial para aprender y desarrollarse. La enfermera (o) valora las necesidades interferidas del paciente lo anima en la participación en su autocuidado a través de la enseñanza de medidas de higiene, la deambulacion precoz, los cambios de posición, los ejercicios respiratorios. Si no fuese así, serán otras personas significativas como la familia y las enfermeras (os) quienes le proporcionen la orientación y los cuidados necesarios. Conclusiones: Es relevante que los adultos tanto jóvenes como mayores concienticen el autocuidado a través del plan de alta enseñado por la enfermera (o) al egreso del paciente de hospitalización II donde se especifican las instrucciones a seguir en su domicilio para conseguir independencia, salud es decir la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Palabras clave: Experiencia, implementación, Teoría en Enfermería, Dorothea Orem.

Genética

EPIGENÉTICA DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Chong José

Instituto de Investigaciones Genéticas "Dr. Heber Villalobos Cabrera". Facultad de Medicina. Universidad del Zulia

El envejecimiento progresivo de la población es una característica cada vez más importante de las sociedades. El envejecimiento se define como una disminución progresiva dependiente de la edad en la función fisiológica conduciendo a un aumento de la tasa de mortalidad y disminución en la tasa de reproducción. El envejecimiento se asocia con la acumulación de factores físicos, psicológicos y sociales, cambios que producen una disminución general del bienestar, reducción en la movilidad y el inicio de enfermedades relacionadas con la edad. Los fenotipos utilizados en los estudios de la genética del envejecimiento son por lo general la vida útil (edad a la muerte), la longevidad (definida como una edad avanzada específica en el momento del estudio), longevidad ex-

cepcional (definida como exceder una edad específica excepcional) o envejecimiento saludable (definida como la ausencia de trastornos específicos o deseables niveles de rendimiento en las pruebas funcionales). El Síndrome Hutchinson-Gilford-Progeria (SHGP) es una enfermedad genética que conlleva a un severo envejecimiento prematuro causado por mutaciones en el gen *LMNA* que codifica las proteínas lamina-A y lamina-C (laminas nucleares); *el SHGP es causado por una proteína llamada progerina cuya acumulación produce rápida senescencia celular, disminución de las células madre y fenotipo progeroide*. Asimismo, la disfunción mitocondrial influye en el envejecimiento por disminución de la dinámica mitocondrial y la capacidad de la fosforilación oxidativa, producción de reactivos de oxígeno, inducción de la apoptosis y oxidación de proteínas mitocondriales conduciendo a la fragmentación de las mismas. Los avances en el área de la epigenética van a conducir al envejecimiento saludable en la población humana.

Palabras clave: Epigenética, envejecimiento saludable.

Farmacia

DISEÑO DE UN MANUAL DEL CONTROL INTERNO DE LOS FÁRMACOS Y PSICOTRÓPICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA-HOSPITAL COROMOTO ADMINISTRADO POR PDV, SERVICIOS DE SALUD, S.A.

Romero Walkiria, Marriaga Román

Servicio de Farmacia. Hospital Coromoto de Maracaibo

El estudio estuvo dirigido a proponer un diseño de un manual del control interno de los fármacos y psicotrópicos del Servicio de Farmacia - Hospital Coromoto administrado por PDV, Servicios de Salud, S.A, estos controles internos permite alcanzar una mayor productividad, minimizar los costos, simplificar el tiempo logrando

realizar el trabajo deseado en forma eficaz y eficiente, basándose en los planteamientos de Aguirre (2017), Wittington (2013), Defliese (2011) y Rodríguez (2010), entre otros. La investigación fue de tipo descriptiva, de campo, con un nivel de complejidad aprehensivo. El diseño fue no experimental. La población estuvo constituida por un total de 11 personas, todas pertenecientes al personal del Servicio de Farmacia de la institución. La muestra es finita y accesible, porque son todos los miembros de la población. Resultados: a) Se verificó que existe una debida segregación de funciones en los procesos. b) Se constató que el control se ejerce eficazmente por parte de los usuarios del Servicio de Farmacia.

Palabras clave: Control interno, manual, farmacia, psicotrópicos.

Inmunología

ASPECTOS INMUNOLÓGICOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES CRÓNICAS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO VENEZOLANO

Mendoza María Giuffrida

*Cátedra de Inmunología. Escuela de Medicina.
Facultad de Medicina. Universidad del Zulia*

Entre algunas enfermedades crónicas frecuentes en nuestro medio están el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. La siguiente revisión tiene como objetivo dar una visión general de los aspectos inmunológicos de estas enfermedades. El origen del cáncer es multifactorial, pero se enfocará esta temática relacionándolo con el efecto del estrés sobre el sistema endocrino-inmunológico. La relación entre el estrés crónico y el cáncer es mediada por aumento de cortisol y catecolaminas, que además de disminuir la inmunidad celular (NK) tienen un efecto directo en la promoción del crecimiento tumoral estimulando la angiogénesis (formación de nuevos vasos sanguíneos) y la metástasis. La disminución de Th1 se asocia con crecimiento de virus asociados a tumores, y el incremento de TGF- β e IL-10, aumenta el riesgo de desarrollar cánceres. En relación a la diabetes tipo 2 (DM2), se considera una enfermedad inflamatoria asociada con algunas citocinas como la proinflamatorias y quimiocinas; igualmente, se conoce que el estrés en personas predisuestas desencadena DM2. Por su parte, la aterosclerosis como causa de enfermedades cardiovasculares se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico de la pared arterial; además, existen evidencias sobre la correlación entre la exposición del sistema inmunológico humano a las enfermedades infecciosas y el desarrollo de lesiones ateroscleróticas. Y finalmente, la obesidad que se ha asociado a altos niveles de inflamación sistémica, ha estado

relacionada con la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas anteriormente mencionadas (DM2, HTA, cáncer y enfermedades cardiovasculares) por lo que no podía quedar fuera de este grupo.

Palabras clave: Enfermedad crónica, diabetes, aterosclerosis, obesidad, cáncer, inmunología.

COMPLICACIONES QUE OCASIONA EL CONSUMO PROLONGADO DE TABACO DE MASCAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS. REVISIÓN SISTÉMICA

Morales Juan Carlos

*Unidad de Autodesarrollo. Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia*

Introducción: El tabaco de mascar (Chimó) es una pasta blanda negruzca, derivada de hojas de tabaco natural y otros ingredientes, de fabricación artesanal en los estados andinos de Venezuela, es de uso oral como tabaco masticable; la prevalencia del consumo aumenta en la población joven con incremento en el sexo masculino. Se efectúa esta investigación con el propósito de obtener conocimientos sobre las alteraciones provocadas por el uso del Chimó en el individuo. **Objetivo:** determinar las complicaciones que ocasiona el consumo prolongado de tabaco de mascar en pacientes inmunocomprometidos. **Materiales y Métodos:** se realizó una investigación descriptiva con diseño documental, en forma de revisión sistemática; como fuentes de información se empleó las bases de datos electrónicas: Scielo. El Chimó es un preparado con diferentes componentes que son triturados y hervidos, el cual se convierte en un producto concentrado colocado en envases naturales o latas pequeñas. **Resulta-**

dos: el consumo prolongado de chimó en pacientes inmunocomprometidos puede ocasionar micosis oportunistas, debido a la presencia de patógenos de origen fúngico saprofitos de ambiente como: *Aspergillus* que puede producir alteración en el sistema inmune, además de ocasionar intoxicaciones debido a la producción de metabolitos altamente tóxicos, capaces de ocasionar lesiones hepáticas y renales. Asimismo, el chimó produce

cambios en el flujo salival. Conclusión: los pacientes con SIDA, linfomas, cáncer, deben evitar uso de chimó debido a la presencia de patógenos oportunistas que pueden ocasionar complicaciones. Se recomienda advertir al paciente sobre el riesgo que conlleva el consumo de chimó.

Palabras clave: Tabaco de mascar, Chimó, Inmunocomprometidos, complicaciones, consumo prolongado.

MEDICINA FAMILIAR

PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y RIESGO CARDIOMETABOLICO EN TRABAJADORES DE UDA

Domínguez Odalixa¹. González Ángel²
D'Addosio Rossana¹

¹Unidad de Atención en Medicina Familiar "Luis Sergio Pérez" (UDA). ²Servicios Médicos. PDVSA

Introducción: El aumento de la grasa corporal afecta directamente la salud del individuo conllevando al aumento del riesgo cardiometabólico donde el ejercicio físico ofrece controlar el sobrepeso y disminuir dicho riesgo. **Objetivo:** Determinar el efecto de un programa de ejercicio físico aplicado durante la jornada laboral en los trabajadores de la Unidad Docente Asistencial Luis Sergio Pérez. **Material y Método:** Estudio cuantitativo de intervención cuasiexperimental con diseño antes y después. La muestra fue de 10

empleados que laboran en UDA. Con evaluación antropométrica y encuesta autoadministrada. Análisis: estadística descriptiva t de student, varianza y covarianza. Resultados: los factores de riesgo más prevalentes fueron obesidad abdominal y sobrepeso/obesidad (83,33%), HDL-C baja (50,00%) e hipercolesterolemia (33,33%). La prevalencia del síndrome metabólico fue 66,66% la cual fue reducida a 16,33% posterior a la intervención. El riesgo cardiovascular según Framingham fue calculado como moderado y bajo en 10 y 5 años respectivamente. No hubo significancia estadística al calcular la p para este grupo de estudio. Conclusión: la aplicación de intervenciones de ejercicio físico durante la jornada laboral afecta positivamente sobre la modificación de factores de riesgo cardiometabólico.

Palabras clave: Sedentarismo, riesgo cardiometabólico, ejercicio físico, programas de ejercicio físico.

Medicina Interna

EVALUACIÓN PREOPERATORIA (EPO)

Palazzi Nora

Servicio de Medicina Interna. Hospital Coromoto de Maracaibo

Los avances tecnológicos y científicos de la medicina en las últimas décadas, ha permitido realizar intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, en edades más avanzadas, que en épocas anteriores eran impensables, por el elevado riesgo quirúrgico y las comorbilidades, principalmente las cardiovasculares. La EPO ha cobrado especial importancia en éste siglo XXI por: aumento de pacientes adultos mayores (60 años o más), mayor tendencia a cirugía ambulatoria, el desarrollo de tecnología que permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera del pabellón que requieren sedación o anestesia, cirugías complejas o de larga duración en pacientes comprometidos y por la necesidad de contención de costo.(1) La EPO realizada por el Médico Internista es integral, tiene una mayor visión de las patologías del adulto, establece una comunicación basada en la relación médico-paciente, familia, medico, anestesiólogo. La Historia Clínica, la entrevista, el examen físico, y exámenes de laboratorio e imágenes permiten identificar factores de riesgo modificables, comorbilidades o nuevas patologías no cardiovasculares y establecer las estrategias para el diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuir la morbimortalidad perioperatoria, solicitar basados en evi-

dencias, dependientes de las necesidades del paciente y del tipo de cirugía.(2) La clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA), última revisión 2014, sigue siendo importante como estratificación de riesgo. Nuevas guías le dan importancia al ayuno preoperatorio y disminución del riesgo de aspiración pulmonar. Desde el año 1980 se han generado guías y recomendaciones por la American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA), basadas en evidencias y por la Sociedad Europea de Anestesia, para cardiopatas sometido a cirugía no cardíaca se han realizado varias actualizaciones siendo la más reciente 2014, sin embargo la más difundida es la del 2008, se centra en factores de riesgo, riesgo quirúrgico y capacidad funcional (medida en METs). En ASA 2014 una capacidad funcional > a 4 METs en una cirugía de alto riesgo no requiere mayores estudios, sus tablas y algoritmos permiten tomar decisiones respecto a conductas y exámenes adicionales. En ésta se excluye el índice multivariado de riesgo y biomarcadores e incorporan los términos de prehabilitación u optimización del estado físico preoperatoria y fragilidad para recuperar el estado de homeostasis postoperatoria. No basta predecir la morbimortalidad perioperatoria con las herramientas clásicas, sino estado Psiconeuroinmunoendocrino (PNIE) en el cual el paciente este centrado en sí mismo para lograr la recuperación postoperatoria de manera exitosa.

Palabras clave: Evaluación preoperatoria, actualización, prehabilitación.

Nutrición Y Dietética

ALIMENTACIÓN EN TIEMPO DE CRISIS

Anderson Hazel

Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia

La evidencia entre la nutrición, la salud y la longevidad ha sido plenamente estudiada, Sir Robert Mac Carrison en 1971 fue uno de los pioneros con su estudio sobre los Hunzas. Una alimentación saludable con el predominio de granos, vegetales y frutas es un pilar fundamental dentro del estilo de vida. La alimentación es un proceso muy complejo, que incluye desde la disponibilidad del alimento su ingreso al organismo hasta la absorción del mismo. Los alimentos están conformados por los nutrientes: proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua, los cuales permiten que se lleven a cabo las funciones vitales, el crecimiento, desarrollo y la reproducción del ser humano; ya que nos ayudan a mantener una piel sana, una visión adecuada, una función cognitiva adecuada y una alta longevidad, por lo que en tiempos de crisis debemos aplicar la alimentación inteligente. En este sentido, la alimentación debe incluir los alimentos más accesibles pero también más nutritivos tales como: huevo (principalmente en las embarazadas, niños y adultos mayores), ricotta, granos (cacaos, lentejas, quinchoncho, mínimo 4 veces por semana), vegetales y frutas de la estación (que incluya los 5 colores de la salud: amarillo, verde, rojo, morado y blanco). Fraccionar si es posible en tres comidas, utilizando un solo tipo de preparación culinaria, donde se combine el arroz, o la pasta, o la harina de maíz o yuca o plátano con los vegetales o frutas de diferentes colores para enriquecerlos con vitaminas, minerales y elementos bioactivos. Colocar siempre las grasas al final, después de apagar la llama, evi-

tando las frituras. Estas estrategias permitirán que al consumir alimentos de calidad en tiempos de crisis conserves tu salud.

Palabras clave: Alimentación balanceada, crisis.

NUTRICIÓN CEREBRAL, CLAVE PARA RETARDAR EL ENVEJECIMIENTO

Anderson Hazel

Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia

Introducción: La relación entre la alimentación y la salud fue demostrada en 1921, por Sir Robert Mc Carrison, al comparar la dieta de los Hunzas. **Objetivo:** Educar sobre la importancia de un estado de nutrición adecuado para el mantenimiento de la función cardiovascular y musculoesquelética y de la independencia funcional, una salud óptima y excelente calidad de vida en la vejez. **Material y Métodos:** La medida más exitosa para retrasar el envejecimiento es la restricción calórica. El estudio PREDIMED, el EPIC-España reportaron que por cada 10 cc de aumento al día en el consumo total de aceite de oliva virgen extra se asocia con una reducción del 16% en la mortalidad cardiovascular, La Asociación Americana del Corazón recomienda ingesta de al menos 8 verduras y frutas al día disminuye el riesgo de cardiopatía coronaria. Se utiliza como tratamiento complementario para la diabetes mellitus tipo 2: productos lácteos y los probióticos y prebióticos, pescado, aceite de oliva extra virgen y té verde. La luteína y la zeaxantina son importantes para la visión y la prevención de enfermedades como la degeneración macular relacionada con la edad. La ingestión diaria de 56 g de nueces mejora la función endotelial y reduce la

hipertensión arterial en adultos obesos. **Conclusión:** Todos estos factores deben cumplirse a través de la dieta, usando alimentos que reduzcan el aporte calórico de grasas y carbohidratos, pero que provean los principales macronutrientes y

micronutrientes requeridos por los componentes celulares que permitan su buen funcionamiento y la longevidad.

Palabras clave: Nutrición, dieta, nutrientes, salud, longevidad.

Radiología

ULTRASONIDO COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE PRIMERA LÍNEA EN SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO, HOSPITAL COROMOTO DE MARACAIBO, ENERO-SEPTIEMBRE 2016

Pineda Liseth¹. Rondón Sorava¹
Villalobos Karina²

¹*Servicio de Radiología. Hospital Coromoto de Maracaibo.*

²*Universidad Bolivariana de Venezuela*

El Hospital Coromoto de Maracaibo, es un centro de salud perteneciente al Sistema Público Nacional de Salud, que funciona dentro de la red Barrio Adentro como hospital tipo IV, el cual cuenta con el servicio de ultrasonido, dotado de materiales y equipos de alta tecnología para la realización de diferentes estudios ecográficos, entre los que se encuentra la utilización del ultrasonido como método diagnóstico de primera línea en ecografía musculo esquelética de muñeca para diagnóstico y control del paciente con síndrome del túnel carpiano tanto en trabajado-

res como en los pacientes que acuden al recinto del Hospital Coromoto de Maracaibo. La metodología utilizada estuvo basada en el paradigma de investigación cualitativa, utilizando la sistematización de experiencia como proceso investigativo y herramientas como las entrevistas estructuradas, informes médicos e historias clínicas, con el fin de realizar una interpretación objetiva del objeto de estudio. Los resultados obtenidos revelaron que el ultrasonido es un método diagnóstico eficaz, factible y viable, para aplicar a pacientes con riesgos o sospecha de padecer del túnel carpiano, ampliamente aceptada por el paciente, pudiendo ser incluido en los programas de salud gubernamentales.

Palabras clave: ultrasonido, método diagnóstico, túnel carpiano.

Traumatología y Ortopedia

ENFERMEDAD OSEA DE PAGET. A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz Romina¹. González Roberto¹
Montiel Nairober¹. Rosales María²
Rodríguez Nelson¹

¹Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

La Enfermedad Osea de Paget (EOP) es una enfermedad metabólica ósea de distribución focal, monostótica o poliostótica, de etiología desconocida, caracterizada por un aumento del recambio óseo, con resorción y formación muy activas y desorganizadas. La enfermedad aparece preferentemente a partir de los 50 años de edad y con una distribución geográfica muy variable. Muchos casos son asintomáticos, pero la EOP frecuentemente se manifiesta por dolor óseo, deformidad, aumento de tamaño del hueso y fracturas patológicas. También pueden aparecer complicaciones características como la artrosis secundaria, las compresiones neurológicas, la insuficiencia cardíaca o la degeneración sarcomatosa de las lesiones óseas. Es valorado por el equipo multidisciplinario: Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Oncohematología, Imágenes, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Psicología e Infectología. Posterior a discusión clínica se decide intervención quirúrgica radical: Hemipelvectomy parcial Izquierda, se envía a biopsia donde se diagnostica Enfermedad Ósea de Paget.

Palabras clave: Enfermedad de Paget, Hemipelvectomy, Intervención quirúrgica radical.

MANEJO DE FRACTURA DE TIBIA DERECHA ABIERTA III COMPLICADA CON SÍNDROME COMPARTIMENTAL, DEFECTO CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz Romina¹. González Roberto¹
Rosales María²

¹Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo

²Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

Las fracturas de tibia abierta tipo III según Gustillo y Anderson, es la solución de continuidad del tejido óseo en el que su foco de fractura está, estuvo o estará en contacto con el medio externo, con una herida mayor 10 centímetros, de alta energía, contusión alta, alta contaminación. De su consecuencia importante son las partes blandas contaminación, aplastamiento y/o pérdida de la cubierta. Se manejó con fijador externo más limpieza quirúrgica por el defecto cutáneo. El disponer de colgajos fasciocutáneos confiables es importante para la resolución de este tipo de problemas. El colgajo sural de flujo reverso se ha utilizado sin la necesidad de apoyo microquirúrgico y mínima morbilidad.

Palabras clave: Fracturas abierta de tibia, clasificación de Gustillo y Anderson, colgajo sural reverso, reconstrucción de tercio inferior de pierna.

SARCOMA FIBROBLASTICO (FIBROSARCOMA). A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz Romina¹. Almarza Navelvs²
Rosales María³

¹Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Coromoto de Maracaibo. ²Servicio de Oncología. Hospital Coromoto de Maracaibo. ³Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe"

El fibrosarcoma es definido por la Organización Mundial de la Salud, como un tumor maligno, caracterizado por la presencia de haces entre-

lazados de fibras colágenas y por la ausencia de otro tipo de estructuras histológicas, tales como hueso o cartílago. Es uno de los más frecuentes tumores malignos de los tejidos blandos y representa el 36 % de los sarcomas primarios. Se origina generalmente en los extremos de los huesos largos de los miembros. Posterior a discusión de caso clínico con el servicio de Oncología y Traumatología, se decide una intervención quirúrgica radical: desarticulación coxofemoral derecha para darle calidad de vida a la paciente.

Palabras clave: Fibrosarcoma, Huesos largo, Desarticulación Coxofemoral, intervención quirúrgica radical.

Carta Al Editor

CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA HOY

Escalona-Contreras Jackeline

*Licenciada en Comunicación, MgSc. en Semántica de la Comunicación, Profesora Agregada a dedicación Exclusiva de La Universidad Bolivariana de Venezuela
jackeescalona21@gmail.com*

En la actualidad con el desarrollo de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación la generación de conocimientos en cualquier área sigue siendo una prioridad, no solo para el sector educativo, gubernamental, empresarial, sino también en el ámbito médico. En la red de redes circulan cada segundo miles de datos nuevos producto de investigaciones; ahora bien surge una interrogante: ¿Cuáles son las claves de la investigación médica hoy?

En este sentido, es preciso destacar en primer lugar la pertinencia de las investigaciones, ésta se tiene ir más allá de la obtención y confiabilidad de los nuevos conocimientos, y debe ir centrada a la necesidad de transformar una realidad específica en la sociedad; es decir, la pertinencia social debe ser el primer factor que un investigador analice cuando se plantea la realización de un nuevo estudio. Todo esto enmarcado en un desarrollo soberano del conocimiento, en función de las necesidades sociales que son apremiantes y que solo puede ser posible con la participación de actores sociales en el proceso.

El campo de la investigación médica han existido experiencias que intentan articular a los investigadores con la sociedad (los contextos y los sujetos), en la que promueven la participación de diversos actores que son parte del entorno en to-

das las fases del proceso, desde la definición del problema, hasta la interpretación y evaluación de los resultados, con el fin de garantizar que el estudio responda a las necesidades reales (1). Sin embargo, la intención es ir más allá y que los desarrollos investigativos respondan a un plan socialmente organizado en base a áreas prioritarias de estudio.

Al mismo tiempo la investigación médica deber ser interdisciplinaria, para entender la realidad desde la complejidad que la conforma, ya existen aportes a los estudios médicos desde las ciencias sociales como la antropología y la sociología, que logran analizar aspectos de la enfermedad que los investigadores en medicina por lo general le dan poca significancia, pero que son centrales para entender el punto de vista de los enfermos, sus implicaciones en la vida cotidiana y en la población en general, ya que aportan información clave para epidemiología, promoción de la salud y en el control y prevención de enfermedades" (2).

La investigación médica tiene además que ser dialéctica, lograr una verdadera relación entre la teoría existente, la praxis médica y el contexto, en la cual los nuevos conocimientos son producto de una contrastación entre la teoría y la realidad estudiada.

Se han destacado varios elementos claves en las investigaciones médicas: la pertinencia social, el análisis interdisciplinario y la dialéctica entre teoría y praxis, pero si estos nuevos conocimientos no son comunicados o difundidos en el campo de acción al que se refiere, los aportes sociales se ven limitados a una población puntual; en muchos casos ése es uno de los principales problemas, debido a que al no socializar los nuevos avances sus aplicaciones quedan limitadas a ámbitos muy específicos como universidades, centros de investigación u hospitalarios.

“La divulgación del conocimiento posibilita vincular a la sociedad con los objetivos de investigación y con los resultados que la ciencia pueda presentar en pro del entorno social, para que, una vez transformado, el conocimiento cumpla una función social dentro de un contexto distinto al de ciertas comunidades científicas y tecnológicas”(3).

La relación entre investigar y difundir debe ser dinámica, y para ello en el mundo científico existen diversas oportunidades para hacerlo como seminarios, jornadas, foros, y por supuesto las revistas, éstas constituyen un importante medio para la divulgación de aportes científicos en diversas áreas, constituye una estrategia pedagógica en todos los ámbitos, ya que son una vía para la formación actualizada de los sujetos en áreas específicas del saber y el hacer. Cada día son

más los espacios para publicar los informes científicos, pero se debe trabajar en crear una cultura que promueva la publicación sistemática de las investigaciones.

Finalmente, queda claro que la investigación médica sigue siendo una necesidad permanente; asimismo, el desarrollo de los conocimientos productos de esos estudios requieren imperiosamente ser divulgados y difundidos, debido que lo que no se publica no existe en realidad, y por ende, su aporte no se visibilizaría en la sociedad(3).

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Suárez, B. Importancia de la investigación para el desarrollo de la disciplina de la enfermería. Aquichan vol. 3, n 1. Diciembre 2003. Noviembre 2012, [consultado 28/10/2019]. 184 pp. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100002.
2. García I. y Benítez C. Enfoques sociomédicos actuales de salud y su importancia en los perfiles de las ciencias médicas. Revista Medicentro Electrónica vol.18 no.1 Santa Clara ene.-mar. 2014. [consultado 28/10/2019]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100002.
3. Ramírez, D., Martínez, L. y Castellanos, O. Divulgación y difusión del conocimiento: las revistas científicas, [libro en línea]. Noviembre 2012, [consultado 20/10/2019]. 184 pp. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/8394/>. 18-34.

IV CONGRESO

V JORNADAS CIENTÍFICAS INTEGRALES DEL HOSPITAL COROMOTO

Índice de Autores

A

Acosta José, 14, 21
Al Awad Adel, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22
Aldana Ligia, 14, 15, 17
Almarza Nayelys, 40
Álvarez Yamalitt, 23
Andara Jhoendric, 23
Anderson Hazel, 36

B

Belloso-Noriega Vanessa, 28
Bermúdez Valmore, 25, 26

C

Cañizales Johanna, 18
Carvajal Diego, 22
Castaño Albis, 20
Castro Ana, 25
Chong José, 30
Contreras José, 23
Criollo Pedro, 21

D

D'Addosio Rossana, 34
Díaz Elizabethe, 21
Díaz Elizabethe, 14
Díaz Leandro, 23

Díaz Romina, 39, 40
Domínguez Odalixa, 34

F

Flores Víctor, 14

G

Gallo Valeria, 26
González Ángel, 34
González Roberto, 39
Graterol Ana, 28
Graterol Eva, 28
Graterol-Pérez Ana, 29
Guerra Laura, 22

H

Hernández Carolina, 18
Hernández-García Daniela A., 23

L

Lameda Víctor, 25
Leiva Danny, 15

M

Manzano Alexander, 25
Marriaga Román, 31

Matera María, 15, 16
Mendoza Gregoriana, 28, 29
Mendoza María Giuffrida, 32
Mendoza-Graterol Eva, 28, 29
Miquilena Edgar, 18
Molina Gabriel, 20
Montiel Nairober, 39
Morales Juan Carlos, 32
Morillo Paola, 15
Morillo Valery, 26

N

Nava Manuel, 25
Navarro Geordano, 16
Núñez Gerardo, 16

O

Ortega Ángel, 25
Ortega José, 19

P

Pacheco Ramón, 21
Palazzi Nora, 35
Parra Heliana, 26
Paz-Contreras Melissa, 13
Peñafiel Génesis, 19
Pérez Oscar, 20
Perozo Gabriela, 19
Pineda Liseth, 38
Pirela Maryolyn, 28

Q

Quintanilla Luis, 13
Quintero Alfredo, 16

R

Ramírez Alfredo, 14, 15, 17, 20, 21, 22
Ramírez Ibraim, 14
Reyes Laura, 16
Reyes Víctor, 16
Ríos Zaraimy, 28
Rivero Ismely, 16
Rodríguez Jaimari, 15
Rodríguez Nelson, 39
Romero Walkiria, 31
Rondón Soraya, 38
Rosales María, 39, 40
Ruiz Claudia, 21

S

Sanabria José, 21
Suárez Andrés, 19

T

Torres Ricardo, 21
Torres Wheeler, 25, 26

U

Ugueto Carlos, 16

V

Vílchez Jeziel, 15
Villalobos Karina, 38
Villasmil Marlon, 25



INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Revista Científica del Hospital Coromoto

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

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

Envío del manuscrito

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

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

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

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

Corrección y Arbitraje

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

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

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

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

Declaración de privacidad

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

Derechos de autoría (Copyright) y Licencia

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

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

Normas editoriales

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

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

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

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

Ordenamiento del manuscrito

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

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

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

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

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

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

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

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

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

María Virginia Fuenmayor^{1*}; Rafael Villalobos²

¹Servicio de Hematología. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo

²Consulta de VIH-SIDA. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo

<https://orcid.org/0000-0001-9317-2669>

*Autor de correspondencia: María Fuenmayor.

e-mail: m_fuenmayor@hotmail.com

2. Secciones o apartados de los manuscritos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo:

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

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

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

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

Ejemplo:

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

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

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

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

Ejemplos:

- Referencias de publicaciones periódicas:

Al Awad A, Chirinos J, Baena S, 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.

- Capítulos de libros:

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

- Memorias de Congresos:

Devonish N, Villasmil N, Castillo A, Ortiz N, Leal J. Anestesia general balanceada para separación quirúrgica de siamesas onfalópagas (Resumen). Memorias del III Congreso XII Jornadas Científicas “Dres. 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>.

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

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

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

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

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

3. Tablas, figuras y fotografías

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

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

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

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

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

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



NORMAS DE ARBITRAJE

Revista Científica del Hospital Coromoto

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

El proceso de evaluación comprende varias etapas

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

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

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

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

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

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

Proceso de Arbitraje

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

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

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

Instrumento de Evaluación de los Trabajos

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

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

Correo electrónico: revhospitalcoromoto@gmail.com

Decisión

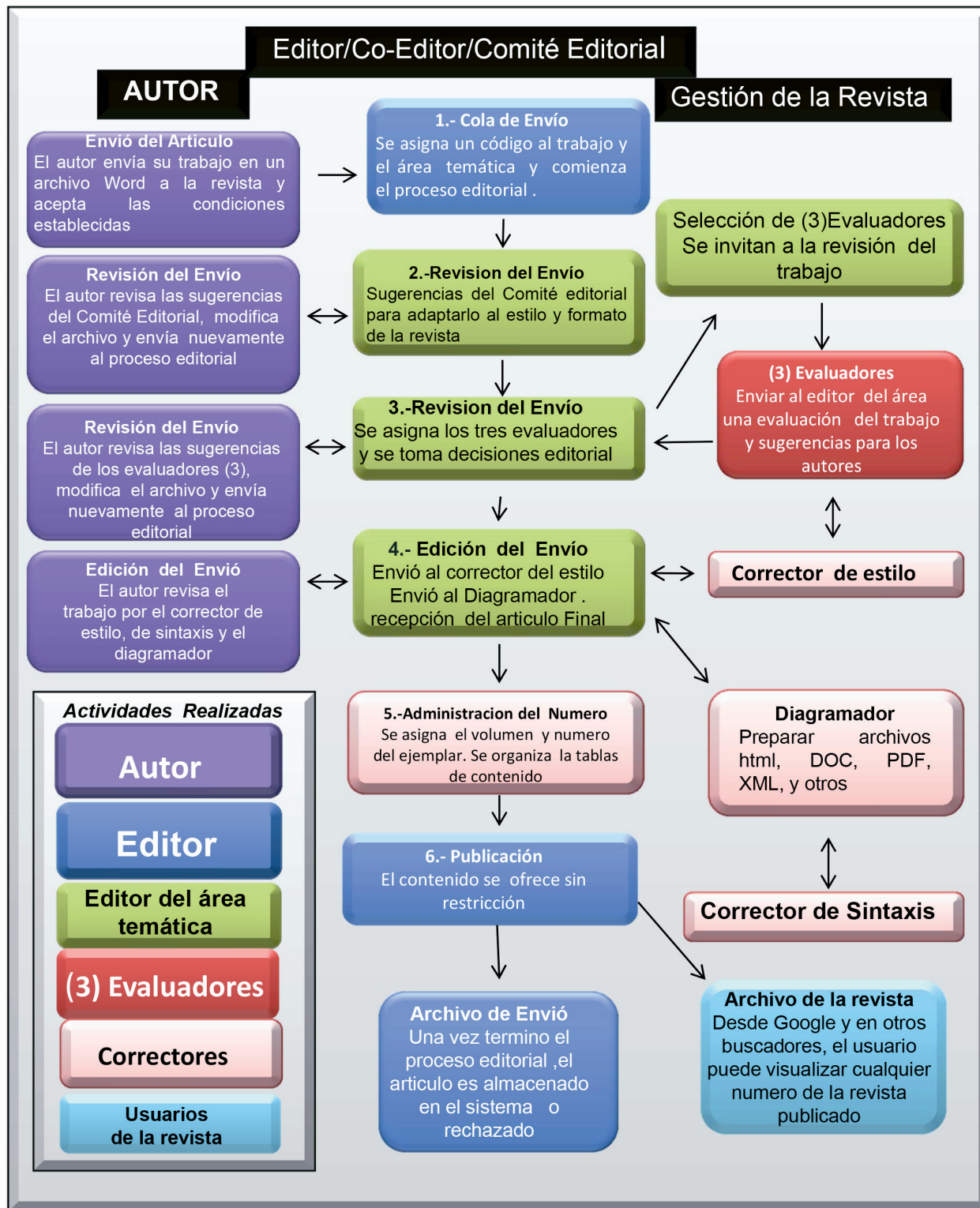
Si el veredicto de al menos dos de los árbitros es favorable el trabajo será aceptado para publicación. Si el veredicto de al menos dos de los tres árbitros es desfavorable el trabajo será rechazado.

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

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

El Editor

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





Ing. Manuel Quevedo
**Ministro del Poder Popular para la Energía y Petróleo
y Presidente de PDVSA**

Dr. Ernesto Márquez
Director Ejecutivo de Salud PDVSA

Dr. Freddy Leal
PDV Servicios de Salud S.A.

Dr. Adel Al Awad
Coordinador General Hospital Coromoto (E)

Dr. Tulio Chacín
Coordinador de Atención Médica

Revista Científica Hospital Coromoto

Vol. 7 Nº 2 Julio - Diciembre 2018

Contenido

IV Congreso
V Jornada Científico-Integral
del Hospital Coromoto
“Dr. Levy Mago Rodríguez”

Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

08 al 10 de Agosto de 2018



PDV SERVICIOS DE SALUD, S.A.

