

ACE

Acta Científica Estudiantil

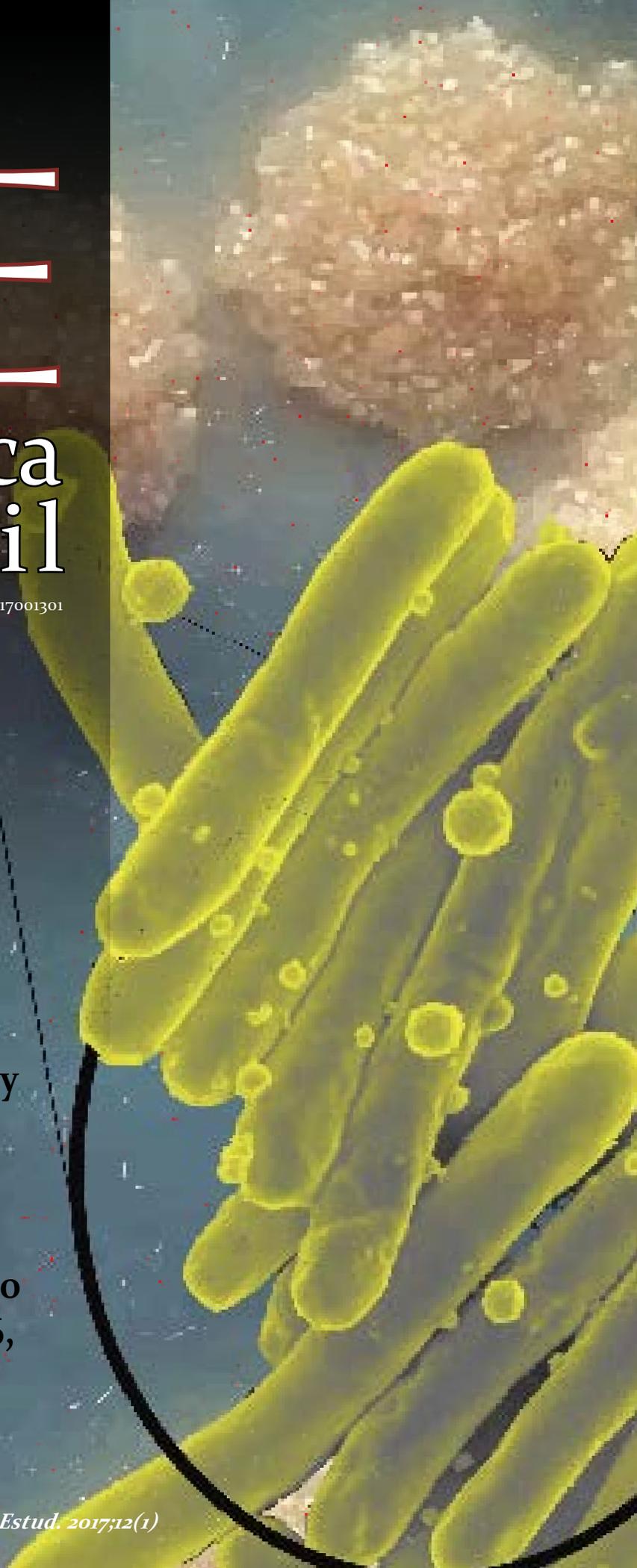
ISSN 2542-3428 Depósito legal DC2017001301

**Tuberculosis peritoneal sin
sintomatología respiratoria en
femenina de 18 años con fiebre y
ascitis**

Reporte de un caso.

**Evaluación del Campamento
Universitario Multidisciplinario
de Investigación y Servicio 2016,
Maniapure, Venezuela.**

Trabajo de investigación





Comité editorial:

Igor González. Editor en jefe. Gestión editorial [1]
Ricardo Aguiar. Editor ejecutivo. Pagina web y medios [1]
Andreina Mugno. Editor ejecutivo. Diagramación y diseño [1]
Gabriela Sánchez. Editor [1]
Daniel García. Editor [2]
Jonathan Dámaso. Editor [1]
Mariafernanda De Candia. Editor [2]
Mary Graterol. Editor [3]
Yhonswar Sanz. Editor [1]
Venezia Rodríguez. Editor [3]

[1] Quinto año de la Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela.

[2] Médico Cirujano. Universidad Central de Venezuela.

[3] Sexto año de la Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela.

Árbitros Externos en este número:

Dr. Alejandro Rísquez: Evaluación jornadas de salud del campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicio 2016, Maniapure, Venezuela.

Dr. Carlos Ruiz: Tuberculosis peritoneal sin sintomatología respiratoria en femenina de 18 años con fiebre y ascitis: reporte de caso.

Dra. Yudith Layas: Artritis séptica como presentación inicial de fascitis necrotizante en miembro inferior derecho, a propósito de un caso.

Dra. Elias Nakhal: Compresión biliar extrínseca. Síndrome de Mirizzi. Fotografía médica.

Junta directiva de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV) 2017-2018

| | | | |
|---|--|---|--|
| Presidencia Francisco Machado Representante de la Escuela "Luis Razetti" Suriel Landaeta Comité de Metodología y Desarrollo Científico Brayan Infante Editor en jefe Acta Científica Estudiantil Igor González | Vicepresidencia Edgardo Parucho Representante de la Escuela "José María Vargas" Ileana Novak Comité Permanente de Relaciones Internacionales e Intercambio José Rodríguez Presidencia Cciem Jeison Carrillo | Secretaría Claudia Rocafull Comité Permanente de Atención Integral en Salud Nouha Yacub Comité de Membresía Carlos Hernandez Presidencia Cumis José Marrero | Tesorería Charbel Abi Comité Permanente de Educación Médica Alexis Oliveros Comité de Publicidad Gabriela Sánchez Comité de Ética y Sanciones Rosa Tanzi |
|---|--|---|--|

Propiedad de:

Acta Científica Estudiantil.

ISSN 2542-3428

Depósito legal DC2017001301

Caracas, Venezuela.

Página web: <http://www.actacientificaestudiantil.com.ve>

Correo electrónico: actacientificaestudiantil@gmail.com

Fecha de publicación: junio de 2017

Número de páginas: 86

Acta Científica Estudiantil es el medio de difusión oficial y órgano científico de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV).



Portada

Collins F.

7 jun 2013

Colorized scanning electron micrograph of Mycobacterium tuberculosis. Disponible en: <https://directorsblog.nih.gov/2013/01/07/new-weapon-targets-ancient-foe/>

Modificada con Illustrator®

Acta Científica Estudiantil

2017;12(1)



Editorial

Ideas en el Siglo XXI

Ricardo Aguiar. Editor ejecutivo.

Trabajos de Investigación

Evaluación del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2016, Maniapure, Venezuela.

Brito-Catari BJ, Coronado-Raniolo JA, González-Gutiérrez VE, Maksoud-Sleiman RN, Manzano-Velez CM, Marcano JA, Milne RB, Pérez VC, Rivero AV.

Reportes de casos

Tuberculosis peritoneal sin sintomatología respiratoria en femenina de 18 años con fiebre y ascitis: reporte de caso.

Medina A, Passaro A, Montilla M, Herranz G.

Artritis séptica como presentación inicial de fascitis necrotizante en miembro inferior derecho, a propósito de un caso.

Luna K, Díaz S, Pantoli A, Cotua M.

Fotografías médicas

Compresión biliar extrínseca. Síndrome de Mirizzi. Fotografía médica.

Vilera MF, De Oliveira DC.

Normas de autoría

EDITORIAL

Ideas en el Siglo XXI

Ricardo Aguiar.^{1,2}



A lo largo de la historia, la humanidad ha seguido un camino que la ha llevado a ser una de las especies más exitosas. Gracias a una conjunción de factores, un grupo de primates logró desarrollar características morfológicas, neurológicas, fisiológicas, y destrezas, como la marcha bípeda, las modificaciones de la dieta, el uso de herramientas, y el lenguaje; necesarias para establecerse en lo más alto de la cadena trófica.

Una vez resuelta la necesidad básica de sobrevivir ante los depredadores, *Homo sapiens* puede dedicar esa nueva capacidad intelectual para resolver otra clase de problemas, abstractos y grandiosos.

Es así como nuestra especie, y sus ideas, ascienden por la vía que Abraham Maslow [1] describiría en 1943 como una pirámide, jerarquizando las necesidades del hombre, desde las fisiológicas básicas hasta la autorrealización. Para quienes no manejen este concepto, es una manera de explicar la forma en la que un individuo prioriza las necesidades; por ejemplo, si un hombre no logra resolver el hambre, es poco probable que intente tener un crecimiento intelectual.

Gracias a esta capacidad de desear lograr más han surgido grandes ideas, traídas al mundo por los grandes pensadores e inventores. La formulación de nuevas interrogantes en el espacio ahora disponible en la vida de estos pensadores es el impulso de la investigación.

Otra forma de ver el desarrollo de las ideas, la ciencia, u otros conceptos, es la de un espiral que crece conforme suceden cambios en los conocimientos disponibles. La ruta que sigue el conocimiento se hace exponencialmente más amplia con cada giro, apoyándose en los hallazgos que hacen distintas áreas de una misma ciencia o de varias. Por ejemplo: un avance en la medicina de la magnitud que tuvo la erradicación de la malaria en Venezuela por el Dr. Arnoldo Gabaldón [2] causó un aumento en el desarrollo humano en las regiones del interior del país [3], que a su vez permitió el crecimiento socioeconómico del país. Esto podría seguirse relatando de manera de hilar hasta el momento en que la medicina encuentre suficiente base para sustentar otro impulso.

Lastimosamente, el espiral ha visto trabada su ruta en varias oportunidades, tales como la dogmatización por parte de la Iglesia Católica del conocimiento médico y anatómico impartido por Claudio Galeno

No todo son malos momentos. Dos cosas se pueden observar después de los periodos de decadencia: primero, la avidez de conocimiento no desaparece por más que se reprima, tal como el hambre, crece con el tiempo. Y segundo, somos *resilientes*, con una alta capacidad de “ponernos al día”. De ahí en que estemos en una de las mejores épocas para estar vivo como científicos: inventos que permiten la comunicación global y la difusión rápida del conocimiento producen un crecimiento tan vertiginoso que es difícil de creer.

1. Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela
2. Editor Ejecutivo. Página Web y Medios. Acta Científica Estudiantil.

Es importante que se aproveche este contexto para producir nuevas ideas, que surgirán con facilidad. Aunque todo parezca haberse inventado ya, se puede echar un vistazo al pasado y ver cómo los grandes inventos no siempre surgen de una necesidad absoluta, sino más de una mejora que muy pocos habrían considerado necesaria. Es por eso que desde *Acta Científica Estudiantil* invitamos a nuestros lectores a ser quienes rompan el paradigma y se atrevan a hacer las preguntas nuevas, para obtener las nuevas respuestas necesarias para el progreso.

En este tiempo tan fértil que es el siglo XXI, es hora de *sembrar nuevas ideas*.

Referencias

1. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev.* 1943 [citado 13 oct 2017];50(4). Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/1943-03751-001>
2. Gabaldón A. The nation-wide campaign against malaria in Venezuela. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1949 [citado 13 oct 2017];43(2):113-32. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0035920349900371>
3. Buttó LA. Síntesis histórica de los cambios ocurridos en el índice de desarrollo humano en Venezuela entre 1936 y 1945. *Rev Inv y Post.* 2003 [citado 13 oct 2017];17(2):113-19. Disponible en: <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/revinpost/article/view/1505/623>

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2016, Maniapure, Venezuela.

Balbino Jesús Brito-Catari¹, José Alejandro Coronado-Raniolo², Victoria Eugenia González-Gutiérrez³, Rony Antonio Maksoud-Sleiman¹, Carla Marisela Manzano-Vélez¹, Juan Alejandro Marcano Caraballo¹, Rebeca Beatriz Milne Espinoza³, Verónica Carolina Pérez Matos², Andrea Valentina Rivero González².



RESUMEN

La capacidad de las comunidades indígenas venezolanas de acceder a los servicios básicos, entre ellos un sistema de salud apto para cubrir sus necesidades, se encuentra severamente afectada. Esta situación condiciona una mayor incidencia de enfermedades. En agosto de 2016, se llevó a cabo el Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) por parte de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), de la región Maniapure, estado Bolívar, Venezuela; donde especialistas y estudiantes de medicina brindaron atención médica tanto en el Ambulatorio Rural tipo II “Centro la Milagrosa” como en las diversas comunidades criollas e indígenas que conforman Maniapure. Previo consentimiento de los consultantes, se obtuvieron los datos utilizados mediante la historia clínica, concluyendo así, un total de 352 pacientes atendidos, de los cuales el 57.10% pertenecían a la etnia Eñepá, el 53.97% eran adultos y 53.40% eran masculinos. A diferencia de estudios previos, donde el principal motivo de consulta fue diarrea, el de mayor incidencia fue la fiebre (34.37%) seguido de dolor abdominal (24.14%) y diarrea (21.31%). En conjunto con los hallazgos más frecuentes fueron lesiones dermatológicas (52%) y adenopatías (20%), y los diagnósticos tales como síndrome febril agudo (18,83%), parasitosis intestinal (12,67%) y síndrome diarreico agudo (12,67%) permiten demostrar en este trabajo la posible reincidencia de enfermedades tropicales características de la zona. De igual manera se atribuye la prevalencia de otras enfermedades al estilo de vida consecuente de la cultura, de la población en estudio.

Palabras clave: Historia clínica, población indígena, sistema de salud.

The capacity of the Venezuelan indigenous tribes to access basic services, such as a health system in capacity to cover the population necessities, is frankly affected. This situation conditions the growing incidence of diseases. In August 2016, the University Multidisciplinary Camp of Research and Service (CUMIS) a project by the Universidad Central de Venezuela's Scientific Society of Medicine Students (SOCIEM-UCV) took place in the region of Maniapure, state of Bolívar, Venezuela. In this period of time, medicine students and specialists provide medical service in the type II rural ambulatory “Centro la Milagrosa”, as well in several indigenous and creole communities of Maniapure. After signing the informed consent, the data was obtained using the medical record. A total of 352 patients were seen, 57.10% of that patients were part of the Eñepá indigenous tribe, the 53.97% were adults and the 53.40% were males. In contrast to previous research, where the main motive of medical consultation was intestinal parasites, the one with higher incidence was fever (34.37%) followed by abdominal pain (24.14%) and diarrhea (21.31%). During the physical examination the main findings were dermatological disorders (52%) and adenopathies (20%). The most common medical diagnosis was acute febrile syndrome (60%), followed by intestinal parasites and acute diarrhea syndrome (both 37%), this allows this research to prove the significant role of tropical diseases which are characteristic of this zone. In the other hand is also important to highlight the influence that the style of living and culture have over these population's morbidity.

Key words: Indigenous population, health system, medical records.

1. Estudiante de 6to año de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.
2. Estudiante de 5to año de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.
3. Estudiante de 4to año de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela

El Paraiso, Caracas. Venezuela.

E-mail:
vicky.eu15@gmail.com

Recibido: 19 mar 2017
Aceptado: 5 sep 2017

Para citar este artículo/For reference this article: Brito-Catari BJ, Coronado-Raniolo JA, González-Gutiérrez VE y col. Evaluación jornadas de salud del campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicio 2016, Maniapure, Venezuela. Acta Cient Estud. 2017;12(1):6-11

En Venezuela según estadísticas del año 2015, se estima una población indígena de 724.592, de los cuales 54.686 se ubican en el estado Bolívar, distribuidos tanto en áreas rurales como urbanas [1]. En estos pueblos indígenas existe una mayor incidencia de pobreza, menor escolaridad, menor acceso a saneamiento, agua potable y acceso a sistemas de salud [1,2]. A partir del año 2010 se ha observado un retroceso de la agenda de salud indígena, lo cual se atribuye a cambios de las autoridades del área como ministros y alcaldes y la disminución de los presupuestos regionales [2], por otro lado, la escasez de medicinas y materiales médicos, genera dificultades para el acceso a los mismos, lo cual debilita las condiciones de salud de las comunidades indígenas [2,3]. Todos estos factores motivaron a los estudiantes de medicina de distintas universidades de Venezuela a que tomaran la iniciativa de organizar el Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio Social “CUMIS”, para brindar servicios de salud en estas poblaciones afectadas y de difícil acceso, garantizando también su derecho a la misma.

En agosto del 2016, la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV) organizó la tercera edición del CUMIS 2016, en la región de Maniapure, ubicada en el estado Bolívar. El estado Bolívar es una de las 24 entidades federales de Venezuela ubicada al sureste del país, es el hogar de múltiples grupos étnicos. En este estado se ubica el municipio Cedeño, donde se encuentra la región de Maniapure, representada por una superficie cercana a los 1500 kilómetros cuadrados, ubicada entre Caicara del Orinoco y la población Pijiguaos al noroccidente del estado Bolívar. A su vez es la zona de influencia de la atención médico-social del Centro “La Milagrosa”, el cual brinda asistencia a los habitantes de 33 comunidades criollas y 7 indígenas de la etnia Eñepa [3,4]. En promedio en el centro se atiende aproximadamente 250 -320 consultas por cada mes, de los

cuales el 30% son pacientes de la etnia Eñepa y sus principales motivos de consulta son: fiebre, afecciones respiratorias, escabiosis e impétigo, tuberculosis, parasitosis intestinales y conjuntivitis [4]. Para el año 2015 en un estudio de esta misma población, las patologías con mayor incidencia que se evidenciaron fueron: rinofaringitis viral, síndrome diarreico, parasitosis intestinal [4].

El objetivo de este estudio es reconocer los principales motivos de consulta, signos al examen físicos y tratamiento administrado, así como determinar las variables de identificación y epidemiológicas de los pacientes atendidos en las jornadas realizadas en el CUMIS 2016. De esta forma brindar los datos necesarios para ser utilizados en futuras investigaciones, dando a conocer las principales afecciones de esta región, sin dejar de lado la importancia de realizar acciones sociales para estas comunidades las cuales presentan un difícil acceso a recursos y servicios de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo consiste en un estudio de corte transversal, de tipo descriptivo. Participaron como población los individuos que asistieron en condición de pacientes a las jornadas realizadas en la región de Maniapure, estado Bolívar, Venezuela, desarrolladas tanto en el Ambulatorio rural tipo II, Centro “La Milagrosa”, como en cada una de las comunidades visitadas durante el Campamento Multidisciplinario de Investigación y Servicio (CUMIS) 2016, durante el mes de agosto de dicho año.

Para este estudio fueron atendidos 190 pacientes adultos y 162 pacientes pediátricos (tomados en cuenta como pacientes pediátricos aquellos menores de 12 años), de los cuales 164 fueron del sexo femenino, 188 del sexo masculino, distribuidos en 8 comunidades (La Emilia, Las Lagunas, Corozal, Bizcochuelo, Bizcochuelo Criollo, El Guamal, Macanilla y El Palote). Todos los datos de esta investigación fueron obtenidos por estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV)

y la Universidad del Zulia (LUZ), con un grado académico mayor a tercer año aprobado, entrenados previamente en el llenado correcto de las hojas de registro, que consistieron en un formato de historia clínica y registro de morbimortalidad, siguiendo un protocolo previamente discutido y aprobado por el comité de bioética del SENABI.

La información fue recolectada por los participantes del campamento, se tomaron los datos contenidos en las historias omitiendo los datos de identificación de los pacientes a fin de mantener el anonimato. Se estableció al iniciar cada consulta que la participación en los estudios es voluntaria y destacando que de no desear participar no tendría repercusión en la atención, durante cada jornada de salud. El consentimiento informado fue firmado por el adulto atendido y en el caso de los pacientes pediátricos si eran menores de 7 años, como su representante legal o el capitán de la comunidad en su defecto, a los mayores de 7 años, se les leyó el consentimiento informado junto con el consentimiento de su representante.

Se utilizó un formato de historia clínica donde se registraron los datos de identificación antecedentes personales, examen físico sistemático, tratamiento administrado, diagnóstico presuntivo, comentarios y necesidad de referencia. La historia clínica fue realizada estudiantes de 4to, 5to y 6to año, de diversas escuelas de medicina de distintas universidades venezolanas. Los estudiantes fueron asesorados durante la recolección de datos por médicos especialistas en las áreas de medicina interna, pediatría y cirugía quienes confirmaron el motivo de consulta y posterior a la realización de la historia, indicaron la administración de tratamientos dentro de las jornadas o de forma ambulatoria el cual se registró decidían si cumplía criterios de referencia y firmaban el certificado de atención realizado para las jornadas.

Fueron tomados la totalidad de registros recolectados durante cada una de las jornadas de salud desarrolladas y fue analizada realizando tablas en el programa

Microsoft Office Excel 2010, también utilizado para calcular las frecuencias y porcentajes para describir las distintas variables.

En cuanto a los criterios de inclusión, tenemos a todo paciente que acudió a las jornadas de salud, que hubiera entendido y aceptado las condiciones leídas en el consentimiento y asentimiento informado, que se haya culminado la realización de la historia clínica. Como criterio de exclusión, todo paciente que rechazó las condiciones mencionadas o a la aportación de datos durante el interrogatorio así mismo la imposibilidad de completar la historia clínica por causas ajena o inherentes al paciente.

Como variables tenemos aquellas relacionadas a la caracterización de la persona como lo son: el sexo, la edad, etnia, comunidad de procedencia; Se evaluaron los síntomas y se extrajeron los 10 más frecuentes del mismo modo se realizó con los signos físicos evidenciados, los motivos de consulta encontrados y los diagnósticos presuntivos realizados. Durante el análisis de los datos se determinó la frecuencia de cada diagnóstico como variable independiente y se asociaron a una patología pertenecientes al CIE-10. En vista de la ausencia de pruebas paraclínicas, imagenológicas y diagnósticos definitivos se utilizaron códigos del CIE que representaran patologías no específicas o generales a excepción de aquellas enfermedades reconocibles a través del interrogatorio y examen físico confirmadas por los especialistas en el área. Para efectos de las jornadas el antecedente de expulsión de vermes a través de las heces, referido por los representantes o el paciente sin ingesta de tratamiento antiparasitario específico o de amplio espectro dentro de los últimos 30 días como criterio suficiente para realizar el diagnóstico de Parasitosis Intestinal (PI) y poder administrar tratamiento. Todo paciente al cual no se realizó diagnóstico posterior a su evaluación y que no se administró tratamiento se consideró como paciente sano. El acceso a medicamentos con y sin receta médica de las comunidades atendidas es limitado y se realiza a través del ambulatorio "La Milagrosa" y de la Fundación Maniapure a través de diferentes sistemas, de este modo se tuvo registro de las comunidades

con acceso a antiparasitarios u otro tratamiento etiológico de forma reciente.

RESULTADOS

Durante las diversas jornadas de salud llevadas a cabo en el marco de la tercera edición del Campamento Universitario de Investigación y Servicio (CUMIS) 2016 en la Comunidad de Maniapure del estado Bolívar de Venezuela, se atendieron 352 pacientes, de los cuales 53,40% (n=188) de los eran del sexo masculino, mientras que 46,59% (n=164) eran del sexo femenino. Aquellos menores de 18 años correspondieron al 46,02% (n=162), mientras que 53,97% (n=190) eran mayores de 18 años. Otro aspecto a resaltar es que 57,10% (n=201) de los pacientes atendidos en las jornadas de salud pertenecen a comunidades indígenas de la etnia Eñepá (Bizcochuelo, Coroza, El Guamal, Macanilla), mientras que 42,89% (n=151) fueron de comunidades criollas (Las Lagunas, La Emilia, Bizcochuelo criollo, El Palote)

En cuanto al motivo o síntoma principal que llevó a los pacientes a acudir a nuestra jornada de salud se esquematizan los 10 principales (Tabla 2). La fiebre como primer síntoma con 34,37% (n=121) seguido de dolor abdominal representando 24,14% (n=85) y diarrea 21,31% (n=75).

Los principales hallazgos al examen físico durante estas jornadas fueron lesiones dermatológicas (52%) seguido por adenopatías (20%) y hallazgos de cuerpos extraños en conductos auditivos externos en 12% de los pacientes (Gráfico 1).

Dentro de los primeros 10 diagnósticos más frecuentes se encontró que el

| Etnia | Grupo etario | Masculino | Femenino | Total |
|---------|--------------|-----------|----------|-------|
| Criollo | Adulto | 28 | 51 | 79 |
| | Niño | 40 | 42 | 82 |
| Eñepá | Adulto | 73 | 38 | 111 |
| | Niño | 50 | 30 | 80 |
| Total | Adulto | 100 | 89 | 190 |
| | Niño | 90 | 72 | 162 |
| | -- | 190 | 161 | 352 |

Tabla 1. Variables demográficas de edad, género y raza de los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela.

| Síntomas | Número de pacientes | % |
|-----------------|---------------------|-------|
| Fiebre | 121 | 34,37 |
| Dolor abdominal | 85 | 24,14 |
| Diarrea | 75 | 21,31 |
| Tos | 60 | 17,04 |
| Prurito en piel | 53 | 15,05 |
| Pérdida de peso | 48 | 13,63 |
| Hiporexia | 44 | 12,5 |
| Rinorrea | 22 | 6,25 |
| Náuseas/vómitos | 22 | 6,25 |
| Diaforésis | 22 | 6,25 |

Tabla 2. Principales 10 motivos de consulta de los pacientes atendidos. Nota: del total de pacientes, 31,53% (n=111) presentaron un (1) solo motivo de consulta y 68,46% (n=241) presentaron 2 o más motivos de consulta.

17,04% (n=60) se trataban de pacientes aparentemente sanos y 82,95% (n=292) fueron diagnosticados con alguna patología, entre ellas: síndrome febril agudo fue el principal diagnóstico en un 18,83% (n=55) seguido por diversas parasitosis intestinales y síndrome diarreico agudo cada uno con 12,67% (n=37) (Gráfico 2).

Finalmente, los principales tratamientos que fueron recetados a los pacientes de acuerdo con el diagnóstico realizado, fueron acetaminofén en un 28% (n=88), seguido de albendazol en un 13% (n=42) y loratadina 6% (n=20) (Gráfico 3)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de la semana se pudo evidenciar un aumento en el número de pacientes atendidos en las comunidades (352)



Gráfico 1. Principales 5 hallazgos al examen físico en los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela. (Abreviaciones: CAE: Conducto Auditivo Externo)

en total, respecto a cifras manejadas en ediciones previas del CUMIS. Igualmente, respecto a la edición de 2015 hay que recalcar un cambio en la proporción de hombres y mujeres que vinieron a atenderse, precisando un aumento en la asistencia a la consulta por parte de los pacientes de género masculino, en un 5.53%, situación que se observó tanto en las comunidades indígenas como criollas [4]. Podría ser explicado, ya sea por la forma en la que se encuentran estructuradas estas comunidades esencialmente patriarcales o

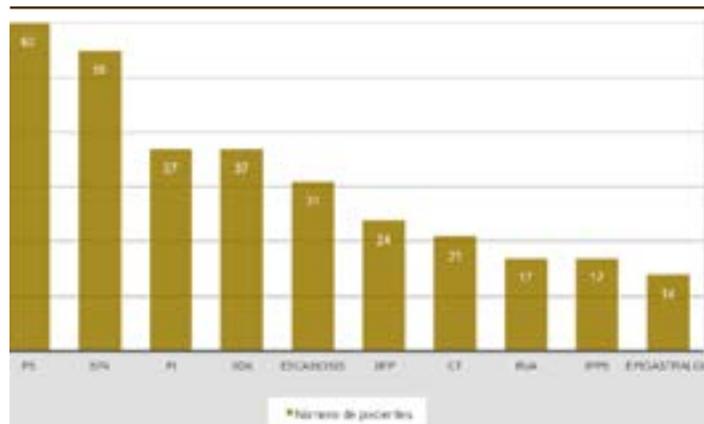


Gráfico 2. Principales 10 diagnósticos realizados en los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela. (Abreviaciones y códigos: PS: paciente sano. Paciente que teme estar enfermo a quien no se realiza ningún diagnóstico (CIE Z71). SFA: Síndrome febril agudo, fiebre con escalofríos (R500). PI: parasitosis intestinal (B829). SDA: síndrome diarreico agudo. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09). Escabiosis (B86). SFP: síndrome febril prolongado, fiebre persistente (R501). CT: cefalea (R51). RA: rinofaringitis aguda (J00). ILPTS: Infección Local de la piel y tejido subcutáneo no especificada (Lo89), epigastralgia. Dolor abdominal localizado en la parte superior (R101).

por una respuesta que la comunidad a lo largo del tiempo está mostrando ante el proyecto y la labor social que este representa [4,5]

Durante el período de aplicación de las consultas médicas integrales que se llevaron a cabo, se encontró que los 3 principales diagnósticos realizados fueron síndrome febril agudo, parasitosis intestinales y síndrome diarreico agudo (ver gráfica 2). Las enteroparasitosis han sido descritas en estudios anteriores como las enfermedades que más comúnmente afectan a las comunidades indígenas en Venezuela [5,6], no obstante, en esta jornada del campamento se encontró la fiebre como principal motivo

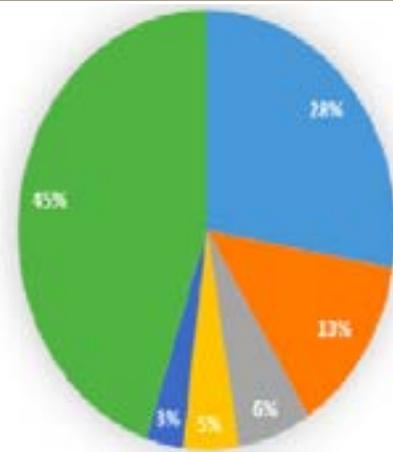


Gráfico 3. Principales 5 tratamientos recetados a los pacientes atendidos. CUMIS 2016, Maniapure, estado Bolívar, Venezuela. (Otros: ampicilina, clotrimazol, ibuprofeno, tramadol, mupirocina, farbicil, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, sulfadiazina de plata, crema azufrada, sulfato ferroso, ranitidina, terbinafina, salbutamol, sumatriptan)

de consulta por los pacientes, representando así el 34% de los motivos por los cuales los indígenas acudían al proyecto de salud a diferencia de cómo se evidenció en los previos CUMIS realizados en 2014 y 2015.

Este aumento en el número de casos del síndrome febril prolongado podría estar explicada entre otras causas por un déficit en las políticas de prevención contra enfermedades tropicales características de la zona [7,8], principalmente la malaria, de los cuales el síntoma común que comparten es la fiebre [9]. Seguidamente, en orden, los motivos de consulta frecuentes fueron el dolor abdominal, diarrea, tos y lesiones dermatológicas. Siendo el estado Bolívar, una zona endémica para las distintas parasitosis existentes en el país [9], es de esperar que estas fueran las causas del dolor abdominal, diarrea, pérdida de sueño y apetito en la población indígena estudiada [9,10].

En esta investigación, la frecuencia y distribución de las enfermedades se explica por los determinantes sociales y ambientales de la población de la zona. Es importante tener en cuenta que las principales causas de morbilidad por la cual consultan los habitantes de estas comunidades vienen dadas por patologías consecuentes de diversos factores

propios de la zona y de su cultura, donde la variabilidad climática que va de drásticos inviernos a veranos, la mala higiene personal, y la inadecuada manipulación de los alimentos y con el consumo de agua, así como la falta de servicios sanitarios adecuados, convivencia con animales y el desuso del calzado por parte de la raza indígena [11,12,13], conllevan a que estas personas presenten las diferentes patologías antes expuestas, lo que nos da de cierta forma la idea de que aunque varios pueblos del oriente y del occidente venezolano han cambiado su cultura y estilo de vida

en 16 años [14], aunado al advenimiento de epidemias y nuevas enfermedades la comunidad de Maniapure [15], se ha mantenido sin modificaciones de su conducta en pro de una mejor salud sanitaria, lo que conlleva a que los motivo de consulta se repitan año tras año y éstos varíen según la época del año en la que se esté.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Referencias

- Vinding D, Mikkelsen C. Mundo indígena 2016. Copenhague, Dinamarca: IWGIA, Grupo internacional de trabajo sobre asuntos indígenas;2016.
- Arevalo-Cuntrera MA, Arévalo-Rojas NM, Álvarez-Hoppert J, Guerra-Bello D, Fragachán-Khalil, CL, Lodeiro A, Marrero JA, Milne R, Prospero A, García-Morante DA. Evaluación de Jornadas de Salud: Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio 2015, Maniapure, Venezuela. Material no publicado
- Villalón ME. Los E'ñapa. En Freire GN, Tillet A. Salud Indígena en Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la salud de la República Bolivariana de Venezuela. 2007; 1(3): 15-63.
- Montero-Mentado JG, Moya-Fariñas D, Alvarez M, Cusati V, Ortiz B, Curiel A, Chacon J. Evaluación de Jornadas de Salud del Campamento Universitario Multidisciplinario de investigación y Servicio 2014, Maniapure, Venezuela. ACE 2015; 10(1): 5-11.
- Dobson, A . Carper E. Infectious diseases and human population history, BioScience 46 1996: 115-126.
- Batista, O y Álvarez, Z. Parasitismo intestinal en niños mayores de 5 años de Ciudad Bolívar. MEDISAN, 2013, 17(4), 585-591.
- Montenegro, R. y C. Stephens. Indigenous health in Latin America and the Caribbean, The Lancet. 2006. 367: 1859-69.
- United Nations Inter-Agency Support Group (IASG). The health of indigenous peoples. 2014. de <http://www.un.org>
- Osborn F. H., Rubio-Palis Y., Herrera M., Figuera A. & Moreno J. E. (2004). Caracterización ecoregional de los vectores de malaria de Venezuela. Bol. Mal. Salud Amb. 44: 77-92.
- Añanguren M, Ibarra C, Pocater L, Berti Z, Correa I, Levesque T, Sanabria T. Reporte y seguimiento de un programa comunitario médico-social: Proyecto Maniapure año 2000. Gac Méd Caracas 2001; 109(1): 73-81.
- Toro, M. Diagnóstico económico del dispositivo sanitario en el estado Amazonas. Hacia una socialización de la medicina hipocrática, en M. Perera (ed.) Salud y Ambiente. Caracas:Universidad Central de Venezuela. 2006. 10 (1): 45-60.
- Sanabria T, Pocater L. Conceptos y programas de atención médica primaria y social en las comunidades rurales del área de Maniapure, Estado Bolívar. Gac Méd Caracas 1997; 105(3): 340-345.
- Campo-Betancourt CF, Mondragón-Cardona A, Moreno-Gutierrez PA, Jiménez-Cañizalez CE, Tobón-García D, Martínez JW. Identificación de factores de riesgo cardiovascular a través del Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicios (CUMIS). Acta Cient Estud 2010; 8(3): 56-60.
- Solar, O. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). World Health Organization. 2010.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud [MPPS]. Boletín Epidemiológico. (Semana epidemiológica N° 52). Caracas, 2015.

REPORTE DE CASO

Tuberculosis peritoneal sin sintomatología respiratoria en femenina de 18 años con fiebre y ascitis: reporte de caso.

Annamaria Medina Ferrari¹, Alessandra Passaro Zapata¹,
Marinela Montilla Méndez¹, Gabriela Herranz Álvarez².



RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana producida por *Mycobacterium tuberculosis*, cuya presentación más común es la tuberculosis pulmonar; dentro de las presentaciones extrapulmonares, la peritoneal ocupa el 6to lugar por orden de frecuencia. Se presenta caso de paciente femenino de 18 años de edad procedente del estado Miranda, Venezuela, sin antecedentes patológicos conocidos, quién manifestó fiebre de 39°C, vespertina y aumento progresivo de volumen abdominal durante un mes. Al examen físico se evidencia abdomen globoso a expensas de líquido ascítico, blando, depresible, no doloroso, con matidez cambiante y signo de la oleada positivo. En la hematología resalta trombocitosis y elevación de VSG; radiografía de tórax sin alteraciones, ultrasonido transvaginal y ultrasonido abdominal reportan ascitis sin megalias, PCR para micobacterias del líquido ascítico negativo y ADA con un resultado de 93 U/L. Durante la hospitalización persistió febril y ascitis incluso posterior a paracentesis terapéutica. Teniendo el contexto de PCR y epidemiológicos negativos para TBC se planteó diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal, pero por el valor de ADA elevado se inició prueba terapéutica con rifampicina 450mg, isoniazida 225 mg, pirazinamida 1200 mg, etambutol 825 mg piridoxina 50 mg (todas orden día) y control de función hepática, observándose mejoría clínica notoria. El diagnóstico de tuberculosis peritoneal sin asociación de sintomatología respiratoria y con PCR negativo constituye un reto clínico; es importante el conocimiento de la entidad al plantear hipótesis diagnósticas.

Palabras claves: Ascitis, tuberculosis, tuberculosis peritoneal.

Peritoneal tuberculosis without respiratory symptoms in 18-year-old female with fever and ascites: a case report

The Tuberculosis (TB) is a bacterial disease caused by Mycobacterium tuberculosis, with its most common form being pulmonary TB. In order of frequency, the peritoneal form (PT) is the sixth leading cause of extrapulmonary TB. The case of an 18-year-old female from Miranda State, Venezuela is studied. The patient presents no known pathological symptoms, vespertine fever of 39° C (102.2° F) and progressive increase of abdominal volume for one month. Physical examination shows the patient's abdomen non-tender, soft, pliable and distended—due to the presence of ascitic fluid—with shifting dullness and presence of fluid wave. Blood test shows thrombocytosis and increased ESR; chest x-ray did not present any abnormalities; transvaginal and abdominal ultrasounds revealed ascites without megaly; PCR for mycobacterial ascites was negative and the ADA result was 93 U/l. During hospitalization, the patient remained febrile and the ascitic conditions persisted even after therapeutic paracentesis. Considering the PCR and the epidemiological data negative results for TB, a differential diagnosis of peritoneal carcinomatosis was proposed. However, due to the high ADA level, a treatment test was initiated with rifampicin 450 mg, isoniazid 225 mg, pyrazinamide 1200 mg, ethambutol 825 mg, pyridoxine 50 mg (daily intake) and control of the liver function, observing a marked clinical improvement. The diagnosis of PT without related respiratory symptoms and a negative PCR constitutes a clinical challenge. Consequently, it is important to be aware of this condition when proposing a diagnostic hypothesis.

Keywords: ascites, tuberculosis, peritoneal tuberculosis.

1. Estudiante de pregrado de la Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Universidad Central de Venezuela.

2. Médico Cirujano de la Universidad Central de Venezuela. Residente de tercer año de postgrado de Medicina Interna en el Hospital Universitario de Caracas, Universidad Central de Venezuela

La Urbina, Caracas, Venezuela.
CP:1073

E-mail:
annamedina4195@gmail.com

Recibido: 17 may 2017

Aceptado: 29 jun 2017

Para citar este artículo/For reference this article: Medina A, Passaro A, Montilla M, Herranz G. Tuberculosis peritoneal sin sintomatología respiratoria en femenina de 18 años con fiebre y ascitis: reporte de caso. Acta Cient Estud. 2017;12(1):12-16

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto-contagiosa causada por los bacilos *Mycobacterium tuberculosis* principalmente, *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium africanum*. Su transmisión es a través de la inhalación de partículas o aerosoles (gotas de Flügge) que contengan a la bacteria expulsadas por un paciente con TB activa. Una vez que los bacilos ingresan por las vías aéreas, en los pulmones son captados y fagocitados por macrófagos, hasta la formación de granulomas con el objetivo de contener su diseminación; este proceso es conocido como primoinfección tuberculosa. En condiciones de inmunosupresión, las células macrófágicas se hacen insuficientes para mantener a los bacilos, las cuales se liberan hasta producir manifestaciones clínicas, conociéndose esta fase como tuberculosis secundaria. En algunos casos, los bacilos pueden hacer distribución sistémica bien sea por vía linfática o sanguínea y establecerse en otros órganos, tales como meninges, linfonódulos, huesos, riñones, peritoneo, pleura, pericardio, entre otros; estos casos se conocen como tuberculosis extrapulmonar [1]. La tuberculosis peritoneal es una presentación poco común ubicándose en el 6to lugar dentro de las manifestaciones extrapulmonares [2].

Las principales manifestaciones clínicas de la tuberculosis peritoneal son ascitis, dolor y distensión abdominal [3]; también puede presentarse con fiebre, diarrea, hepatomegalia y esplenomegalia [4]. Las pruebas con mayor especificidad y sensibilidad para estos casos son la biopsia peritoneal mediante laparoscopia, el análisis del líquido ascítico y la medición de la actividad de la adenosina desaminasa (ADA).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2014 se registraron 9.6 millones de casos de tuberculosis en todo el mundo [5], representando la ubicación peritoneal el 1-2% de todos los casos de tuberculosis [6]. Con respecto a Venezuela, en el anuario de mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud del año 2013,

se reportaron 4 muertes por tuberculosis peritoneal [7]. A partir de estos datos, se observa la particularidad de los casos de tuberculosis peritoneal en Venezuela, siendo necesario establecer el diagnóstico en el menor tiempo posible, debido que a un retardo en el inicio terapéutico aumenta la mortalidad, cuya tasa media es del 19% acorde a los datos acumulativos de 18 estudios, que incluían más de 800 pacientes [4].

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 18 años de edad, natural y procedente del estado Miranda, Venezuela. Sin antecedentes patológicos conocidos, acude en el contexto de síndrome febril de un mes de evolución, cuantificado en 39°C de predominio nocturno, precedida de escalofríos y seguridad de diaforesis, que atenuaba con la administración de acetaminofén, sin especificación de la dosis por parte de la paciente; concomitante aumento de volumen abdominal. Al examen físico, sus signos vitales se encontraban dentro de los valores normales, tórax simétrico, normoexpandible, vibraciones vocales conservadas, resonante a la percusión, ruidos respiratorios presentes y sin agregados; abdomen globoso a expensas de líquido ascítico, timpánico periumbilical con matidez en flancos, doloroso a la palpación profunda de fosa ilíaca derecha, signo de la oleada positivo y matidez cambiante, con signo de Bloomberg negativo.

En los paraclínicos de ingreso se observó en los datos de laboratorio trombocitosis y elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) (Tabla N°1). Durante la hospitalización se realizó hematología evidenciando anemia y neutrofilia, con la

| Prueba | Resultado |
|-----------|-------------------------|
| Plaquetas | 493x10 ³ U/L |
| VSG | 90 mm/h |
| Cl | 96mmol/L |

Tabla 1. Valores alterados de la hematología completa de la paciente al momento de su ingreso.

| Prueba | Resultado |
|-------------|-------------------------|
| Hemoglobina | 11,1 g/dL |
| Neutrófilos | 78,4% |
| Plaquetas | 549x10 ² U/L |
| VSG | 78 mm/h |

Tabla 2. Valores alterados de la hematología completa de la paciente durante su hospitalización.

persistencia de la trombocitosis y aumento de la VSG (Tabla N°2).

Se practicó un Ultrasonido (US) abdominal, donde se reportó ascitis, confirmado por un US transvaginal con ausencia de patología orgánica. Posteriormente, se realizó paracentesis obteniendo líquido ascítico, con análisis de citoquímico y citomorfológico de alta celularidad a predominio mononuclear, de bajo gradiente; y el ADA obtuvo un resultado de 93 U/L.

En radiografía simple de tórax no se observaron lesiones pleuro-parenquimatosas, ni alteraciones en silueta cardio-mediastínica. Por último, se obtuvo PCR para micobacterias en líquido ascítico negativo y serología para HIV negativo (Tabla N°3).

En un principio se plantearon los diagnósticos diferenciales de tuberculosis peritoneal y carcinomatosis peritoneal. Con los resultados del ADA se decidió iniciar tratamiento anti TB con rifampicina 450mg, isoniazida 225 mg, pirazinamida 1200 mg, etambutol 825 mg y piridoxina 50 mg (todas orden día) y control de función hepática en 48 horas, sin modificaciones fuera del rango normal. La paciente se mantuvo afebril desde el inicio del tratamiento y con disminución de circunferencia abdominal por lo que se concluyó como TB peritoneal.

Finalmente, se decidió el egreso de la paciente a los 24 días de hospitalización y se indicó continuar con el tratamiento anti TB, además del control de pruebas de funcionalismo hepático y ácido úrico mensualmente.

DISCUSIÓN

La TB peritoneal es una inusual presentación de la tuberculosis, cuya clínica es imprecisa y en ausencia de algún foco

| Método Diagnóstico | Resultado |
|---------------------------------------|---|
| Líquido ascítico | Amarillo, límpido, densidad: 1040, Celularidad: 2278mm ³ , Polimorfonucleares: 28%, Mononucleares: 72%, Hematíes: 12000, Albúmina: 2,94 LDH: 0 |
| Uroanálisis | Proteínas: trazas, Leucocitos 2-4 por campo |
| US abdominal | Ascitis. Sin alteración de vías biliares, riñones y bazo dentro de los límites normales. |
| US transvaginal | Útero en AVF, línea endometrial de 5mm, miometrio homogéneo, ovario DLN. Concluye como ascitis, sin evidencia de patología orgánica. |
| US abdominal posterior a paracentesis | Líquido libre abundante en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, moderado en fondo de saco posterior, escaso en espacio perihepático, Morrison y subfrénico (I), enfermedad parenquimatosa hepática grado I, sedimento urinario. |
| Rx osteroanterior de tórax | Buena calidad técnica, ICT < 0,5, arcos costo y cardiofrénicos libres, sin lesiones en parénquima. |
| HIV y VDRL | Negativo |
| PCR | Negativo para Micobacterias en líquido ascítico. |
| ADA | 93 U/L |
| RM de pelvis | Se evidenciaron ovarios poliquísticos. |

Tabla 3. Resultados de los métodos diagnósticos realizados.

pulmonar se dificulta su diagnóstico. Se puede presentar clínicamente con dolor abdominal (95%), ascitis (92%) y distensión abdominal (82%), concomitante fiebre, diarrea, hepatomegalia, esplenomegalia, y en algunos casos trombocitosis y anemia normocítica normocrómica [3,4]. Es por ello que pueden plantearse diagnósticos diferenciales como el cáncer de ovario y la carcinomatosis peritoneal. Al mismo tiempo, el diagnóstico de esta patología en pacientes que presenten dicha sintomatología con serología de HIV negativa es más complicado, el cual requiere una alta sospecha clínica.[8]

Durante la revisión de la literatura se mencionan principalmente dos métodos

diagnósticos con alta especificidad y sensibilidad; la biopsia de peritoneo a través de laparoscopia, que permite una observación de la bacteria y confirmación del diagnóstico en el 95% de los casos de forma rápida y específica; y el ADA cuya sensibilidad oscila entre 96–100% y su especificidad entre 97–98% [4,8,9] con un punto de corte de 39 U/L [9]. Un metanálisis sobre la utilidad de esta prueba para el diagnóstico de la TB peritoneal, determinó basado en la evidencia de su estudio que el ADA juega un importante rol para el diagnóstico de dicha enfermedad, el cual debe complementarse con la evaluación de las manifestaciones clínicas y el examen microbiológico de la biopsia peritoneal [10]. Sin embargo en este caso, aún con los resultados de ADA los cuales se obtuvieron muy por encima al punto de corte, se decidió realizar otros exámenes cuyos resultados fueron considerados como pertinentes negativos, entre ellos la cuantificación de PCR, el cual refieren que presenta una baja exactitud para el diagnóstico [10] y radiografía de tórax postero-anterior, lo que hace especial el caso.

No obstante, Vagenas [11] presentó cuatro casos clínicos con características

similares al presente caso, permitiendo confirmar que la inusual presentación de la tuberculosis peritoneal no presenta un patrón en el surgimiento de los signos y síntomas. Además, planteo la necesidad de hacer diagnóstico diferencial con carcinomatosis peritoneal por confusiones diagnósticas con cáncer de ovario, por lo que se realizaron biopsias peritoneales [11], permitiendo orientar el diagnóstico hacia tuberculosis peritoneal.

Finalmente, a pesar de la poca incidencia de la tuberculosis peritoneal tanto en Venezuela como a nivel mundial, es importante tener en cuenta esta patología en pacientes inmunocompetentes que presenten clínica similar, ya que la ausencia de focos pulmonares y un PCR negativo no son necesariamente excluyentes, por lo que realizar el diagnóstico oportuno influye de forma significativa en la tasa de mortalidad de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Referencias

- Lozano J. Tuberculosis. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Offarm* [Internet]. 2002 sep [Consulta el 2017 Marzo 17];21(8):102–110. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tuberculosis-patogenia-diagnostico-tratamiento-13035870>
- Sharma MP, Bhatia V. Abdominal Tuberculosis. *Indian J Med Res* [Internet]. 2004 oct [Consulta el 2016 Marzo 18];120(4):305–315. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15520484>
- Tanrikulu A, Aldemir M, Gurkan F, Suner A, Dagli CE, Ece A. Clinical review of tuberculous peritonitis in 39 patients in Diyarbakir, Turkey. *J Gastroenterol Hepatol*. [Internet]. 2005 jun. [Consulta: 2016 Abril 15];20(6):906–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15946139>
- Guirat A, Koubaa M, Mzali R, Abid B, Ellouz S, Affes N, et al. Peritoneal tuberculosis. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. [Internet]. 2011 ene 6 [Consultado: 2016 Marzo 18];35(1):60–69. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ahmed_Guirat/publication/236147270_Peritoneal_tuberculosis/links/00b7d534f9f6202fe0000000.pdf
- World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2015*. [Internet]. 20ma Edición. [Consultado: 2016 Abril 14]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/>
- Mimidis K, Ritis K, Kartalis G. Peritoneal tuberculosis. *Ann Gastroenterol* [Internet]. 2005 [Consultado: 2016 Abril 15]; 18(3):325–329. Disponible en: <http://www.annalsgastro.gr/files/journals/1/articles/335/submission/original/335-1538-1-SM.pdf>
- República Bolivariana de Venezuela. Anuario de Mortalidad 2013. Ministerio del Poder Popular para la Salud [Internet]. 2015 Dic. [Consultado: 2017 Enero 21]. Disponible en: <http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2013.pdf>
- Bolognesi M, Bolognesi D. Complicated and delayed diagnosis of tuberculous peritonitis. *Am J Case*

- Rep [Internet]. 2013 Mar 16 [Consulta: 2016 Mayo 1]. 14:109–112 Disponible en: <http://www.amjcaserep.com/download/index/idArt/883886>
9. Riquelme A, Calvo M, Salech F, Valderrama S, Pattillo A, Arellano M, et al. Value of adenosine deaminase (ADA) in ascitic fluid for the diagnosis of tuberculous peritonitis: a meta-analysis. *J Clin Gastroenterol.* [Internet]. 2006 [Consulta: 2016 Abril 15]; 40(8):705. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=16940883>
10. Shen Y, Wang T, Chen L, Yang T, Wan C, Hu Q, et al. Diagnostic accuracy of adenosine deaminase for tuberculous peritonitis: a meta-analysis. *Arch Med Sci.* [Internet]. 2013 Ago 30 [Consulta: 2016 Mayo 2]. 9(4):601–607 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776182/>
11. Vagenas K, Stratis C, Spyropoulos C, Spiliotis J, Petrochilos J, Kourea H, et al. Peritoneal carcinomatosis versus peritoneal tuberculosis: a rare diagnostic dilemma in ovarian masses. *Cancer Therapy* [Internet]. 2005. [Consulta: 2016 Mayo 2]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Helen_Kourea/publication/237553570_peritonitis_a_meta-analysis_Arch_Med_Sci_Internet_2013_Ago_30_94601-607_Disponible_en_http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776182/ovarian_masses_Case_Reports_links/5535f6050cf20ea35f10ef13.pdf

REPORTE DE CASO

Artritis séptica como presentación inicial de fascitis necrotizante en miembro inferior derecho, a propósito de un caso.

Kevin José Luna Ladera¹, Sol Yusley Díaz Barbosa¹, Alessandra Carolina Pantoli¹, Maria José Cotua Acosta¹.



RESUMEN

La fascitis necrotizante es una infección aguda y rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo, pudiendo afectar fascias superficiales y profundas, traduciéndose en elevada morbimortalidad. A pesar del cuadro clínico de rápida instauración, su sintomatología inflamatoria es característica siendo el diagnóstico esencialmente clínico. La rápida progresión de la enfermedad y dificultad para el diagnóstico oportuno conlleva graves complicaciones como amputación, shock séptico, afectación multiorgánica y muerte. Se presenta caso de paciente femenino de 15 años de edad, quien posterior a traumatismo contuso, directo en rodilla derecha, presenta aumento de volumen, limitación funcional, signos de flogosis local y fiebre no cuantificada durante 10 días, razón por la cual consulta y es ingresada en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Universitario de Caracas con los diagnósticos de artritis séptica de rodilla derecha y síndrome de niño maltratado. Al tercer día de hospitalización, la paciente refiere dolor de moderada intensidad y aparición aguda de flictenas en cara lateral del miembro inferior derecho. Se procede a la realización de limpiezas quirúrgicas y necrectomía de la totalidad de la cara lateral de la extremidad, concluyendo como diagnóstico definitivo: fascitis necrotizante en miembro inferior derecho. La conducta terapéutica actual es antibioticoterapia de amplio espectro y limpiezas quirúrgicas periódicas, planteándose la posibilidad de amputación transfemorales de miembro inferior derecho como último recurso terapéutico. Finalmente la importancia de este análisis radica en cómo las circunstancias propias del paciente condicionaron el desarrollo de artritis séptica, ocasionando letales complicaciones como fascitis necrotizante.

Palabras claves: amputación, artritis infecciosa, fascitis necrotizante.

Septic arthritis as an initial presentation of necrotizing fasciitis in the right lower limb, presentation of a case.

The Necrotizing fasciitis is an acute and rapidly progressive infection of the subcutaneous cellular tissue, which is able to affect superficial and deep fascia, resulting into high morbimortality. In spite of the clinical picture of rapid instauration, its inflammatory symptomatology is characteristic being the essentially clinical diagnosis allows multiple differential diagnoses. The rapid progression of the disease and the difficulty in the timely diagnosis lead to serious complications such as amputation, septic shock, multiorgan involvement and death. A case of a 15 years-old female patient is presented, who, after direct blunt trauma on the right knee, presented a volume increase, functional limitation, signs of local flushing, and not quantified fever for 10 days, which is why she consulted and was admitted in the department of Traumatology and Orthopedics of the Hospital Universitario de Caracas with the diagnosis of septic arthritis of the right knee and abused child syndrome. On the third day of hospitalization, the patient reported moderate pain and acute onset of blisters on the lateral side of the right lower limb. Surgical cleanings and necrectomy of the entire lateral side of the limb were performed, with the definitive diagnosis of: necrotizing fasciitis in the right lower limb. The current therapeutic behavior is the implementation a broad-spectrum antibiotic therapy and periodic surgical cleanings, with the possibility of transfemoral amputation of the right lower limb as the last therapeutic resource. Finally, the importance of this analysis relies in how the patient's own circumstances conditioned the development of septic arthritis, causing life-threatening complications such as necrotizing fasciitis.

Keywords: amputation, infectious arthritis, necrotizing fasciitis.

1. Estudiante de pregrado de la Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

La Esperanza, Caracas, Venezuela

E-mail: soldiaz97@hotmail.com

Recibido: 13 jun 2017
Aceptado: 30 sept 2017

Para citar este artículo/For reference this article: Luna K, Díaz S, Pantoli A, Cotua M. Artritis séptica como presentación inicial de fascitis necrotizante en miembro inferior derecho, a propósito de un caso. Acta Cient Estud. 2017;12(1):17-21

La artritis séptica es una infección articular de urgencia, debido al daño y secuelas que puede causar de no ser diagnosticada y tratada con premura [1]. Casi la totalidad de los casos son monoarticulares, afectándose con mayor frecuencia las extremidades inferiores. El *Staphylococcus aureus* representa el principal agente etiológico de estas infecciones [2].

A su vez, la fascitis necrotizante es una infección aguda y rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo, afectando la fascia superficial y la profunda, alcanzando una mortalidad de un 76% de los casos en etapas tempranas por su complicación más frecuente, el shock séptico; mientras en tardías se debe a falla multiorgánica, aun siendo tratado quirúrgico y medicamentoso [3].

Factores propios del paciente, como en este caso, la malnutrición y la inmunodeficiencia, junto otros factores, como la situación socioeconómica y familiar, conllevan al desarrollo de patologías como la artritis séptica y complicaciones mortales como la fascitis necrotizante [11].

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta caso de paciente J.I. femenino de 15 años de edad, natural y procedente de Los Valles del Tuy, estado Miranda; quien inicia enfermedad actual el 09 de febrero de 2016, cuando posterior a traumatismo contuso presenta aumento de volumen, limitación funcional y signos de flogosis en región patelar derecha. Para el 22 de febrero de 2016 se asocia dolor de carácter punzante, localizado en región patelar derecha, de moderada intensidad, no irradiado, exacerbado al caminar; concomitante episodio febril, no cuantificado, que cede al administrar antipirético oral sin especificar; por lo cual ingresa al Hospital Universitario de Caracas el 29 de febrero.

En los hábitos psicobiológicos niega tabaquismo, niega alcoholismo, sueño de 8 horas nocturnas. Menarquía a los 10 años, sexarquía a los 14 años, una pareja sexual y

sexualmente activa.

Al examen físico presentó presión arterial: 90/60mmHg, frecuencia cardíaca: 90 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, saturación de oxígeno: 96%, talla: 1.55m, peso: 41 Kg, índice de masa corporal: 17,08 Kg/m² y afebril. Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios presentes sin agregados, resonante a la percusión. Ruidos cardíacos R1 y R2 presentes, ausencia de R3 y R4, ápex no visible. Abdomen plano, blando, simétrico, timpánico a la percusión, sin dolor al palpar. Se evidencia edema localizado en región patelar y crural de miembro inferior derecho, que deja fovea, doloroso a la digitopresión; conjuntamente signos de flogosis. Además, dolor de moderada intensidad a la bipedestación y marcha con limitación para la flexión de pierna ipsilateral. Pulso pedio, tibial, poplíteo y femoral conservados. Sensibilidad superficial y profunda conservada. Neurológicamente se encontraba vigil, orientada en tiempo, espacio y persona; eulálica. Reflejos osteotendinosos: 2/4, fuerza muscular: 5/5.

Se realiza Rx anteroposterior y lateral de la articulación de la rodilla derecha, evidenciándose aumento del espacio articular; conjuntamente se realizó ecografía de piel y partes blandas reportando derrame articular, confirmando el diagnóstico de artritis séptica de rodilla derecha, indicándose antibioticoterapia con cefazolina por vía endovenosa a dosis terapéutica cefalosporina de primera generación, dosis no especificadas.

El 3 de marzo de 2016 se asocia flictenas de aparición aguda, localizadas en lateral de región femoral y crural derecha, tejido necrosado (Ver imagen 1) y concomitante dolor de alta intensidad en todo el miembro inferior derecho, diagnosticándose fascitis necrotizante en miembro inferior derecho. Es llevada a mesa operatoria realizándose limpieza quirúrgica y necrectomía de muslo (Ver imagen 2). El mismo día se realizan paraclínicos, evidenciándose hemoglobina: 11.9gr/dL, leucocitos: 40.500U/L, úrea:

272mg/dL, creatinina de 2.5mg/dL, diagnosticando shock séptico punto de partida partes blandas y enfermedad renal aguda. Se indica ciprofloxacina de 400 mg, cada 12 horas y aztreonam 1 gr, cada 6 horas, ambos por vía endovenosa; además de realizarse limpiezas quirúrgicas periódicas (Ver imagen 3 a 5) como terapéutica quirúrgica. El 11 de marzo de 2016 se realiza cultivo de secreción en pierna derecha, al presentar descarga, verdosa y no fétida (Ver imagen 5), reportando *Pseudomonas aeruginosa*. El 28 de marzo de 2016, se toman muestra para cultivos en región femoral, región patelar, y región pedia derecha; los cuales reportan *Pseudomonas aeruginosa*. El plan terapéutico se basa en la colocación de injertos sintéticos y autoinjertos de piel, al ser resuelto cuadro infeccioso y la antibioticoterapia con miembro inferior derecho tolerable y limitación al flexionar la región crural ipsilateral; evidenciándose mejoría clínica y paraclínica.

DISCUSIÓN

La artritis séptica es una infección articular de urgencia, debido al daño y secuelas que puede causar de no ser diagnosticada y tratada con premura [1]. Siendo más común en la infancia, con 50% en menores de 20 años [4].

La artritis séptica afecta, en aproximadamente al 80% de los casos, las articulaciones de la rodilla, cadera y tobillo [2], siendo más frecuente en el género masculino respecto al femenino a una proporción de 1.2 a 1 [3]; en el caso planteado se evidencia como factores propios del paciente condicionaron su desarrollo, a pesar del sexo.

Desde 1980 los criterios de Kocher, determinan los signos para diagnosticar esta patología: temperaturas mayores a 38°C, incapacidad para la marcha, leucocitos mayores de 12.000mm³, PCR mayor a 20mg/lit y VSG mayor a 40mm/h [15]. Los paraclínicos del paciente evidenciaron PCR: 36mg/lit y VSG: 50mm/h, por encima de límites normales.

Un elemento diagnóstico y terapéutico es la artrocentesis, técnica destinada a



Imagen 1: se evidencia presencia de flictenas y tejido necrosado en la cara lateral del miembro inferior derecho (3-03-2016)

Imagen 2: primera limpieza quirúrgica (03-04-2016).

Imagen 3: limpieza quirúrgica (07-04-2016).

Imagen 4: se evidencia presencia de descarga verdosa fétida, realizándose cultivo que reporta: *Pseudomonas aeruginosa*.

Imagen 5: limpieza quirúrgica (30-04-2016)

extraer líquido del espacio articular. Las características citoquímicas y citomorfológicas orientan al diagnóstico diferencial de artritis, determinando la etiología [5]. En la paciente no se realizó la artrocentesis, no pudiéndose evidenciar el agente microbiológico causal, por ende la antibioticoterapia pudo ser no efectiva.

La ecografía, como estudio de elección, detecta derrames articulares en fases iniciales [6]. La radiografía, posee poco valor diagnóstico precoz en caso de artritis séptica, pero denota signos indirectos, como el aumento del espacio articular presentado por la paciente [7].

La fascitis necrotizante se fundamenta en la infección de la fascia, comprometiendo los tejidos blandos adyacentes [8]. Esta infección abarca dos entidades microbiológicas: tipo I, estreptococos diferentes al grupo A y enterobacterias [9] y tipo II, estreptococo β hemolítico del grupo A [10].

Los factores predisponentes son: la nefropatía, desnutrición, cirrosis hepática, inmunodepresión, traumatismos, inyecciones o cirugías. Los signos locales presentes son: dolor; edema, eritema con áreas de anestesia cutánea por la necrosis; en etapas tardías los signos evidentes son: flictenas y bulas con líquido color café claro (inodoro en infecciones estreptocócicas y fétido en infecciones anaeróbicas); el tejido celular subcutáneo es de color pálido o verdoso. Evidenciando signos sistémicos: palidez cutáneomucosa, deterioro del estado de conciencia, fiebre, hipotensión, taquicardia, shock, fallo multiorgánico, abscesos metastásicos y muerte [14]. La paciente presentaba dolor, edema, flictenas en cara lateral del miembro inferior derecho, fiebre no cuantificada, hipotensión (70/30mmHg) y shock séptico.

Resaltando que la paciente presenta una estructuración familiar inadecuada, tanto la progenitora como el grupo familiar fueron sugeridas al Consejo de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes para recibir alineamientos referentes la educación de su infante. Teniendo esto último, sus condiciones socioeconómicas

y estructuración de la vivienda, se obtuvo una valoración en la clasificación de Graffar de V.

Los factores predisponentes al caso fueron malnutrición, síndrome de niño maltratado, decadente estado socioeconómico del núcleo familiar y traumatismo a nivel patelar del miembro inferior derecho, veinte días antes de consultar [11]. El traumatismo contuso es parte de la agresión física hacia la paciente; la deficiente nutrición del paciente, diagnosticado mediante un índice de masa corporal de 17,08Kg/m², según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Por lo cual, deducimos el deterioro de su estado sistémico, incluyendo al sistema inmune por la discapacidad en la función fagocitaria, sistema de complemento y producción de citoquinas [3,12]. Pudiendo ser esto el determinante para desarrollar, la artritis séptica y su complicación: fascitis necrotizante.

El tratamiento quirúrgico empleado fue la limpieza quirúrgica y necrectomía. Considerando que debe resecarse como margen de seguridad 3-5 cm de tejido sano alrededor de la lesión, obteniendo muestras para exámenes histopatológicos y microbiológicos. Además, realizar curas con agua oxigenada y solución salina. Cubrir el defecto con iodopovidona o antimicrobianos tópicos asociados a vendaje compresivo. Repetir necrectomías cada 8-1 horas bajo sedación y analgesia; hasta controlar la infección [14].

Posterior a tres días de hospitalización, presenta fascitis necrotizante como complicación de la artritis séptica, tratándose con ciprofloxacina y aztreonam, sin ser la primera línea de antibioticoterapia de elección. Preferiblemente optar por la combinación de cefalosporinas de tercera generación, clindamicina y vancomicina [13]. Ocho días después de hospitalización se realiza cultivo, reportando como agente etiológico la *Pseudomonas aeruginosa*. Destacando antibioticoterapia efectiva.

Se concluye que la fascitis necrotizante es complicación de la artritis séptica, por su origen traumático, siendo el principal agente

etiológico la *Pseudomonas aeruginosa*, agente microbiano aislado en cultivos, aumenta la credibilidad de la hipótesis. Dicha hipótesis es debilitada al no realizar una artrocentesis; además los cultivos donde se aisló el microorganismo fueron realizados ocho días después del diagnóstico, estando la paciente hospitalizada, posibilitando una infección de origen intrahospitalario. No se poseen suficientes evidencias para concluir que un proceso originó el otro directamente, pero tampoco se tienen razones para descartarlas.

CONCLUSIONES

Finalmente la importancia de este análisis radica en cómo circunstancias intrínsecas del paciente pueden convertirse en cofactores, no solo para el desarrollo de distintas patologías, en este caso infecciosas, sino también para la rápida instauración de

complicaciones potencialmente incapacitantes y letales como la fascitis necrotizante.

El caso presentado tiene la particularidad que una de las circunstancias anteriormente mencionadas, no es de origen médico. El síndrome del niño maltratado o el maltrato infantil puede ser responsable de una innumerable gama de condiciones médicas patológicas, tanto somáticas como psíquicas; en el caso presentado fue la malnutrición, una entidad clínica que trae como consecuencia anomalías sistémicas en el organismo, entre ellas la inmunodeficiencia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses

Referencias

- Flores R. Artritis Séptica de tobillo: Caso Clínico. *Scientifica* [Internet]. 2011 jun; 9(1): 67–9. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542011000100016&lng=es.
- López F, Zazueta E, Tanaka J. Artritis séptica en pediatría. *Rev. Mex. ortop. traumatol.* 2000;14(5):408–412. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2000/or005h.pdf>
- Villalba J, Cuenca O, Ferreira R y col. Fascitis necrotizante: nuestra experiencia en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica. *An. Fac. Cienc. Méd.* 2006;39(1):68–9. Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/viewFile/492/403>
- Nade, S. Septic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003;17:309–18. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12787520>
- Keusch G. The history of nutrition: Malnutrition, infection and immunity. *J. Nutr.* 2003;133(1):336–40. Disponible en: <http://jn.nutrition.org/content/133/1/336S.short>
- Shirliff M, Mader J. Acute Septic Arthritis. *Clin. Microbiol Rev.* 2002;15(4):527–44. Disponible en: <http://cmr.asm.org/content/15/4/527.short>
- Carpenter C, Schuur J, Worth E, Pines J. Evidence-based Diagnostics: Adult Septic Arthritis. *Acad. Emerg. Med.* 2011;18(8):781–796. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01121.x/full>
- Hernández A, Quintero S, Rubio F, y col. Facitis necrotizante: Una grave complicación tras cirugía banal en el niño. *Rev Esp Pediatr.* 1996;52(2):181–4.
- Forbes B, Sahm D, Weissfeld A. *Diagnóstico Microbiológico.* 12va edición. Editorial Médica panamericana. Bailey & Scott. 2007.
- Corral O, Rubio M, Romero J, Picazo J. Infecciones de la piel y tejidos blandos. *Med.* 1994;6(71):3125–44. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Bueno_Rodriguez/publication/262555381_Fascitis_necrotizante/links/54233808cf26120b7a6be75.pdf
- Stevens DL. Invasive group A streptococcus infections. *Clin Infect Dis.* 1992;14:2–13. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/14/1/2/354272>
- Kempe H, Silverman F, Steele B, Droegemueller W, Silver H. The Battered-Child Syndrome. *J. Am. Med. Assoc.* 1984;251(24):3288–94. Disponible en: http://kempe.org/www88.a2hosted.com/wpcontent/uploads/2015/01/The_Battered_Child_Syndrome.pdf
- Chandra R K. Nutrition and the immune system: an introduction. *Am. J. Clin. Nutr.* 1997;66(2):460–63. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/66/2/460S.short>
- Bueno P, Mariño J, Bueno J, Martínez C, Bueno E. Fascitis necrotizante. *Rev Cubana Ortop Traumatol.* 1999;13(1):47–53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X1999000100007
- Kocher M, Mandiga R, Zurakowski D, Barnewolt C, Kasser J. Validation of a clinical prediction rule for the differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86(8):1629–35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15292409>

FOTOGRAFÍA MÉDICA

Compresión biliar extrínseca. Síndrome de Mirizzi. Fotografía médica.

María Fernanda Vilera Castillo¹, Diana Carolina De Oliveira Gomes¹.



1. Estudiante de pregrado de la Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela

Las Acacias, Caracas, Venezuela. CP: 1040

E-mail: ldcog96@hotmail.com

Recibido: 23 jun 2017
Aceptado: 3 ago 2017



Para citar este artículo/For reference this article: Vilera M, De Oliveira D. Compresión biliar extrínseca. Síndrome de Mirizzi. Fotografía médica. Acta Cient Estud. 2017;12(1):22-23

Compresión biliar extrínseca. Síndrome de Mirizzi. Fotografía médica.

Paciente femenina de 68 años de edad, quien refiere dolor en hipocondrio derecho, náuseas y anorexia de un mes de evolución. Al examen físico presenta ictericia y en los exámenes de laboratorio hiperbilirrubinemia (4,67mg/dL). Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) donde se evidencia imagen de densidad heterogénea en tercio medio de la vía biliar principal que provoca obstrucción del conducto colédoco. Se observa colédoco en forma de embudo en tercio distal, dilatación de tercio medio y hepático común y vías biliares intrahepáticas dilatadas levemente diagnosticándose síndrome de Mirizzi. Este síndrome es causado por la obstrucción mecánica extrínseca de la vía biliar, secundaria a la impactación de un lito en el conducto cístico[1]. Se presenta aproximadamente en el 0,7% de los pacientes con colelitiasis[2]. La ecografía abdominal es el método de imagen de elección ante la sospecha clínica, confirmándose el diagnóstico mediante CPRE. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la colecistectomía[1,2].

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses

Referencias

1. 1. Rodríguez C, Aldana G. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José. *RevColombCir*[Internet]. 2008; 23(1):6-11. [citado 2017 Jun 19]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n1/v23n1a2.pdf>
2. D. Palacios D, Gutiérrez M, Gordillo F. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *RevSemergen*. [Internet]. 2011; 37(3):167-169. [citado 2017 Jun 19]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-sindrome-mirizzi-una-causa-infrecuente-S1138359310004132>

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Consideraciones generales para el envío de manuscritos

Los manuscritos enviados para corrección a la revista *Acta Científica Estudiantil* deben cumplir con los siguientes requisitos de formato para ser considerados para publicación.

1. Archivo Microsoft Word®, el archivo debe finalizar con la abreviatura .doc o .docx.
2. Los márgenes deben ser de 2 cm en cada borde.
3. Todo el manuscrito debe estar escrito con fuente Arial, tamaño 12 puntos, el interlineado debe ser de 1.5 puntos y cada párrafo debe tener una separación de 10 puntos.
4. Debe estar escrito en una sola columna.
5. No deben aparecer los nombres ni las filiales de los autores en el documento Microsoft Word, estos datos serán introducidos en el formulario en línea, de esta forma se facilita el proceso de revisión doble ciego.
6. La primera página debe contener el título del trabajo (Arial 16 puntos), el resumen y las palabras clave. Se deben seguir las instrucciones para cada tipo de artículo a la hora de escribir el título, en caso de tener que realizar alguna excepción se agradece comunicarse directamente con el comité editorial.
7. La segunda página debe contener el título, resumen y palabras clave del artículo en idioma inglés.
9. Cada sección debe empezar en una página aparte (revisar cada tipo de artículo para conocer las secciones que debe contener).
10. Las referencias deben ser realizadas según las instrucciones del ICMJE, numeradas según el orden de aparición de las citas, las cuales deben colocarse entre corchetes con el número al que corresponde la referencia, separadas por medio de comas (i.e. [1], [1,4,7]), no se debe colocar el número en un formato distinto al del texto.
11. Las tablas, figuras y gráficos constituyen la última sección del manuscrito. Cada una de ellas debe estar citada en el texto, numerada según orden de aparición y cada una en página aparte. Todas deben contener título y leyenda en la misma página, las cuales deben poseer el mismo formato que el resto del texto, con la referencia respectiva si esta lo amerita.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de cartas al editor

Las cartas al editor son artículos de crítica u opinión dirigidos al comité editorial de *Acta Científica Estudiantil*. Estos tienen por finalidad emitir un comentario acerca de alguno de los artículos publicados por la revista o contener alguna información de importancia para el comité editorial y el público general.

| Normas para la publicación de cartas al editor | |
|--|-----------------------------|
| Extensión total | 750 palabras |
| Figuras y tablas | Máximo 2 figuras o 2 tablas |
| Referencias | 1-5 referencias |

Título

No debe exceder las 15 palabras, en caso de tratarse de una crítica u opinión hacia algún artículo antes publicado, debe incluir el título del artículo en cuestión, el cual deberá citarse entre comillas (i.e. Sobre “Edición artística” un error común); la sección correspondiente al título del artículo citado no se contabilizará en la extensión del título.

Cuerpo de la carta

Debe iniciar en página aparte, todo comentario u opinión debe ser respaldada con su respectiva cita bibliográfica

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de trabajos de investigación

Los trabajos de investigación como contribución científica más importante y con mayor nivel de evidencia deben contener las siguientes secciones (cada una debe empezar en página aparte):

Título

No debe exceder las 15 palabras, en caso de requerirlas el autor corresponsal debe comunicarse con el comité editorial explicando la situación y solicitando una excepción. Se recomienda que contenga el aspecto más relevante de la investigación o el resultado más relevante.

Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate®). No debe encontrarse subdivido en secciones y todo debe estar redactado en tercera persona.

Introducción

Debe contemplar los siguientes aspectos del protocolo de investigación llevado a cabo: problema, hipótesis, objetivos, justificación y finalidad del estudio. Así mismo debe poseer una revisión bibliográfica, basada en literatura nacional y/o internacional que incluya los antecedentes del estudio. Todo debe ser redactado en tercera persona y cada párrafo debe incluir una cita bibliográfica.

Normas para la publicación de trabajos de investigación

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Extensión total | 2500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 3-6 palabras |
| Figuras, tablas y gráficos | Máximo 10 |
| Referencias | 15-30 referencias |

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Materiales y métodos

Debe contemplar los siguientes aspectos: tamaño y selección de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, métodos de recolección de datos y metodología de análisis de los mismos. En caso de tratarse de un trabajo experimental se deben incluir los compuestos y procedimientos realizados para llevar a cabo el experimento, todos los datos necesarios para reproducir el proceso deben ser incluidos. Es necesario mencionar marcas y versiones de todos los instrumentos utilizados para la recolección de datos, así mismo se debe indicar qué software se utilizó para llevar a cabo el análisis de los mismos (i.e. SPSS PAW Statistics versión 20).

Resultados

Deben mencionarse los resultados más relevantes de la investigación en cuestión, se recomienda dividir esta parte en secciones en caso de ser necesario. No es recomendable redactar todos los resultados específicamente, ya que esto se realizará mediante la utilización de tablas y/o gráficos, los cuáles deben ser citados en esta sección.

Discusión

Esta sección debe contener una comparación de los resultados obtenidos con investigaciones similares realizadas nacional o internacionalmente. Se debe realizar un análisis de las limitaciones del estudio, el alcance del mismo, proporcionar recomendaciones para investigadores que deseen reproducir el estudio en el futuro. Cada párrafo debe contener su propia cita bibliográfica.

Conclusiones

Se deben exponer las conclusiones más relevantes obtenidas en el estudio, las mismas deben expresarse de manera clara y concisa. No es recomendable realizar conclusiones muy extensivas.

Reconocimientos y agradecimientos

Esta sección es opcional, consiste en un espacio utilizado para brindar un reconocimiento a personas o instituciones que participaron en la realización del estudio pero que no califican dentro de los criterios de autoría. Para conocer dichos criterios los invitamos a revisar el documento publicado por el ICMJE.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de revisiones narrativas y revisiones sistemáticas

Las revisiones narrativas son artículos de discusión acerca de algún tema en específico. Los mismos deben estar restringidos a una sola pregunta de investigación. El comité editorial de *Acta Científica Estudiantil* se basa en los PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para la evaluación de las revisiones narrativas y las revisiones sistemáticas.

| Normas para la publicación de revisiones narrativas y revisiones sistemáticas | |
|---|-------------------|
| Extensión total | 4500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 3-6 palabras |
| Figuras, tablas y gráficos | Máximo 10 |
| Referencias | 30-40 referencias |

Título

No debe exceder las 15 palabras de extensión, resaltando el aspecto más relevante de la revisión, debe incluir el tipo de estudio realizado (i.e. meta-análisis, revisión sistemática).

Introducción

La pregunta de investigación debe estar claramente establecida, se debe de igual forma mencionar la hipótesis y la justificación y objetivos de la revisión realizada.

Materiales y métodos

Se deben especificar los métodos de búsqueda: buscadores, índices, bases de datos, filtros utilizados, idiomas incluidos en la revisión, criterios de inclusión y exclusión, período de tiempo que se utilizó para la búsqueda y demás parámetros de importancia que permitan hacer reproducible la revisión. Se debe además realizar un diagrama de flujo, donde se especifique los artículos encontrados, los revisados, los rechazados y los artículos finales sujetos a revisión. En caso de realizar un meta-análisis se deben especificar los métodos estadísticos utilizados. Para mayor información acerca de los criterios necesarios para realizar una revisión bibliográfica de calidad, recomendamos revisar los PRISMA guidelines antes mencionados.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Cuerpo de la revisión

Se recomienda dividir esta parte del manuscrito en diversas secciones, dependiendo del tema que se esté discutiendo. Cada párrafo debe estar debidamente citado.

Conclusiones

Se debe especificar la respuesta encontrada a la pregunta de investigación que se especificó al inicio, en caso de que no haya suficiente información en la literatura revisada para llegar a una conclusión, esto debe ser claramente especificado. Se deben incluir en esta sección las recomendaciones sugeridas a otros autores que deseen revisar o investigar con mayor profundidad en el tema.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de reportes de caso

Los reportes de caso poseen el menor nivel de evidencia dentro de la literatura médica. No es recomendable la publicación de reportes de caso acerca de patología u observaciones de las cuales existan ya series de casos u otro tipo de estudio de investigación clínica (i.e. casos y controles, cohortes, etc.). *Acta Científica Estudiantil* se basa en los CARE Guidelines (CAsE REporting guidelines) para la revisión de reportes de caso, se recomienda leer dichas guías antes de enviar un reporte de caso.

| Normas para la publicación de reportes de casos | |
|---|-------------------|
| Extensión total | 1500 palabras |
| Extensión del resumen | 250 palabras |
| Palabras clave | 2-5 palabras |
| Figuras, tablas y gráficos | Máximo 5 |
| Referencias | 10-20 referencias |

Los reportes de caso deben respetar la confidencialidad del paciente, no se debe colocar en el manuscrito ningún tipo de información que vulnere la privacidad del paciente, de igual forma las fotografías que se coloquen no deben permitir la identificación del sujeto en cuestión.

Título

Debe incluir el sexo, la edad y el motivo de consulta del paciente, junto con el aspecto más importante del caso, seguido de las palabras "Reporte de caso" (i.e. Paciente masculino de 50 años con cefalea y ondas α anormales en electroencefalograma. Reporte de caso). No debe exceder las 15 palabras (sin incluir "Reporte de caso").

Resumen y abstract

Ninguno de los dos resúmenes (español o inglés) debe exceder las 250 palabras, la traducción al inglés debe ser literal, no se aceptarán trabajos que presenten abstracts traducidos utilizando programas predeterminados de traducción (i.e. Google Translate). No debe encontrarse subdividido en secciones, redactado en tercera persona. Debe incluir los siguientes aspectos: nuevo aporte del caso, principales

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

síntomas, hallazgos clínicos, pruebas diagnósticas, intervención terapéutica, resultado y seguimiento del paciente, así como también las principales lecciones aprendidas del mismo.

Introducción

Debe resumir brevemente los antecedentes del caso, citando la literatura médica nacional o internacional pertinente. Cada párrafo debe contener su respectiva cita bibliográfica.

Presentación del caso

Esta sección debe contener los principales datos clínicos del caso (sólo incluir los datos de importancia para los lectores, no debe ser igual a una historia clínica, sólo pertinentes positivos y negativos): información del paciente, motivo de consulta, síntomas, hallazgos clínicos, calendario (fechas y tiempos de importancia), evaluación diagnóstica (los estudios relevantes para el diagnóstico de la patología y para descartar otros diagnósticos diferenciales), intervención terapéutica aplicada, resultados de la misma, seguimiento del paciente (especificar tiempo de seguimiento y pruebas utilizadas para realizarlo).

Discusión de hallazgos

Se deben describir los puntos fuertes y las limitaciones durante el manejo del caso, debe incluir un análisis de los métodos utilizados para el diagnóstico o seguimiento del paciente, respaldado con la literatura pertinente nacional o internacional, cada párrafo debe poseer su respectiva cita bibliográfica. Las conclusiones que se tomen a partir del manejo del caso deben ser expresadas en esta sección, incluidas las evaluaciones de causalidad. Por último se deben mencionar las principales lecciones aprendidas del caso.

Consentimiento informado

Todo reporte de caso debe ir acompañado del consentimiento informado firmado por el paciente o en su defecto por un familiar o un representante legal. Un modelo del documento que debe ser llenado por el paciente está disponible en nuestra página web.

Acta Científica Estudiantil

NORMAS DE AUTOR

Instrucciones para el envío de fotografías médicas

Las fotografías médicas deben reflejar casos, investigaciones o hallazgos impactantes que puedan ser de relevancia para el público en cuestión.

Título

El mismo no debe exceder las 15 palabras y debe estar acompañado al final de las palabras “Fotografía médica”.

Formato

Las mismas deben ser enviadas en formato .jpg o .jpeg.

Resolución

Debe ser de 100 pixels/cm (250 pixels/pulgada), no se aceptarán fotografías con menor resolución.

Tamaño

Deben tener un tamaño mínimo de 30 cm en cada dimensión, en caso de que la misma posea proporciones desiguales, el tamaño de cada una de las dimensiones no debe exceder los 100 cm.

Texto

Deben estar acompañadas de un texto explicativo que no debe exceder las 150 palabras. El mismo, en caso de tratarse de un caso clínico, debe incluir el motivo de consulta y el diagnóstico del paciente, además de otros datos relevantes. En caso de tratarse de una fotografía por microscopía, debe incluir el aumento utilizado, el microscopio, tejido o célula en cuestión y otros datos de relevancia para el lector (métodos de inmunofluorescencia utilizados, etc). Debe encontrarse el mismo en el idioma Español y traducido al idioma Inglés.

| Normas para la publicación de fotografías médicas | |
|---|------------------------------------|
| Formato | .JPG .JPEG o .TIF |
| Resolución | 100 pixels/cm o 250 pixels/pulgada |
| Tamaño mínimo | 30 cm/12 pulgadas |
| Tamaño máximo | 100 cm/40 pulgadas |
| Texto | 150 palabras |
| Referencias | 1-3 referencias |

Acta Científica Estudiantil (ISSN 2542-3428, Depósito legal DC2017001301) es publicada semestralmente, a excepción de números suplementarios como libros de resúmenes del Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Medicina, por la ***Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (Sociem-UCV)***, Ciudad Universitaria de Caracas, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. Copyright 2017 por Sociem-UCV. Todos los derechos Reservados.



www.actacientificaestudiantil.com.ve

Acta Cient Estud.2017;12(1)

ISSN 2542-3428;Depósito legal DC2017001301