



# Acta Científica Estudiantil

SOCIEDAD CIENTIFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UCV



**I CONGRESO**  
CIENTÍFICO INTERNACIONAL  
DE ESTUDIANTES DE  
CIENCIAS DE LA SALUD  
"Dr. ALFONSO J. RODRÍGUEZ MORALES"  
I CONGRESO CIENTÍFICO FEVESOCEM

MEDICINA TROPICAL DEL SIGLO XXI  
UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

**Del 15 AL 17** CIUDAD UNIVERSITARIA  
de Junio 2011 DE CARACAS - VENEZUELA

*Acta Científica Estudiantil 2010 Oct-Dic; 8(4): 93-107*



*Junta Directiva de SOCIEM-UCV  
2010-2011*

Univ. **Adrián J. Da Silva-De Abreu.**  
Presidente  
Univ. **Cecilia Sánchez Boadas**  
Vicepresidente  
Univ. **Daniela Blanco**  
Secretario General  
Univ. **Karen Ng-Wong**  
Tesorero  
Univ. **Yuhamy Curbelo**  
Secretaria de Atención Integral en Salud  
Univ. **Francis Giannandrea**  
Secretaria de Relaciones Internacionales  
Univ. **Ramón Serrano**  
Secretario de Educación Médica  
Univ. **Adrián I. López-Silva**  
Secretaria de Publicidad  
Univ. **Oscar Cabrera-Marante**  
Secretario de Ética y Metodología Científica  
Univ. **Johiner J. Pérez-Rojas**  
Secretaria de Medios Audiovisuales  
Univ. **Ezzat Chelmond**  
Secretaria de Membresía  
Univ. **José Luis Cortes-Cuevas**  
Representante de la Escuela Razetti  
Univ. **Lianella Fuenmayor**  
Representante de la Escuela Vargas  
**Consejo de Asesores de SOCIEM-UCV**  
Dr. **Alfonso J. Rodríguez Morales**  
Dra. **Belkis J Menoni-Blanco**  
Dra. **Carolina Franco Ricart**

[www.geocities.com/actacientificaestudiantil](http://www.geocities.com/actacientificaestudiantil)

**Acta Científica Estudiantil está Indizada y Compilada en:**  
(Acta Científica Estudiantil is Indexed, Subscribed and Available in):

Índice de Revistas Biomédicas Latinoamericanas  
IMBIOMED:  
[http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id\\_revista=140](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=140)  
Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de  
Ciencia y Tecnología REVENCYT (Venezuela) (código  
RVA035). Biblioteca Virtual Latinoamericana de  
Revistas Científicas Estudiantiles. Associate member of  
Bioinformatics.Org, the online community for Open Access  
in bioinformatics. Budapest Open Access Initiative.  
Open Archives Initiative. Departamento de Informática em  
Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Brasil.  
HON Code ([www.hon.ch](http://www.hon.ch)). We comply with the HONcode  
standard for health trust worthy information. MedHunt.  
Geneva Foundation for Medical Education and Research.  
EcoPortal.net - El Directorio Ecológico y Natural (Directorio:  
Salud). IQUA - Agencia de Calidad de Internet - Miembro  
Adherido. Web Médica Acreditada. Index Copernicus IC  
Value (2007)=3.90; (2008)=4.23. COPE (Committee on  
Publication Ethics). Listado de Revistas Electrónicas  
Biomédicas (Periodici Elettronici Biomedici) de la  
Commissione nazionale università e ricerca de la  
Associazione Italiana Biblioteche. List of medical journals of  
Wikipedia, the free encyclopedia. Portales Médicos. CUIDEN  
Plus - Fundación Index. Web de Interés Sanitario. DOAJ.

**Acta Científica Estudiantil**

**Comité Editorial  
2010**

Univ. **Adrián J. Da Silva-De Abreu**  
Editor en Jefe  
Univ. **Yuliana Pascual-González**  
Editor Ejecutivo

**Miembros del Comité Editorial**

*Dr. Alfonso J. Rodríguez M.*  
Editor Senior/Fundador  
*Dra. Belkis J. Menoni-Blanco*  
Editor Asociado  
*Univ. Carlos L. Correa-Martínez*  
Editor  
*Dra. Carolina Franco Ricart*  
Editor  
*Univ. Carlos S. Blanco-Carrero*  
Diagramador  
*Dra. Rosa A. Barbella*  
Editor Asesor  
*Dr. Joel Aronowicz*  
Editor Asesor

**Miembros del Comité de Promoción**

*Univ. Oscar Cabrera-Marante*  
*Univ. Johiner J. Pérez-Rojas*  
*Univ. Carlos S. Blanco-Carrero*  
*Univ. Willy Neumann*  
*Univ. Alvaro Mondragón*



Acta Científica Estudiantil es una revista científica, órgano científico oficial de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV).

Se recibirán manuscritos para revisión (proceso de arbitraje por expertos) de acuerdo a las Normas de Vancouver (instrucciones a los Autores).

Los manuscritos deben ser enviados al Editor en Jefe a su dirección de correo electrónico:

**actacientificaestudiantil@gmail.com**



Acta Científica Estudiantil  
Volumen 8 Número 3  
Julio-Septiembre 2010  
Páginas 93-107

Nueva Página Web:  
<http://sites.google.com/site/actacientificaestudiantil/>

Foto en Portada por:  
*Univ. Carlos S. Blanco-Carrero*



## Contenido

### REPORTES DE CASOS

**Quilotórax espontáneo: a propósito de un caso clínico**  
*Ezzat A. Chelhond-Boustanie, Michelle G. Ferrer-Ladera, José Botana, Omaira Vera.* 93

**Coxartrosis unilateral secundaria a pinzamiento femoroacetabular tipo Cam en futbolista de élite**  
*Cristian Alejandro Ferreyra, Augusto José Lépori, Matías Andrés Moreno Venegas, Ricardo Mishima, Carla Valetti, Julio Eduardo Ferreyra* 97

### CARTAS AL EDITOR

**Con respecto a: Postura de Acta Científica Estudiantil ante irregularidades éticas**  
*Alicia Ponte-Sucre.* 102

**Réplica a Carta al Editor: Con respecto a: Postura de Acta Científica Estudiantil ante irregularidades éticas**  
*Adrián J. Da Silva-De Abreu, Yuliana Pascual-González, Yolanda Angulo-Bazán.* 104

**Manteniendo el impulso a la investigación científica en pregrado, de la UCV para el mundo: Reflexiones del I Congreso Científico FEVESOCEN, I Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Ciencias de la Salud SOCIEM-UCV “Dr. Alfonso J. Rodríguez-Morales”**  
*Alfonso J. Rodríguez-Morales* 106

### SUPLEMENTO

**Libro de resúmenes**  
*I Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.*



## Contents

### CASE REPORTS

- Non-traumatic chylothorax: report of a case**  
*Ezzat A. Chelhond-Boustanie, Michelle G. Ferrer-Ladera, José Botana, Omaira Vera.* 93
- Unilateral coxarthrosis caused by femoroacetabular impingement in professional soccer player**  
*Cristian Alejandro Ferreyra, Augusto José Lépori, Matías Andrés Moreno Venegas, Ricardo Mishima, Carla Valetti, Julio Eduardo Ferreyra* 97

### LETTERS TO THE EDITOR

- About: Position of Acta Científica Estudiantil regarding ethical irregularities**  
*Alicia Ponte-Sucre.* 102
- Reply to Letter to the Editor: About: Position of Acta Científica Estudiantil regarding ethical irregularities**  
*Adrián J. Da Silva-De Abreu, Yuliana Pascual-González, Yolanda Angulo-Bazán.* 104

### SUPPLEMENT

- Book of abstracts**  
*I Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.*





### **Acerca de la Revista**

Acta Científica Estudiantil es un órgano para la divulgación de la información científica, biomédica y tecnológica en ciencias de la salud. Su principal objetivo es dar a conocer las actividades científicas y biomédicas de los estudiantes de medicina de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), así como también de estudiantes de medicina de otras universidades nacionales o internacionales, pero también de los profesionales de la salud de Venezuela y otros países. Es también un objetivo de la revista el proveer información de otras fuentes externas para el mayor conocimiento de los estudiantes profesionales de la Facultad y de los lectores de la revista más allá de nuestro recinto, municipio, ciudad, estado o incluso país.

Es una revista online, en formato digital en su página web, con sus contenidos disponibles en formato PDF. La revista es de acceso libre y gratuito a todos sus contenidos (Open Access Policy o Política de Acceso Libre).

### **Confidencialidad, Excepciones, Publicidad y Financiamiento**

Los datos enviados a la revista son para su revisión y posterior publicación como artículos de la misma, en los cuales los derechos de autor permanecen en el dominio de los mismos y las posiciones expresadas por ellos no necesariamente reflejan una posición de la revista o la sociedad.

No se acepta publicidad comercial en el sitio web de la revista (debido al freehosting, nuestro proveedor de alojamiento incluye un banner comercial en el margen de la página web, que queda fuera de nuestro control).

Acta Científica Estudiantil es mantenida y financiada por la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la UCV (SOCIEM-UCV).

La información que se pueda encontrar en la web de la revista o en ésta misma, es presentada para apoyar, no para reemplazar la relación entre el médico y el paciente.

### **Derechos de Autor**

Los trabajos publicados en nuestra revista conservan sus derechos de autor en cada uno de los responsables de cada artículo. Se agradece respetar los derechos de los autores y al usar información contenida en los artículos, citarlos debidamente.



### **Instrucciones a los Autores – Normas de Publicación**

Las “Normas de Estilo Vancouver” constituyen las bases de publicación de la mayoría de revistas biomédicas y de ciencias de la salud. Estas normas se constituyeron en los Requisitos Uniformes de Los Manuscritos Propuestos para la Publicación en Revistas Biomédicas” elaboradas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. La Revista **Acta Científica Estudiantil** se guiará por estas normas para el proceso de sometimiento a revisión y publicación de los manuscritos enviados al Comité Editorial para su consideración.

La revista acepta las siguientes modalidades de publicación: Artículo o Trabajo Original, Reporte Preliminar, Artículo de Revisión, Artículo de Revisión Breve, Reporte de Caso, Ensayos Especiales, Carta al Editor, Galería Fotográfica. Además publica Editoriales, Comentarios Editoriales, Artículos y Secciones Especiales a juicio del Comité Editorial. La revista acepta contribuciones en español, inglés y portugués.

**Para la presentación de los Trabajos o Artículos Originales (y Originales Cortos) deben seguirse las siguientes normas:**

#### A. Extensión y presentación in-extenso.

1. Se realizará en papel blanco tamaño carta (216 x 279 mm) o en la medida estándar ISO A4 (212 x 297 mm), mecanografiadas a una sola cara. El trabajo científico no excederá las 15 páginas (7 páginas para los Originales Cortos).

2. Cada página será enumerada en el ángulo superior derecho, incluyendo la página del título y la del resumen.

3. Cada página contendrá como máximo un total de 25 líneas, a doble espacio.

4. El tamaño de la letra será en formato de 12 puntos.

5. Ningún margen de la hoja debe ser menor de 2 cms.

6. Al final de cada línea no debe quedar cortada ninguna palabra.

7. Cada una de las siguientes secciones ha de comenzar en hoja aparte: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, bibliografía, cada uno de los cuadros, figuras y los pies o epígrafes.

8. Cualquier trabajo que no cumpla alguno de estos requisitos quedará al margen de la publicación.

#### B. Contenido del in-extenso.

##### 1. Página del título

a. Título del trabajo: Claro y específico, que no exceda las 15 palabras (salvo excepciones) con información necesaria para clasificar el artículo.

b. Nombres y apellidos de los autores, y grado académico más importante.

c. Afiliación institucional.

##### 2. Resumen

La página del resumen debe contener el título del artículo, inmediatamente debajo deben colocarse un máximo de 6 palabras claves. Utilice para ello los términos de la lista Medical Subject Headings (MeSH) -Encabezamientos de materia médica- del Index Medicus; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no estén representados en los MeSH, pueden usarse las expresiones corrientes.

El resumen constituye el contenido esencial del reporte y contiene el planteamiento del problema, metodología, resultados más importantes (proporcione datos específicos y, de ser posible, su significación estadística) y principales conclusiones. Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio o las observaciones. No debe exceder de 300 palabras, no debe llevar bibliografía y debe ser redactado en forma impersonal.

##### 3. Introducción

a. No debe ser mayor de 2 páginas del texto.

b. Debe tener el problema de investigación y los artículos de apoyo teórico, objetivos e hipótesis.

c. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

d. No es recomendable que los autores expongan una introducción amplia o que trate de demostrar que los investigadores poseen gran conocimiento sobre el tema.

##### 4. Materiales y métodos

a. Trata de la metodología empleada por los investigadores y constituye la parte más importante del reporte.

b. Debe incluirse el tipo de estudio, diseño del mismo y logística.

c. Se deben incluir los sujetos, materiales y procedimientos.

d. Sujetos: Se incluye selección muestral (criterios de inclusión, exclusión y eliminación), forma de



realización del muestreo, particularidades de los sujetos (raza, edad, sexo, peso, etc.).

e. Materiales: Se utiliza en trabajos realizados en laboratorios o con animales de experimentación. Debe incluir descripción de instrumentos (debe darse el nombre de aparatos y dirección del fabricante entre paréntesis), cuestionarios, validez, confiabilidad y estandarización de dichos elementos.

f. Procedimientos: Debe describirse detalladamente y paso a paso lo que se hizo. No es necesario describir procedimientos conocidos por la mayoría (Tensión arterial, etc.), sino cuál método se utilizó. En el caso de trabajar con animales o plantas se debe anotar el nombre científico de éstos. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, incluyendo nombres genéricos, dosis y vías de administración.

g. Ética: Cuando informe sobre experimentos en seres humanos, indique si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas del comité (institucional o regional) que supervisa la experimentación en seres humanos o con la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Cuando dé a conocer experimentos con animales, tiene que indicar si se cumplieron las normas de la institución o de cualquier ley nacional acerca del cuidado y el uso de animales de laboratorio.

h. Estadística: Debe describirse el manejo estadístico de los datos, que incluye los métodos estadísticos utilizados. Siempre que sea posible se deben cuantificar los datos y expresarlos con indicadores de error o incertidumbre de la medición (Intervalos de Confianza). Proporcione detalles de los métodos de aleatorización. Si se usaron medios para enmascarar las observaciones (método ciego), descríbalos junto con la única salvedad son los documentos considerados como de dominio público. En el caso de usar programas de computación (software) para la realización de los análisis estadísticos, por favor indicar cuál fue el empleado [ej: Epi Info v.6.0 (CDC, Atlanta); SPSS v.10.0 ® (Illinois)].

## 5. Resultados

Los hallazgos obtenidos en el estudio se presentarán en esta sección.

a. Debe ser de manera clara, concisa y sólo deben ser mencionados los datos más importantes, pues de ellos son obtenidas las conclusiones.

b. Es óptimo que los resultados obtenidos concuerden con la hipótesis planteada, pero ello no implica que los estudios que no concuerden con la hipótesis sean estudios mal elaborados, al contrario, demuestra la honestidad por parte del investigador.

c. Es recomendable que en la presentación de los resultados éstos sean referidos a las tablas o cuadros donde están representados y complementados.

d. No deben ser comentados ni analizados pues esto se realizará en la siguiente sección.

## 6. Discusión

Es una sección muy importante pues la claridad en este punto facilitará al lector concluir la importancia del estudio.

La estructura de una buena discusión incluye:

a. Precisar el significado de los hallazgos, supeditados a los resultados obtenidos en la investigación.

b. Explicar los alcances de los resultados obtenidos, ampliando la información al respecto, incluso expresando inferencias adicionales de los hallazgos de investigación.

c. Relacionar o confrontar los resultados del estudio con observaciones o experiencias previas referidas en los antecedentes, exponer las conclusiones del estudio y las implicancias presentes y futuras del mismo. La discusión no debe ser una descripción de los resultados.

d. No reclamar ninguna clase de prioridad ni referirse a trabajos que aún no estén terminados. Proponer nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello, pero identificándolas claramente como tales. Cuando sea apropiado puede incluir recomendaciones.

## 7. Reconocimientos

En este apartado el autor manifiesta el reconocimiento a las personas que contribuyeron a la realización del trabajo de investigación en distinta índole: moral, técnica, económica, etc.

## 8. Referencias

Se debe seguir las recomendaciones del Index Medicus. Permiten al lector profundizar sobre el tema que trata el artículo. Numere las referencias en forma consecutiva, según el orden en que aparecen en el texto.

a. Deben incluirse las referencias accesibles eliminando fuentes secundarias, tesis, comunicaciones verbales, etc.

b. Deben ser entre 10 y 20 referencias actualizadas con no más de 10 años de haber sido publicadas (salvo excepciones).

c. Cuando se hagan citas, deben ser enumeradas en orden ascendente con la acotación respectiva y sólo en números arábigos.

Al hacer la cita de un libro:

1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.

2) Título del libro, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, finalizando con un punto.

3) A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.

4) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de una coma se coloca el año del libro y seguida de dos puntos las páginas consultadas.

Ej.: Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología estructural y funcional. 4a. Ed. Barcelona: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1990: 450-482.

Capítulo de un libro:

1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.

2) Título del capítulo, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, seguido de la palabra In finalizando con dos puntos.

3) Apellido inicial y nombre de cada uno de los editores seguido de un punto.

4) Título del libro. A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.

5) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de un punto y coma se coloca el año del libro y seguida de un punto las páginas consultadas, abreviando la palabra página, seguido de otro punto y separando las páginas con un guión terminando al final con un punto.

Ej.: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd de. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Al hacer la cita de una revista:

1) Apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, separados por coma (si excede 5 autores se anotarán éstos y luego las palabras et al.) y punto al final.

2) Título del artículo.

3) Nombre abreviado de la revista según el Index Medicus seguida del año de edición de la revista, seguido de punto y coma.

4) El número de la revista seguido de dos puntos.

5) Las páginas que comprende el artículo seguidas de un punto.

Ej.: Estirado E, Arzuaga J, Roman F, et al. Absceso cerebral. Revisión clínica de 26 casos. Rev Clin Esp 1995; 195: 304-307.

## 9. Cuadros

Un cuadro nos permite presentar los datos obtenidos, elaborados de tal manera que se pueda omitir una explicación en forma de texto. Estos cuadros contarán con:

a. Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte al final del artículo.

b. Número de tabla, debe ir en negrilla alineado a la izquierda de la tabla y antes del título, deberá

tener un orden consecutivo a lo largo de todo el trabajo, señalado por un número arábigo.

c. Título, viene seguido del número de tabla. Deberá ser lo más claro posible y describir en forma completa la información contenida, además indicará el lugar y la fecha de origen de la información.

d. Las categorías en las que se agrupan los datos van centradas en su columna correspondiente.

e. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales, una después del título, otra a continuación del encabezado de la columna y otra al final del cuadro.

f. Todo vacío deberá llenarse con un cero, un guión o una llamada explicativa.

g. Pie o nota de tabla, deberá ir cuando se necesite aclarar un término. Se indicará a continuación de la línea sólida inferior.

h. La fuente del cuadro es el último dato de la tabla.

i. Si se incluyen datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde.

j. No deben presentarse tablas innecesarias o no relacionadas con los objetivos de la investigación, limite el número de tablas al mínimo necesario.

## 10. Figuras

Son las ayudas visuales de cualquier tipo (gráficos, organigramas, mapas, dibujos, fotos, etc.). Las ilustraciones deben agregar información y no duplicar la de las tablas.

Las normas de presentación de las figuras son:

a. Se identificarán con números arábigos.

b. Cada número irá precedido de la palabra figura, la cual se escribirá en mayúscula y alineada a la izquierda.

c. Títulos concisos y explicativos.

d. Deben ser claras y sencillas.

e. Se enviará entre hojas de cartón para protección.

f. Deben estar identificadas por el reverso.

g. No se pondrán notas al pie de la figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.

h. Los títulos de todas las figuras se anotarán en orden numérico en una hoja de papel independiente.

i. En caso de fotografías, son preferibles en blanco y negro de buena calidad, identificadas en el dorso con un título claro y breve. Si la foto es de un paciente, éste no debe ser identificable; de lo contrario se deberá anexar la carta del paciente o de un familiar si éste ha fallecido que autorice su publicación posterior.

j. Si la figura ya fue publicada, se debe hacer el reconocimiento de la fuente original y presentar la autorización por escrito que el titular de los



derechos de autor concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quién sea el autor o la editorial o los resultados que dieron. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Indique las pérdidas de sujetos de observación (por ej. las personas que abandonan un ensayo clínico). Debe especificarse cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

#### 11. Abreviaturas, siglas y unidades de medidas

Utilice únicamente abreviaturas ordinarias. Absténgase de usar abreviaturas en el título y el resumen.

a. Si se menciona por primera vez deben estar acompañadas de su significado y luego entre paréntesis la abreviación.

b. Deben ser escritas solamente en español, a menos que sean siglas que se acepten como nombres. Ej.: ELISA.

c. Las unidades de medida deben ser las correspondientes al Sistema Internacional (SI). Los símbolos de las unidades no toman la terminación en plural y sólo van seguidos de punto en caso de que se encuentren al final de la frase.

d. Las cifras deben agruparse en tríos dispuestos a la derecha e izquierda de la coma decimal y separadas entre sí por un espacio simple. No deben separarse por ningún signo de puntuación.

Podrán aceptarse Artículos de Revisión, no invitados, siempre que los mismos sean de gran calidad. Sin embargo la revista invita periódicamente a expertos para la presentación de dicho tipo de artículos.

**Para la presentación de los Artículos de Revisión deben seguirse las siguientes normas:**

#### A. Extensión y presentación in-extenso.

1. Se realizará en papel blanco tamaño carta (216 x 279 mm) o en la medida estándar ISO A4 (212 x 297 mm), mecanografiadas a una sola cara. El trabajo científico no excederá las 30 páginas.

2. Cada página será enumerada en el ángulo superior derecho, incluyendo la página del título y la del resumen.

3. Cada página contendrá como máximo un total de 25 líneas, a doble espacio.

4. El tamaño de la letra será en formato de 12 puntos.

5. Ningún margen de la hoja debe ser menor de 2 cms.

6. Al final de cada línea no debe quedar cortada ninguna palabra.

7. Cada una de las siguientes secciones ha de comenzar en hoja aparte: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, bibliografía, cada uno de los cuadros, figuras y los pies o epígrafes.

8. Cualquier manuscrito que no cumpla alguno de estos requisitos quedará al margen de la publicación.

#### B. Contenido del in-extenso.

##### 1. Página del título

a. Título del trabajo: Claro y específico, que no exceda las 15 palabras (salvo excepciones) con información necesaria para clasificar el artículo.

b. Nombres y apellidos de los autores, y grado académico más importante.

c. Afiliación institucional.

##### 2. Resumen

La página del resumen debe contener el título del artículo, inmediatamente debajo deben colocarse un máximo de 6 palabras claves. Utilice para ello los términos de la lista Medical Subject Headings (MeSH) -Encabezamientos de materia médica- del Index Medicus; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no estén representados en los MeSH, pueden usarse las expresiones corrientes.

El resumen constituye el contenido esencial del reporte y contiene el planteamiento de la revisión con sus puntos más importantes y principales conclusiones. Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes de la revisión. No debe exceder de 300 palabras, no debe llevar bibliografía y debe ser redactado en forma impersonal.

##### 3. Introducción

a. No debe ser mayor de 2 páginas del texto.

b. Debe tener el planteamiento fundamental de la revisión y los artículos de apoyo teórico, objetivos e hipótesis.

##### 4. Cuerpo de la Revisión

a. Aborda la revisión hecha por los investigadores y constituye la parte más importante del manuscrito.

##### 5. Discusión

Es una sección muy importante pues la claridad en este punto facilitará al lector concluir la importancia de la revisión.



## 6. Reconocimientos

En este apartado el autor manifiesta el reconocimiento a las personas que contribuyeron a la realización del trabajo de investigación en distinta índole: moral, técnica, económica, etc.

## 7. Referencias

Se debe seguir las recomendaciones del Index Medicus. Permiten al lector profundizar sobre el tema que trata el artículo. Numere las referencias en forma consecutiva, según el orden en que aparecen en el texto.

a. Deben incluirse las referencias accesibles eliminando fuentes secundarias, tesis, comunicaciones verbales, etc.

b. Deben ser entre 20 y 50 referencias actualizadas con no más de 10 años de haber sido publicadas (salvo excepciones).

c. Cuando se hagan citas, deben ser enumeradas en orden ascendente con la acotación respectiva y sólo en números arábigos.

Al hacer la cita de un libro:

1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.

2) Título del libro, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, finalizando con un punto.

3) A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.

4) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de una coma se coloca el año del libro y seguida de dos puntos las páginas consultadas.

Ej.: Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología estructural y funcional. 4a. Ed. Barcelona: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1990: 450-482.

Capítulo de un libro:

1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.

2) Título del capítulo, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, seguido de la palabra In finalizando con dos puntos.

3) Apellido inicial y nombre de cada uno de los editores seguido de un punto.

4) Título del libro. A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.

5) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de un punto y coma se coloca el año del libro y seguida de un punto las páginas consultadas, abreviando la palabra página, seguido de otro punto y separando las páginas con un guión terminando al final con un punto.

Ej.: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and

management. 2nd de. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Al hacer la cita de una revista:

1) Apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, separados por coma (si excede 5 autores se anotarán éstos y luego las palabras et al.) y punto al final.

2) Título del artículo.

3) Nombre abreviado de la revista según el Index Medicus seguida del año de edición de la revista, seguido de punto y coma.

4) El número de la revista seguido de dos puntos.

5) Las páginas que comprende el artículo seguidas de un punto.

Ej.: Estirado E, Arzuaga J, Roman F, et al. Absceso cerebral. Revisión clínica de 26 casos. Rev Clin Esp 1995; 195: 304-307.

## 8. Cuadros

Un cuadro nos permite presentar los datos obtenidos, elaborados de tal manera que se pueda omitir una explicación en forma de texto. Estos cuadros contarán con:

a. Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte al final del artículo.

b. Número de tabla, debe ir en negrilla alineado a la izquierda de la tabla y antes del título, deberá tener un orden consecutivo a lo largo de todo el trabajo, señalado por un número arábigo.

c. Título, viene seguido del número de tabla. Deberá ser lo más claro posible y describir en forma completa la información contenida, además indicará el lugar y la fecha de origen de la información.

d. Las categorías en las que se agrupan los datos van centradas en su columna correspondiente.

e. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales, una después del título, otra a continuación del encabezado de la columna y otra al final del cuadro.

f. Todo vacío deberá llenarse con un cero, un guión o una llamada explicativa.

g. Pie o nota de tabla, deberá ir cuando se necesite aclarar un término. Se indicará a continuación de la línea sólida inferior.

h. La fuente del cuadro es el último dato de la tabla.

i. Si se incluyen datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde.

j. No deben presentarse tablas innecesarias o no relacionadas con los objetivos de la investigación, limite el número de tablas al mínimo necesario.

## 9. Figuras



Son las ayudas visuales de cualquier tipo (gráficos, organigramas, mapas, dibujos, fotos, etc.). Las ilustraciones deben agregar información y no duplicar la de las tablas.

Las normas de presentación de las figuras son:

- a. Se identificarán con números arábigos.
- b. Cada número irá precedido de la palabra figura, la cual se escribirá en mayúscula y alineada a la izquierda.
- c. Títulos concisos y explicativos.
- d. Deben ser claras y sencillas.
- e. Se enviará entre hojas de cartón para protección.
- f. Deben estar identificadas por el reverso.
- g. No se pondrán notas al pie de la figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.
- h. Los títulos de todas las figuras se anotarán en orden numérico en una hoja de papel independiente.
- i. En caso de fotografías, son preferibles en blanco y negro de buena calidad, identificadas en el dorso con un título claro y breve. Si la foto es de un paciente, éste no debe ser identificable; de lo contrario se deberá anexar la carta del paciente o de un familiar si éste ha fallecido que autorice su publicación posterior.
- j. Si la figura ya fue publicada, se debe hacer el reconocimiento de la fuente original y presentar la autorización por escrito que el titular de los derechos de autor concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quién sea el autor o la editorial o los resultados que dieron. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Indique las pérdidas de sujetos de observación (por ej. las personas que abandonan un ensayo clínico). Debe especificarse cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

#### 10. Abreviaturas, siglas y unidades de medidas

Utilice únicamente abreviaturas ordinarias. Absténgase de usar abreviaturas en el título y el resumen.

- a. Si se menciona por primera vez deben estar acompañadas de su significado y luego entre paréntesis la abreviación.
- b. Deben ser escritas solamente en español, a menos que sean siglas que se acepten como nombres. Ej.: ELISA.
- c. Las unidades de medida deben ser las correspondientes al Sistema Internacional (SI). Los símbolos de las unidades no toman la terminación en plural y sólo van seguidos de punto en caso de que se encuentren al final de la frase.
- d. Las cifras deben agruparse en tríos dispuestos a la derecha e izquierda de la coma decimal y separadas entre sí por un espacio simple. No deben separarse por ningún signo de puntuación.

**Para la presentación de los Casos Clínicos deben seguirse las siguientes normas:**

#### A. Extensión y presentación in-extenso.

1. Se realizará en papel blanco tamaño carta (216 x 279 mm) o en la medida estándar ISO A4 (212 x 297 mm), mecanografiadas a una sola cara. El trabajo científico no excederá las 10 páginas.

2. Cada página será enumerada en el ángulo superior derecho, incluyendo la página del título y la del resumen.

3. Cada página contendrá como máximo un total de 25 líneas, a doble espacio.

4. El tamaño de la letra será en formato de 12 puntos.

5. Ningún margen de la hoja debe ser menor de 2 cms.

6. Al final de cada línea no debe quedar cortada ninguna palabra.

7. Cada una de las siguientes secciones ha de comenzar en hoja aparte: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, bibliografía, cada uno de los cuadros, figuras y los pies o epígrafes.

8. Cualquier manuscrito que no cumpla alguno de estos requisitos quedará al margen de la publicación.

#### B. Contenido del in-extenso.

##### 1. Página del título

a. Título del trabajo: Claro y específico, que no exceda las 15 palabras (salvo excepciones) con información necesaria para clasificar el artículo.

b. Nombres y apellidos de los autores, y grado académico más importante.

c. Afiliación institucional.

##### 2. Resumen

La página del resumen debe contener el título del artículo, inmediatamente debajo deben colocarse un máximo de 6 palabras claves. Utilice para ello los términos de la lista Medical Subject Headings (MeSH) -Encabezamientos de materia médica- del Index Medicus; en el caso de términos de reciente aparición que todavía no estén representados en los MeSH, pueden usarse las expresiones corrientes.

El resumen constituye el contenido esencial del reporte y contiene el planteamiento del caso con sus puntos más importantes y principales

conclusiones. Haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del caso. No debe exceder de 300 palabras, no debe llevar bibliografía y debe ser redactado en forma impersonal.

### 3. Introducción

- a. No debe ser mayor de 2 páginas del texto.
- b. Debe tener el planteamiento fundamental del caso y los artículos de apoyo teórico, objetivos e hipótesis.

### 4. Reporte de Caso

- a. Aborda la revisión hecha por los investigadores sobre el caso y su descripción clínica y constituye la parte más importante del manuscrito.

### 5. Discusión

Es una sección muy importante pues la claridad en este punto facilitará al lector concluir la importancia del caso y su contraste con casos previamente reportados que sean similares al mismo.

### 6. Reconocimientos

En este apartado el autor manifiesta el reconocimiento a las personas que contribuyeron a la realización del trabajo de investigación en distinta índole: moral, técnica, económica, etc.

### 7. Referencias

Se debe seguir las recomendaciones del Index Medicus. Permiten al lector profundizar sobre el tema que trata el artículo. Numere las referencias en forma consecutiva, según el orden en que aparecen en el texto.

- a. Deben incluirse las referencias accesibles eliminando fuentes secundarias, tesis, comunicaciones verbales, etc.
- b. Deben ser entre 5 y 10 referencias actualizadas con no más de 10 años de haber sido publicadas (salvo excepciones).
- c. Cuando se hagan citas, deben ser enumeradas en orden ascendente con la acotación respectiva y sólo en números arábigos.

Al hacer la cita de un libro:

- 1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.
- 2) Título del libro, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, finalizando con un punto.
- 3) A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.
- 4) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de una coma se coloca el año del libro y seguida de dos puntos las páginas consultadas.

Ej.: Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología estructural y funcional. 4a. Ed. Barcelona: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1990: 450-482.

Capítulo de un libro:

- 1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.
- 2) Título del capítulo, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, seguido de la palabra In finalizando con dos puntos.
- 3) Apellido inicial y nombre de cada uno de los editores seguido de un punto.
- 4) Título del libro. A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.
- 5) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de un punto y coma se coloca el año del libro y seguida de un punto las páginas consultadas, abreviando la palabra página, seguido de otro punto y separando las páginas con un guión terminando al final con un punto.

Ej.: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd de. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Al hacer la cita de una revista:

- 1) Apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, separados por coma (si excede 5 autores se anotarán éstos y luego las palabras et al.) y punto al final.
  - 2) Título del artículo.
  - 3) Nombre abreviado de la revista según el Index Medicus seguida del año de edición de la revista, seguido de punto y coma.
  - 4) El número de la revista seguido de dos puntos.
  - 5) Las páginas que comprende el artículo seguidas de un punto.
- Ej.: Estirado E, Arzuaga J, Roman F, et al. Absceso cerebral. Revisión clínica de 26 casos. Rev Clin Esp 1995; 195: 304-307.

### 8. Cuadros

Un cuadro nos permite presentar los datos obtenidos, elaborados de tal manera que se pueda omitir una explicación en forma de texto. Estos cuadros contarán con:

- a. Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte al final del artículo.
- b. Número de tabla, debe ir en negrilla alineado a la izquierda de la tabla y antes del título, deberá tener un orden consecutivo a lo largo de todo el trabajo, señalado por un número arábigo.
- c. Título, viene seguido del número de tabla. Deberá ser lo más claro posible y describir en forma completa la información contenida, además indicará el lugar y la fecha de origen de la información.



- d. Las categorías en las que se agrupan los datos van centradas en su columna correspondiente.
- e. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales, una después del título, otra a continuación del encabezado de la columna y otra al final del cuadro.
- f. Todo vacío deberá llenarse con un cero, un guión o una llamada explicativa.
- g. Pie o nota de tabla, deberá ir cuando se necesite aclarar un término. Se indicará a continuación de la línea sólida inferior.
- h. La fuente del cuadro es el último dato de la tabla.
- i. Si se incluyen datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde.
- j. No deben presentarse tablas innecesarias o no relacionadas con los objetivos de la investigación, limite el número de tablas al mínimo necesario.

#### 9. Figuras

Son las ayudas visuales de cualquier tipo (gráficos, organigramas, mapas, dibujos, fotos, etc.). Las ilustraciones deben agregar información y no duplicar la de las tablas.

Las normas de presentación de las figuras son:

- a. Se identificarán con números arábigos.
- b. Cada número irá precedido de la palabra figura, la cual se escribirá en mayúscula y alineada a la izquierda.
- c. Títulos concisos y explicativos.
- d. Deben ser claras y sencillas.
- e. Se enviará entre hojas de cartón para protección.
- f. Deben estar identificadas por el reverso.
- g. No se pondrán notas al pie de la figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.
- h. Los títulos de todas las figuras se anotarán en orden numérico en una hoja de papel independiente.
- i. En caso de fotografías, son preferibles en blanco y negro de buena calidad, identificadas en el dorso con un título claro y breve. Si la foto es de un paciente, éste no debe ser identificable; de lo contrario se deberá anexar la carta del paciente o de un familiar si éste ha fallecido que autorice su publicación posterior.
- j. Si la figura ya fue publicada, se debe hacer el reconocimiento de la fuente original y presentar la autorización por escrito que el titular de los derechos de autor concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quién sea el autor o la editorial o los resultados que dieron. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Indique las pérdidas de sujetos de observación (por ej. las personas que abandonan

un ensayo clínico). Debe especificarse cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

#### 10. Abreviaturas, siglas y unidades de medidas

Utilice únicamente abreviaturas ordinarias. Absténgase de usar abreviaturas en el título y el resumen.

- a. Si se menciona por primera vez deben estar acompañadas de su significado y luego entre paréntesis la abreviación.
- b. Deben ser escritas solamente en español, a menos que sean siglas que se acepten como nombres. Ej.: ELISA.
- c. Las unidades de medida deben ser las correspondientes al Sistema Internacional (SI). Los símbolos de las unidades no toman la terminación en plural y sólo van seguidos de punto en caso de que se encuentren al final de la frase.
- d. Las cifras deben agruparse en tríos dispuestos a la derecha e izquierda de la coma decimal y separadas entre sí por un espacio simple. No deben separarse por ningún signo de puntuación.

**Para la presentación de las Cartas al Editor deben seguirse las siguientes normas:**

#### A. Extensión y presentación in-extenso.

1. Se realizará en papel blanco tamaño carta (216 x 279 mm) o en la medida estándar ISO A4 (212 x 297 mm), mecanografiadas a una sola cara. El trabajo científico no excederá las 5 páginas.

2. Cada página será enumerada en el ángulo superior derecho, incluyendo la página del título y la del resumen.

3. Cada página contendrá como máximo un total de 25 líneas, a doble espacio.

4. El tamaño de la letra será en formato de 12 puntos.

5. Ningún margen de la hoja debe ser menor de 2 cms.

6. Al final de cada línea no debe quedar cortada ninguna palabra.

7. La carta no llevará secciones solo el cuerpo del texto, sin resumen, con la bibliografía, llamada referencias, con un máximo de un cuadro o figura.

8. Cualquier manuscrito que no cumpla alguno de estos requisitos quedará al margen de la publicación.

#### B. Contenido del in-extenso.



### 1. Página del título

- a. Título del trabajo: Claro y específico, que no exceda las 15 palabras (salvo excepciones) con información necesaria para clasificar el artículo.
- b. Nombres y apellidos de los autores, y grado académico más importante.
- c. Afiliación institucional.

### 2. Resumen

Las cartas no llevan resumen.

### 3. Cuerpo del Texto

- a. No debe ser mayor de 4 páginas del texto.
- b. Debe tener el planteamiento fundamental del caso y los artículos de apoyo teórico, objetivos e hipótesis.

### 4. Reconocimientos

En este apartado el autor manifiesta el reconocimiento a las personas que contribuyeron a la realización del trabajo de investigación en distinta índole: moral, técnica, económica, etc.

### 6. Referencias

Se debe seguir las recomendaciones del Index Medicus. Permiten al lector profundizar sobre el tema que trata el artículo. Numere las referencias en forma consecutiva, según el orden en que aparecen en el texto.

- a. Deben incluirse las referencias accesibles eliminando fuentes secundarias, tesis, comunicaciones verbales, etc.
- b. Deben ser entre 1 y 10 referencias actualizadas con no más de 10 años de haber sido publicadas (salvo excepciones).
- c. Cuando se hagan citas, deben ser enumeradas en orden ascendente con la acotación respectiva y sólo en números arábigos.

Al hacer la cita de un libro:

- 1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.
- 2) Título del libro, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, finalizando con un punto.
- 3) A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.
- 4) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de una coma se coloca el año del libro y seguida de dos puntos las páginas consultadas.

Ej.: Robbins S, Cotran R, Kumar V. Patología estructural y funcional. 4a. Ed. Barcelona: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1990: 450-482.

Capítulo de un libro:

- 1) Apellido inicial y nombre de cada autor seguido de una coma, finalizando con un punto.

2) Título del capítulo, escribiendo sólo la primera letra en mayúscula, seguido de la palabra In finalizando con dos puntos.

3) Apellido inicial y nombre de cada uno de los editores seguido de un punto.

4) Título del libro. A partir de la segunda edición se coloca de qué edición trata, seguida de un punto.

5) Ciudad donde se editó, seguida de dos puntos y el nombre de la casa editorial omitiendo la palabra "Editorial", seguida de un punto y coma se coloca el año del libro y seguida de un punto las páginas consultadas, abreviando la palabra página, seguido de otro punto y separando las páginas con un guión terminando al final con un punto.

Ej.: Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd de. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Al hacer la cita de una revista:

1) Apellido de cada autor seguido de la inicial del nombre, separados por coma (si excede 5 autores se anotarán éstos y luego las palabras et al.) y punto al final.

2) Título del artículo.

3) Nombre abreviado de la revista según el Index Medicus seguida del año de edición de la revista, seguido de punto y coma.

4) El número de la revista seguido de dos puntos.

5) Las páginas que comprende el artículo seguidas de un punto.

Ej.: Estirado E, Arzuaga J, Roman F, et al. Absceso cerebral. Revisión clínica de 26 casos. Rev Clin Esp 1995; 195: 304-307.

### 8. Cuadros

Un cuadro nos permite presentar los datos obtenidos, elaborados de tal manera que se pueda omitir una explicación en forma de texto. Estos cuadros contarán con:

a. Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte al final del artículo.

b. Número de tabla, debe ir en negrilla alineado a la izquierda de la tabla y antes del título, deberá tener un orden consecutivo a lo largo de todo el trabajo, señalado por un número arábigo.

c. Título, viene seguido del número de tabla. Deberá ser lo más claro posible y describir en forma completa la información contenida, además indicará el lugar y la fecha de origen de la información.

d. Las categorías en las que se agrupan los datos van centradas en su columna correspondiente.

e. No se usarán líneas verticales y sólo habrá tres horizontales, una después del título, otra a continuación del encabezado de la columna y otra al final del cuadro.



- f. Todo vacío deberá llenarse con un cero, un guión o una llamada explicativa.
- g. Pie o nota de tabla, deberá ir cuando se necesite aclarar un término. Se indicará a continuación de la línea sólida inferior.
- h. La fuente del cuadro es el último dato de la tabla.
- i. Si se incluyen datos publicados o inéditos provenientes de otra fuente, obtenga la autorización necesaria para reproducirlos y conceda el reconocimiento cabal que corresponde.
- j. No deben presentarse tablas innecesarias o no relacionadas con los objetivos de la investigación, limite el número de tablas al mínimo necesario.

#### 9. Figuras

Son las ayudas visuales de cualquier tipo (gráficos, organigramas, mapas, dibujos, fotos, etc.). Las ilustraciones deben agregar información y no duplicar la de las tablas.

Las normas de presentación de las figuras son:

- a. Se identificarán con números arábigos.
- b. Cada número irá precedido de la palabra figura, la cual se escribirá en mayúscula y alineada a la izquierda.
- c. Títulos concisos y explicativos.
- d. Deben ser claras y sencillas.
- e. Se enviará entre hojas de cartón para protección.
- f. Deben estar identificadas por el reverso.
- g. No se pondrán notas al pie de la figura, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.
- h. Los títulos de todas las figuras se anotarán en orden numérico en una hoja de papel independiente.
- i. En caso de fotografías, son preferibles en blanco y negro de buena calidad, identificadas en el dorso con un título claro y breve. Si la foto es de un paciente, éste no debe ser identificable; de lo contrario se deberá anexar la carta del paciente o de un familiar si éste ha fallecido que autorice su publicación posterior.
- j. Si la figura ya fue publicada, se debe hacer el reconocimiento de la fuente original y presentar la autorización por escrito que el titular de los

derechos de autor concede para reproducirla. Este permiso es necesario, independientemente de quién sea el autor o la editorial o los resultados que dieron. Informe sobre las complicaciones del tratamiento. Especifique el número de observaciones. Indique las pérdidas de sujetos de observación (por ej. las personas que abandonan un ensayo clínico). Debe especificarse cualquier programa de computación de uso general que se haya empleado.

#### 10. Abreviaturas, siglas y unidades de medidas

Utilice únicamente abreviaturas ordinarias. Absténgase de usar abreviaturas en el título y el resumen.

- a. Si se menciona por primera vez deben estar acompañadas de su significado y luego entre paréntesis la abreviación.
- b. Deben ser escritas solamente en español, a menos que sean siglas que se acepten como nombres. Ej.: ELISA.
- c. Las unidades de medida deben ser las correspondientes al Sistema Internacional (SI). Los símbolos de las unidades no toman la terminación en plural y sólo van seguidos de punto en caso de que se encuentren al final de la frase.
- d. Las cifras deben agruparse en tríos dispuestos a la derecha e izquierda de la coma decimal y separadas entre sí por un espacio simple. No deben separarse por ningún signo de puntuación.

Una vez cumplidas con las normas antes mencionadas los trabajos deberán ser enviados a la revista por correo electrónico, a la dirección:

[actacientificaestudiantil@yahoo.es](mailto:actacientificaestudiantil@yahoo.es)

ó en su defecto a cualquiera de los miembros del Comité Editorial. Las direcciones de correo electrónico de los mismos se encuentran en la página web de la revista:

<http://sites.google.com/site/actacientificaestudiantil/>

Acta Científica Estudiantil.  
ISSN 1856-8157  
Depósito Legal ppj 200302DC2671.

## REPORTE DE CASO – CASE REPORT

### Quilotórax espontáneo: a propósito de un caso clínico

Ezzat A. Chelhond-Boustanie<sup>1,2</sup>, Michelle G. Ferrer-Ladera<sup>1</sup>, José Botana<sup>3,4</sup>,  
Omaira Vera<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de medicina, Escuela de Medicina “Luis Razetti” (EMLR), Facultad de Medicina (FM), Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas, Venezuela.

<sup>2</sup>Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), Caracas, Venezuela.

<sup>3</sup>Docente, Cátedra de Clínica y Terapéutica Médica A, EMLR, FM, UCV.

<sup>4</sup>Adjunto, Servicio de Medicina Interna I, Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela.

\*E-mail: ezzat.alberto@hotmail.com

Acta Científica Estudiantil 2010; 8(4):93-6

Recibido 04 Nov 2011 – Aceptado 25 Ene 2012

### Resumen

El quilotórax no traumático es una entidad frecuente en neonatos pero no en adultos, y se caracteriza por la presencia de quilo en la cavidad pleural. Esta enfermedad compromete la ventilación y la función cardíaca, debido a la existencia de fenómenos compresivos locales. Se presenta el caso de una paciente femenina de 71 años de edad con hábito tabáquico acentuado, quien presenta tos seca y disnea que progresa de moderados esfuerzos a en reposo; en cuyos paraclínicos se evidencian leucocitosis con neutrofilia y derrame pleural masivo bilateral a predominio derecho en la radiografía de tórax, motivo por el cual se realizó toracocentesis; extrayéndose 3000 cc de líquido pleural de aspecto lechoso, cuyo análisis bioquímico revela una concentración elevada de triglicéridos. Entre las consecuencias del quilotórax se encuentra la pérdida de líquidos, electrolitos, proteínas, vitaminas liposolubles, grasas, y linfocitos que en conjunto conllevan a una alteración del estado del sistema inmune y nutricional del paciente; variando según la gravedad de la entidad. Las causas más importantes de quilotórax son tumores malignos, linfangiomatosis, sarcoidosis, tuberculosis, trombosis venosa, malformaciones linfáticas congénitas, traumatismos, síndrome nefrótico, hipotiroidismo, cirrosis e insuficiencia cardíaca descompensada. Se estima que el quilotórax puede aparecer en el 3% de los derrames pleurales en adultos. Debido a la baja incidencia del quilotórax, se estudia el caso.

**Palabras Clave:** quilotórax, quilotórax no traumático, derrame pleural.  
(fuente: MeSH)

### Abstract

[Non-traumatic chylothorax: report of a case]  
The non-traumatic chylothorax is a common entity in newborns but not in adults and characterizes by the presence of chyle in the pleural cavity; this disease compromises ventilation and heart function, due to local compressive phenomenon. The current case report refers to a seventy one year old female patient, with a high smoking habit, who presents dry cough and dyspnea which progresses from moderate efforts to repose, whose paraclinical exams showed leukocytosis with neutrophilia and bilateral massive pleural effusion with right hemithorax predominance on chest radiography, reason why thoracocentesis was performed; draining 3000 cc of pleural liquid of milky aspect, whose biochemical analysis revealed a high concentration of triglycerides. Among the consequences of chylothorax can be found a decrease of fluids, electrolytes, protein, liposolubles vitamins, fat, and lymphocytes that together lead to an alteration of the immune and nutritional system of the patient; varying according to the severity of the case. The most important causes of chylothorax there are malignant tumors; including lymphomas, lymphangiomatosis, sarcoidosis, tuberculosis, venous thrombosis, congenital lymphatic malformations, trauma, nephrotic syndrome, hypothyroidism, cirrhosis, congestive heart failure or maybe idiopathic. It is estimated that chylothorax may occur in 3% of pleural effusions in adults. Due to the low incidence of chylothorax, the case is studying.

**Key Words:** Chylothorax, non-traumatic chylothorax, pleural effusion.  
(source: MeSH)

## Introducción

El quilotórax es una patología poco frecuente de la cual se desconoce su verdadera incidencia, se denomina así a la acumulación de linfa en el espacio pleural que se produce al romperse el conducto torácico, siendo sus causas más frecuentes los traumatismos pero puede deberse a patologías no traumáticas como las neoplasias; entre las cuales resaltan los linfomas, cáncer de pulmón y esófago, también puede ser de causa infecciosa como linfadenitis tuberculosa, mediastinitis y linfangitis ascendente [1,2,3]. Su sintomatología es similar a la de un derrame pleural (disnea, dolor torácico y astenia). Radiológicamente, puede encontrarse un amplio derrame pleural en uno o ambos campos pulmonares que, al ser punzado por toracocentesis se evidencia como un líquido blanco denso con elevadas concentración de triglicéridos (>110 mg/dL) y predominio de linfocitos en el recuento celular [4]. Las pérdidas de líquido pueden ser mayores de tres litros por día, llevando al paciente a inestabilidad hemodinámica. La toracostomía de tubo con reexpansión pulmonar completa y medidas de soporte como una dieta sin o baja en grasas complementada con triglicéridos de cadena media y reposición o corrección agresiva de líquidos, electrolitos y nutrientes, forman parte del tratamiento inicial [5]. Sin embargo, si el quilotórax es producido por una neoplasia maligna es necesario el tratamiento primario de la misma.

Estas medidas conservadoras se mantienen durante dos semanas, y si no se observa mejoría con este tratamiento se indica intervención quirúrgica, siendo los procedimientos más habituales la ligadura del conducto torácico o en bloque de tejido del hiato diafragmático o el cierre directo de la lesión del conducto [6,7].

El linfoma folicular representa 22% de los linfomas no Hodgkin en todo el mundo [8], siendo una biopsia suficiente para establecer el diagnóstico basándose únicamente en sus rasgos morfológicos. La población celular del tumor está conformada por células pequeñas hendidas en células grandes, cuyo crecimiento sigue un patrón folicular. La manifestación más frecuente son adenopatías indoloras de aparición reciente [1].

## Caso Clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 71 años de edad, natural y procedente de Caracas; hipertensa de larga data tratada con 80 mg de valsartán al día, con hábito tabáquico acentuado; quien refiere inicio de

enfermedad actual tres meses previo a su ingreso, cuando debuta con tos seca y disnea a grandes esfuerzos que progresa a pequeños esfuerzos y posteriormente hasta la ortopnea, motivo por el cual acude a varios centros asistenciales, donde permanece hospitalizada en dos ocasiones, recibiendo tratamiento que no precisa en la primera y en la segunda, cefotaxima 1 g cada 12 horas y aminofilina 250 mg cada 8 horas, siendo posteriormente referida al Hospital Universitario de Caracas por persistencia de la sintomatología.

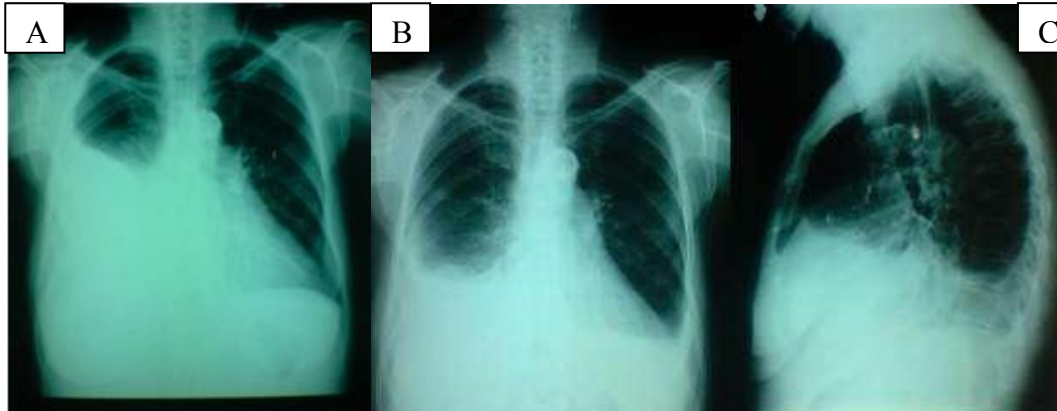
A su ingreso en este centro, se detecta pérdida significativa de peso (10 Kg en los últimos 6 meses; 17% del peso corporal) no asociada a hiporexia. Al examen físico, la paciente se encontraba afebril, hidratada, disneica y asténica, con un tórax plano, hipoexpansible del lado derecho, con frémito vocal aumentado en base pulmonar ipsilateral y matidez a la percusión y ausencia de ruidos respiratorios en 2/3 inferiores de hemitórax derecho. Se le realiza radiografía de tórax, evidenciándose derrame pleural masivo que involucra las tres cuartas partes inferiores del hemitórax derecho (Figura 1) y en vista de la marcada dificultad respiratoria, se decide realizar toracocentesis, extrayendo 3000 mL de líquido pleural de aspecto blanquecino denso, cuyo estudio citoquímico resultó compatible con naturaleza quilosa.

También se realizó hemograma, observándose leucocitosis marcada con neutrofilia por lo que se inicia tratamiento con cefepime y amikacina. Posteriormente, se realiza tomografía computada de tórax, donde se aprecian adenopatías mediastinales y derrame pleural.

Al quinto y séptimo día, la disnea progresa hasta pequeños esfuerzos a causa de recurrencia del quilotórax, el cual es nuevamente drenado, obteniéndose en ambas oportunidades 2000 mL de líquido semejante al previo, a los cuales se le realizan estudios citológicos y microbiológicos, donde se reporta citología inflamatoria y ausencia de microorganismos.

Se toma biopsia de ganglio linfático axilar izquierdo; donde se reporta linfoma folicular y se realiza biopsia de médula ósea, donde se observa hiperplasia con incremento de actividad linfocítica, por lo que se inicia esquema de quimioterapia con rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona. Debido a que la paciente presenta constantes recidivas del quilotórax, se procede a resolución quirúrgica.

**Figura 1.** Radiografías previas y posteriores a toracocentesis. (A) Se aprecia radiopacidad homogénea en los dos tercios inferiores del campo pulmonar derecho y base pulmonar izquierda, con velamiento de los senos costodiafragmáticos bilaterales, el cual disminuye significativamente posterior a la toracocentesis (B y C)



### Discusión

El derrame pleural se manifiesta con disnea y dolor torácico en la mayoría de los casos, evidenciándose matidez a la percusión en las bases del tórax, con reducción de los sonidos respiratorios. El abordaje diagnóstico se realiza mediante toracocentesis y evaluación del líquido pleural extraído, con respecto a su aspecto puede ser seroso, hemorrágico, purulento o lechoso que representa a los quilotórax [2].

El quilotórax no traumático es una entidad infrecuente originada por múltiples patologías, entre ellas las neoplasias mediastínicas que causan daño a nivel del conducto torácico y los canales linfáticos en el tórax, que resultan en efusiones quillosas pleurales [9].

En el quilotórax no traumático los síntomas se presentan en forma gradual, con astenia, disnea y dolor pleurítico. El diagnóstico se establece por la aspiración de un líquido inodoro, blanquecino y espeso del espacio pleural con una densidad específica de 1012-1025, proteínas totales igual al 50% del total de proteínas plasmáticas, glucosa de 48 a 200 mg/dL, linfocitos de 400 a 6800/mm<sup>3</sup>, triglicéridos por encima de 110 mg/dL, colesterol en concentraciones iguales o menores que el valor sérico, con una relación triglicéridos/colesterol mayor a 1 [4,6].

El flujo normal de quilo oscila entre 1,5 y 2,5 L/día, pero puede variar según la dieta y el contenido de grasa de la misma [6]. En el presente caso, el estudio citoquímico del líquido pleural reportó características que coincidían con las características previamente descritas, por lo cual se realiza diagnóstico de quilotórax.

El diagnóstico diferencial del quilotórax se realizó demostrándose una concentración de triglicéridos mayor de 110 mg/dL y presencia de quilomicrones, en comparación con el pseudoquilotórax, donde los valores de colesterol son elevados y los quilomicrones están ausentes [2], los estudios microbiológicos negativos permitieron diferenciarlo de derrames paraneumónicos y el empiema [2].

La etiología en el 50% de los casos del quilotórax es de origen tumoral, entre ellos los linfomas [10]. El linfoma de tipo folicular es el más común en el adulto, comprendiendo del 35 al 40% de todos los linfomas no Hodgkin [8]. Tiene igual incidencia en ambos sexos, la mayoría de los pacientes tiene extensión linfática al momento del diagnóstico, con invasión adicional de bazo y médula ósea. El curso clínico es generalmente indolente en el 75 al 80% de los casos, y su diagnóstico se realiza en etapa avanzada de la enfermedad, por lo que generalmente, no es curable [8]. No obstante, existe controversia sobre si casos grado II pueden remitir con tratamientos agresivos [8]. Los pacientes en estadios clínicos I y II presentan una supervivencia del 80% a los diez años y se observan recurrencias tardías [8].

El diagnóstico en la paciente se realizó a través de biopsia de ganglio linfático y médula ósea, posterior a lo cual se procedió a iniciar quimioterapia, habiendo recibido el primer ciclo para la fecha del presente reporte.

El quilotórax no traumático puede tener dos tipos de tratamiento: el quirúrgico y el no quirúrgico. El manejo no quirúrgico comprende una o varias toracocentesis descompresivas seguida de la colocación de un tubo de tórax. En



estos casos, se debe reemplazar diariamente las pérdidas de albúmina, proteínas totales, linfocitos y electrolitos vía parenteral con el objetivo de disminuir la producción de quilo y evitar el colapso pulmonar. Una modificación posible consiste en sustituir la grasa con triglicéridos de cadena media que los linfáticos no absorben [5]

La paciente se mantiene actualmente en tratamiento médico con nutrición parenteral total, lo cual no ha ejercido ningún efecto sobre el volumen de drenaje, el cual persiste en 2000 mL en cada toracocentesis [6]. Este tratamiento puede mantenerse por dos semanas, ya que un drenaje tan masivo puede causar desnutrición e inmunodeficiencia, cuando la terapéutica conservadora fracasa, puede recurrirse a cirugía, que dependiendo de la causa y localización del escape, puede permitir el control de la lesión mediante sutura, grapas o goma de fibrina, para ligar el conducto torácico o una derivación pleuroperitoneal [9]. Los métodos quirúrgicos directos tienen éxito en casi el 80% de los pacientes, siendo esta cifra menor en casos de quilotorax no traumático [5].

El quilotorax no traumático es una entidad infrecuente, y por ende debe alertar al médico tratante sobre las posibles patologías subyacentes, y entre ellas las neoplásicas, en especial, en casos de pérdida significativa de peso y edad avanzada. Adicionalmente, resulta de gran importancia la omisión de la realización de radiografía de tórax en los centros donde fue atendida la paciente, previo a su ingreso a nuestro centro, lo cual no se justifica en presencia de sintomatología respiratoria inferior tan florida, pues su realización orienta el diagnóstico, tratamiento apropiado y en casos de complejidad (como el de paciente en cuestión) puede permitir su referencia a otro centro asistencial con mayor celeridad, recibiendo así una atención médica más oportuna y del nivel apropiado, evitando la progresión de la enfermedad subyacente y el deterioro de la calidad de vida del paciente durante ese lapso de tiempo.

### Referencias

1. Ligth R. Trastornos de la pleura y mediastino en: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jammeson J et al. Harrison principios de medicina interna 17<sup>a</sup> edición. México D.F: Mc Graw Hill; 2009.p.1658-1660.Parodi DS. Coxalgia en el Adulto Joven. Enfoque Actual. Rev Chil Reumatol 2009; 25(1):42-8.
2. Costa M, Pego P. Quilotórax. J Bras Pneumol 2006;32(Supl 4):S197-S203.
3. Saumoy M, Mirón M, Oltra C, Vidal F, Richart C. Quilotórax tuberculoso: caso clínico y revisión de la literatura. An Med Interna 2005;22:238-240.
4. Egurrola M, González C, Ballaz A, Capelastegui A. Quilotórax en paciente con cirrosis hepática descompensada. Gac Med Bilbao 2007;104:75-77.
5. King T, Smith C. Pared torácica, pleura, pulmón y mediastino en: Schwartz S, Shires T, Spencer F. Principios de cirugía 6<sup>a</sup> edición. México D.F: Interamericana - Mc Graw Hill; 1995.p.681-804
6. Castañeda E, Barrera E. Quilotorax no traumático: Reporte de un caso. Rev Med Hered 2005;16:285-28.
7. Lukanich J, Sugarbaker D. Pared torácica y pleura en: Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K. Sabiston: tratado de cirugía 17<sup>a</sup> edición. Madrid: Elsevier Saunders; 2007.p.1711-1734
8. Shipp M, Mauch P, Harris N. Linfomas no Hodgkin en: Devita V, Hellman S y Rosenberg S. Cancer principios y práctica de oncología. 5<sup>a</sup> edición. Médica Panamericana, 1997: 2164 – 2199.
9. Brito R, De Sousa C, Porteiro J, Shiang M, Queiros M. Quilotórax: A propósito de un caso clínico. Rev Port Pneumol 2009;15(3):521-7.
10. Loddenkemper R. Derrame pleural en: Albert R, Spiro S, Jett J. Tratado de neumología. Madrid: Harcourt, 2001: 66.1 – 66.10

**Declaración de Intereses:** No se declararon conflictos de intereses.

## REPORTE DE CASO – CASE REPORT

### **Coxartrosis unilateral secundaria a pinzamiento femoroacetabular tipo Cam en futbolista de élite**

*Cristian Alejandro Ferreyra<sup>1</sup>, Augusto José Lépori<sup>1</sup>, Matías Andrés Moreno Venegas<sup>1</sup>,  
Ricardo Mishima<sup>1</sup>, Carla Valetti<sup>1</sup>, Julio Eduardo Ferreyra<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Estudiante de medicina, Práctica Final Obligatoria, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.

<sup>2</sup>Médico del Deporte, Jefe, Departamento Médico, Club Atlético Talleres de Córdoba. Córdoba, Argentina.

\*E-mail: [ajl087@hotmail.com](mailto:ajl087@hotmail.com)

*Acta Científica Estudiantil 2010; 8(4):97-101*

Recibido 24 Dic 11 – Aceptado 03 Ene 12

#### **Resumen**

El pinzamiento femoroacetabular, es causante de coxartrosis secundaria en adultos jóvenes y físicamente activos. Se produce por una incongruencia entre la cabeza femoral y el acetábulo, ocasionando coxalgia y compromiso de los movimientos de flexión, aducción y rotación interna de la cadera. Presentamos un caso correspondiente a un paciente masculino de 32 años de edad, futbolista profesional, con diagnóstico de artrosis de cadera derecha, que refiere en la revisión médica para la incorporación a una institución de fútbol profesional, clínica de coxalgia leve al ejercicio, que se exacerba con el reposo, sin impotencia funcional. Al examen físico, presenta limitación del rango de movimientos de la cadera afectada, marcha disbásica por acortamiento real de 2 cm de longitud de la pierna derecha y discreto *genus varus*. El test de pinzamiento femoroacetabular fue positivo y la imagenología reflejó un proceso degenerativo avanzado (grado de 3 Tönnis). Las pruebas de evaluación funcional aeróbica mostraron resultados satisfactorios. La leve sintomatología, sin compromiso funcional del paciente, y que le permite la práctica activa de fútbol, no se ve reflejada en la imagenología, la cual muestra alteraciones morfológicas de degeneración articular avanzada, objetivándose una disociación clínico-radiológica. Debido al avanzado estado del proceso artrósico, no fue posible realizar una terapéutica quirúrgica correctora de la deformidad femoral del paciente, indicándose tratamiento conservador médico del cuadro. Tener presente esta patología en el diagnóstico diferencial de las coxalgias, especialmente en adultos jóvenes y deportistas, aumenta las posibilidades de llegar a un diagnóstico precoz y optimizar el abordaje integral del paciente.

**Palabras Clave:** Pinzamiento femoroacetabular, artrosis, deportes.  
(fuente: MeSH)

#### **Abstract**

[Unilateral coxarthrosis caused by femoroacetabular impingement in professional soccer player]

The femoroacetabular impingement is a phenomenon that causes mechanical secondary hip osteoarthritis in physically active young adults. Is caused by a mismatch between the femoral head and the acetabulum, that causes hip pain, and compromises the movements of flexion, adduction and internal rotation of the hip. In the following case, a 32-year-old male patient, professional soccer player was diagnosed with osteoarthritis on his right hip, without any signs of a severe dysfunction, the patient alleged mild pain during exercise that worsened in rest. The patient showed signs of limited movements in the affected hip, mild limping due to a real 1 in. shortening of the right leg, and discrete *genus varum*. The femoroacetabular impingement test result and the images of the affected area were consistent with the clinical diagnosis, both showing an advance degenerative stage of the region in regards (Tönnis angle 3). The results of the functional test performed, presented satisfactory values. The mild symptomatology did not prevent the patient from playing professional soccer. This, nonetheless, was not reflected by the image studies, which showed signs of an advanced joint degeneration, presenting a clinical-radiological discrepancy. Due to the advanced stage, and complexity of the injury, it was not possible to perform surgery in order to correct the femoroacetabular impingement, however, a medical treatment was performed. This pathology shall be considered in a differential diagnosis of hip pain, especially in young sportsman adults. This enhances the chances of having an early diagnosis and optimizes the overall treatment that will be provided.

**Key Words:** Femoroacetabular impingement, osteoarthritis, sports.  
(source: MeSH)

## Introducción

Numerosas causas han sido descritas como precursoras de coxartrosis secundaria; sin embargo, no siempre es posible hallar una etiología específica. El síndrome de pinzamiento femoroacetabular (PFA), es una entidad clínica de reciente conocimiento, que en la última década ha sido mundialmente reconocida como uno de los principales factores etiológicos de coxartrosis secundaria de origen mecánico, especialmente en el adulto joven y físicamente activo [1].

Se trata de una deformidad de la cadera que produce una incongruencia articular, debido a un conflicto de espacio entre la transición cervicodiafisaria femoral y el reborde anterosuperior acetabular, al llevar la cadera a la posición de flexión con rotación interna y aducción. De este modo, se genera un aumento de las fuerzas de presión, cizalla y carga en el cartílago y labrum acetabular, produciendo una lesión lenta y progresiva secundaria a esta deformidad, que conduce a la artrosis de cadera.

La manifestación clínica clásica del PFA es la coxalgia referida principalmente a la región inguinal [2]. Al examen físico se observa una limitación en los rangos de movimiento de la cadera, especialmente a la flexión, aducción y rotación interna de esa articulación, con positividad del test de pinzamiento femoroacetabular.

Esta deformidad articular, puede tener su origen tanto en la porción proximal de la epifisis femoral, como en el acetábulo, lo que permite diferenciar dos tipos de PFA: la tipo CAM, en donde la deformidad está situada en la transición cervicodiafisaria femoral con formación de una protuberancia en la región anterosuperior de la unión cabeza-cuello femoral [3]; y la tipo PINCER, en donde la deformidad está situada en el reborde anterosuperior de acetábulo.

La tipo CAM es más frecuente en pacientes deportistas, de sexo masculino, entre los 20 y 30 años de edad [3].

Al producirse el movimiento de flexión y rotación interna de la cadera, la porción anesférica de la cabeza femoral penetra a la cavidad acetabular esférica, produciendo la impactación de la cabeza en el labrum y el reborde acetabular. De este modo, se generan fuerzas de cizallamiento sobre el cartílago articular, causante de las lesiones condrales en la región articular anterior. La presión sobre el labrum acetabular, provoca una progresiva desinserción de su base y deflecamiento en su porción libre [4].

Además, se genera la lesión por sobrecarga en el polo opuesto del acetábulo, provocando las lesiones condrales y del labrum en la región articular posterior. El choque de la cabeza femoral contra el reborde acetabular, es la causa del deterioro lento y progresivo del cartílago articular, que con el paso del tiempo y en los casos en que no se corrige el problema, conduce a coxartrosis [4].

El objetivo del siguiente caso clínico, es mostrar la disociación clínica-radiológica con la que puede presentarse la coxartrosis; así como brindarle a la comunidad médica, especialmente a las áreas de medicina del deporte y traumatología, información de utilidad sobre este síndrome, favoreciendo la familiarización con esta entidad de reciente conocimiento.

## Caso Clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 32 años de edad, jugador profesional de fútbol (volante ofensivo), que presenta como motivo de consulta la realización del examen de revisión médica para la incorporación del mismo como jugador del plantel de primera de una institución deportiva del fútbol argentino.

A la anamnesis, refiere dolor en región inguinal derecha de cuatro años de evolución, esporádico, de intensidad leve, escala visual analógica 3/10 (EVA 3/10), difuso, sin presentación nocturna, que se exacerba con el reposo prolongado y sobrecarga física excesiva, y que cede con la práctica deportiva, negando impotencia funcional, y rigidez de cadera afectada.

Como antecedente personal de importancia, resalta el diagnóstico de coxartrosis unilateral derecha realizado en el año 2008 en otra institución deportiva. Refiere practicar fútbol desde los siete hasta los veinte años de edad entre ocho a diez horas semanales; desde cuando se desempeña como futbolista profesional, con práctica deportiva de entre 15 y 20 horas semanales. No tiene ningún antecedente quirúrgico ni refiere consumo de cigarrillos, alcohol, o estupefacientes. Consume diclofenac sódico 75 mg cada 12 horas cuando presenta dolores mioarticulares tras la práctica deportiva. Niega antecedentes de enfermedades durante la infancia con compromiso osteoarticular, ni abuso de corticoides.

Al examen físico, se constatan signos vitales dentro de parámetros normales, con un peso de 70 kg y una talla de 1,72 cm,

obteniéndose un índice de masa corporal de 23,6 kg/m<sup>2</sup>.

Su postura en bipedestación es de *genus varus*, y presenta una marcha disbásica por un acortamiento real de 2 cm del miembro inferior derecho. La circunferencia de ambos muslos es idéntica, con masa, tono y fuerza muscular conservada. No presenta signos de dolor a nivel de las espinas ilíacas, articulación sacroilíaca, isquion, cresta ilíaca, trocánter mayor, bursa trocántérica y sínfisis púbica.

Al examen con goniómetro de la cadera derecha (flexibilidad coxofemoral) se hallaron alteraciones de la aducción (movilidad de 5° vs. 20 a 30° en individuos sanos), de la rotación interna (10° vs. 40 a 45°), y de la rotación externa (15° vs. 45 a 50°).

El cuestionario WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) [5], de valoración de calidad de vida, demuestra valores para dolor 5/20, rigidez 0/8, capacidad funcional 5/68; y la escala de valoración funcional de cadera de Merle - d'Aubigné - Postel arrojó un valor de 14/18.

El test de PFA fue positivo (Figura 1).

Se realizan exámenes específicos de valoración traumatológica, siendo los test de Thomas, de Trendelenburg y de Lasegué negativos.

Los test dinámicos de campo y el resto de la valoración funcional deportiva (valoración funcional de la fuerza isotónica, Yo-Yo test), arrojaron resultados dentro de parámetros normales, lo que permite al paciente la práctica activa de fútbol en similares condiciones que el resto del plantel profesional del club.

**Figura 1.** Test de pinzamiento femoroacetabular.

Las flechas indican la tracción realizada por el examinador.



El resto del examen físico se encuentra dentro de parámetros normales.

Entre los estudios previos que porta el paciente se encuentra una radiografía frontal de cadera derecha, de dos años de antigüedad, que muestra signos de artrosis (grado 2 de Tönnis) en la articulación coxofemoral, además de una protuberancia de la cabeza femoral (Figura 2).

**Figura 2.** Radiografía de cadera derecha. Se evidencia una lesión grado 2 de Tönnis, con protuberancia en la cabeza femoral.



Se somete, en aquel entonces, a una artro-resonancia de cadera derecha, en la cual se observan fenómenos degenerativos de la articulación coxofemoral compatibles con artrosis, evidenciándose pinzamiento del espacio interarticular con adelgazamiento e irregularidad del cartílago del acetábulo y la cabeza del fémur, especialmente es su cuadrante anterosuperior. Se observan osteofitos marginales en ambas superficies, una protuberancia en el sector anterosuperior de la cabeza femoral, y quistes subcondrales en el acetábulo (Figura 3).

Al llegar a la institución deportiva actual, se realiza una radiografía de la articulación coxofemoral afectada en la que se observa un grado 3 de Tönnis, y una resonancia magnética de cadera derecha en la que se objetivan cambios degenerativos a nivel coxofemoral derecho, observándose numerosos osteofitos marginales, erosión de la placa condral y una deformidad tipo CAM de la cabeza femoral. A su vez, se observa edema subcondral, y la cápsula articular aparece con cambios fibróticos, existiendo mínimo derrame articular (Figura 4).

El resto de los métodos complementarios (laboratorio, electrocardiograma, ergometría,



ecocardiograma bidimensional y doppler) se encontraron dentro de parámetros normales.

**Figura 3.** Arthro-resonancia de cadera derecha. Se observan signos artrosis avanzada y protuberancia femoral en la región anterosuperior de la cabeza de este hueso.



En base a los hallazgos clínicos y radiográficos se plantea el diagnóstico de coxartrosis unilateral de cadera derecha secundario a PFA tipo CAM.

Se plantea la posibilidad de cirugía de cadera, pero teniendo en cuenta el avanzado grado de Tönnis (grado 3), la intensidad leve del dolor, la limitación del rango de movimientos de la cadera que no impide la práctica deportiva, sumado a la negativa del futbolista de someterse a la intervención, se decide la no realización de la misma. Por lo tanto, se instaura un tratamiento conservador con meloxicam 15 mg por día, condroitín sulfato 1200 mg y sulfato de glucosamina 1500 mg por día durante 8 semanas, con 2 semanas de descanso intratratamiento, y extracto total de insaponificables de palta y soja 300 mg por día.

### Discusión

La leve sintomatología sin impotencia funcional del paciente, que le permite la práctica activa del fútbol profesional en todos los equipos en los que fue parte, no es concordante con la imagenología, la cual muestra signos de degeneración articular avanzada, presentando en su evolución hasta la actualidad, un grado de Tönnis 3 en su cadera derecha, lo cual constituye una disociación clínica-radiológica del cuadro osteoartítico.

El examen físico y los tests de valoración funcional (cardíacos, laboratorio, fuerza muscular y aeróbicos), arrojaron resultados dentro de parámetros normales. La flexibilidad coxofemoral, presenta limitación al rango de movimiento, pero le permite al paciente realizar normalmente la práctica deportiva, sin alteración del rendimiento futbolístico del mismo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, se lo considera médicamente apto para la práctica deportiva, y se acepta la incorporación del futbolista a la institución.

El proceso degenerativo de la articulación coxofemoral, ya está instalado, y en un grado avanzado (grado 3 de Tönnis), por lo que el paciente no es candidato para una resolución quirúrgica del choque femoroacetabular, dado que los resultados satisfactorios son evidentes en los pacientes en fases incipientes del proceso degenerativo articular, es decir, en las etapas de Tönnis 0 y 1 y no en las etapas avanzadas de la enfermedad [6].

En lo que respecta al pronóstico del paciente, este podrá llevar a cabo su práctica deportiva profesional mientras continúe con sintomatología leve y capacidad funcional adecuada. No obstante, en caso de presentarse una exacerbación del cuadro clínico, o un deterioro de la calidad de vida del paciente (dolor de mayor intensidad, rigidez, mayor limitación de los movimientos e incapacidad funcional), será necesario evaluar la realización de una artroplastía total de cadera, siendo esta la única terapéutica quirúrgica posible en pacientes con tan avanzado grado de coxartrosis.

**Figura 4.** Resonancia magnética de cadera derecha. Se observan signos de artrosis avanzada, con engrosamiento de la cápsula y leve derrame articular.





El síndrome de PFA debe formar parte de los diagnósticos diferenciales de todo paciente adulto joven, deportista, que consulta por coxalgia. Al tener en consideración la patología, aumentan las posibilidades de llegar a un diagnóstico precoz, y así poder lograr la prevención temprana de la coxartrosis secundaria que deriva de este tipo de deformidad femoroacetabular.

La artrosis es un proceso degenerativo articular que puede mostrar disociación clínico-radiológica en su presentación. Es importante tener en cuenta que en algunos casos (como el presentado en este paciente) las manifestaciones clínicas pueden ser leves con respecto a las alteraciones morfológicas demostradas en la imagenología; por ende, es importante considerar ambos parámetros para el buen uso del criterio médico al momento de diagnosticar al paciente como médicamente apto para la práctica deportiva; recordando que; a pesar de que las imágenes son útiles para estadificar la lesión y decidir así la intervención terapéutica oportuna, no debe excluirse el cuadro clínico al momento de considerar el manejo del paciente y su posibilidad de continuar con la práctica deportiva.

### **Referencias**

1. Ribas M, Vilarrubias JM, Ginebreda I, Silberberg J, Leal J. Atrapamiento o choque femoroacetabular. Rev Ortop Traumatol 2005; 49:390-403.
2. Parodi DS. Coxalgia en el Adulto Joven. Enfoque Actual. Rev Chil Reumatol 2009; 25(1):42-8.
3. Anderson SE, Siebenrock KA, Tannast M. Femoroacetabular Impingement: evidence of an Established Hip Abnormality. Radiology 2010; 257(1):8-13.
4. Mella C. Artroscopía de cadera: técnicas quirúrgicas y tratamiento de patologías frecuentes. Santiago de Chile: Claudio Mella Copyright, 2008.
5. McConnell S, Kolopack P, Davis AM. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. Arthritis Care & Research 2001;45(5):453-61.
6. Sánchez-Vergel AA, Sierra R. Pinzamiento Femoroacetabular. Rev Col Or Tra 2010; 24(1):40-6.

**Declaración de Intereses:** No se declararon conflictos de intereses.

## CARTA AL EDITOR – LETTER TO THE EDITOR

### **Con respecto a: Postura de Acta Científica Estudiantil ante irregularidades éticas**

*Alicia Ponte-Sucre<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Coordinador de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.*

*\*E-mail: aiponte@gmail.com*

*Acta Científica Estudiantil 2010; 8(4):102-3*

*Recibido 28 Mar 2011– Aceptado 29 Jun 2011*

[About: Position of Acta Científica Estudiantil regarding ethical irregularities]

Estimado Editor:

Hace pocos días tuve el placer de leer la “Postura de Acta Científica Estudiantil ante Irregularidades Éticas” [1], escrita por varios estudiantes miembros de los comités editoriales de las revistas Acta Científica Estudiantil y Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana. Este es un tema relevante que se ha transformado en un debate obligatorio debido a las irregularidades que ocurren en la publicación de trabajos científicos en general, y estudiantiles en particular.

En dicho artículo se plantea la temática de las diversas irregularidades éticas que ocurren en el medio científico y la postura de la revista, Acta Científica Estudiantil, así como de las Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (SOCIEM-UCV) y de odontología (SOCIEO-UCV) ante este tipo de faltas.

Como Coordinador de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, los felicito por la iniciativa y por la publicación del artículo. Sin embargo, quiero hacer varios comentarios con respecto al mismo que considero son pertinentes:

El primero tiene que ver con la necesidad de utilizar un lenguaje técnico y preciso para la descripción del problema. Esto es fundamental a fin de darle seriedad a la publicación, incluso desde el pregrado. Un ejemplo de ello es el uso del término “tentación” en el resumen [1], cuando se refieren a las irregularidades descritas. Este término puede prestarse a confusiones y por lo tanto no es adecuado en este caso. Es importante utilizar palabras más precisas para expresar lo que realmente ocurre.

En segundo término, es importante señalar que la finalidad de los “comités editoriales” (introducción, segundo párrafo) [1] “no es velar porque lo no real o fraudulento no sea publicado”, al menos no en esos términos. Su labor es técnica no moral. Por encima de todo se debe confiar en la honestidad del investigador y la labor del comité editorial es constatar que los experimentos y controles estén elaborados adecuadamente y que los resultados y conclusiones a las cuales se llega estén acordes con la hipótesis inicialmente planteada.

En este sentido, es fundamental resaltar que a la hora de una publicación en la cual no se citan las fuentes originales de la información referida, o en la cual se está publicando algo que ya había aparecido previamente, por ejemplo en otro idioma, lo cardinal no es “la pérdida de tiempo del comité editorial” al evaluar algo que ya está divulgado, lo que está en juego es el engaño que representa la duplicación de la publicación con una finalidad difícil de explicar y comprender.

Por otra parte, es significativo insistir en que las publicaciones no se “ganan” (introducción, tercer párrafo [1]), se piensan, se trabajan y se producen con tesón y dedicación. Este término también está mal empleado por los autores.

Finalmente, en el trabajo no se citan porcentajes, estimados, números, etc. de casos irregulares detectados por los autores u otras personas. Esto le quita fuerza al documento. Es trascendental incluir esos números, de existir, para poder hablar de forma precisa y concreta como investigadores que somos o estamos aprendiendo a ser. Esto aplica para los casos de fraude, así como para las publicaciones que han sido retiradas de las revistas, que se mencionan en el artículo.

Para concluir, quiero de nuevo felicitar a los autores por su reflexión ya que ponen sobre el tapete una situación que sabemos existe y debe ser discutida para buscar correctivos, sobre todo



entre los estudiantes de pregrado, no sanciones. Sería interesante, tal y como se concluye en el trabajo, introducir toda esta información en las instrucciones a los autores y discutirla de forma detallada entre los tutores y los estudiantes a fin de informar claramente el componente ético de lo discutido.

### **Referencias**

1. Da Silva-De Abreu AJ, Pascual-González Y, Angulo-Bazán Y. Irregularidades éticas en la producción y difusión científica. Políticas de Acta Científica Estudiantil, SOCIEM-UCV y SOCIEO-UCV. Acta Cient Est 2010; 8(3):86-92.

**Declaración de Intereses:** No se declararon conflictos de intereses.

CARTA AL EDITOR – LETTER TO THE EDITOR

**Réplica a Carta al Editor: Con respecto a: Postura de Acta Científica Estudiantil ante irregularidades éticas**

Adrián J. Da Silva-De Abreu<sup>1,2</sup>, Yuliana Pascual-González<sup>3</sup>, Yolanda Angulo-Bazán<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Editor en Jefe, Acta Científica Estudiantil.

<sup>2</sup>Presidente, Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV). Caracas, Venezuela.

<sup>3</sup>Editor Ejecutivo, Acta Científica Estudiantil.

<sup>4</sup>Presidente, Sociedad Científica San Fernando (SCSF-UNMSM). Lima, Perú.

\*E-mail: [ajluso@hotmail.com](mailto:ajluso@hotmail.com)

*Acta Científica Estudiantil 2010; 8(4):105-6*

Recibido 8 Jun 2011– Aceptado 8 Jun 2011

[Reply to Letter to the Editor: About: Position of Acta Científica Estudiantil regarding ethical irregularities]

Estimado lector:

Deseamos aprovechar esta ocasión para agradecerle su interés por la lectura de nuestra revista, así como previamente ha mostrado en todo lo referente a las actividades de nuestras organizaciones científicas estudiantiles, y en especial por hacernos llegar sus observaciones, las cuales son bien recibidas.

Los autores del artículo en cuestión [1] concordamos con Ud. en lo referente a los términos “tentación” y “ganar” y la posibilidad de una selección más formal de términos para denotar las respectivas ideas.

Cuando en el primer párrafo de la introducción de nuestro artículo mencionamos la función del comité editorial como ente encargado de velar por la legitimidad de lo expresado en los manuscritos sometidos a arbitraje en su revista, no pretendemos limitar la función del mismo solo a este aspecto, pues como Ud. menciona en su carta, sus atribuciones son mucho mayores, dirigidas primordialmente hacia la evaluación de la calidad científica de los trabajos, para lo cual, es necesaria una postura inicial de confianza en la honestidad de los autores; manteniendo en todo momento un protocolo editorial de rutina para la detección de faltas éticas que atenten contra esta confianza.

La idea de la publicación realizada es crear conciencia, tanto en los estudiantes como en los editores, cosa que no es una corriente nueva; ya varias revistas del medio ante las denuncias de

plagio o fraude en general, empiezan a darle importancia a la detección de estas fallas éticas usando recursos que están a su alcance, como por ejemplo el uso de CrossRef (software de pago) [2,3].

Acorde con lo anterior, cuando mencionamos esa particular función del comité editorial (detección y detención de difusión de información fraudulenta) nos referimos a lo mencionado previamente, donde iniciamos mención al tema central de dicho artículo especial (irregularidades éticas y postura de nuestra revista ante ello).

En lo que respecta a la cuantificación de irregularidades de esta índole; citamos en la sección “Justificación y necesidad de velar por el cumplimiento de las normas éticas”, el trabajo realizado por Steen, donde demuestra que el 26% de las retracciones publicadas en Medline son debidas a fraude científico [4].

Como complemento de lo anterior, se puede mencionar la experiencia de la Revista Médica de Chile, cuyo comité editorial comunicó haber detectado cinco casos de faltas éticas en un período de diez años (0,33% del total recibido en ese lapso de tiempo) [5]. En lo que respecta a revistas científicas estudiantiles, no hemos encontrado estadísticas semejantes, sin embargo, su frecuencia es sumamente elevada, pero por fortuna generalmente estas irregularidades son detectadas durante el arbitraje interno y solventadas previo a la publicación del manuscrito, habiéndose destacado un solo caso donde ocurrió lo contrario [6].

Esperamos con lo mencionado previamente haber podido cumplir con sus sugerencias y resolver aspectos previamente no

esclarecidos, con la expectativa de que además, mucho más trascendente que el interés por un artículo en particular, este intercambio sirva para ejemplificar y fomentar la lectura de nuestra revista por parte de los docentes y autoridades de nuestra universidad y en particular de la Facultad de Medicina, lo cual complementa la enseñanza transmitida en las aulas, hasta el punto de familiarizar al estudiantado con la comunicación habitual en el ámbito científico tanto de profesionales como estudiantes de pregrado.

### Referencias

1. Da Silva-De Abreu AJ, Pascual-González Y, Angulo-Bazán Y. Irregularidades éticas en la producción y difusión científica. Políticas de Acta Científica Estudiantil, SOCIEM-UCV y SOCIEO-UCV. Acta Cient Est 2010; 8(3):86-92.
2. Matías-Guiu J, García-Ramos R. Fraude y conductas inapropiadas en las publicaciones científicas. Neurología. 2010 Jan-Feb; 25(1):1-4.
3. Bawaskar HS. Checking for plagiarism, duplicate publication, and text recycling. Lancet. 2011 Apr 23; 377(9775):1403.
4. Steen RG. Retractions in the scientific literature: is the incidence of research fraud increasing? J Med Ethics [serie en Internet]. 2010 Dic [citado: 21 Feb 2011]. Disponible en: <http://jme.bmj.com/content/early/2010/12/23/jme.2010.040923.full.pdf>.
5. Reyes H, Palma J, Andresen M. Ética de las publicaciones en revistas médicas. Rev Méd Chile 2007; 135(4):529-33.
6. Cabrera R, Mayo C, Suárez N, Infante C, Náquira C, García-Zapata M. Plagio en un artículo estudiantil. CIMEL 2007; 12(1):32-3.

**Declaración de Intereses:** No se declararon conflictos de intereses.



CARTA AL EDITOR – LETTER TO THE EDITOR

**Manteniendo el impulso a la investigación científica en pregrado, de la UCV para el mundo: Reflexiones del I Congreso Científico FEVESOCM, I Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Ciencias de la Salud SOCIEM-UCV**

**“Dr. Alfonso J. Rodríguez-Morales”**

*Alfonso J. Rodríguez-Morales<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>*Ex-Profesor de Salud Pública, Epidemiología, Bioestadística y Metodología de Investigación, Cátedra de Salud Pública, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Escuela de Medicina Luís Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.*

<sup>2</sup>*Asesor de SOCIEM-UCV.*

*\*E-mail: arodriguez@utp.edu.co*

*Acta Científica Estudiantil 2010; 8(4):106-7*

*Recibido 13 Mar 2012 – Aceptado 16 Mar 2012*

Durante los días 15 a 17 de junio de 2011 se llevó a cabo en el Instituto de Medicina Tropical “Dr. Félix Pifano”, de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, el I Congreso Científico FEVESOCM, I Congreso Científico Internacional de Estudiantes de Ciencias de la Salud SOCIEM-UCV “Dr. Alfonso J. Rodríguez-Morales”, el cual fue organizado por la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (SOCIEM-UCV), con apoyo de la Facultad de Medicina de dicha casa de estudios, así como de la Sociedad Científica de Estudiantes de Odontología de la UCV (SOCIEO-UCV), la Federación Venezolana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (FEVESOCM) y la Asociación de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina de Colombia (ASCEMCO), entre otras organizaciones.

A pesar de llevarse a cabo en medio de un clima de conflictos universitarios, paros y situaciones académicamente irregulares, el evento, que además contó con actividades virtuales y por ellas participación de estudiantes de otros países, logró convertirse en un espacio más para la comunicación y difusión de los intereses de investigación de los estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud de la UCV y de otras universidades nacionales e internacionales. La filosofía con la cual fue organizado, es la que ha prevalecido en las mentes de muchos docentes universitarios que en algún momento fuimos estudiantes de medicina: promover e incentivar la investigación en pregrado. [1-3] El evento es un reflejo más de la serie de esfuerzos articulados, en la mayoría de las veces, entre diferentes

organizaciones estudiantiles, a nivel local SOCIEM-UCV, a nivel nacional FEVESOCM, a nivel internacional con organizaciones hermanas como ASCEMCO y también, aunque no fue un evento de dicha organización, la FELSOCM, la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina. [4]

Como epónimo del evento, debo mencionar que repetidamente me negué a aceptar tal distinción. Sin embargo, la considero un honor, y como lo manifesté en el evento, un momento oportuno para despedirme, quizá temporalmente, de mi presencia física en los espacios académicos de la *Casa que Vence las Sombras*, de transcurrir bajo tantas estructuras concebidas por Carlos Raúl Villanueva, gran maestro, en nuestra imponente aunque no siempre debidamente conservada *Ciudad Universitaria*. Digo “físicamente”, porque en la filosofía a la cual me he referido siempre se mantendrá la disposición de apoyo incondicional a las actividades de SOCIEM-UCV que pueda apoyar desde la distancia y por los medios virtuales, que cada vez nos acercan más.

No se puede dejar de pasar la oportunidad, para llamar la atención sobre el constante e incansable esfuerzo que todos debemos hacer para seguir promoviendo e impulsando la investigación científica. Entendiendo que es fundamental publicar dichas contribuciones en los espacios más propicios para ello, empezando así quizá con la propia revista de SOCIEM-UCV, *Acta Científica Estudiantil*, que a pesar de sus limitaciones, ha sido un espacio presente en la investigación estudiantil desde el año 2003, y aquellos que la fundamos y que

llevamos por un tiempo sus riendas, esperamos que lo siga siendo, que se mantenga al día y que mejore constantemente su nivel científico y académico. [5].

Se requiere por supuesto entender que para mantener una revista científica en condiciones favorables, debe capacitarse a los responsables de llevar a cabo dicha actividad, en el proceso editorial,[6] por lo cual los cursos y talleres de manejo editorial, cobran vital importancia, así como los llamados Encuentros Internacionales de Editores de Revistas Científicas Estudiantiles de la Salud (EIRCECS), los cuales, al menos hasta el año 2010 se venían realizando regularmente cada año en el marco del Congreso Científico Internacional de la FELSOCM.[7,8] El presente autor tiene la confianza de que al menos el año 2013 se volverá a organizar uno de esos EIRCECS con la misma filosofía, resultados y productividad científica que se observó en aquellos llevados a cabo entre 2008 y 2010.

Debemos mantener la mencionada filosofía y transmitir a nuestros estudiantes la importancia de investigar, de publicar y de aprender del proceso y de las debilidades y fortalezas que existen en la formación de recursos humanos en materia de investigación científica en el sector biomédico y de salud.[9] El trabajo en red, la colaboración interinstitucional y el fortalecimiento de nuestras publicaciones latinoamericanas, en el contexto del sano debate y crítica a las revistas en crecimiento, también forman parte de todas estas estrategias.[10,11]

Queda un largo trecho por recorrer para todos, América Latina sigue atrás de la gran brecha que nos separa de los llamados países desarrollados y más aún dentro de la región hay gran disparidad entre la producción científica por países, también con inequidades internas. Por tanto el llamado final y reflexión, ampliamente comentada en el mencionado evento científico realizado en Caracas en Junio 2011, es a mantener el impulso a la investigación científica en pregrado que SOCIE M-UCV ha dado desde hace más de 2 décadas y a quienes se encuentran en su entorno inmediato, especialmente aquellas instancias relacionadas a investigación apoyen cada vez más dichas actividades, que con toda seguridad seguirán generaron grandes frutos y éxitos, que se ven tangencialmente reflejados en las publicaciones científicas internacionales donde muchos de nuestros estudiantes son partícipes y autores de las mismas. [12]

### Referencias

1. Niño Cotrina R, Marañón R, Rodríguez Morales AJ. FELSOCM: Visión Científica de un Pasado, un Presente y un Futuro. CIMEL 2003; 8:61-2.
2. Rodríguez Morales AJ. Publicación científica estudiantil en pregrado en Venezuela. CIMEL 2008; 13:87-8.
3. Humaní C, Mayta-Tristán P, Rodríguez-Morales AJ. Publicar desde Pregrado. Interciencia 2008; 33:785.
4. Pereyra-Elías P, Rodríguez-Morales AJ, Mayta-Tristán P. Undergraduate publication in Latin America: role of Medical Students' Scientific Societies. Med Teach 2011; 33:594.
5. Franco C, Rodríguez-Morales AJ. Revistas científicas de estudiantes de medicina. Gac Méd Caracas 2009; 117:70,90.
6. Franco-Ricart C, Rodríguez-Morales AJ. El Proceso Editorial. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon 2009; 40:82-95.
7. Oróstegui-Pinilla D, Cabrera-Smith I, Angulo-Bazán Y, Mayta-Tristán P, Rodríguez-Morales AJ. Encuentros Internacionales de Revistas Científicas Estudiantiles de las Ciencias de la Salud en Latinoamérica, 1998-2008. Rev Panam Salud Publica 2009; 25:469-70.
8. Cabrera-Smith I, Oróstegui-Pinilla D, Angulo-Bazán HY, Mayta-Tristán P, Rodríguez-Morales AJ. Revistas científicas de estudiantes de medicina en Latinoamérica. Rev Med Chile 2010; 138:1451-55.
9. Franco C, Rodríguez-Morales AJ. Errores comunes en la redacción científica estudiantil. Gac Méd Caracas 2010; 118:69-73.
10. Escudero-Sepúlveda A, Escudero-Sepúlveda J, Rodríguez-Morales AJ. La Redacción de un Trabajo Científico. Invest Clin 2012; 53:111-12.
11. Valverde C, Rodríguez Morales AJ. Sobre las perspectivas para la calidad y desempeño editorial de una revista. Rev Cuerpo Médico HNAHA 2011; 4:132-33.
12. Rodríguez-Morales AJ. Publicación Científica en Pregrado. Tribuna del Investigador 2010; 11:43-5.

**Declaración de Intereses:** No se declararon conflictos de intereses.