



**Ney Arias Lora como
“Hospital del Futuro”
en el presente**

**Usuarios destacan servicios
y trato humanizado**

**Trasplantes de órganos en
República Dominicana**

**Jóvenes mayor afectados
por accidentes de tránsito**

REVISTA
Científica



CONSEJO HOSPITALARIO

Dr. Félix Hernández

Director General del Hospital Traumatológico
Dr. Ney Arias Lora

Dra. Isabel Santana

Directora Operativa

Dr. Alfredo Polanco Del Orbe

Sub Director Médico

Licdo. Víctor Guzmán Velázquez

Sub director Financiero-Administrativo

Dra. Juliana Fajardo Gutiérrez

Asesora de Planificación del Consejo

Dr. Jaime Fernández Durán

Subdirector Académico

Licda. Elizabeth Salas Restituyo

Sub directora de Recursos Humanos

Dr. Lizardi de la Cruz

Gerente de Neurocirugía.

Licdo. Francisco Abréu

Asesor Financiero

Licda. Rosana Tejada

Subdirectora de Planificación

Licdo. Víctor Duarte Canaán

Consultor Jurídico

Licda. Teresa Parra

Gerente de Servicios Generales de Apoyo

Licda. Medellín Feliz

Gerente de Enfermería

Licdo. Ramón Otañez

Encargado Unidad Legal

Luis Moreno Cárdenas

Gerente de Comunicación

Ada Guzmán

Gerente de Relaciones Públicas

Licda. Doris García

Secretaria del Consejo

CONSEJO EDITOR DEL HOSPITAL

Dr. Jaime Fernández Durán

Sub director Académico

Dra. Candy Almánzar

Gerente de Patología

Dr. Pedro Rojas

Gerente de Ortopedia

Dr. Alejandro Soto

Gerente de Cirugía General

Dr. Lizardi de la Cruz

Gerente de Neurocirugía.

Dra. Surelis Kisoris Jiménez

Gerente de Emergencia

Dr. David Cuevas

Gerente de Cuidados Intensivos

Dr. Nicasio Aybar

Gerente de Medicina Interna

Dra. Caridad Patricio

Gerente de Maxilofacial

Licdo. Víctor Duarte Canaán

Consultor Jurídico

Dr. Benjamín Ogando

Gerente de Rehabilitación

Licdo. Luis M. Cárdenas

Gerente de Comunicación

Licda. Ada Guzmán

Coordinadora de Venta y Publicidad

Manuel Feliz Juliao

Fotógrafo

Lissette Lantigua

Secretaria del Consejo Editor

Merian M. Pérez

Diseño gráfico y Editorial

Contenido

Cistoyeyuno y Anastomosis en Y de Roux para Pseudoquiste de Páncreas -----	06
Impacto del protocolo de atención del Trauma Craneoencefálico Severo-----	7
Incidencia de laparotomía exploratoria en el Hospital Traumatológico DR. Ney Arias Lora -----	11
Usuarios destacan servicios brindados y trato humanizado-----	13
El Hospital Ney Arias como "Hospital del Futuro" -----	14
Lesión Diafragmática Traumática Derecha, con Herniación Hepática -----	18
Carcinoma Epitelial Mioepitelial: a propósito de un caso-----	22
Abordaje del personal de la salud a pacientes con VIH -----	25
Grado de satisfacción de usuarios y familiares de la UCI-----	27
Ganadores II Jornada Científica reciben premios -----	29
Situación del trasplante de órganos en República Dominicana-----	30
La Fiebre Chikungunya en República Dominicana-----	31
Traumas más frecuentes en la Gerencia Cirugía Maxilo Facial ----	32
Generalidades del Quirófano -----	35
Motivos de consulta en la sala de emergencia del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora -----	37
Hospital entrega premio César Miller y reconoce a 19 colaboradores-----	41
CDP reconoce gestión del Director del Hospital Dr. Ney Arias Lora y al Dr. Cruz Jiminián -----	42
Aumenta la demanda de servicios de medicina física y rehabilitación -----	43
Artroplastia Total de Rodilla: Correlación entre los diagnósticos para la realización del procedimiento y las condiciones de los pacientes-----	44
Amputaciones de miembros superiores e inferiores en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora -----	47
Traumatismos de Cuello en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora -----	50
Prevalencia de Infecciones Post-Quirúrgicas en Reemplazos Articulares de Cadera y Rodilla -----	54
Espondilodiscitis -----	56
El moderno concepto de autogestión en el sector salud de la República Dominicana-----	58
Jóvenes mayor afectados por accidentes de tránsito-----	61
Cartera de servicios -----	63



En portada

El doctor Pedro Rojas, gerente de ortopedia del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora y el cirujano ortopeda Rudolf Fermín realizan un procedimiento quirúrgico de codo a un usuario del establecimiento de salud, donde miles de personas han recibido asistencia médica desde que el centro abrió los servicios el 1ro de septiembre del año 2010.





EDITORIAL

Enfrentemos los accidentes de tránsito

Las estadísticas en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, revelan que de enero del 2011 a marzo del 2014 fueron asistidos en la emergencia 2,507 personas por accidentes; de éstas 1,571 fueron motoristas y 936 conductores de otro tipo de vehículo.

En la República Dominicana los accidentes de tránsito se han constituido en una gran epidemia. Este pequeño territorio de 48,198 kilómetros cuadrados, ocupa el segundo lugar entre los 182 países del mundo con más muertes por esta causa.

Las estadísticas en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, revelan que de enero del 2011 a marzo del 2014 fueron asistidos en la emergencia 2,507 personas por accidentes; de éstas 1,571 fueron motoristas y 936 conductores de otro tipo de vehículo. El total de pacientes hospitalizados en este período fue de 2025 ingresos, de los cuales 1,289 fueron conductores o pasajeros de motocicletas y 736 accidentados en automóviles.

De lo anterior se evidencia que el 75% de las hospitalizaciones en el centro de salud se deben a los accidentes de tránsito, ésta situación es más preocupante, debido a que el Gobierno invierte más de RD\$800 millones cada año en la atención a pacientes afectados por accidentes de tránsito a través del Ministerio de Salud Pública.

Otras estadísticas indican que los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte en la República Dominicana, de los cuales el 58% son motoristas y resulta alarmante que de estas muertes el 70% se podría evitar con el uso del casco protector.

Los accidentes en motocicletas en Santo Domingo, San Cristóbal, La Vega, Santiago, San Francisco de Macorís, San Juan de la Maguana y otras provincias del país se han convertido en una "epidemia" y son la principal causa de amputaciones, deformidades, pérdida de la visión ocular, el habla y otras discapacidades.

En el país durante el año 2013 más de 1,500 personas murieron a consecuencia de los accidentes de tránsito, y 3,000 quedaron lesionados. Los datos revelan que por cada muerte de accidente de tránsito, tres personas quedan incapacitadas, llevando a la quiebra a cualquier hogar de clase media y ni decir de personas pobres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca que por accidentes de tránsito, cada año mueren a nivel mundial 1.24 millones de personas por cada 100 mil habitantes.

La República Dominicana registra 41.7 muertes por cada 100 mil habitantes de acuerdo con las estadísticas de la OMS, estando ubicados en este fatal ranking por debajo de Tailandia, que tiene una tasa de 38.1 por cada 100 mil habitantes y de Venezuela, con 37.2. Con 41.7 muertes por accidentes por cada 100 mil habitantes, República Dominicana también supera la media en América que es de 16.1.

Según los datos de la OMS, la mitad de las muertes mundiales por accidentes de tránsito corresponden a peatones [22%], ciclistas [5%] y motociclistas [23%], los llamados usuarios vulnerables de la vía pública.

Entre los factores que influyen en la ocurrencia de las muertes por accidentes de tránsito se destacan cinco causas:

- 1-Conducir bajo los efectos del alcohol
- 2- Exceso de velocidad.
- 3-No utilización del cinturón de seguridad.
- 4-No utilización del casco protector.
- 5-Sistema de retención para niños.

El aumento de las muertes por los accidentes de tránsito, especialmente jóvenes, así como el gasto del Estado en la asistencia médica es un problema que preocupa y que requiere atención para controlar esta gran epidemia.

Asimismo, datos de Seguro Nacional de Salud (SENASA), indican que de 1,702 personas lesionadas en accidentes de tránsito afiliadas, las motocicletas estuvieron involucradas en el 79% de los casos; en un 13% los automóviles particulares; en un 2% los camiones y autobuses; en un 3% carros públicos; y en un 3% otros tipos de vehículos.

Todo parece indicar que este problema es el resultado de la falta de conciencia, y la imprudencia de muchos conductores, así como la ausencia de educación vial. Un estudio de la OMS sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial 2013, revela que sólo 28 países, el 7% de la población mundial, tienen leyes integrales, pero la República Dominicana, está fuera de estas estadísticas.

Estamos frente a un problema que requiere la intervención de todos los sectores público y privado, en el interés de establecer una política permanente del Estado para prevenir la ocurrencia de los accidentes que nos están llevando a jóvenes en edades productiva y provocando la pérdida millonaria de recursos que pueden destinarse a otras áreas.



Dr. Félix Hernández V.

Director General del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora.

Cistoyeyuno y Anastomosis en Y de Roux para Pseudoquiste de Páncreas

Resolución laparoscópica

Primer caso en República Dominicana

GUSTAVO RODRÍGUEZ BLANCO, M. A.

ENCARGADO DE LA UNIDAD DE LAPAROSCOPIA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA

ALEJANDRO SOTO MÉNDEZ, M. A.

GERENTE DEL DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES

RAFAEL PÉREZ CANELA, M. A.

COORDINADOR DE SERVICIOS GERENCIA CIRUGÍA GENERAL

Resumen:

Se presenta caso clínico de pseudoquiste de páncreas (cola) y su resolución vía laparoscópica cómo el primer caso descrito en República Dominicana, viendo la factibilidad de la realización de este procedimiento, asociado a menor morbilidad trans y post quirúrgica y la reintegración del paciente en menor tiempo a la actividad productiva.

Métodos y Materiales

Se trata de paciente de 24 años que entra en la institución, vía consulta externa, con historia de dolor abdominal, dispepsia y una masa abdominal palpable en el hipocondrio izquierdo, de 10 años de evolución, sin otros síntomas.

Resultados:

A lo largo de la admisión y el procedimiento, la paciente evolucionó de manera adecuada. En su cuarto día comienza régimen de dieta líquida y la tolera sin problemas. Dada de alta en el quinto día y sin ningún tipo de complicaciones.

Descripción del Procedimiento:

Previo inducción anestésica general, inhalatoria y asepsia y antisepsia de pared abdominal anterior y colocación de campos estériles. Se realizan 4 incisiones de 2cms y 1cms, para cuatro puertos de 10 mm y 5 mm, el primero en

flanco derecho línea claviclar 1/2 (10mm) otro en epigastrio de 10 mm, uno en flanco izquierdo línea 1/2 claviclar y el ultimo de 5 mm línea axilar anterior flanco izquierdo. Se visualiza cavidad abdominal se entra en transcavidad de epiplones observando el quiste en cola de páncreas de 10 CMS de diámetro, se toma biopsia de pared y se aspira contenido, luego a 30 CMS de asa fija se incide yeyuno con grapadora echelon 60 mm, carga azul (SR 60B).

Se toma un asa de 50 CMS, la cual se coloca transmezocolica realizando anastomosis latero lateral del quiste con grapadora (SR 60B), se completa la anastomosis con sutura prolene 2-0 puntos continuos. Se realiza yeyuno-yeyuno anastomosis (Y de Roux) con carga SR 60B, y se completa con sutura prolene 2-0 puntos continuos se cierra trampa de transcavidad de los epiplones con vicryl 2-0 se deja drenaje de jackson-pratt, en zona de quiste y anastomosis cistoyeyunal, se verifica hemostasia, se extraen trocares y se cierra fascia vicryl 2-0 y piel nylon 3-0.

Conclusión:

Hemos observado que los pacientes que han superado el período agudo de la enfermedad pancreática y la estabilidad hemodinámica se ha logrado, generalmente 6 semanas después del inicio, del proceso. El pseudoquiste pancreático puede ser resuelto, a través de la cirugía laparoscópica, siempre y cuando en los pacientes el abdomen no se considera hostil (múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales previas) lo cual haría difícil la introducción de los trocares por las múltiples adherencias que se producen, aumentando la posibilidad de producir lesiones intra-abdominales, así como la visibilidad disminuida en el campo quirúrgico.

Palabras claves:

• Páncreas • Pseudoquiste • Laparoscopia



Impacto del protocolo de atención del Trauma Craneoencefálico Severo

En los pacientes del Hospital Traumatológico Dr. Ney Aria Lora
Enero 2011- enero 2013

ANA CARLA SUÁREZ GONZÁLEZ, LEINESTER MONTESINO BORGES
MÉDICOS GENERALES

DR. LIZARDI DE LA CRUZ
NEUROCIRUJANO

DRA. VIOLETA GONZÁLEZ
MÉDICO SALUBRISTA

Introducción

El Harrison de Medicina interna, identifica el TCE como el dañofísico o deterioro funcional del contenido craneal, condicionado por un cambio agudo de la energía-mecánica.

El TCE es una patología frecuente en los países industrializados y en vías de desarrollo. Los TCE severos han supuesto un coste económico hospitalario importante, pues el impacto sanitario y socioeconómico de estos es enorme, constituyendo la primera causa de muerte en los individuos menores de 45 años de edad y la

tercera causa en todos los rangos de edad. En EE.UU., en tan solo un año, ocurren 10 millones de casos, de los que hasta el 20% llevan asociados lesiones cerebrales. El TCE también constituye una causa importante de discapacidad traumática y originan 80 000 casos anuales de discapacidad neurológica residual. La OPS pronosticó que para el 2020, los traumatismos resultantes del tránsito podrían ser la tercera causa de muerte y discapacidad en el mundo, aproximándose a la gravedad que representan otros problemas de salud tales como la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA.

Es evidente que un manejo rápido y acertado que economice tiempo y dinero tendría como resultado un descenso de la morbilidad y mortalidad al igual que secuelas de pacientes con TCE, especialmente el de tipo severo.

Es de vital importancia conocer el impacto del protocolo de atención de TCE severo de nuestros pacientes, especialmente en un centro como el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora el cual es de referencia nacional, pues esta herramienta es la base de la prevención de futuras complicaciones y la disminución de la morbimortalidad.

Método

- Tipo de investigación: Observacional descriptiva, transversal de tipo inductivo.
- Instrumentos de recolección: Protocolo de atención del TCE severo del Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, lista de cotejos y las Historias Clínicas de los pacientes .
- Universo: 122 pacientes con TCE severo. En la investigación se trabajó con la totalidad de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Criterios de exclusión: Pacientes referidos de otro centro en el que haya permanecido por más de 48 horas o que hayan fallecido en la emergencia del Hospital.

- Procesamiento y análisis de datos: Pruebas de hipótesis y Chi cuadrado de Pearson, Odd Ratio (OR), tablas de contingencia entre las variables dependientes y la exposición. Tabulación y análisis de datos: Epiinfo y SPSS.

Resultados

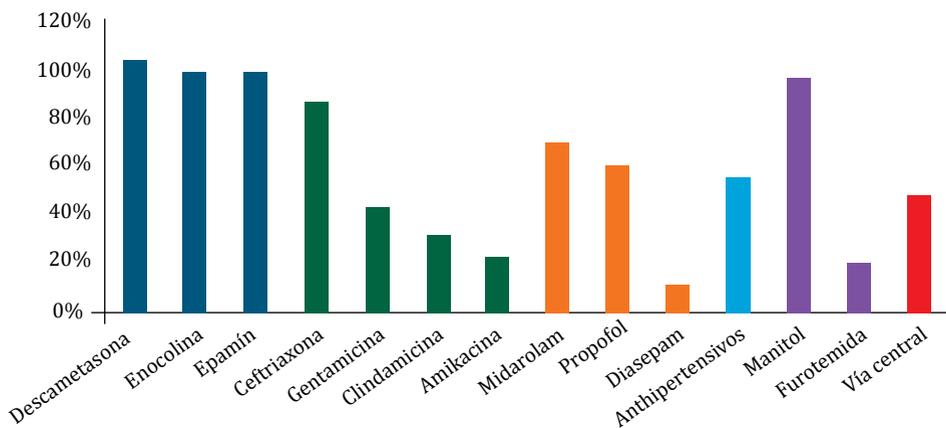
Tabla de resultados 1

Variable	Hallazgos	
Edad	Oscilaron entre 19 y 29 años. Moda: 19 años	Media: 34 años
Sexo	Femenino 10%	Masculino 90%
Etiología	Accidente de tránsito 73% Agresiones 17%	Caidas 6 % Accidentes Industriales 4%
*ECG al ingreso	3 puntos: 49% 4 puntos: 8% 5 puntos: 10%	6 puntos: 9% 7 puntos: 11% 8 puntos 13%
Tiempo de Estancia en UCI	< 1 semana: 46% 1 semana: 16%	2 semanas: 17% 4 semanas o más: 12%
Tipo de lesión	Cerrada 67%	Penetrante: 33%
Lesión según su morfología	Encales Contusión hemorrágica 49% *H. Subdural 35% * H. intraparenquimatoso 23%	Difusas *HSA traumática: 53% *LAD 44%
N= 100		
Craneotomía descompresiva	Realizada 38%	No realizada 62%
Mecánica ventilatoria	Tubo endotraqueal 100%	Traqueostomía 22%
Pupilas en las primeras 24 horas	Isocóricas 35% Midriáticas 29%	Amisocóricas 24% Mióticas 12%
TA en las primeras 24 horas	Normotenso 37% Hipertenso 36%	Hipotenso 27%
*EGO	Muerte 43% Estado vegetativo 4% Secuelas graves 13%	Secuelas moderadas 13% Secuelas menores 13% Libre de secuelas 5%
Muerte por complicación encefálica	Muerte encefálica 40%	Otras causas 3%
Indice de mortalidad	Fallecidos 43%	Sobrevivientes 57%

*HAS: Hemorragiasubaracnoidea *EGO: Escala de Glasgow de Outcome *LAD: Lesión Axonal Difusa *H: Hematoma
*ECG: Escala de Coma de Glasgow

Gráfica 1.

Tratamiento farmacológico recibido por los pacientes con TCE severo en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, entre enero del 2011 y enero del 2013.



Análisis

El sexo femenino es más vulnerable ya que presenta 3.5 veces probabilidades de morir que el masculino. Los pacientes con 3 puntos en la ECG, presentan 23 veces más probabilidades de morir que los que obtuvieron una puntuación más alta.

Durante la investigación se encontró relación entre el tiempo de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la EGO, los pacientes con 4 semanas o más tuvieron 2 veces más probabilidades de quedar con secuelas graves o en estado vegetativo en relación a aquellos que permanecieron por 2 y 3 semanas.

Las variables: tipo de lesión (cerrada o penetrante) y muerte por complicación encefálica están relacionadas ($(X^2) = 1.513$; $gl=2$; $p < .469$). El 51% por ciento de los pacientes con lesión penetrante murieron, en contraste con el 38% de los fallecidos por lesión cerrada, corroborando con Guidelines for the Management of Penetrating Brain Injury (2010).

Los resultados arrojados por el estudio de Tang y Lobel, (2009), fueron corroborados en nuestra investigación, ya que se evidenció relación entre la craneotomía descompresiva y la EGO ($(X^2) = 5.558$, $gl= 5$ y $p < .352$). El 65% de los pacientes que fueron sometidos a cirugía y el 52% de los que no fueron intervenidos sobrevivieron, por lo tanto es mayor la probabilidad de vivir en aquellos pacientes que se les realizó el procedimiento.

En el Hospital el índice de mortalidad fue de un 43%. El estudio de Zemyan, Thompson, DeFina, (2010) reportó que el índice de mortalidad, en los Estados Unidos, del TCE severo fue aproximadamente un 36%, mientras que Reviejo et al (2012) en su estudio publicaron, que en el país Vasco esta tasa fue de un 48.9%. En el estudio cubano realizado por Domínguez, Tablada y Fernández (2010) en

los resultados previo al protocolo de atención la mortalidad era de un 60% y luego de la aplicación del mismo se redujo a 38%.

En concordancia con el estudio de Piña, A., Garcés, R., Velázquez, E., Lemes, J., (2012), observamos que los pacientes con pupilas midriáticas en las primeras 24 horas presentaron 46 veces más probabilidades de morir que aquellos que no la presentaban. Por otro lado los pacientes con valores de tensión arterial sistólica igual o inferior a 90mmhg, tuvieron un alto índice de mortalidad, presentando 7 veces más posibilidades de fallecer que aquellos con niveles tensionales dentro de la normalidad.

Conclusiones más destacadas

El sexo femenino tiene mayor índice de mortalidad que el masculino. Los pacientes con un puntaje en la ECG entre 3 y 5 tuvieron peor pronóstico. A medida que aumenta el período de estancia en UCI más graves son las secuelas que presentan los pacientes al egreso. Los pacientes que se exponen a lesión penetrante presentan mayor probabilidad de morir que aquellos con lesiones cerradas. Los pacientes sometidos a craneotomía descompresiva tuvieron mayor probabilidad de supervivencia que aquellos sin este tipo de intervención quirúrgica. La presencia de hipotensión y pupilas midriáticas en las primeras 24 horas son factores de mal pronósticos en el TCE severo. El protocolo de atención del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora fue aplicado a todos los pacientes que se recibieron en el centro con TCE severo.

Bibliografía

- Domínguez R., Tablada R., Fernández M. (2010). Factores pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave. 16 (1), 56-9.
- Guidelines for the Management of Penetrating Brain Injury. (2001) Part 2: Prognosis in Penetrating Brain Injury. Journal Trauma. 51, 44-86.
- Harrison principios de Medicina Interna (2009). Trauma Craneoencefálico (17a Ed.) Chicago, Estados Unidos : McGraw-Hill.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). República Dominicana; Salud de las Américas. Recuperado el 30 de noviembre del 2012 de <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Rep%20Ablica%20Dominicana%20Spanish.pdf>
- Piña, A., Garcés, R., Velázquez, E., Lemes, J., (2012). Factores

pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave del adulto. Revistacubana de Neurología y Neurocirugía. 2 (1), 28-33.

- Reviejo, K. et al (2002). Análisis de Factores Pronósticos de la Mortalidad en el Traumatismo Craneoencefálico Grave. Proyecto Poliguitania.
- Tang, M., Lobel, D. (2009). Severe traumatic brain injury: maximizing outcomes. The Mount Sinai Journal Of Medicine, New York, 76 (2), 119-128.
- Zemyan M., Thompson J., DeFina P., (2010, septiembre). A review of the International Brain Research Foundation novel approach to mild traumatic brain injury presented at the International Conference on Behavioral Health and Traumatic Brain Injury. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. Recuperado el 29 de noviembre del 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854643>

En gráfica



ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Los doctores Jesús David Gonzales Sapes, Confesora Feliz, Wendy Ureña y Rafael Almonte evalúan un paciente en la emergencia del Hospital Ney Arias Lora.



Incidencia de laparotomía exploratoria en el Hospital Traumatológico DR. Ney Arias Lora

Durante el período septiembre 2012-agosto 2013

DR. ONOFRE TORRES

CIRUJANO DE LA GERENCIA DE CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES

Resumen

Se realizó un estudio retro-prospectivo, descriptivo, de corte transversal, con el objeto de determinar la incidencia de laparotomía exploratoria secundaria a trauma en pacientes asistidos por el departamento de cirugía general del Hospital traumatológico Dr. Ney Arias Lora durante el periodo septiembre 2012- agosto 2013. Se tomaron para el estudio 62 pacientes a los cuales se intervino quirúrgicamente. Resultando:

La causa más frecuentemente encontrada fue el trauma penetrante de Abdomen con 50 casos para un 80.6%, seguido por el trauma cerrado de abdomen con 12 casos para un 19.4%.

Los rangos de edades más afectados estuvieron comprendidos entre los márgenes 19-30 años para un 56.4%, seguidos por el margen de edad 31-45 años con 12 casos para un 19.3%

El sexo más afectado fue el masculino con 56 casos para un 90.3%.

La mortalidad fue de un 21%, con 13 pacientes de los 62 que fueron intervenidos quirúrgicamente.

Palabras claves:

Incidencia, Laparotomía exploratoria

Introducción

La Laparotomía Exploratoria es una técnica invasiva, la cual nos brinda un método diagnóstico y a la vez terapéutico para aquellas lesiones confirmadas de la cavidad abdominal. La Semiología clínica nos orienta acerca del tipo de lesión u órganos intra-abdominales que pudieran estar afectados, sin embargo en aquellos casos donde las manifestaciones clínicas no son tan floridas, la laparotomía exploratoria es el método ideal por el cual obtenemos el diagnóstico definitivo.

Si bien es cierto que existen una diversidad de métodos imagenológicos de mucha precisión para las entidades patológicas abdominales, no menos cierto es que la laparotomía exploratoria es

la que nos brinda el diagnóstico más exacto y al mismo tiempo el abordaje terapéutico.

En lo que va de este año hemos notado un incremento de las intervenciones quirúrgicas por trauma, secundario esto al aumento de la violencia y al crecimiento poblacional, motivo por el cual nos propusimos determinar la Incidencia de laparotomía exploratoria secundaria a trauma en el Hospital Dr. Ney Arias Lora durante el Periodo septiembre 2012- agosto 2013.

Material Y Metodos

Se realizó un estudio retro-prospectivo, descriptivo, de corte transversal, con el objeto de determinar la incidencia de laparotomía exploratoria secundaria a trauma en pacientes asistidos por el departamento de cirugía general del Hospital traumatológico Dr. Ney Arias Lora durante el periodo septiembre 2012- agosto 2013. Se tomaron para el estudio 62 pacientes a los cuales se le intervino quirúrgicamente. Se elaboro un protocolo de recolección de datos incluyendo variables como la edad, sexo, tipo de trauma y evolución del paciente. Los datos obtenidos fueron tabulados y graficados para una mejor interpretación.

Resultados

Durante el periodo de estudio se asistieron 62 pacientes a los cuales se le realizó Laparotomía Exploratoria donde se determino que la causa más frecuentemente encontrada fue el trauma penetrante de Abdomen con 50 casos para un 80.6%, seguido por el trauma cerrado de abdomen con 12 casos para un 19.4%.

Los rangos de edades más afectados estuvieron comprendidos entre los márgenes 19-30 años para un 56.4%, seguidos por el margen de edad 31-45 años con 12 casos para un 19.3%

El sexo más afectado fue el masculino con 56 casos para un 90.3%.

La mortalidad fue de un 21%, con 13 pacientes de los 62 que fueron intervenidos quirúrgicamente.

Cuadro I.

Distribución, según la edad, de pacientes con laparotomía exploratoria del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora. septiembre 2012 – agosto 2013

Edad [años]	Cantidad	%
< 18	8	12.9
19-30	35	56.4
31-45	12	19.3
46-59	6	9.6
> 59	1	1.6
TOTAL	62	100

Grafico I.

Distribución, según el sexo, de pacientes con laparotomía exploratoria del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora. septiembre 2012 – agosto 2013

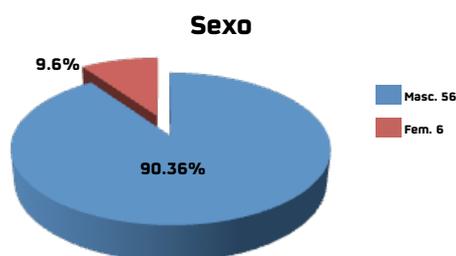
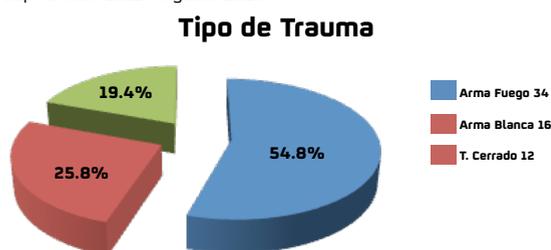


Grafico 2.

Distribución, según tipo de trauma, de pacientes con laparotomía exploratoria del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora. septiembre 2012 – agosto 2013



Discusión

Hasta el día de hoy la Laparotomía exploratoria se mantiene como en procedimiento quirúrgico de elección en los pacientes con diagnóstico quirúrgico secundario a cualquier modalidad de trauma de las anteriores mencionadas

Como pudimos notar en nuestra investigación, el traumatismo penetrante constituye la causa principal de laparotomía, con un incremento notable del arma de fuego sobre la arma blanca, lo que evidencia un incremento de la violencia con armas en nuestro país.

Esperamos que con estos hallazgos podamos alertar a las autoridades sobre este problema que está afectando a la población, con el agravante de que los que resultan agraviados son individuos en labor productiva básicamente.

Referencias Bibliográficas

1. **Asencio, Juan A.** et al. Complex and Challenging Problem in Trauma Surgery. The Surgical Clinics of North America. Vol.76. nr. 4, August 1996
2. **Asencio, Juan A.** et al. Emergency thoracotomy: a critical evaluation of the technique. Cirujano General Vol. 26 num, 2-2004.
3. **Donovan, Arthur J,** Trauma Surgery. Mosty-Year Book, Inc. 1994. St Louis.
4. **Fingleson Leslie.** Resuscitation Endpoints: Emergency Thoracotomy www.wits.ac/trauma/DSTC4.htm
5. **Naude, Gideon P.** et al. Trauma Secrets. Hanley & Belfus, Inc. 1999. Philadelphia.
6. **Peitzman, Andrew B.** Manual del Trauma. Atención médico quirúrgica. Primera edición en español. 2001. McGraw-Hill Interamericana. México.
7. **Perera, Santiago G. y col.** Cirugía de Urgencia. Editorial Médica Panamericana. 1997. Buenos Aires.
8. **Rodríguez, Aurelio** et al. Trauma Care in the New Millennium. The Surgical Clinics of North America, Vol. 79. Nr. 6 December 1999.
9. **Sabiston, David C. Jr.** Textbook of Surgery. The Basic of Modern Surgical Practice. Fifteenth edition. 1997. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
10. www.trauma.org/thoracic/index.html
11. [www.cardiocaribe.com/newsite/folder/pacientes trauma cardico.htm](http://www.cardiocaribe.com/newsite/folder/pacientes_trauma_cardico.htm)
12. www.iladiba.com.co/revista/1997/04/imagenes/acurt

Usuarios destacan servicios brindados y trato humanizado

Usuarios del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora destacan las atenciones, excelente servicio y el trato humanizado a los pacientes que acuden al establecimiento de salud en busca de asistencia médica.



Lourdes Cabral



Antonio Mora



María Feliz



Ángela Camilo Ortega



Leonardo Antonio Villar

En la República Dominicana este centro ha cambiado la forma de atender a la gente que busca atenciones médicas, especialmente; de traumatología, quirúrgicos y rehabilitación, sin importar las condiciones sociales del usuario.

La higiene es parte de la salud y el personal de este hospital se esmera para garantizar condiciones de salubridad en las diferentes áreas, además se orienta a los usuarios en mantener la higiene y la limpieza del lugar.

Se cuenta con un personal dispuesto a colaborar, con instrucciones de que deben centrarse en La Gente, porque los usuarios son la razón de ser de este establecimiento de salud, a quienes hay que mantener satisfechos.

Lourdes Cabral, María Félix, Celeste Jiménez y Luis Ernesto Pérez, coincidieron en que hay un servicio excelente, organizado, bueno, humanizado y un personal dispuesto a colaborar.

Lourdes Cabral, al ser consultada sobre los servicios y el trato que se le ofrece al usuario sostuvo que el servicio ofrecido en el hospital es muy bueno, tratan muy bien a las personas y es un servicio eficiente.

Sin embargo, Leonardo Antonio Villar, quien esperaba en la oficina de facturación de Senasa, se queja por el tiempo que tienen que durar mucho tiempo y no se respeta el sacrificio de quienes tienen que llegar a las



Willy José Hilario Salas



Celeste Jiménez



Carmen Arelis Bautista

5:00 de la mañana. En la fila se ve favoritismo, entran otras personas que no están en turno, especialmente empleados; que favorecen amigos, sin tomar en cuenta el sacrificio de los demás.

María Feliz considera el servicio muy bueno, “veo mucha higiene, mucha organización, mucha atención muy bien, yo nunca había venido pero el trato lo encuentro bien, yo había dicho es un hospital nuevo tiene muchas cosas buenas, principalmente la atención”.

Antonio Mora, destaca “el servicio es lo considero muy bueno, dan buen servicio, en cuanto al trato lo valoro muy bien, mi hermana estuvo aquí interna y hasta ahora no ha habido ninguna queja, muy buen servicio”.

Mientras que Willy José Hilario Salas se refirió en estos términos del servicio “muy bueno gracias a Dios, y el personal están bien todos, tengo seis días y me están tra-

tando bien”. En tanto que Justo Cabrera dice que “el servicio lo considero excelente, muy bueno; el trato del personal es muy bueno también, muy bien”.

“Bastante bueno es el servicio y el trato del personal bien” dijo Ángela Camilo Ortega.

En tanto que Celeste Jiménez dice “Yo lo considero muy bueno, muy bueno a pesar de que he venido dos veces a hacerme una tomografía que me indicaron y el aparato está fuera de servicio, en mantenimiento, pero de verdad muy bueno, buenas atenciones, el personal es muy atento, están siempre dispuestos a contestar, al menos yo es la tercera vez que vengo y estoy encantada”.

Para Luis Ernesto Pérez Feliz “El servicio muy bien, todo bien, el personal bien”.

“Hasta ahora mismo el servicio lo considero bastante bien y el trato excelente, muy bien tratan a uno aquí, muy agradecida”, dijo Carmen Arelis Bautista, al ser consultada.



Ney Arias Lora como “Hospital del Futuro” en el presente

Las autoridades designadas por el poder ejecutivo para conducir el proceso de apertura del HTNAL decidieron que el mismo fuese organizado tomando como base el modelo de gestión denominado “Hospital del Futuro en el Presente”

Recientemente, el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, (HTNAL) fue galardonado por segunda ocasión de manera consecutiva con Medalla de Oro durante la IX edición del Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias.

Este premio fue instituido en el año 2005 por el Poder Ejecutivo, mediante decreto 516-05, que es su artículo I establece: “Se crea el Premio Nacional a la Calidad y el Reconocimiento a las Prácticas Promisorias en el Sector Público, con el objeto de promover la mejora de la calidad en el servicio público y de destacar a las organizaciones que muestren prácticas promisorias y avances importantes en el servicio a los ciudadanos a través de esfuerzos de mejora en la gestión”

Pero realmente, **¿Qué hace diferente al Hospital Ney Arias, siendo una institución de reciente incorporación en la prestación de servicios de salud que lo ha llevado a ser dos veces galardonado con medalla de oro?**, la respuesta a esta pregunta se resume rápidamente en pocas palabras “El modelo de gestión implementado”

Tomando como base la experiencia exitosa en otros hospitales, las autoridades designadas por el poder ejecutivo para conducir el proceso de apertura del HTNAL decidieron que el mismo fuese organizado tomando como base el modelo de gestión denominado “Hospital del Futuro en el Presente”.

Este modelo de gestión posee 2 enfoques fundamentales:

A. Los usuarios y sus necesidades como centro del universo hospitalario; B. La gestión centrada en Resultados, que facilita la introducción en el entorno hospitalario de una cultura de trabajo basada en la estandarización, organización, monitoreo y evaluación al cumplimiento de las disposiciones establecidas, valoración y análisis de los resultados, no sólo en términos de costo o eficacia de los procedimientos, sino en lo relativo a la mejoría y/o impacto en la prevención y cuidados de la salud y satisfacción de los usuarios.

El Hospital del Futuro en el Presente, es una exitosa experiencia dominicana diseñada e implementada por técnicos dominicanos tomando en cuenta las características de nuestro sistema de salud y el marco legal vigente (Leyes 42-01, 87-01 y los reglamentos que las mismas establecen), que consiste en hacer operativos los fundamentos establecidos en el año 1997 por la Organización Mun-



El presidente de la República, licenciado Danilo Medina Sánchez, coloca la medalla de oro al doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, ganada por el centro de salud en la octava versión del Premio Nacional a la Calidad y Reconocimiento a las Prácticas Promisorias celebrado en la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, de Santiago.

dial de la Salud, establecidos en las “Cartas de Ottawa y Liubliana” que establecen que un hospital promotor de salud debe:

- 1. Promover la dignidad humana**, igualdad, solidaridad y la ética profesional, reconociendo las diferencias en las necesidades, valores y culturas de diferentes grupos poblacionales.
- 2. Estar orientado hacia el mejoramiento de la calidad**, bienestar de los pacientes, de sus parientes y el personal, protección del medio ambiente y la realización del potencial para concentrarse en una institución de enseñanza.
- 3. Enfocar la salud con una aproximación integral** y no sólo como servicios curativos.
- 4. Estar centrado en la gente**, proveer servicios de salud de la mejor manera posible a los pacientes y familiares, facilitando el proceso de curación y contribuyendo al empoderamiento de los pacientes.
- 5. Usar recursos eficientemente y costo efectivo** e identificar recursos en base a contribuciones al mejoramiento de la salud.
- 6. Formar una junta o conexión lo más cercana posible** a otros niveles del sistema de cuidado de la salud y la comunidad.

En la conceptualización del modelo del “Hospital del Futuro en el Presente”, se le agrega a todo lo anterior, que debe ser **sustentado sobre una fuerte base organizacional**.

En resumen, el hospital puede y debe ser un centro de excelencia para el desarrollo de programas enfocados a la mejoría de la



El Director General del Hospital Ney Arias Lora, Dr. Félix Hernández, su esposa Flor de Lima Comprés y funcionarios de la institución en el Palacio Nacional, luego de recibir la medalla de oro por segunda ocasión consecutiva durante la IX edición del Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias.

calidad asistencial, logro de resultados, docencia e investigación, participación, uso eficiente de los recursos, condiciones de trabajo adecuado, satisfacción del personal y de los usuarios y preservación del medio ambiente.

Partiendo de estos seis principios se establecieron las líneas estratégicas transversales para la operatividad del modelo de gestión que son las siguientes:

- 1. Organización:** Como plataforma de fortaleza institucional y apoyo de la sostenibilidad, definiendo la estructura organizacional general y particular de cada gerencia, cargos, funciones y responsabilidades.,
- 2. Estandarización:** Como base de la calidad y en el interés de contar con parámetros pre-establecidos que permitan realizar los monitoreos y las evaluaciones de manera objetiva (protocolos de todas las áreas, manual de procesos, manual de bioseguridad, planes de educación continua, entre otros.
- 3. Planificación estratégica de desarrollo y producción:** Para definir cuáles son las necesidades de nuestros usuarios, establecer con qué recursos contamos y/o necesitamos para dar respuestas a las necesidades, definir objetivos y metas, asignar responsabilidades y tomar decisiones oportunas.
- 4. Monitoreo y evaluación:** Como mecanismo para la toma de decisiones objetivas, fundamentadas en el análisis de datos (estableciendo indicadores y metas de producción, calidad, satisfacción de usuarios internos y externos, desempeño, eficiencia, entre otros).

5. La participación real de la comunidad y los empleados:

Logrando el empoderamiento de la comunidad de su institución haciendo partícipe a los trabajadores (desarrollo de actividades y programas de ayudas sociales, jornadas médico-quirúrgicas, descuentos, exoneraciones, cuidados del **entorno hospitalario y medio ambiente entre otros.**)

En concreto que es lo que se quiere lograr con este modelo?

DESDE EL PUNTO DE VISTA

DE LA FORTALEZA INSTITUCIONAL:

Romper con la cultura de que la institución es la que debe adecuarse a los requerimientos y necesidades de los trabajadores.

DESDE EL PUNTO DE VISTA

DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:

Pasar de un modelo de gestión hospitalario enfocado en la Oferta, a un modelo enfocado en las necesidades y problemas reales de la Población (Demanda).

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA GESTIÓN:

Planificar de manera integral, asignar, administrar y controlar los recursos, para producir basados en la toma de decisiones sustentadas en el análisis de informaciones y datos reales, oportunos y de calidad.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN:

Garantizar la mayor seguridad de la atención en base a estándares basados en evidencias, que garanticen que las acciones realizadas aseguran el mayor beneficio y una asistencia de alta calidad para los usuarios.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS:

Estar enfocados en las necesidades y expectativas de los usuarios para dar respuestas satisfactorias a estos, sin escatimar esfuerzos para lograrlo.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EFICIENCIA:

Lograr el mayor beneficio posible con los recursos disponibles.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOGÍSTICA ASISTENCIAL EN EL ENTORNO HOSPITALARIO:

Colocar a los usuarios, sus problemas y necesidades de salud en el centro del universo hospitalario, donde cada colaborador ejecute adecuadamente y de manera humanizada su actuación enfocada a resolver las necesidades de estos.

Han podido las autoridades, gerentes y personal operativo del Hospital Traumatológico Dr. Ney Aria Lora, lograr estos preceptos en el hospital?



La respuesta es un rotundo SIIII, esta afirmación la podemos demostrar con indicadores de resultados que demuestran fehacientemente esta afirmación.

La eficiencia en la gestión del HTNAL se evidencia en los resultados obtenidos de acuerdo a las metas establecidas para el año 2013. A continuación, presentamos un cuadro que demuestra los resultados en los Indicadores de Eficiencia y Producción

INDICADORES DE EFICIENCIA	META AÑO 2013	RESULTADOS OBTENIDOS	NIVEL CUMPLIMIENTO
Rendimiento de Consulta Externa.	70%	74.1%	105.8%
Tasa de Ocupación Hospitalaria	80%	80.3%	100.4%
Promedio de Estadía	5	6.3	73.5%
Presión de Urgencias	20%	35.3%	23.3%
Tasa de Utilización del Quirófano procedimientos programados	70%	62.9%	89.8%
% Cirugías Programadas Suspendidas	10%	17%	28.6%
Índice de Rotación de Camas	48	50	104.1%
INDICADORES DE PRODUCCIÓN			
Total Hospitalización.	6,849	5,123	74.8%
Total Consultas Hospital.	98,592	81,235	82.4%
Total Cirugías Electivas Programadas	4,760	3,273	68.8%
Total Emergencias	37,410	44,382	118.6%

Fuente: Departamento de Admisión, Archivo y Estadísticas Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora.
Se destaca que EL NO logro de las metas en los indicadores de Presión de Urgencia y Cirugías Electivas Programadas, se debió a la demanda creada por el cierre parcial del Hospital Traumatológico Dr. Darío Contreras.

El compromiso con la calidad es una actitud de todo el personal que trabaja en el HTNAL, de ahí que en nuestro quehacer diario tomamos en cuenta aquellos aspectos que percibe el usuario, (limpieza, señalización, accesibilidad) así como los que no percibe directamente pero que son determinantes de la calidad en el servicio

(organización, capacitación, procesos y protocolos estandarizados, supervisión, equipamiento, entre otros).

De ahí que anualmente establecemos metas objetivas que nos permitan evaluar la calidad. A continuación los resultados obtenidos en el año 2013.

INDICADORES DE CALIDAD	META AÑO 2013	RESULTADOS OBTENIDOS	NIVEL CUMPLIMIENTO
Tasa Mortalidad General Intrahospitalaria	0.38%	0.34%	111.0%
Tasa de Mortalidad Bruta Intrahospitalaria	5.0%	9.8%	3.6%
Tasa de Mortalidad Neta Intrahospitalaria	3.50%	3.3%	106.7%
Tasa Infección Intrahospitalaria	5%	2.8%	143.6%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.1%	197.3%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro de más de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.5%	190.2%
Reingresos No Programados (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	0.6%	188.9%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de la 72 Horas de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro de más de 3 a 30 días de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%
Reingresos No Programados Emerg. (Por la Misma Patología Dentro 12 meses de la De Alta)	5%	0.0%	200.0%

Fuente: Departamento de Admisión, Archivo y Estadísticas Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora.

NOTA: La Tasa de Mortalidad Bruta se explica debido al gran volumen de fallecidos por sus condiciones críticas al llegar al Servicio de Emergencia, 242 muertes ocurridas antes de la 48 horas.

Para nosotros la satisfacción de los usuarios es fundamental, por lo que periódicamente realizamos encuestas de satisfacción en el interés de conocer la percepción de las personas que reciben el servicio y en la misma evaluamos aspectos como tiempo de espera para recibir atención, servicio al cliente, trato y accesibilidad, información brindada al usuario, condiciones del medio ambiente, confort e higiene, entre otros. Estas encuestas se realizan a los usuarios de las tres principales áreas de prestación de servicios en el hospital que son: Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

Durante el año 2013, obtuvimos un nivel de satisfacción de 96%, para un nivel de cumplimiento de 107% con relación a la meta establecida que era de un 90%. Entre los aspectos más destacados por los usuarios se encuentran:

- Informaciones brindadas por el personal
- Limpieza de las áreas de espera y consultorios.
- Se le trató con respeto.
- Durante los exámenes y evaluaciones, hablo con el médico y fue examinado en privado
- Interés y agilidad mostrado por el médico.

- Amabilidad y respeto del personal de enfermería
- Disponibilidad de medicamento, equipos e insumos
- Tiempo de espera para ser egresado del área de emergencia.
- Entre otros.

La calidad en el HTNAL no es una actividad de un solo grupo de personas, sino una manera diferente y nueva de trabajar, por lo que fomentamos entre el personal el interés de involucrarse e interrelacionarse en el logro de los objetivos y el cumplimiento de metas, lo que nos permite exhibir indicadores que evidencian una práctica clínica asistencial excelente, segura, basada en lo que es mejor para los usuarios, sus familiares y el hospital.

Para nosotros el Usuario es el Centro del Universo Hospitalario..... Razón por la cual en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora cada día hacemos las cosas diferentes... Para ser Futuro en el Presente.

Lesión Diafragmática Traumática Derecha, con Herniación Hepática

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

AUTORES: DRES.

JIMÉNEZ SÁNCHEZ, JULIO CÉSAR***

SOTO MÉNDEZ ALEJANDRO**

GÓMEZ NATALIA*.

GERENCIA DE CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES; SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA. HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA.

Resumen

La hernia diafragmática traumática es poco frecuente y continúa siendo una patología de difícil diagnóstico. Es considerada un indicador de gravedad del trauma y presenta una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Se calcula que su incidencia varía de 0,8 a 5,8 %, con un promedio del 3 % en todas las lesiones traumáticas abdominales torácicas. El objetivo de esta publicación es presentar un caso de ruptura diafragmática derecha, con herniación hepática secundaria a un trauma toracoabdominal cerrado. Reportamos el caso de un masculino de 40 años; que sufre caída de altura, presentando fracturas costales múltiples y Hemotórax derecho; intervenido quirúrgicamente donde se diagnostica; se reduce herniación hepática y donde se repara lesión diafragmática. Por ser un caso poco común se decidió la presentación de este.

PALBRAS CLAVES:

ruptura diafragmática, herniación hepática, trauma toráco-abdominal.

Abstract

Traumatic diaphragmatic hernia is rare and remains a difficult disease diagnosis. Is considered an indicator of severity of trauma and has a high rate of morbidity and mortality. Its estimated incidence varies from 0.8 to 5.8%, with an average of 3% in all target torácicas. The abdominal traumatic injuries of this publication is to present a case of right diaphragmatic rupture with hepatic herniation secondary to closed thoracoabdominal trauma. We report the case of a male of 40 years, suffered a fall from height, presented multiple right rib fractures and hemothorax. Underwent surgery where diagnosed, liver herniation is reduced and where diaphragmatic injury is repaired. By being an unusual presentation of this case was decided.

KEY WORDS: *Diaphragmatic rupture, liver herniation, thoracic and abdominal trauma.*

Introducción

El diafragma constituye el piso de la cavidad torácica y el techo de la abdominal. La ruptura traumática del diafragma se observa en pacientes hospitalizados por contusión torácica y/o abdominal tras accidente de tráfico, caída desde un lugar elevado, aplastamiento por derrumbamiento, etc.

La hernia diafragmática traumática (HDT) constituye una forma infrecuente de afección diafragmática en la actualidad. Se calcula que su incidencia varía de 0,8 a 5,8 %, con un promedio del 3 % en todas las lesiones traumáticas abdominales torácicas. La mortalidad general es del 13,7 % en la mayoría de la series. (1)

Por ser un caso poco común se decidió la presentación de este. Se realiza además una revisión de la literatura relacionada con los traumatismos toraco-abdominales.

Reporte del caso

Paciente masculino de 40 años de edad, el cual llega vía emergencia, referido de un centro de salud con historia de haber sufrido caída de altura no especificada, recibiendo trauma contuso tóraco-abdominal, por lo cual realizaron toracotomía mínima bajo sello de agua derecho por hemoneumotórax derecho y fracturas múltiples costales derechas.

Por lo que es evaluado por Cirugía General de nuestro centro y se decide su ingreso para seguimiento y tratamiento del paciente.

Al examen físico: Signos Vitales

TA: 110/70 mmHg FC: 86 l/m FR: 16 R/m

Presentando como hallazgos positivos:

- Laceraciones múltiples a nivel miembros superiores y pared posterior hemitórax derecho,
- Toracotomía mínima bajo sello de agua derecha en 5to espacio intercostal con línea axilar media, con 500 cc de contenido hemático y oscilaciones mayores de 3 cm; cubierto por apósitos estériles.
- Dolor a la palpación en hemitórax derecho pared posterior infraescapular.
- Exámenes de Laboratorio
- WBC: 15.1 $10^3/uL$
- Gran%: 89.3%; HGB: 13.1 gr/dl HCT: 38.3%
- PLT: 175 $10^3/uL$ Glicemia: 166mg/d
- Urea: 23 mg/dl
- BUN: 11 mg/dl
- Creatinina: 1.15 mg/dl

Imágenes



Radiografía de tórax P/A [fig-1]

Paciente evoluciona en sala de manera satisfactoria hasta el 5to día, donde se muestra en radiología de tórax P/A control (fig. 1) re-expansión parcial de lóbulo superior y medio derecho que se acompaña de radiopacidad que ocupa campos pulmonares medio e inferior, más sonda de drenaje pleural. Borramiento de ángulos costo y cardiofrenicos derechos.

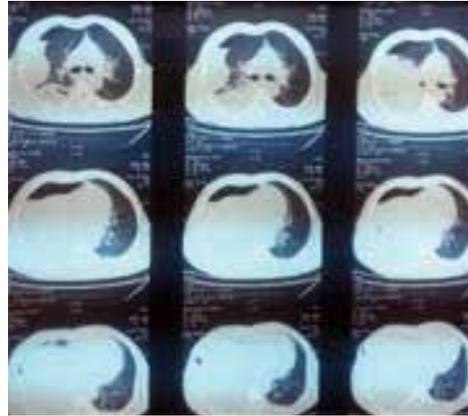
Tomografía de tórax simple con evidencia de neumotórax marginal derecho más áreas de condensación pulmonar asociada a colapso lóbulo medio e inferior derecho más derrame pleural derecho.

Posteriormente el paciente continúa sin presentar mejoría, por lo que se realiza nueva toracotomía mínima bajo sello de agua derecha evidenciándose salida de 100 cc de líquido serohemático y se retira la sonda anterior no funcionante.

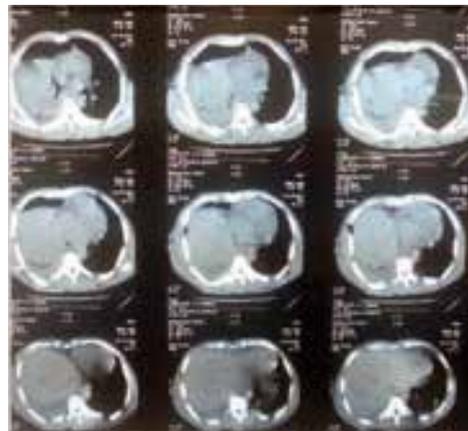
Se mantiene al paciente realizando ejercicios inspiratorios y deambulando por compás de 5 días, luego se observa en radiografía (fig-5) un colapso parcial a nivel de lóbulo superior del pulmón derecho y progresión de la radiopacidad en campos pulmonar medio e inferior derecho.



[Fig.2] Radiografía Tórax P/A.



[Fig-3] Tomografía tórax Simple.



[fig-4] Tomografía tórax Simple.

Ante la mala evolución clínica y radiológica nos planteamos los siguientes diagnósticos. Hematotórax coagulado v/s derrame pleural tabicado, con atrapamiento pulmonar; por lo cual se decide realizar una toracotomía postero-lateral derecha exploradora. Con los siguientes hallazgos:

- Pleuritis visceral, adherencias laxas; 200 cc de coágulos retenidos.
- Lesión grado IV diafragmática, con herniación hepática a cavidad pleural con colapso de lóbulo inferior y medio. (fig.6-7)
- Múltiples fracturas costales (arcos 3-8).

Por lo cual se le realizó, adherenciólisis, drenaje de coágulos, reducción hernia hepática, rafia más Plicatura diafragmática. Con prolene y vicryl 1/0 a puntos interrumpidos.

Decorticación pulmonar, pleurodesis mecánica y química. Colocación de drenaje pleural.



[fig-6]



[fig-10] Inserción de sonda pleural.



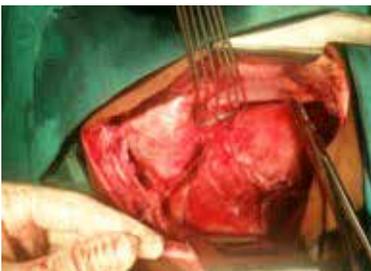
[fig-7] Lesión diafragmática Grado IV, herniación hepática.



[fig-11] Cierre de herida por planos anatómicos.



[fig-8] Sutura Diafragmática.



[Fig-9] Plicatura Diafragmática.



[fig-12] Incisión sutura de grapas y drenaje torácico.

El paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable, le fue retirada la sonda pleural al 5 día y estuvo de alta médica a los 10 días.



[Fig-13] Radiografía tórax control 15 días.



[fig-14] Retiro de sutura de herida 15 días.

Discusión y revisión de la literatura

El diafragma es un músculo delgado y débil, su tendón central es rígido y tiene poca distensibilidad; estas características favorecerían su rotura en un traumatismo torácico y/o abdominal cerrado. (4-6)

Varias razones se señalan para explicar el predominio en el lado izquierdo: el papel protector del hígado sobre el diafragma derecho, la existencia de puntos débiles en el diafragma izquierdo correspondientes a los sitios de unión de los esbozos embriológicos y una mayor resistencia a la tensión del diafragma derecho. (4, 6-8) Sin embargo en el caso presentado, la rotura ocurrió en el lado derecho.

Las lesiones traumáticas del diafragma usualmente son consecuencia de un trauma grave. El diagnóstico precoz constituye un desafío.

Debe existir siempre un alto grado de sospecha al enfrentarse a un paciente traumatizado, previo conocimiento de las técnicas y signos radiológicos que orienten a éste. (9, 10)

Las vísceras que más frecuentemente se hernian son: estómago, epiplón, intestino delgado, colon y bazo. (4, 5, 8, 11) En el caso presentado el paciente tenía herniado el hígado, el cual se había adherido al pulmón.

Los pacientes que presentan una hernia diafragmática secundaria a un traumatismo cerrado son politraumatizados graves. Por esta razón, la hernia diafragmática debe ser considerada un indicador de gravedad del trauma. (12, 13)

El diagnóstico inicial de una lesión diafragmática es difícil, sea el trauma contuso o penetrante, se reportan diagnósticos tardíos entre el 10 y el 61 % de los casos tratados médicamente, pudiendo haber diagnósticos hasta 50 años después de ocurrido el trauma. (14,15)

Su diagnóstico raramente es evidente y requiere de un alto índice de sospecha. (4, 7, 11, 12) El diagnóstico radiológico de una hernia diafragmática traumática no es fácil y sólo se realiza en el 50 % de los casos. Los hallazgos radiológicos varían desde estudios normales hasta otros francamente patológicos. Son signos sugerentes de una lesión diafragmática en la radiografía de tórax: la presencia de imágenes intestinales en el tórax, que se borre o exista irregularidad del contorno diafragmático, elevación del diafragma y desplazamiento del mediastino. La visualización de la sonda nasogástrica en el hemitórax izquierdo es un signo patognomónico de hernia diafragmática. La tomografía computarizada, si bien es el examen de elección para el diagnóstico de lesiones asociadas, tiene una muy baja sensibilidad en la pesquisa de lesiones del diafragma. (4-7,16) En nuestro medio se prefieren los estudios contrastados del tubo digestivo, aunque otros métodos son igualmente útiles.

La severidad de los daños torácicos y abdominales hacen que gran parte de estos pacientes requieran cirugía de urgencia y el diagnóstico de hernia diafragmática es un hallazgo intraoperatorio en el 45-50 % de los casos. (7)

El tratamiento quirúrgico es obligatorio, si bien en la fase crónica se prefiere una toracotomía, mientras que en la aguda es de preferencia la vía transabdominal, excepcionalmente será necesaria una incisión toracoabdominal.

La tasa de morbilidad es de un 50-100 % y está relacionada con el tipo de lesión diafragmática, su reparación y las lesiones asociadas. La mortalidad oscila entre un 22-41 % en las distintas series. (11-14)

Bibliografía

1. **MediSur** v.8 n.2 Cienfuegos mar.-abr. 2010
 2. **Demetrios D. Injury to the diaphragm.** En: Moore EE, Mattox KL, Feliciano DV, eds. Trauma. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p. 110-42.
 3. **Olivares-Becerra JJ, Fariás-Llamas OA, Candelas-del TO, Medrano-Muñoz F, Fuentes-Orozco C, González.** Hernia diafragmática traumática. *CirCiruj.* 2006; 74(6):415-423.
 4. **González R, Sanjuán S, Gómez H, et al.** Hernia diafragmática traumática de aparición tardía. *CirPediater.* 2003; 15:38-40.
 5. **Pacheco R, Galindo J.** Hernia diafragmática traumática de aparición precoz. *RevSoc Bol Ped.* 2003; 42:170-2.
 6. **Llanos J, Paredes N, Schiappacasse G, et al.** Hernia diafragmática traumática complicada: Presentación como íleo. *Rev ChilRadiol.* 2005; 11(4):166-9.
 7. **Reber P, Schmied, Seiler C, et al.** Missed diaphragmatic injuries and their long term sequelae. *J Trauma.* 1998; 44(1):183-8.
 8. **Sales R, López S, Buñuel A, et al.** Hemotórax debido a desgarro esplénico y rotura aguda de diafragma. *Emergencias.* 2000; 12(5):345-7.
 9. **Meyers BF, Mc Cabe CJ.** Traumatic diaphragmatic hernia, occult marker of serious injury. *Annals of Surgery.* 1993; 218:783-90.
 10. **Carballosa Espinos L.** Hernia diafragmática traumática. Informe de un caso. *ArchCir Gen Dig [revista en Internet].* 2007 [cited Ene 2009]; 1: [aprox. 6p]. Available from: <http://www.cirugest.com/revista/2007/16/2007-08-20.htm>.
 11. **Gómez G, Fibla J, Farina C, et al.** Lesión diafragmática traumática. Revisión de 8 casos. *Arch Bronconeumol.* 2002; 38:455-7.
 12. **Ramos C, Koplewitz B, Babyn P.** What have we learned about traumatic diaphragmatic hernias in children?. *J PediatrSurg.* 2000; 35:601-4.
 13. **García A, Villar J, Muffak K, et al.** Rotura traumática del diafragma. *Cir Esp.* 2005; 7:105-7.
 14. **Lerner ChA, Dang Hai, Kutilek RA.** Strangulated traumatic diaphragmatic hernia simulating a subphrenic abscess. *J Emerg Med.* 1997; 15(6):849-53.
 15. **Singh S, Kalan M, Moreyra C, Buckman RF, Jr.** Diaphragmatic rupture presenting 50 years after the traumatic event. *J Trauma.* 2000; 49(1):156-159.
 16. **Jones TK.** Diagnostic imaging in blunt trauma of the abdomen. *SurgGynecolObstet.* 1983; 157:389.
 17. **Figueroa Becerra J, Gutiérrez Dávila A.** Presentación tardía de hernia diafragmática traumática con compromiso de colon. *RevHospJuaMex.* 2007; 74(1):35-9.
- *** Cirujano General y Torácico; coordinador del Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Dr. Ney Arias Lora.
- ** Cirujano General Laparoscopista; Gerente de Cirugía y Especialidades. Hospital Dr. Ney Arias Lora.
- * Médico Interno Rotante Por de Cirugía y Especialidades. Hospital Dr. Ney Arias Lora.

Carcinoma Epitelial Mioepitelial: a propósito de un caso

DRA. CANDY ALMÁNZAR



Resumen

El carcinoma epitelial mioepitelial es una rara neoplasia de glándula salival, cuyo origen etiológico se atribuye a los conductos intercalares. Está constituida por una población celular doble, tanto epitelial como mioepitelial. Su pico de incidencia es en la 6ta década de la vida, afectando en mayor proporción al sexo femenino. En el presente trabajo se refiere un caso en paciente femenina, de 46 años de edad, con la consecuente descripción anatomopatológica.

Introducción

El carcinoma epitelial mioepitelial es una neoplasia descrita por primera vez en 1972, por Donath en Alemania (1) y oficialmente reconocido en 1991 por la OMS (2). Es un tumor de bajo grado de malignidad cuya localización más frecuente es en la parótida.

Constituye el 1% de las neoplasias malignas que afectan a glándulas salivares mayores, aunque también puede encontrarse en pulmón, riñón, endometrio y otras glándulas cuyos conductos estén provistos de células mioepiteliales (3). Otros nombres que recibe son adenomioepitelioma, tumor monomórfico de células claras, carcinoma del conducto salival, carcinoma de células claras, entre otros (4).

Afecta principalmente adultos, con una incidencia pico a los 60 años, siendo predominante en mujeres (5). Clínicamente se presenta como un nódulo bien delimitado, localizado, indoloro. El período entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico va desde meses hasta años (6).

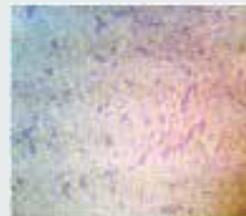
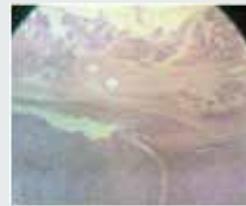
Presenta metástasis cervicales en un 20% de los casos y a distancia, en un 8%; unido a esto su alta tasa de recidiva, se ha sugerido la revisión de la clasificación que lo coloca como neoplasia de bajo grado de malignidad (5). El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa, unida a radioterapia coadyuvante, en especial cuando los márgenes quirúrgicos están tomados (7).

El presente trabajo es la presentación de un caso, con el objetivo de describir los hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos.

Caso Clínico

Paciente femenina, de 46 años de edad, quien acude a consulta de cirugía por presentar masa nodular en región parotídea derecha, de 2 años de evolución. Al examen físico se registra masa firme, bien circunscrita, no dolorosa a la palpación.

Se realizan analíticas prequirúrgicas de rutina, así como estudios de imágenes correspondientes y se lleva la paciente a quirófano con el diagnóstico de probable adenoma pleomórfico de parótida.



En el laboratorio de Anatomía Patológica, se recibe macroscópicamente varios nódulos de tejido, pardogrisáceos, firmes; el menor medía 2 x 2 x 1.5 cm, y el mayor 4.5 x 3.5 x 3 cm. En conjunto pesaban 80 gr. A los cortes seriados, se visualizó superficie nodular, blanquecina, sólida.

La microscopía reportó una neoplasia maligna, de estirpe epitelial, constituida por una proliferación de células con citoplasma claro y núcleos hipercromáticos, las cuales se disponen formando túbulos y glándulas con una capa periférica de células más intensamente teñidas, con citoplasma más abundante y núcleos más basofílicos. La neoplasia presenta una cápsula incompleta de tejido fibroso conectivo colagenoso denso, encontrándose los márgenes quirúrgicos libres de tumor. El parénquima no neoplásico circundante muestra acinos de predominio seroso. El diagnóstico histopatológico fue: Hallazgos morfológicos consistentes con un carcinoma epitelial mioepitelial.

Se realizan estudios complementarios de inmunohistoquímica, utilizando un coctel con los siguientes marcadores: PCK, CK7, CK20, CK14, CK5/6, S100

PROTEIN, GAFFP. A continuación, el patrón de marcaje. Estos resultados confirman el diagnóstico de microscopía óptica: carcinoma epitelial mioepitelial.

Antibody	Clone	Description	Results
PCK	AE1/AE3	Pan cytokeratin cocktail	Positive
CK7	OV-TL 12/30	Salivary tumors	Positive
CK20	Polyclonal	Intestinal-type adenocarcinomas	Negative
CK14	EP/621S	Mycepithelial makers	Positive
CK5/6	Polyclonal	Mycepithelial makers	Positive
S100 PROTEIN	Polyclonal	Salivary tumors	Positive
GAFFP	Polyclonal	Pleomorphic adenoma	Negative

Interpretation

RIGHT PAROTID GLAND SHOWING AN EPITHELIAL-MYOEPITHELIAL CARCINOMA.

Discusión

El carcinoma epitelial mioepitelial es una neoplasia poco frecuente que afecta principalmente a mujeres, en la 6ta década de la vida. Se conocía desde la década de 1950 con otros nombres, siendo Donath quien lo describe por primera vez en 1972. Se presenta principalmente en la glándula parótida (80%), pero también en glándula submaxilar (10%), glándulas salivales menores (10%) y otras localizaciones como pulmón y riñón (8). Cuando aparece en la boca, las lesiones pueden ulcerarse (9).

Su etiología ha planteado dudas diversas, aunque está constituido por células con diferenciación epitelial y mioepitelial. Donath et al, postuló que las células de origen provenían de los ductos intercalados, siendo esto reafirmado por diversos otros autores, quienes señalan esto como la causa de la integración de ambos componentes (8). De hecho, se ha establecido que la hiperplasia de ductos intercalados podría ser una lesión precursora para el carcinoma epitelial mioepitelial (9).

Para el diagnóstico imagenológico, la sonografía de partes blandas, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear presentan hallazgos no específicos, siendo de poca ayuda para diferencial este tipo de neoplasia de otras patologías benignas y malignas con patrón sólido de glándula salival. Otro estudio prequirúrgico es la PAAF (punción con aguja fina), pero la gran variabilidad del componente celular aspirado dificulta la precisión diagnóstica (8). La biopsia incisional está contraindicada por la posibilidad de producir siembra tumoral. El diagnóstico definitivo se hará con el espécimen de resección o biopsia excisional.

Histológicamente, los datos clave para el diagnóstico serán las células epiteliales rodeadas por las células mioepiteliales. Pueden encontrarse dispuestas en varios patrones, pero siempre aparecerá el parámetro de células epitelioides circundadas por células poligonales o fusiformes. El diagnóstico diferencial se hará con el carcinoma de células claras, el carcinoma mioepitelial, el mioepitelioma y el adenoma pleomórfico (10).

La inmunohistoquímica revela marcaje para marcadores mioepiteliales y el componente epitelial será reactivo a las citoqueratinas y al antígeno de membrana epitelial (10). Numerosos estudios citogenéticos han demostrado alteraciones estructurales en los cromosomas 1,9,12,y 13. También se ha descrito mutaciones del TP53 en el 25% de casos (11,12).

El tratamiento de elección es primariamente quirúrgico. La eficacia de la quimioterapia coadyuvante no está clara todavía, aunque en los casos en que los márgenes quirúrgicos están tomados, se indica la radioterapia. Las recurrencias son muy comunes, encontrándose datos de metástasis cervicales en un 20% de los casos y a distancia, en un 8% (5).

Los factores más importantes en predecir la recurrencia son la infiltración de los márgenes quirúrgicos, la invasión vascular y linfática, la necrosis tumoral y la anaplasia mioepitelial. La desdiferenciación, el alto índice de proliferación ki-67, la actividad mitótica, el tamaño tumoral ni la invasión perineural no son considerados factores que impacten en la supervivencia (5).

Conclusión

El carcinoma epitelial mioepitelial, a pesar de su baja incidencia, debe ser considerado como diagnóstico diferencial en tumoraciones sólidas que afecten glándulas salivales, en especial en mujeres entre la 3ra y la 7ma décadas de la vida. Un enfoque terapéutico adecuado puede conducir a un aumento en la expectativa de supervivencia libre de tumor.

Referencias

- 1- **Tedín S, González M, Piñero M, García J, Cabanas A.** Carcinoma epitelial-mioepitelial de glándula parótida. A propósito de un caso. Revista electrónica de SGORL. Disponible en: <http://www.sgorl.org/revista/images/ACTAS/ACTACINCO/25.pdf>
- 2- **Seifert G, Sobón LH.** " Histological typing of salivary gland tumours. World health Organization international histological classification of tumours " 2nd ed. New York: Sringer-Verlag, 1991.
- 3- **García Teno M, Baez JM, Mora Nunez F, Ariza Toledo MA, Sierra Galera G, Oliva Dominguez M** " Epithelial-myoepithelial carcinoma of smaller salivary gland " An Otorrinolaringol Ibero Am. 1999; 26 (4) : 385-91.

- 4- Campos , J.J, Zaragosti J.M., Martínez, L; Fontal, M. “Patología de las glándulas salivares. Capítulo XIV : tumores epiteliales de las glándulas salivares (II), carcinomas” III Congreso de la Sociedad Valenciana de ORL y patología Cerviño facial. Junio 1995 pag 153-170.
- 5- Senis L, Sahuquillo E, Davó R, Hamad P, Floria L, Baquero M. Carcinoma mioepitelial de glándulas salivales: comportamiento, diagnóstico y tratamiento. Medicina Oral 2002; 7: 391-5.
- 6- Tralongo V, daniel E. “ Epithelial –myoepithelial carcinoma og the salivary glands:a review of the literature” Anticancer Res 1998; 18: 603-608.
- 7- J.P Fontanel , F . Poitiut, J.M. Klossek “Tumores de las glándulas salivares” Enciclopedia médico- quirúrgica Otorrinolaringología E-20-628-B-10.
- 8- González-Ballester D, Moreno C, González-García R, Ruiz-Laza L, Monje-Gil F. Carcinoma epitelial-mioepitelial de glándula salivar menor. Diagnóstico inesperado ante sospecha de patología benigna. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac vol.34 (2). Abril-junio 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582012000200008&script=sci_arttext
- 9- Lau DP, Goddard MJ, Bottrill ID, Moffat DA “ Epithelial-mioepithelial carcinoma of the parotid gland. An Unusual cause of ear canal estenosis” J Laryngol Otol 1996; 110:493-495.
- 10- Robinson R. **Head and Neck Pathology**. Filadelfia. 2010. P230-1.
- 11- Rosai J. Rosai and Ackerman’s Surgical Pathology. 9 Ed. New York. 2004. P877-9.
- 12- Barnes, Leon et al. Pathology and Genetics Head and Neck Tumours (World Health Organization Classification of Tumours). International Agency for Rsearch on Cancer, 2005 pp. 259-260 ISBN 9283224175

En gráfica



INSTRUCCIÓN 911

La doctora Surelis Jiménez, gerente de emergencia del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, instruye al personal que labora en el Sistema Nacional de Atención de Emergencias y Seguridad 911 de República Dominicana.

Abordaje del personal de la salud a pacientes con VIH en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, Santo Domingo.

DRA. MARISOL TAVERAS (PSIQUIATRA) **

** GERENTE SALUD MENTAL. ASESORA

JULIO ALBERTO HERNÁNDEZ PINEDA *

* PASANTE PSICOLOGÍA

Resumen

Se define consejería al conjunto de actividades proporcionadas por personal entrenado, calificado, certificado para dar información, educación, asesoría y soporte a las personas con el VIH.

Se trata de una descripción bibliográfica referente al abordaje del personal de salud a los usuarios del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, Santo Domingo, República Dominicana, en un servicio con calidad y confidencialidad a través de la Consejería pre prueba y post prueba VIH, a quienes se les prescribe este análisis de laboratorio clínico.

El abordaje del personal hospitalario es integral, iniciando la ruta crítica por el médico consultante, luego la consejería en el departamento de Salud Mental, dando cumplimiento a las Normas de Consejería, para con un consentimiento informado y registro del Libro de Consejería pasar a la toma de muestra sanguínea.

Según criterios acordados a nivel internacional, los resultados de la prueba de VIH, sean Positivo o bien Negativo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se le ofrece al usuario a la Consejería post prueba con la finalidad de seguir mejorando la calidad de servicio. Así mismo contribuir a prevenir estigma, discriminación a estos pacientes a la vez de brindar apoyo psicológico.

Palabras Claves:

Consejería Pre Prueba Y Post Prueba VIH, discriminación, estigma.

Summary

We define the set of activities counseling provided by trained, qualified, certified to provide information, education, advice and support to people with HIV. discard of interne medicine.

This is a bibliographic description regarding the approach to health staff users Trauma Hospital Dr. Ney Arias Lora, Santo Domingo, Dominican Republic, in a quality service and confidentiality through pre-test counseling and post-test HIV those who prescribed this clinical laboratory analysis.

KEYS WORDS:

Pre-test counseling and post-test counseling, HIV, discrimination, stigma.

Introducción

La consejería pre y post prueba VIH es un conjunto de actividades llevadas a cabo por el personal entrenado, calificado, certificado y/o especializado para dar información, educación, asesoría y soporte a las personas con el VIH, sus familias.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, puede evolucionar en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

La infección por este virus produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario. El diagnóstico se establece por medio de pruebas de detección rutinaria para el VIH, como son: La prueba rápida de VIH, ELISA y la comprobación por WESTERN BLOT.

Para realizar estas pruebas es necesario Informar a la persona quien se le va a realizar una prueba, por medio de la consejería con el objetivo de minimizar el estigma, la discriminación y apoyo psicológico, para que el paciente pueda manejar su condición serológica, tanto a él como a su familia.

El estigma, es un señalamiento, condena, censura o marca negativa a una persona o grupo de personas por vivir con el VIH o con SIDA. Las personas al ser estigmatizadas experimentan devaluación de su dignidad, aislamiento, miedo, rechazo, estrés psicológico y discriminación.

La Ley No. 135-11, sobre VIH-SIDA, que sustituye la anterior Ley 55 que había sido aprobada en 1993 La ley establece muy claramente un protocolo de atención que define los valores, el estigma, el uso y manejo del material biológico, la estrategia nacional para la prevención y otros.

Materiales y métodos

Es una revisión bibliográfica con el propósito de contribuir al abordaje integral de los usuarios que demandan prueba de VIH, así como el apoyo que necesita del personal de salud en coordinación con el Departamento de Salud Mental del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora.

Resultados

En los hospitales donde se da cumplimiento a los protocolos de Consejería VIH, el abordaje establece la definición de la ruta crítica que recorren los usuarios con necesidad de pruebas VIH, con los siguientes pasos:

- Prescripción de la prueba por el médico.
- Usuario acude al servicio de Consejería pre prueba
- Firma del consentimiento informado y orientación para pasar al laboratorio clínico.
- Usuario va al laboratorio para la toma de muestra de sangre y realización de las pruebas.
- Llenado del libro de Consejería VIH, con la firma del usuario.
- Recibir en laboratorio al usuario con el Consentimiento informado que firma en el servicio de Consejería.
- Entrega de resultados a Consejería post prueba, tanto los resultados Negativos, como los resultados Positivos.
- Apoyo de Salud Mental cuando el resultado es positivo al VIH.
- Referimiento al Servicio de Atención Integral VIH [SAI]

Referencias

- 1- **Beltrán, S.** Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes con VIH. 2011:52
- 2- **COPRESIDA.** Reglamento. Unidad de diagnóstico y seguimiento VIH. 2001:6
- 3- **Family Health International.** Guía de referencia para consejeros y entrenadores. 2005:29
- 4- **Fundación Mexicana para la salud.** Guía para la realización de pruebas rápidas de VIH. 2013:23 – 24.
- 5- **Human Rights Watch.** Una prueba de desigualdad contra mujeres viviendo con el VIH en República Dominicana. Julio 2001 Vol. 16 no 4:2
- 6- **Ley del SIDA No. 55-93.** República Dominicana.
- 7- **Ley No. 135-11** República Dominicana.
- 8- **Ministerio de Salud Colombia.** Manual de Consejería pre y post prueba VIH. 2002: 13
- 9- **Ministerio de Salud Pública República Dominicana.** Integración de la atención prenatal en los procesos de detección del VIH. 2011:16
- 10- **Ministerio de Salud Pública República Dominicana.** Normas Nacionales de Consejería VIH.
- 11- **Ministerio de Salud Pública República Dominicana.** Normas Nacionales para la prevención ya Atención de ITS/VIH/SIDA. 2012:18
- 12- **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo. 2012.
- 13- **Secretaría de Salud México.** Manual sobre Consejería en VIH.2006:19.
- 14- **ONUSIDA.** Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH. 2001
- 15- **ONUSIDA.** Manual sobre VIH y los derechos humanos 2006



F1. Equipo Departamento Salud Mental.



F2. Libro registro diario de Consejería.



F3. Máquina Access 2, Método QLM.



F4. Máquina Chern Wwell, Método Elisa.

Grado de satisfacción de usuarios y familiares de la UCI

del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora en el periodo Junio-septiembre 2013.

DR. JOSÉ ALBERTO ORTIZ, MD, MCC
LIC. ALBIDECGP GIL PICHARDO, EAD

Resumen

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.

En este proyecto se explotan y se desarrollan los datos de un estudio de investigación llevado a cabo en la unidad de cuidados intensivos del hospital traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo junio – septiembre 2013.

Nos motivó el realizar este trabajo el que con este rompíamos el hielo dando el primer paso al realizar estudios de calidad asistencial y así medirnos y ver un reflejo de lo que representamos en la sociedad.

Los autores que presentan este proyecto han sido responsables de realizar los cuestionarios, confeccionar y actualizar la base de datos.

En este proyecto se interrogaron los pacientes que ingresaban a la UCI y a familiares de estos en el periodo de estudio.

Se realizó el interrogatorio tanto en el uci general como en el uci intermedio, llegando a interrogar a un total de 200 personas.

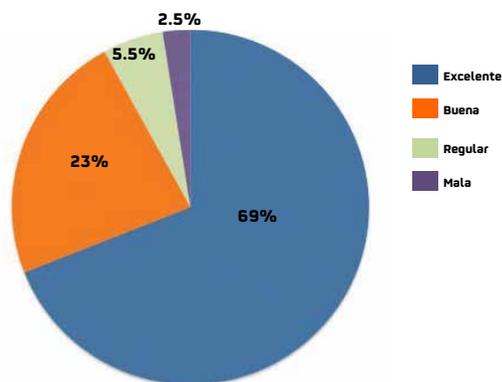
Se tomaron en cuenta varios aspectos a considerar del área asistencial de la uci tales como son: cuidado de enfermería, calidad asistencial de médicos, información manejada, así como aspectos relacionados con el entorno físico de la uci.

Se realizó un estudio prospectivo iniciando en el mes de junio hasta septiembre del 2013.

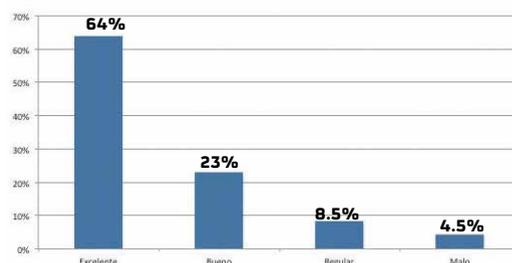
Resultados

En la evaluación de la calidad de atención de los médicos de la UCI del HTNAL los resultados fueron de: excelente 138 casos para un 69 % y bueno con 46 casos para un 23%, regular 11 para 11.5 % y malo 5 para 2.5%.

Excelente	138	69%
Buena	46	23%
Regular	11	5.5%
Mala	5	2.5%



En cuanto a la información recibida por el personal de UCI, los resultados fueron: excelente 128 casos 64%, bueno 46 para un 23%, regular 17, 8.5% y malo 9 casos, para un 4.5%.



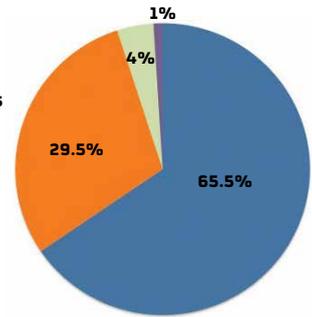
Calificando la adecuación del espacio físico de la UCI, encontramos. Excelente 78 casos para un 39%, bueno 75 casos para un 37%, regular 43, 22%, malo 4 para un 2%.

Excelente	78	39%
Buena	76	37%
Regular	43	22%
Mala	4	2%

Cuál es la expectativa que tiene de esta unidad al hacer uso de ella?

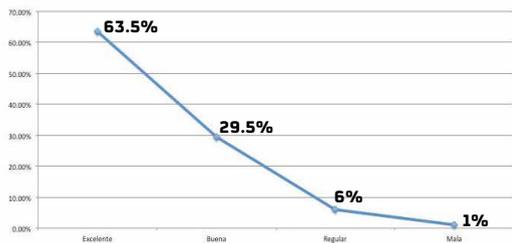
Encontramos los siguientes datos. Excelente 131 para 65.5%, bueno 59 para 29.5%, regular 8 para un 4%, y malo 2 para 1%.

Excelente Buena Regular Mala



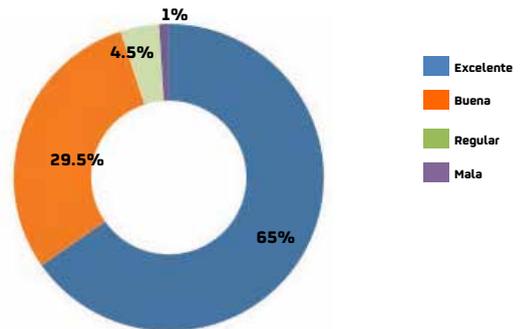
Considerando el nivel de capacitación de médicos y enfermeras de la UCI, encontramos. Excelente 127 para un 63.5%, bueno 59 para un 29%, regular 12 para un 6% y malos 2 para 1%.

Excelente	127	63.5%
Buena	59	29.5%
Regular	12	6%
Mala	2	1%



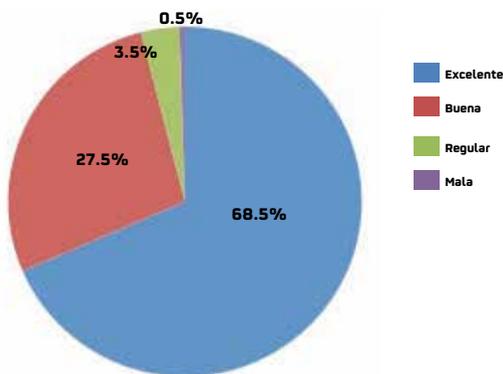
En cuanto a la higiene de la UCI, obtuvimos de casos excelentes 130 para un 65%, bueno 59 para un 29.5%, regular 9 para un 4.5% y malo 2 para un 1%.

Excelente	130	65%
Buena	59	29.5%
Regular	9	4.5%
Mala	2	1%



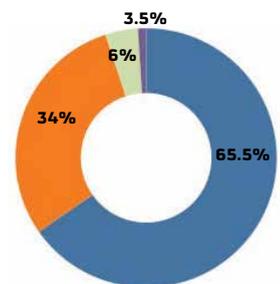
Cuando abordamos a los usuarios sobre el equipamiento de la UCI para el soporte y tratamiento de pacientes críticos, obtuvimos. Excelente 137 casos para 68.5%, bueno 55 para un 27%, regular 7 para un 3.5% y malo 1 para 0.5%.

Excelente	137	68.5%
Buena	55	27.5%
Regular	7	3.5%
Mala	1	0.5%



Interrogando sobre el nivel de confianza obtuvimos como excelente 113 casos para un 56.5%, bueno 68 para 34%, regular 12 para un 6% y malo 7 casos para 3.5%.

Excelente Buena Regular Mala



Conclusiones

En todos los objetivos obtuvimos resultados de excelente y bueno con un gran porcentaje, demostrado así que para la población en general estamos una labor con una gran calidad asistencial como demandan los nuevos tiempos apegados a nuestros valores.

Ganadores II Jornada Científica reciben premios

La Dirección General del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora entregó los premios a los 10 mejores trabajos presentados en la III Jornada Científica organizada por la subdirección académica de la institución.

En la pasada 3ra Jornada Científica Aniversario fueron presentados 33 trabajos realizados por médicos, enfermeras y bioanalistas del centro de salud, de los cuales fueron reconocidos los mejores 10.

El acto fue encabezado por los doctores Félix Hernández, director general, Alfredo Polanco, director operativo, Isabel Santana, asistente de la Dirección General, Jaime Fernández Durán, subdirector académico, Lisardi de la Cruz, subdirector médico, Alejandro Soto Méndez, gerente de cirugías.

El doctor Félix Hernández director general del centro de salud felicitó a los ganadores de los 10 primeros lugares, de los trabajos presentados en la III Jornada Científica del establecimiento de salud y les exhortó a continuar aportando sus conocimientos para el desarrollo de la institución y beneficiar a los usuarios que acuden en busca de asistencia.

El doctor Rafael Pérez Canela, obtuvo el primer lugar con el trabajo sobre Cistoyeyuno Anostomosis en Y de Roux Pseudoquiste de Páncreas resolución vía laparoscópica, quien recibió un premio de RD\$30,000.00 y una placa de reconocimiento.

El segundo lugar fue entregado a Ana Carla Suárez González y Leinester Montesino Borges, por la tesis Impacto del protocolo de atención del trauma craneoencefálico severo en adultos realizado en el Hospital Ney Arias Lora del 2011 al 2013, el cual estaba dotado de un premio de RD\$20,000.00.

Mientras que el tercer lugar fue ganado por el doctor Onofre Torres, con el tema Incidencia de laparotomía Exploratoria Post-Trauma en el Hospital Ney Arias Lora, y recibió en metálico RD\$10,000.00.

Además el cuarto lugar fue entregado al trabajos Artroplastias Total de Rodilla: Correlación entre los diagnósticos para la realización del procedimiento y las condiciones de los pacientes del Hospital Ney Arias Lora, de los doctores Jorge Hernández Peniche y Arfry Marcelino Tineo, realizado en el período enero 2011 junio 2013, recibió una mención y sus responsables recibieron un certificado con mención honorífica.

El quinto lugar lo obtuvo la doctora Carmen Bautista, con el trabajo Motivos de Consulta en las sala de emergencia, durante el año 2012, el sexto lugar fue entregado a los doctores Daisy A. Marty Placencia y Luis Miguel Escaño Vólquez, con el trabajo sobre Amputaciones de Miembros superiores e inferiores en el centro de salud durante el período septiembre 2010 y diciembre 2012.

De igual modo, fueron entregados reconocimientos a la doctora Yecel Cabrera, quien presentó el tema sobre Traumas más Frecuentes



El doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, entrega el premio de RD\$ 30,000.00 al doctor Rafael Pérez Canela, quien obtuvo el primer lugar con el trabajo sobre Cistoyeyuno Anostomosis en Y de Roux Pseudoquiste de Páncreas resolución vía laparoscópica, a la izquierda el doctor Alejandro Soto Méndez, gerente de cirugías, a la derecha los doctores Isabel Santana, asistente de la Dirección General, Alfredo Polanco, director operativo, Lisardi de la Cruz, subdirector médico.



El director general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, doctor Félix Hernández, junto a funcionarios del centro de salud y médicos que recibieron premios y reconocimientos por los trabajos presentados en la 3ra Jornada Científica Aniversario del Establecimiento de salud.

en el hospital, del departamento de maxilofacial durante enero 2012 a enero del 2013, el octavo lugar lo obtuvo la doctora Adalgisa Almonte, con el Manejo de Traumatismo Vertebral Medular de la Región Dorso Lumbar en pacientes ingresados en el centro de salud durante enero del 2011 a mayor del 2013.

Asimismo, el noveno lugar fue para la licenciada en enfermería Dilcia Ventura, presentó las estadísticas del bloque quirúrgico durante el año 2011-2012, así como el décimo lugar lo recibió el doctor Julio A. García Peña, con el informe preliminar del inicio de las cirugías correctoras de los primeros casos médicos quirúrgicos de escoliosis idiopática del adolescente, realizada en el Hospital Ney Arias Lora.

Situación del trasplante de órganos en República Dominicana

DR. ALFREDO POLANCO



En la República Dominicana se realizan trasplantes renales, hepáticos, cardíacos y de corneas; el país cuenta con profesionales bien capacitados en España y los Estados Unidos.



Al centro la doctora Ruth Ester Arajo, coordinadora de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, asiste a unos de los usuarios del establecimiento de salud.

En República Dominicana fue creada una institución para regir las políticas de donación y trasplante de órganos, el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT), de igual modo, desde el 1998 fue aprobada una ley de trasplante, sin embargo; aún cuando se realizó el primer trasplante renal en 1972, es muy poco lo que se ha logrado en materia de trasplante en el país. Esto así a pesar de contar con varios programas de trasplante en los sectores público y privado del nuestro país.

Es importante resaltar que en la República Dominicana se realizan trasplantes renales, hepáticos, cardíacos y de corneas; el país cuenta con personal profesional bien entrenados en España y los Estados Unidos, sin embargo, nos preguntamos; porqué se hacen tan pocos trasplantes si tenemos equipo humano bien entrenado y tecnología sofisticada como en cualquier país desarrollado.

Para esto existen varias respuestas, pero la principal causa es la negativa de familiares de pacientes con muerte cerebral en las unidades de cuidados intensivos, de los establecimientos de salud, en ocasiones por tabúes y otras veces porque quieren que los familiares del paciente enfermo le salden la cuenta en la clínica

o le paguen el funeral, cosa que no es permitida debido a que la donación es un acto altruista.

Otro factor importante es que son pocos los familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica que están dispuestos a donar un riñón a su pariente, en cuanto al factor concerniente a los equipos de trasplante existe la queja de que son muy poco remunerados, ya que el personal involucrado en esta actividad tiene que estar disponible las 24 horas del día, estos problemas no se presentan en países desarrollados como España, que es un país líder en trasplante y el 20 de febrero del 2014 rompió record al realizar en un solo día 45 trasplantes de órganos.

Es por esto que apelamos a la ciudadanía para que se involucre en la donación de órganos, no llevarse a la tumba, órganos que sirven, y no solo estimular a la donación de órganos de cadáveres si no también a la donación a familiares que tengan insuficiencia renal crónica, ya que con un riñón se puede vivir en excelentes condiciones, asimismo, apelamos al Ministerio de Salud para que incentive a los equipos que se dedican a esta importante labor y de esta manera el país pueda ser líder en materia de trasplante.

La Fiebre Chikungunya en República Dominicana

DRA. YOKASTA PÉREZ



Se caracteriza por ser una enfermedad predominantemente sintomática, causando fiebre alta de inicio súbito de tres días de duración y dolor articular severo que puede permanecer o reaparecer hasta varios meses después de la primera crisis.

La fiebre Chikungunya es una enfermedad endémica en países del sudeste de Asia, África y Oceanía, emergente para la región de Las Américas, ocasionada por un alfavirus el virus Chikungunya, y transmitida mediante la picadura de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

Se caracteriza por ser una enfermedad predominantemente sintomática, causando fiebre alta de inicio súbito de tres días de duración y dolor articular severo que puede permanecer o reaparecer hasta varios meses después de la primera crisis. También pueden presentarse cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náuseas, vómitos, poliartritis, rash y conjuntivitis. No existe una vacuna ni tratamiento específico por lo que se aplica un tratamiento sintomático.

El día 9 de diciembre la Organización Panamericana de Salud emitió una alerta epidemiológica debido a la detección de los primeros casos de transmisión autóctona de fiebre por chikungunya en las Américas, específicamente en la Isla San Martín (Saint Maarten).

Para la semana 08 (del 16 al 22 de febrero), la Dirección General de Epidemiología emite una alerta Epidemiológica debido al aumento del número de casos de enfermedad febril ocurrido en el Hospital María Paniagua "Bobita"; en respuesta a esta situación el equipo de Respuesta Rápida Nacional en coordinación con la Dirección Provincial de Salud de San Cristóbal realiza una investigación para determinar la distribución y etiología del brote de chikungunya, realizando búsqueda de casos adicionales en la comunidad en el municipio de Nigua, utilizando como definición de caso Toda persona de la comunidad que presente fiebre y artralgia. Se tomo muestra de los casos durante su atención en el hospital para descartar virus de chikungunya, dengue, sarampión, rubéola, inicialmente en el Laboratorio Nacional Dr. Defilló y luego se realizaron coordinaciones para su envío al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Colorado USA.

La investigación epidemiológica identifico 2,348 casos sospechosos de CHIK en 5,155 habitantes del municipio de Nigua, para una tasa de ataque de 46 casos por 100 habitantes equivalente a una incidencia acumulada de 6,438 casos por cada 100,000 habitantes.



A la fecha de la semana 19 la Dirección General de Epidemiología tiene reportado un gran número de casos por provincia de fiebre chikungunya. Las provincias que están presentando brotes activos son: Elías Piña Área IV, Duarte, El Seibo, San Pedro de Macorís, Monseñor Nouel, Hato Mayor, Hermanas Mirabal, Samaná, Valverde y Baoruco.

Referencias

1. OPS/CDC. La preparación y la respuesta frente al virus Chikungunya en las Américas. Washington, D.C.: LA OPS, 2011. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16984&Itemid=&lang=en
2. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional de Oficina Regional de Asia Sudoriental. Directrices para el Manejo Clínico de la fiebre de Chikungunya. Nueva Delhi, 2008. http://www.searo.who.int/entity/emerging_diseases/documents/SEA_CD_180/en/index.html
3. CDC. Información para médicos clínicos. http://www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/CHIKV_Clinicians.pdf
4. DIGEPI. <http://digeπισalud.gob.do/directorio.html>

Traumas más frecuentes en la Gerencia Cirugía Maxilo Facial en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora



YECEL CABRERA S.

Que es un trauma?

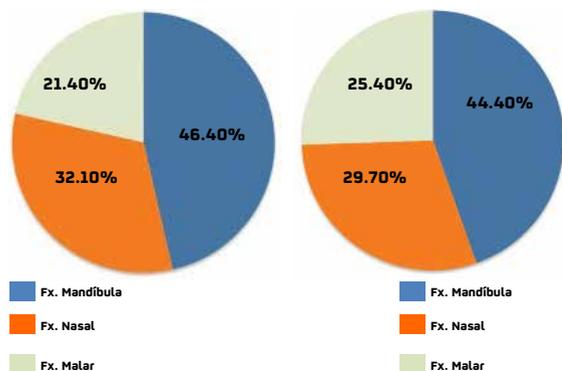
Daño físico causado por una fuerza y/o violencia externa y que resulta de la colisión de dos o más cuerpos.

Las fracturas de la cara representan el 60% de las urgencias Maxilo faciales.

Estadística de Traumas por Maxilofacial recibidas vía Emergencia 2012-2013

1er cuatrimestre 2012 - 2do cuatrimestre 2012

Fx. Mandíbula	46.40%	Fx. Mandíbula	44.40%
Fx. Nasal	32.10%	Fx. Nasal	29.70%
Fx. Malar	21.40%	Fx. Malar	25.40%

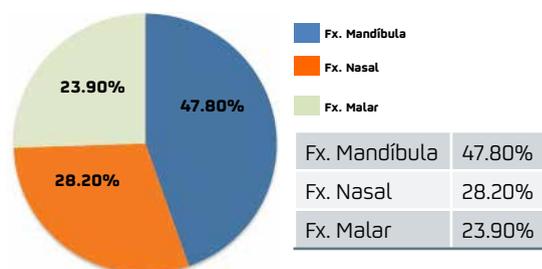


3er cuatrimestre 2012

Fx. Mandíbula	45.90%
Fx. Nasal	22.90%
Fx. Malar	31.10%

Estadística de Traumas por Maxilofacial recibidas vía Emergencia 2012-2013

Meses 2013	Fx. Mandíbula	Fx. Nasal	Fx. Malar
Enero	37.60%	37.50%	25%
Febrero	41.60%	33.30%	25%
Marzo	50%	33.30%	16.60%
Abril	49%	16.60%	33.30%
Mayo	33.30%	33.30%	33.30%
Junio	52.10%	33.40%	17.30%
Julio	40%	32%	28%



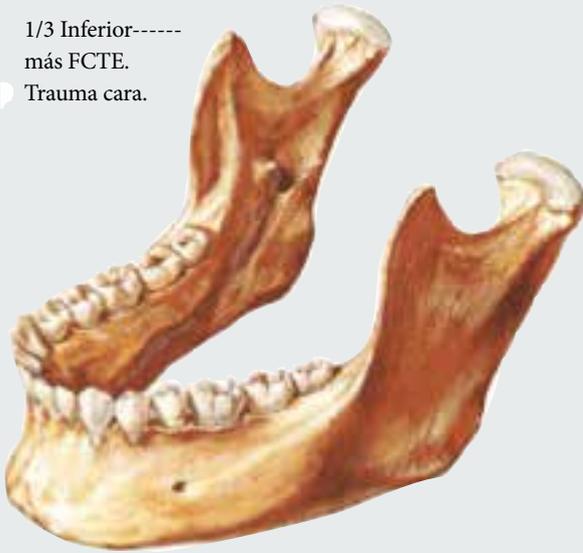
Diagnóstico

Historia Clínica., Inspección., Palpación., Imágenes faciales .
Fractura Fragere = Romperse, Solución de continuidad ósea producida por una fuerza mayor a la resistencia del hueso.

Fracturas del tercio inferior de la cara, Fracturas Mandibulares

1/3 Inferior-----
más FCTE.

▶ Trauma cara.



Posición prominente y expuesta, hueso robusto.



Clasificación de las fracturas Mandibulares.

Etiología, Topográficamente., Integridad., Tejidos blandos.
Número o modalidad de la fx.

Signos y síntomas:

Disfunción masticatoria, disturbio en la oclusión, desviación mandibular, imposibilidad de cerrar la boca, dolor a la palpación, asimetría facial.



Tratamiento

Consiste---perfecta reducción cabos óseos. Objetivo---devolver forma y dirección original. completa contención de los cabos óseos en posición correcta. Finalmente-----conseguir inmovilización necesaria para su consolidación.



Arcos de Erich



Fractura Nasal

Es la más frecuente del tercio medio de la cara.

Signos y síntomas:

Desviación Nasal, edema, depresión central, dolor, epistaxis.
Causas: Golpes de puño, Cabezazos, choques

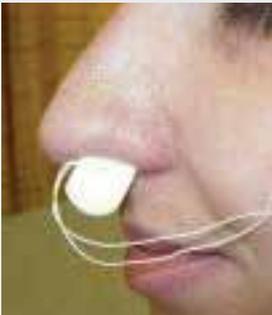


Tratamiento

Reducción Cerrada, Reducción Abierta

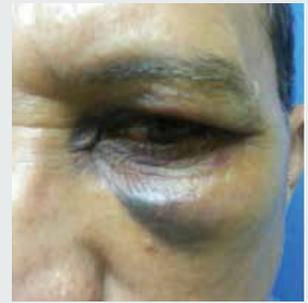


Taponamiento anterior con tiras de gasa



Taponamiento anterior con Merocel.

Fractura Malar: El malar después de la nariz es la parte más prominente de la cara, por lo cual son los más accesibles a cualquier traumatismo, su función junto con el arco superciliar es proteger el globo ocular.



Diagnóstico clínico: Edema, epistaxis, equimosis periorbitario, hemorragia subconjuntival, sensación de anestesia o parestesia, escalón óseo y dolor a la palpación.

Tratamiento; Conservador y quirúrgico:

El conservador lo utilizamos cuando la fractura es simple y no desplazada.



En gráfica



PRIMERA JORNADA POR IMÁGENES

Los doctores José Joaquín Puello, Barnabí Gómez, gerente de imágenes del Hospital Ney Arias Lora, Lizardi de la Cruz, sub director médico y Jaime Fernández Durán, sub director de enseñanza del establecimiento de salud entregan una placa de reconocimiento al doctor José Miguel Paliza, por sus aportes a la medicina y la formación de médicos, en el inicio de la Primera Jornada Diagnóstico por Imagen, celebra en el salón del conferencia Jaime Fernández Durán del hospital.



Generalidades del Quirófano

L. MORENO

Área Quirúrgica: Conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestidores, pasillos, zonas de lavado y esterilización.

- ZONA LIMPIA
- ZONA ESTERIL
- ZONA SUCIA

Paciente Quirúrgico: Es aquel cuya enfermedad es diagnosticada y/o tratada por medio de cirugía; estas se clasifican en dos tipos:

- Mayor o Compleja
- Menor o Sencilla

Pre-Operatorio: Se denomina al tiempo anterior a la operación; estas se clasifican en:

- Ingreso/cirugía programada: domicilio posibilidad de ingresar al día anterior.
- Ingreso/exploración: si el diagnóstico indica una intervención requerida día de pre-operatorio.
- Ingreso/urgencia: en ocasiones el pre-operatorio dura tan solo unos minutos.

Los Objetivos Pre-operatorio: Son establecer una relación terapéutica (Enfermera-paciente)

- La psico-profilaxis del acto quirúrgico (como van a ser las cosas después de la intervención).
- Reducir el grado de ansiedad, aclarar dudas.
- Valoración de las necesidades (para poder aplicar cuidados personalizados).

Función de la Enfermera:

PRE-OPERATORIO:

- Información
- Psicoprofilaxis

OPERATIVO:

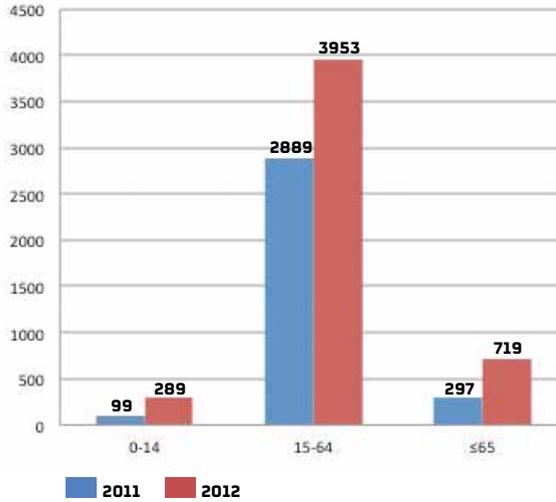
- Cuidados individualizados y específicos.

POST-OPERATORIO

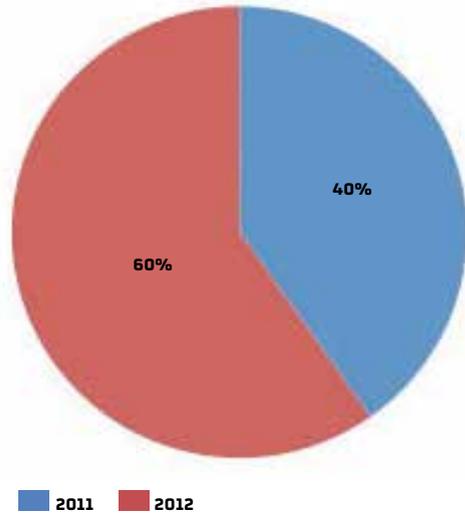
- Evaluación
- Control

ESTADÍSTICAS DEL BLOQUE QUIRÚRGICO 2011-2012

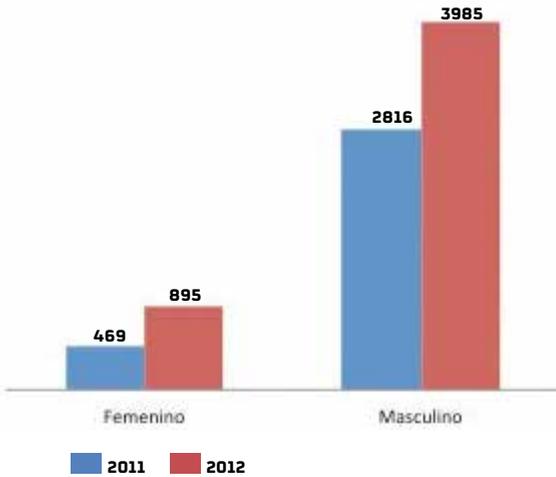
Cantidad de Pacientes del Bloque Quirúrgico por Edad en los Años 2011-2012



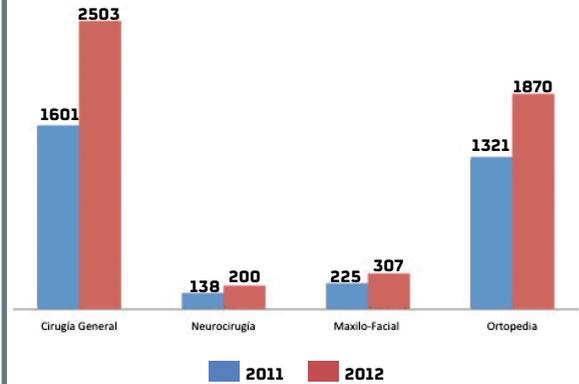
Crecimiento en Porcentaje de las cirugías realizadas en el Bloque Quirúrgico en los años 2011-2012



Cantidad de Pacientes del Bloque Quirúrgico Por Sexo en los Años 2011-2012



Cantidad de Pacientes del Bloque Quirúrgico Por Especialidades en los Años 2011-2012



Motivos de consulta en la sala de emergencia del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el año 2012



DRA. SURELIS JIMÉNEZ
GERENTE DE EMERGENCIAS

DR. JESÚS D. GONZÁLEZ SAPEY
COORDINADOR DE EMERGENCIAS

DRA. CARMEN BAUTISTA PEÑA
MEDICO EMERGENCIÓLOGO

Resumen

En los últimos años se está incrementando la demanda en los servicios de urgencias en nuestro país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una urgencia es toda aquella situación que en opinión del paciente, su familia o quien quiera que tome la decisión, requiera una atención médica inmediata.

Un paciente emergente es aquel que a criterio del personal sanitario constituye una urgencia médica. La masificación de los servicios de urgencias, en la mayoría de los casos para consultar por patologías no graves o demorables que podrán resolverse en centros de aten-

ción primaria con dispositivos de urgencias, hace que pacientes con patología graves sufran una demora en la asistencia.

Sin embargo, la población que concurre al servicio de emergencia en centros especializados, como los de trauma, cardiovasculares y/o patologías clínicas, tiene características particulares. Los motivos de consulta varían desde cuadros graves como poli traumatizados, traumas múltiples, edema agudo de pulmón y el infarto de miocardio, hasta el dolor de cualquier etiología. En muchas ocasiones, la discriminación adecuada entre un paciente de riesgo potencial y una situación banal, requiere del control durante cierto tiempo, con reevaluación periódica clínica, por imágenes, (sonografía, tomografía, electrocardiográfica y de laboratorio. Pese a que nuestro hospital es eminentemente traumatológico, estemos comportándonos como un hospital polivalente por la zona en donde se encuentra, esta realidad generó, por ejemplo, la creación de hospitales con sub-especialidades adjuntas que están en construcción y que posteriormente serán inaugurados. De ahí la importancia de tener en cada hospital un área específica para el tratamiento inicial de estos pacientes (sala de triaje, reanimación y observación de urgencias).

Se han hecho diversos estudios sobre las características demográficas de los pacientes, la patología y el destino más común de los pacientes que ingresan en el área de urgencias o Sala de Reanimación en distintos hospitales generales y con subespecialidades, presentando resultados diversos, sin embargo, una revisión sistemática reciente ha comprobado que pocos de los registros actuales en la admisión de pacientes en los servicios de emergencia pueden demostrar una gran validez confiabilidad.

Palabras claves:
*Motivos de Consulta, Pacientes Emergentes,
Reanimación, Triage.*

Summary

In recent years there is ' increasing demand for emergency services in our country. According to the World Health Organization (WHO) , an emergency is any situation that in the opinion of the patient, family, or whoever the decision , require immediate medical attention .

An emerging patient is one who in the opinion of medical personnel is a medical emergency The overcrowding of the emergency services, in most cases to check for non-serious or demorable pathologies that may be settled in primary care centers with emergency devices , causes serious disease patients suffer a delay in attendance.

However, the population attending emergency service in specialized centers , such as trauma , cardiovascular and / or clinical pathology , has particular characteristics . The reasons for consultation range from severe illness such as poly trauma, multiple trauma, acute pulmonary edema and myocardial infarction, to the pain of any etiology . In many cases, adequate discrimination between potential risk patient and banal situation requires monitoring for some time, with periodic reassessment clinical imaging (sonography , CT , ECG and laboratory . Though our hospital is eminently trauma, we are behaving like a multipurpose hospital for the area you are in, this actually generated , for example , the creation of sub -specialties hospitals attached under construction and will be opened later . Hence 'the importance of taking into each hospital a specific area for the initial treatment of these patients (triage room, resuscitation and emergency observation).

There have been several studies on the demographic characteristics of patients , the disease and the most common destination of patients admitted to the emergency or resuscitation room in general hospitals and various subspecialties , showing mixed results , however, a recent systematic review has found that few of the current records in the admission of patients to the emergency services can demonstrate a valid reliability.

Key words:
*Reason for Consultation. Patients.
Emerging Resuscitation. Triage.*

Introducción

El Triage o Triage es un procedimiento mediante el cual se hace una revisión y clasificación de víctimas para establecer la gravedad y las probabilidades de sobrevivencia y, de acuerdo a éstos criterios, ante cualquier demanda masiva de los servicios de salud o un desastre que traigan consigo un gran número de víctimas atrapadas, lesionadas y/o muertas, priorizar el uso de los recursos, la evacuación o remisión hacia otro centro de salud más especializado.

El Triage comenzó a utilizarse en la guerra de Napoleón por los soldados militares sin pleno conocimiento del mismo. Hoy en día las instituciones hospitalarias e instituciones de primera respuestas de atención deben contar con programas y personas capacitadas para hacer frente a estas eventualidades.

En el país se ha logrado la implementación del área de Triage, desde el año 2000, al iniciar las escuelas formadoras de médicos Emergenciólogos que existen en algunos hospitales, entre ellos el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, General "Plaza de la salud", Salvador B. Gautier, San Vicente de Paúl, en San Francisco de Macorís, Traumatológico Profesor Juan Bosch, en la Vega, Núñez Musa, San Pedro de Macorís y en el Hospital Docente Universitario Dr. Ricardo Limardo.

El hospital Dr. Ney Arias Lora inicio sus servicios de Emergencia como Hospital Monovalente (Hospital solo de Trauma) actualmente se nuestra emergencia se comporta como polivalente destinado a prestar asistencia a la salud, en la mayoría de las especialidades, estabilizando de forma inmediata las patologías emergentes que le llevan a utilizar los servicios; una vez están estabilizados se les ubica un centro útil y adecuado que le permita dar seguimiento definitivo a sus lesiones. Esto ha contribuido a que la demanda de servicios por parte de la población haya aumentado en la actualidad de forma significativa,

Con esta investigación pretendemos identificar las causas patológicas que llevan al paciente a acudir a nuestra sala de Emergencia.

Objetivo

Identificar las causas de ingreso más comunes en la sala de emergencia y analizar las variables que modifican su frecuencia.

Material Y Métodos

Tipo de Estudio: Se realizo´ un estudio observacional descriptivo retrospectivo durante los meses de diciembre-diciem-

bre del año 2012, analizando una muestra de 34,278 pacientes, que se obtuvieron del libro de registro de la sala de emergencias y el departamento de Estadísticas del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, los datos referidos a edad y sexo se obtuvieron de la base informática interna del centro hospitalario.

Demarcación Geográfica

El universo de este estudio está comprendido por la cantidad de usuarios que son atendidos en el área de Emergencias en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora durante los meses Diciembre 2011-Diciembre 2012.

Población Muestra

Se Seleccionaron todos los pacientes registrados en nuestro sistema de registro de datos vistos durante diciembre 2011- diciembre 2012, equivalentes al 100 % de la muestra, usuarios que fueron atendidos en el área de Emergencias.

Criterios de Inclusión

De los usuarios atendidos en el área de Emergencias, solo incluimos Pacientes:

1. Registrados en nuestra base de datos.
2. Que ameritaron, medicación, realización de estudios, procedimientos y/o asistencia inmediata.

Procedimientos para el estudio

Se realizo a través de observación y el uso de documentos (sistema Ticare) en el área de Emergencias del Hospital traumatológico Dr. Ney Arias Lora, a su vez recolecta las siguientes informaciones:

Cantidad de pacientes, edad, sexo, diagnostico, procedimientos invasivos, patología (clínica o quirúrgica).

Tabulación y Análisis

Las operaciones de tabulación de la información obtenida, fueron revisadas y procesadas en forma manual y electrónica, esta ultima mediante el uso de programas de computadoras digitales: Epi-info versión 3.3.2 for Windows y Microsoft Excel 2007. Estos datos son interpretados a través de gráficos y cuadros, los cuales son interpretados por el personal de las estadísticas del centro.

Las variables estudiadas fueron todas las que comprenden los puntos de la evaluación primaria y secundaria, mediante protocolos establecidos en el área de emergencia.

Hemos registrado los casos de acuerdo a las siguientes variables: Patologías Clínicas, traumáticas y/o combinadas.

No se discrimino edad ni sexo.

Consideraciones Éticas

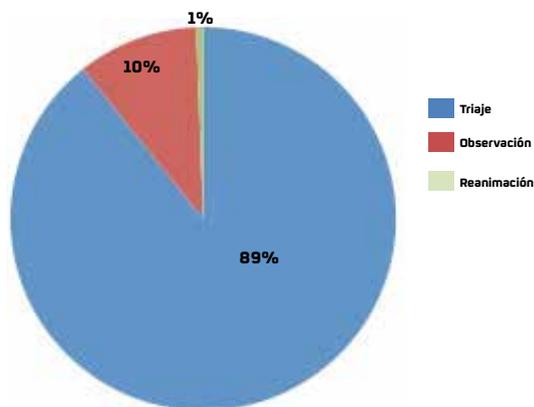
Toda información obtenida acerca de los pacientes atendidos en el área de reanimación, fue manejada bajo completa discreción por parte nuestra en lo respecto al análisis, discusión y presentación.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Área de Emergencia	Cantidad de pacientes
Observación	30605
Triaje	3476
Reanimación	197
Total	34278

Destino Pacientes que acuden a Emergencia Hospital Dr. Ney Arias Lora.

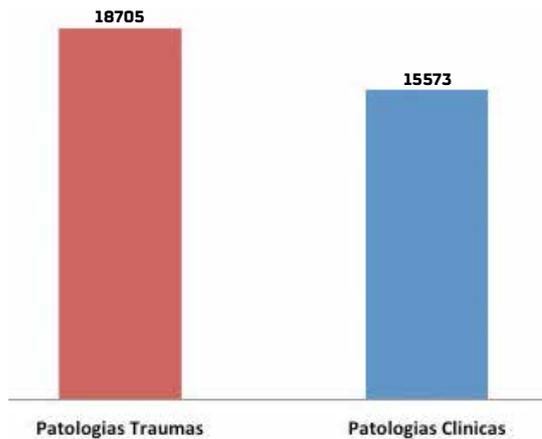
Diciembre 2011-Diciembre 2012



La representación grafica demuestra que de todos los pacientes vistos en la sala de Emergencias, el 89 % fueron admitidos al área de triaje para un determinado tratamiento, 10% se atendieron directamente en el área de observación y solo 1% amerito tratamiento en área de reanimación.

Desglose por patologías pacientes que acuden a Emergencias Hospital Dr. Ney Arias Lora

Diciembre 2011-2012

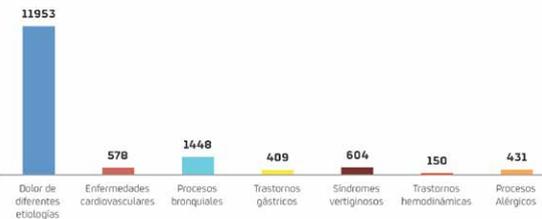


En este grafico se puede observar que pese a que es un hospital eminentemente de trauma, las patologías clínicas siguen muy de cerca a las patologías traumas.

Resumen de Patologías Clínicas

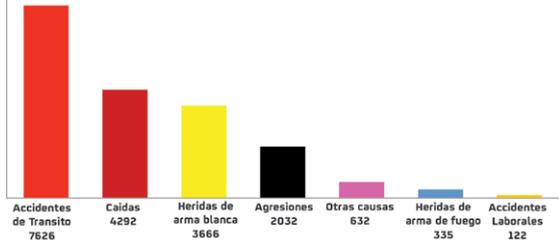
Dolor de diferentes etiologías	11953
Enfermedades cardiovasculares	578
Procesos bronquiales	1448
Trastornos gástricos	409
Síndromes vertiginosos	604
Trastornos hemodinámicas	150
Procesos Alérgicos	431
Total	15573

Resumen de Patologías Clínicas



De acuerdo a siguiente grafico demostramos que 11953 pacientes acudieron por dolor de diferentes etiologías como causa inicial de su visita en la sala de emergencias, en segundo lugar 1448 por trastornos bronquiales, en 3er. Lugar 604 con síndromes vertiginosos agudos, 578 casos de patologías cardiovasculares, 431 procesos alérgico, 409 trastornos gástricos y en último lugar los trastornos hemodinámicos no traumáticos con 150 casos.

Resumen de Patologías de trauma



De acuerdo al siguiente grafico demostramos que en primer lugar los traumas por Accidentes de tránsito ocuparon el primer lugar, en segundo lugar, las caídas, seguidos por los de heridas de arma blanca, el cuarto lugar estuvo dado por las agresiones en quinto lugar otras causas, heridas por proyectil de arma de fuego y en último lugar accidentes laborales.



Conclusiones y sugerencias

1. Las variables utilizadas en este estudio fueron patologías de admisión y destino en el área de emergencias.
2. Resultados: Los motivos de ingreso más frecuentes fueron los pacientes Trauma, en segundo lugar los pacientes clínicos con patologías de tipo respiratoria y los pacientes con politraumatismos en tercer lugar.
3. Conclusión: Los motivos de ingreso y la frecuencia se vieron modificados según las variables estudiadas.



El doctor Félix Hernández, director general del Hospital Ney Arias Lora, entrega el Gran Premio César Miller, al encargado administrativo de almacén de farmacia, Daniel Reyes Torres, a su lado los 19 colaboradores que fueron reconocidos por la buena práctica y atenciones humanizadas a los usuarios del centro de salud.



El doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, entrega el Gran Premio César Miller, al encargado administrativo de almacén de farmacia, Daniel Reyes Torres, en su primera versión.

Hospital entrega premio César Miller y reconoce a 19 colaboradores

El Consejo del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, entregó el Gran Premio César Miller y reconoció a 19 colaboradores que se esforzaron durante el año 2013, por el servicio y buena práctica en beneficio de los usuarios que acuden al establecimiento de salud.

El Gran Premio César Miller fue entregado por el doctor Félix Hernández, director general del hospital al encargado administrativo de almacén de farmacia Daniel Reyes Torres, por su buena labor y excelente desempeño en sus funciones, quien también recibió un obsequio en metálico.

El premio fue instituido hace dos años para reconocer la buena práctica y el desempeño, así como estimular al personal médico, enfermeras, bioanalista y administrativo del centro de salud a integrarse al servicio en beneficio de los usuarios.

El premio fue anunciado, luego del fallecimiento de César Miguel Miller, el 29 de abril del año 2013 mientras trataba de auxiliar a una persona que se ahogaba en el río Nizao, fue ejemplo para los colaboradores del hospital por su entrega al trabajo y el trato humanizado a los usuarios.

Asimismo, se le entregó la medalla de oro a Regina Payano, gerente de Servicios Social, la medalla de plata Ramón David Andújar Méndez, gerente de seguridad y vigilancia, mientras que el bronce fue entregada a Jhonny David Almonte Martínez, coordinador técnico de Rayos X y una placa de reconocimiento a Ramón Antonio Otañez Flores, de la consultoría legal.

De igual modo, recibieron pergaminos de reconocimiento el doctor Barnaby Antonio Gómez Melo, gerente de Imágenes, Anneury Manuel Ciriaco Ynoa, encargado encargado de administración de servicios informático, Bernarda Henríquez Cruz, encargada de hospitalización tercer nivel bloque I, Lisette del Pilar Lantigua Restituyo, secretaria administrativa de Relaciones Públicas, Germanine Denice Russel Martínez, gerente de alimentación, Juan

Mella Feliz, supervisor técnico de refrigeración. También fueron reconocidas Yocasta Francisca Pérez Jiménez, gerente de epidemiología, Santa Flores Rosario, auxiliar de limpieza, Doris Magdalena García Reyna, asistente del director, Nataly Magdeley Quezada Santos, encargadas de reclutamiento y selección, Josefina Mariano, encargada de la Unidad de Cuidados Intensivos intermedio tercer nivel, Sorangel Sánchez Severino, auxiliar de Atención al Usuario y Ramona Reynoso Polanco, encargada de enfermería de emergencia y urgencia.

Asimismo, recibió una mención especial el gerente de ortopedia doctor Pedro Rojas y sus colaboradores, por el gran desempeño en el área y la atención humanitaria a los usuarios que acuden al establecimiento de salud.

El acto de reconocimiento estuvo encabezado por el doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, los miembros del Consejo Hospitalario, subdirectores, gerentes.

Con el acto de reconocimiento a las buenas prácticas del personal en el 2013, la Dirección General del hospital conmemoró el día de las secretarías, de las enfermeras y el Día Internacional del Trabajo.

El doctor Hernández valoró el trabajo desempeñado por el personal que recibió los reconocimientos y le exhortó a continuar sirviendo con dedicación y esmero a los usuarios que acuden al establecimiento de salud.

Asimismo, les recordó que el centro de la atención en el establecimiento de salud son los usuarios, a quienes hay que mantener conforme con servicios de calidad y humanizados.

CDP reconoce gestión del Director del Hospital Dr. Ney Arias Lora y al Dr. Cruz Jiminián

El Colegio Dominicano de Periodista, reconoció al doctor Félix Hernández, director del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora y al filántropo y médico Félix Antonio Cruz Jiminián, por sus servicios desinteresados y permanente colaboración a la institución y los medios de comunicación.

“Éstos siempre están prestos al momento en que cualquier periodista le solicita, solo con el interés de ayudar, y eso lo vienen haciendo durante toda su vida, por ese servicio, por ese amor a la humanidad, a los periodistas y a los servidores de los medios de comunicación”, dijo el presidente del CDP, Olivo de León.

Manifestó que por el CDP decidió entregar esas placas como una forma de motivar el trabajo que todos los días hacen los doctores Félix Hernández y Cruz Jiminián.

Dijo que éstos dos médicos han servido al pueblo y al colegio, manteniendo siempre las puertas abiertas, quienes nunca dicen “no”, comparándolos a ángeles de la tierra, lo que motivó al Colegio Dominicano de Periodistas reconocer tan importante labor.

Citó que ese reconocimiento no tiene ningún valor material, comparado con el trabajo que hacen a favor del pueblo, sino que el valor es su permanente colaboración a la institución, a los medios de comunicación y su excelencia en el servicio.

El acto se realizó en el despacho del doctor Félix Hernández, la cual conto con la presencia de miembros del Consejo del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, directivos del CDP, familiares de los doctores Hernández y Cruz Jiminián.

Al agradecer la distinción el doctor Félix Hernández dijo que sin el apoyo de los miembros de su Consejo, el trabajo no fuera posible, y destacó que Cruz Jiminián ha servido para él de formador, padre, hermano, motivador, ya que llevan una amistad de más de 30 años.

Expresó que esta es una gran familia, un equipo que tiene como gran reto seguir ganando medalla de oro por el buen servicio y la calidad.

Asimismo al recibir el reconocimiento el doctor Cruz Jiminián, dijo que recibir un premio del Círculo de Periodistas, es un estímulo que halaga y compromete más, puesto que lo poco o mucho que él ha llegado a ser, además de su fe en Dios, es gracias al seguimiento de los medios al trabajo realizado; y que se siente doblemente agradecido, por estar en compañía de su hermano el doctor Félix Hernández.



El doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, recibe una placa de reconocimiento de manos del presidente del Colegio Dominicano de Periodistas [CDP], Olivo de León, y Julián Sota por sus aportes y servicios en el centro a los periodistas y la población dominicana. A su lado, el filántropo Félix Antonio Cruz Jiminián, luego de recibe la placa de reconocimiento por sus aportes y servicios a los periodistas y la población pobre de la República Dominicana.

Aumenta la demanda de servicios de medicina física y rehabilitación

El Hospital Traumatológico Ney Arias Lora ha registrado un aumento en la demanda de servicio en la gerencia de medicina interna y rehabilitación, donde en los primeros tres años se han atendido 15,759 usuarios.

CARMEN T. GUZMÁN

Los datos ofrecidos por el doctor Benjamín Ogando, gerente de Medicina Interna y Rehabilitación de centro de salud revelan que desde el primero de septiembre del año 2010 hasta el 31 de marzo del 2014, el hospital ha tenido una gran demanda de consultas en esta área.

Reveló que desde el inicio de los servicios en octubre del 2010, hasta el 31 de marzo del 2014, se hicieron 48,973 terapias, y actualmente, cuentan con la unidad de terapia física ambulatoria, los servicios de visita a pacientes en planta (interconsultas), unidad de cuidado intensivo, así como sesiones de terapias físicas a pacientes cuando su condición lo amerita.

El hospital inicio sus labores el primero de septiembre del año 2010 con las consultas externas, con apenas dos médicos, y al concluir diciembre 446 personas habían recibido atenciones, 293 pacientes nuevos y 153 subsecuentes.

Los datos de la gerencia de Rehabilitación indican que en el año 2011 fueron consultados 4,504 pacientes de los cuales 1,959 nuevos y 2,545 subsecuentes, mientras que en el año 2012 fueron asistidos 3,826, se consultaron 2,155 nuevos usuarios, y 1,671 subsecuentes.

Sin embargo, durante el año 2013 hubo un aumento de las consultas de 2,916 nuevos pacientes a 2,327 subsecuentes, registrándose un total de 5,243, mientras se espera un incremento para este año 2014, en el primer trimestre se registraron 1,083 nuevos y 657 subsecuentes.

La Unidad de Terapia Física, inicio sus operaciones el primero de octubre del 2010, con tres médicos terapeutas, y en este trimestre de octubre a diciembre fueron asistidos 109 pacientes nuevos, y se hicieron 878 terapias físicas.

Para el 2011, la cantidad de médicos fue aumentada de tres a



cuatro terapeutas, y los pacientes nuevos fue de 590, los subsecuentes 590, para un total de 1,180 pacientes y 10,246 terapias físicas realizadas, mientras que en el 2012 se atendieron 1,159 pacientes nuevos, 886 subsecuentes, con un total de dos mil 2,045 personas y se realizaron 13,736 terapias físicas.

El 2013 significó un aumento de pacientes tratados en la Unidad de Terapia Física, con un registro de 1,782 nuevos y 4,227 pacientes subsecuentes, para 6,009, y se realizaron 19,082 terapias físicas, mientras que el primer trimestre del 2014, los pacientes nuevos vistos en esta unidad fueron 517, subsecuentes 1,337 para un total de 1,854 pacientes y 5,031 terapias físicas.

En el periodo de junio-diciembre del 2011 esta unidad visitó a 55 pacientes en planta (interconsultas), y realizó 111 sesiones de terapias físicas a estos usuarios, mientras que en el año 2012 se visitaron 93 pacientes y se hicieron 95 sesiones.

Por otro lado, en el 2013 se vieron 72 pacientes en planta y fueron dadas 160 sesiones de terapias físicas, y en el trimestre de Enero – Marzo de 2014 se ha visitado a 27 pacientes de interconsultas y realizado 60 sesiones terapias de físicas.

La Unidad de Terapia Física, desde su puesta en funcionamiento, ha diagnosticado 6,815 pacientes con Lumbalgia, 496 de hombro doloroso, 285 de Artroplastias de rodilla, 163 Artroplastias de cadera, 130 Hemiplejia post ACV, 95 Post-Q x de hernia discal-lumbar y cervical, una Artroplastia de hombro, 15 Artroscopía de hombro, una Artroscopía de cadera, 49 Artroscopía de rodilla y 8 parálisis facial.

Artroplastia Total de Rodilla: Correlación entre los diagnósticos para la realización del procedimiento y las condiciones de los pacientes en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora en el periodo enero 2011 - junio 2013.

JORGE HERNÁNDEZ PENICHE Y ARFRY MARCELINO TINEO
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, UNIBE
PROYECTO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

DR. DELFILIO MARTÍNEZ, DRA. VIOLETA GONZÁLEZ
ASESORES

Introducción

De Cárdenas (2008), expone que según datos y pronósticos de la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento de la población mundial se duplicaría entre los años 2005 y 2025, explicando que esto conducirá a un incremento proporcional de las enfermedades degenerativas y con ello, procedimientos de cirugías tales como la Artroplastia Total de Rodilla (ATR).

Actualmente la medida internacional estándar para el tratamiento de la enfermedad degenerativa y reumatológica de la articulación de la rodilla, así como de ciertas fracturas de esta articulación, es la ATR (Kurtz, 2011).

Este es un procedimiento quirúrgico que tiene como fin aliviar el dolor, devolver la movilidad a la articulación, los músculos, ligamentos y demás estructuras, además de corregir deformidades óseas, a través de la sustitución de ciertos componentes anatómicos de la articulación por una prótesis artificial.

Actualmente en nuestro país, la demanda de este procedimiento quirúrgico esta incrementando. La tasa anual de ATR realizadas en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora (HTDNAL) ha ido en aumento: se realizaron 34 ATR en el 2011, 47 en el 2012, mientras que para mediados del segundo trimestre del 2013 se realizaron 44 ATR, para un incremento de un 20% hasta la última fecha con respecto al 2011, por lo que se espera que para final del 2013 aumente considerablemente.

Nuestro país carece de investigaciones previas las cuales expongan aspectos relacionados con los diagnósticos para someter a un paciente a una ATR, por lo que este estudio busca conocer la relación que existe entre el sexo, la edad y la rodilla afectada (dígase, una o ambas), con la Osteoartritis (OA), Artritis Reumatoide (AR)

y la Artritis Postraumática (APT) en pacientes sometidos a dicho procedimiento en el HTDNAL, ya que en otros estudios se ha demostrado que estos poseen una estrecha relación.

Método

Este estudio contó con una población de 132 pacientes, siendo estos todos los pacientes sometidos a una ATR en HTDNAL en el periodo enero 2011 – junio 2013. La muestra fue de 99 pacientes, obtenida por la fórmula para el cálculo de la muestra poblacional con un nivel de confianza de 95% y un error estándar de 5%.

La investigación realizada fue tipo observacional, transversal y correlacional. Para la recolección de datos utilizamos un cuestionario estructurado compuesto por preguntas cerradas relacionadas a las variables de estudio (diagnóstico, sexo, edad y rodilla afectada).

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizaron pruebas de hipótesis de la estadística inferencial las cuales fueron: la prueba del Chi Cuadrado (X^2) para la correlación sexo-diagnóstico, y la prueba de análisis de varianza (ANOVA) para la correlación edad-diagnóstico a través de SPSS Statistic 20.

Resultados

Pudimos notar que el diagnóstico más frecuente fue la Osteoartritis con un 75.8% (IC 95%, 64.7-83.2%), seguido por Artritis Reumatoide 16.2% (IC 95%, 10.1-24.7%), siendo el menos frecuente la Artritis Postraumática 8.1% (IC 95%, 3.6-14.1%).

La media de edades fue de 63.61 (IC 95%, 61.24-65.74), siendo la menor edad 26 años, mientras que la mayor fue de 84.

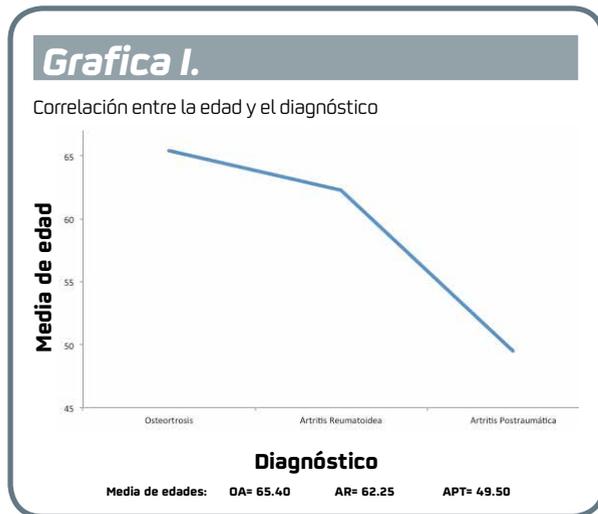
Las mujeres correspondieron al mayor porcentaje con un 89.9% (IC 95%, 82.8-93.9%), mientras que los hombres ocuparon un 11.1% (IC 95%, 6.1-17.2%) del total de la muestra.

Además, se encontró que si existe relación entre el diagnóstico con la edad, el sexo y la rodilla afectada.

Discusión

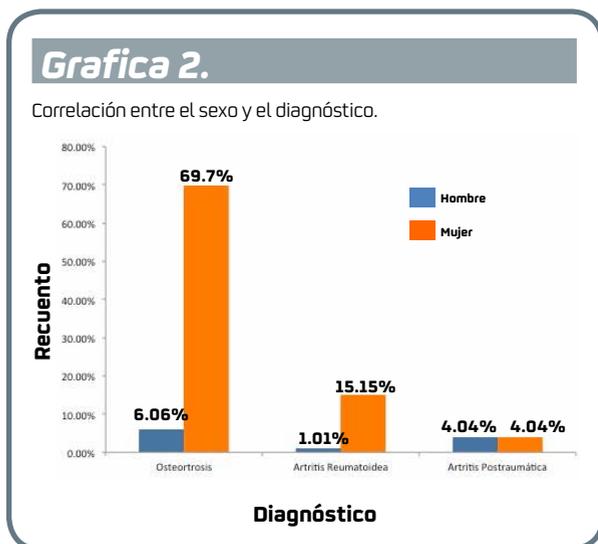
La relación encontrada entre la edad del paciente con el diagnóstico es que aquellos pacientes con mayor edad son más propensos a sufrir OA y AR, que los pacientes de menor edad que son más propensos a padecer de APT ($p < .001$).

Sin embargo, no hay diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes que sufren OA y AR, por lo que no se puede establecer una relación entre ellas (Gráfica 1).



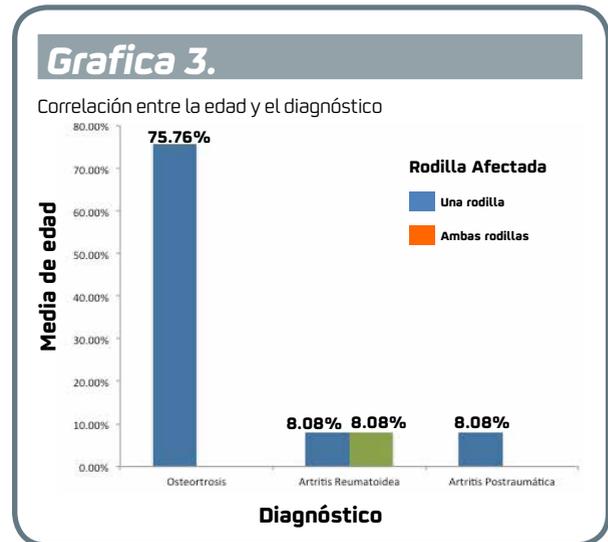
Estos datos son similares a los encontrados en los artículos estudiados, que demuestran que los pacientes adultos mayores tienden a sufrir de OA y AR con más frecuencia que los pacientes jóvenes, que principalmente son los más afectados por la APT (Scott, 2012; Lotz, 2010).

Del mismo modo, se determinó que hay relación entre el sexo y el diagnóstico, tanto la OA, como la AR son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, mientras que el sexo no guarda relación significativa con la APT ($p < .001$) (Gráfica 2).



Evidentemente, en comparación con las estadísticas presentadas por Scott y la Sociedad Española de Reumatología, tanto en Estados Unidos, Europa y República Dominicana, el sexo se comporta de igual manera refiriéndonos a que la mujer es la más afectada en la OA y AR.

La relación entre la rodilla afectada y el diagnóstico es evidente, en la Artritis Reumatoide pueden afectarse ambas rodillas, sin embargo, no es el mismo caso con la Osteoartrosis y la Artritis Postraumática, en los cuales es frecuente que se afecte una rodilla (Gráfica 3).



Siendo este análisis análogo a lo que exponen Kerner et al., David y Mattenson que señalan que una de las características clínicas de la AR es la poliartrosis simétrica, estimando uno de ellos que hasta el 90% de los pacientes con esta enfermedad tendrá afectación de una o ambas rodillas. Esto se debe a que la AR es una enfermedad sistémica, que puede afectar cualquier articulación.

Conclusiones

El diagnóstico más frecuente por el cual se indica la Artroplastia Total de Rodilla es la Osteoartrosis, seguido por la Artritis Reumatoide, mientras que el menos frecuente es la Artritis Postraumática. Los pacientes adultos mayores son más propensos a sufrir de Osteoartrosis y Artritis Reumatoide que los pacientes jóvenes, que principalmente son los más afectados por la Artritis Postraumática. Las mujeres tienden a sufrir más de Osteoartrosis y Artritis Reumatoide que los hombres. El sexo del paciente no es un factor que implique el desarrollo de Artritis Postraumática. En la Artritis Reumatoide como característica de la enfermedad, pueden afectarse ambas rodillas, mientras que en la Osteoartrosis y la Artritis Postraumática no: por lo que se recomienda que en pacientes con afectación de ambas rodillas se haga el diagnóstico diferencial con la AR, descartando el mismo de ser así, a través de los criterios para AR, incluyendo pruebas tales como el Factor Reumatoide.

Referencias

- Davis, J., & Matteson, E. (2012). My treatment approach to rheumatoid arthritis. *Mayo Clinic Proceedings*. Mayo Clinic, 87(7), 659-673.
- De Cárdenas, O., Álvarez R., Croas, F., Guzmán, M., Hernández, S., León. M. (2008). Presentación de un protocolo para la artroplastia total de rodilla. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. 22 (2).
- Kerner, Paul J., Clarke, Henry, D., Scuderi, Giles R. (2003). Total knee arthroplasty for rheumatoid arthritis. *Japan College of Rheumatologist*. 10, 289-292.
- Kurtz, S., Ong, K., Lau, E., Widmer, M., Maravic, M., Gómez-Barrena, E., & ... Röder, C. (2011). International survey of primary and revision total knee replacement. *International Orthopaedics*, 35(12), 1783-1789.
- Lotz, Martin K. (2010). New development in osteoarthritis. Posttraumatic osteoarthritis: pathogenesis and pharmacological treatment options. *Arthritis Research & Therapy*. 12, 211.
- Scott, W. (2012). *Insall & Scott Surgery of the Knee*. Filadelfia: Elsevier
- Sociedad Española de Reumatología. (2010). *Artrosis: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. España: Editorial Medica Panamericana.

En gráfica



SEGUNDA JORNADA DE ENFERMERÍA

Al centro el doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatólogico Ney Arias Lora, a la derecha la gerente de Enfermería Medellín Feliz Cuello, la asistente de la Dirección General doctora Isabel Santana, la subdirectora de Recursos Humanos, Elizabeth Salas Restituyo, y a la izquierda el doctor Jaime Fernández Durán, subdirector de enseñanza, el director operativo, doctor Alfredo Polanco y el subdirector financiero, licenciado Víctor Guzmán, durante la inauguración de la Segunda Jornada de Enfermería.

Amputaciones de miembros superiores e inferiores en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo septiembre 2010 -diciembre 2012

DAISY MARTYPLACENCIA, LUIS MIGUEL ESCAÑO

Introducción

Amputación se define como la ausencia de una extremidad o una parte de la misma ya sea por causas traumáticas o no traumáticas. Desde tiempos antiguos han sido consideradas como limitantes de la capacidad funcional en la sociedad que causan daño de tipo psicológico, familiar y personal. Además, las mismas afectan predominantemente clases sociales bajas, las cuales no pueden costear los elementos protésicos que son claves para la rehabilitación.

Actualmente en Estados Unidos existen más de 500,000 personas amputadas y se espera un incremento de 100,000 nuevos casos cada año Campbell (2008), datos como este nos afirman la gran necesidad de tener un buen entendimiento de este fenómeno.

La importancia de este trabajo radica en que el mismo servirá como base para la elaboración de medidas que reduzcan la incidencia del mismo mediante la utilización de estrategias que ataquen aquellos grupos en especial riesgo de presentar el problema. Es además importante ya que evalúa como se esta comportando este fenómeno en el país, especialmente aquellas producidas por traumas.

El objetivo principal de este trabajo es la descripción de las características clínicas y demográficas de los pacientes amputados en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora.

Materiales y Método

Este estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional-realizado en todos los pacientes amputados en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado por preguntas cerradas. Las variables tomadas en cuenta fueron: edad, sexo, estado civil, procedencia, ocupación, educación, antecedentes mórbidos, causa de amputación, nivel de la amputación, extremidad afectada, departamento que realizó la cirugía, complicaciones.

Se revisaron un total de 45 records clínicos, los cuales corresponden a la totalidad de los disponibles. Para el procesamiento y análisis



de datos se utilizó el programa SPSS. Del mismo modo se utilizó este programa para realizar pruebas de correlación de variables como Chi cuadrado y el análisis de varianza de ANOVA.

Resultados

De los 45 pacientes evaluados el 33% que corresponde a la mayoría, se encontró entre 20 y 40 con una media de edad de 56 años.

Con respecto a las características sociales de los pacientes se encontró un predominio del sexo masculino con 62%, el estado civil predominante fue el de unión libre con 40%, un 84% provino de un entorno urbano, el nivel de educación predominante fue el básico con 53%. Las ocupaciones más predominantes fueron las amas de casa y los desempleados (Tabla número 1).

La tabla número 2 hace un resumen de las características clínicas halladas: la extremidad más amputada fue la inferior 91%, el nivel de amputación más frecuentes el supracondíleo 40%, las causas traumáticas ocuparon un 37% y las no traumáticas 63%. La causa de trauma más frecuente fue el accidente laboral con 15%. El departamento que más realizó procedimientos fue ortopedia con 46.7% seguido por cirugía general con 44.3%.

Tabla 1.**Características sociales de los pacientes amputados (2010-2012)**

	n	%
Sexo		
Masculino	28	62.20%
Femenino	17	37.80%
Estado civil		
Unión libre	18	40%
Casado	11	24.40%
Procedencia		
Urbano	38	84.40%
Rural	7	15.60%
Ocupación		
Trabajo pesado	11	24.40%
Ama de casa	14	31.10%
Desempleado	14	31.10%
Nivel de educación		
Básico	24	53.30%
Medio	12	26.70%
Superior	2	4.40%
Analfabeto	7	15.60%

Fuente indirecta. Records clínicos Hospital Ney Arias Lora

Tabla 2.**Características clínicas de los pacientes amputados (2010-2012)**

	n	%
Extremidad amputada		
Miembro inferior	41	91.10%
Miembro superior	4	8.90%
Nivel de amputación [MI]		
Supracondílea	18	40%
Infracondílea	10	22.20%
Metatarsofalángica	11	24.40%
Causa de amputación		
Traumática	17	37.80%
No traumática		
Insuficiencia vascular	15	33.30%
Pie diabético	6	13.30%
Desempleado	14	31.10%
Causa del trauma		
Accidente laboral	7	15.60%
Accidente vehículo de motor	6	13.30%

Fuente indirecta. Records clínicos Hospital Ney Arias Lora

Las amputaciones traumáticas fueron más frecuentes en personas menores de 40 años y las no traumáticas en mayores de 65 ($p < .0001$), las personas por debajo de 40 años no tienden a presentar antecedentes mórbidos al momento del evento y las mayores de 65 tienden a presentar diabetes o hipertensión ($p < .001$), no existe relación entre el sexo y los antecedentes mórbidos ($p > .05$), el sexo masculino es más propenso a presentar amputaciones de tipo traumático y el sexo femenino a presentarlas debido a causas no traumáticas ($p < .001$).

Discusión

El rango de edad predominante en este estudio se relaciona con lo encontrado por Jiménez y Vásquez (2007) con un rango de 20 a 40 años.

Los hallazgos con respecto al sexo y la procedencia de los pacientes son similares a los encontrados por Jiménez y Vásquez. Por otro lado, el estado civil predominante contrasta

con lo encontrado con Reynoso (2011) el cual encontró como predominante el estado casado y el nivel de educación, en el cual hubo un predominio de los analfabetos con un 50%. Del mismo modo, la ocupación predominante en estos estudios fue la desempleada.

La extremidad amputada más frecuente es la misma tanto en este estudio como el Campbell (2008). Lo encontrado con respecto al nivel de amputación contrasta con lo mencionado en el Campbell, el cual da como predominante la infracondílea. La causa del trauma predominante es similar a lo encontrado por Jiménez y Vásquez.

Farro (2011) encontró relación entre la edad y la causa de amputación al igual que en este estudio. Los hallazgos concernientes a la relación entre el sexo y la causa de amputación fueron los esperados, debido a que es bien sabido que el sexo masculino tiende a realizar trabajos pesados. Del mismo modo se halló relación entre la edad y los antecedentes mórbidos como era esperado.

Conclusión

El grupo etario más afectado es de 20 a 40 años de edad, el sexo más afectado es el masculino, dentro de las características sociales, el estado civil predominante es la unión libre, los pacientes proceden de una zona urbana en su gran mayoría, las ocupaciones más comunes son el ser ama de casa y el estar desempleado y el nivel de educación predominante es el básico. Las extremidades más afectadas son las inferiores, predominando las amputaciones en la pierna izquierda, el nivel de amputación más frecuente en miembros inferiores es a nivel supra condíleo, la causa más común es debida a traumatismos, la mayoría de pacientes no presentan ningún antecedente mórbido conocido, la gran mayoría de pacientes no presentan complicaciones inmediatas luego de la cirugía, la generalidad de las amputaciones son realizadas por el departamento de ortopedia.

Bibliografía

- Canale, T. (2008). *Campbell: CirugíaOrtopedica*.Barcenola: Elvesier. 530-638.
- Cheifetz, O., Bayley, M., & Grad, S. E. (2007). The lower Limb Amputee Measurement scale: Reliability and Predictive Validity (Vol. 3). Prostetic and Orthotic International.
- Farro Luis, Tapia Raquel. (2012). Características clínicas y demográficas del paciente amputado. *Revista Medica Hered.* 23(4):240-243.
- Jimenez, E., & Vasquez, C. (2009). Incidencia y causas de las amputaciones en el Hospital Docente Universitario Dr. Dario Conteras. Santo Domingo Este. República Dominicana. Enero - Diciembre 2007. Universidad Autónoma de Santo Domingo.
- Muniesa-Portolés, J., Cabra-Martorell, M., & Samsó-Bardés, F. (2011). Reincorporación laboral en pacientes con amputación traumática de extremidad superior. *Rehabilitacion FREMAP Hospital de Barcelona*, 45 (2), 134.
- Reynoso, W., De Leon, I., & Mencia, P. (2012). Amputaciones en el area de cirugía del Hospital Regional Docente San Vicente de Paul, San Francisco de Macoris. Provincia Duart. Julio 2010-Julio 2011. Universidad Autónoma de Santo Domingo .
- Vicky Robinson, K. S. (2010). Major lower limb amputation – what, why and how to achieve the best results. *Orthopaedics and Trauma*, 24 (4), 276-285.

En gráfica



RECONOCIMIENTO A LA AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE COREA [KOICA]

Young Un Lee, representante de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea [Koica], recibe del doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, una placa de agradecimiento por la donación del Sistema Automatizado de Gestión de Información para Hospitales.

Traumatismos de Cuello en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lóra

Santo Domingo, República Dominicana, entre Enero 2011 - Diciembre 2013.

DR. MANUEL A. JIMÉNEZ

Resumen Introducción

El traumatismo de cuello consiste en toda aquella lesión traumática, ya sea contusa o penetrante que afecte el área del cuello. En un plano anatómico, el cuello se divide en tres zonas. Teniendo como límite superior la base del cráneo y como límite inferior el manubrio del esternón.

Métodos

El método utilizado fue el descriptivo retrospectivo. Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario para el análisis de los expedientes clínicos de pacientes.

Resultados

Se analizaron los expedientes clínicos de un total 50 pacientes. El 52% de los pacientes tenían entre 31 – 50 años. La causa principal de trauma de cuello fue por lesión con arma blanca, en el 52% de los pacientes. En el 74% de los pacientes se presentó el trauma penetrante. Un 72% de los casos afectaron la zona II del cuello. El 70% de los pacientes requirieron intervención quirúrgica. La mortalidad entre la muestra estudiada comprendió un 4%.

Conclusión

El trauma de cuello contuso cursa con una evolución más benigna, por lo cual se puede esperar a realizar varios estudios para descartar la necesidad de manejar al paciente quirúrgicamente. Mientras que la exploración quirúrgica debe ser inmediata en traumas penetrantes que afecten la zona II por su alto riesgo de mortalidad.

Palabras Claves— Incidencia, Trauma de Cuello,
Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lóra.

Abstract Introduction:

Neck trauma consists of any blunt or penetrating traumatic lesion that affects the neck area, which is anatomically divided in three zones. The base of the cranium is the superior border and the sternal notch as the inferior border.

Methods

This is a retrospective and descriptive study. This study used a questionnaire as a tool for the analysis of the patient's medical records of patients included in the study.

Results

A total of 50 patient records were analyzed. 52% of patients were in the age group of 31-50 years old. In 52% of patients, stabbing injury was the cause of the trauma. Penetrating neck trauma was present in 74% of patients. In 72% of patients the lesion affected Zone II. Surgical intervention was necessary in 64% of patients. The mortality rate in the study sample was 4%.

Conclusion

Blunt traumatic lesions have a more benign evolution, and further studies can be performed to rule out the necessity to surgically explore the neck. Meanwhile, penetrating neck injuries involving zone II of the neck should be surgically explored immediately due to their high risk of mortality.

Key Words— Incidence, Neck Trauma,
Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lóra.

I. Introducción

TRAUMA puede describirse como el daño físico producido por la transferencia de energía, cinética, termal, química, eléctrica, o por radiación. También puede ser debido a la ausencia de oxígeno o calor. En la actualidad, el trauma es la principal causa de muerte 1-44 años de edad. Como causa global de muerte en todas las edades, es superado únicamente por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.¹

El traumatismo de cuello consiste en toda aquella lesión traumática, ya sea contusa o penetrante, que afecte el área del cuello, la cual es dividida anatómicamente en tres zonas (Fig. 1). El mismo se revisa poco, y sin embargo plantea retos importantes en su manejo fuera y dentro del área hospitalaria. El gran número de estructuras vitales, en una región anatómica relativamente pequeña y sin protección, hace que el cuello sea vulnerable a lesiones potencialmente fatales. El propósito de la investigación fue determinar la incidencia de traumatismo de cuello en pacientes de todas las edades en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora entre el 2011 – 2013.

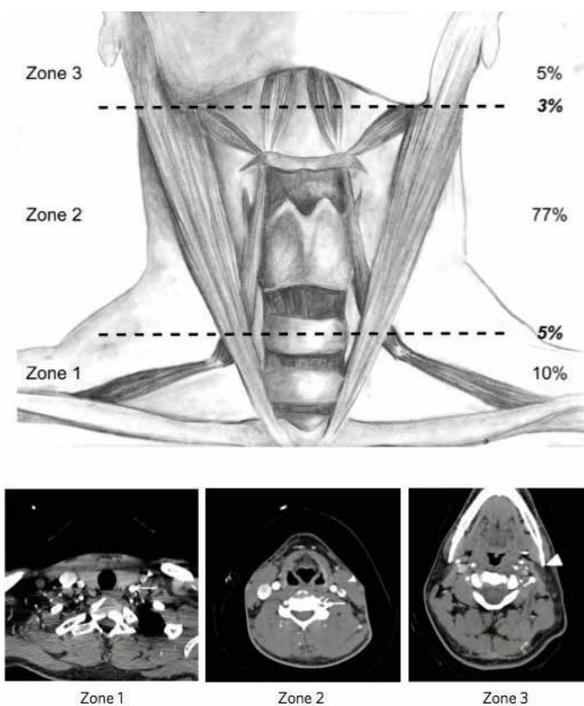


Fig. 1. El cuello se divide en las Zonas I, II, y III. Las imágenes de tomografía computarizada [CT] corresponden a las Zonas I, II, y III. 2

II. Material Y Métodos

Tipo de Investigación

El tipo de investigación utilizado fue el descriptivo retrospectivo, y como objeto de estudio se tuvieron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de trauma de cuello en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora durante el periodo del 2011 – 2013.

Población y Muestra

La población constituyó todos los pacientes con diagnóstico de trauma de cuello en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora Entre el 2011 - 2013. Obteniendo una muestra total de 50 pacientes utilizando el tipo de muestreo de nivel probabilístico aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de trauma de cuello dentro del periodo establecido.

Variables

Las variables utilizadas se detallaron en la (Tabla 1).

Tabla 1.

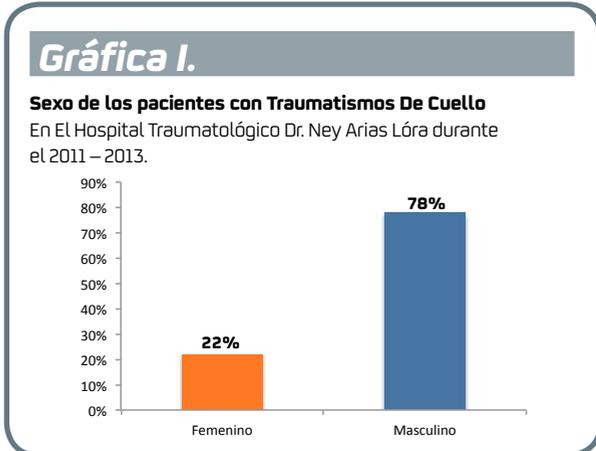
Variables

Variable	Indicador
Edad	< 16 años
	16-31 años
	31-50 años
	51-65 años
Sexo	Masculino
	Femenino
Causa de Trauma	Accidente vial
	Arma de Fuego
	Arma Blanca
Tipo de Trauma	Contuso
	Penetrante

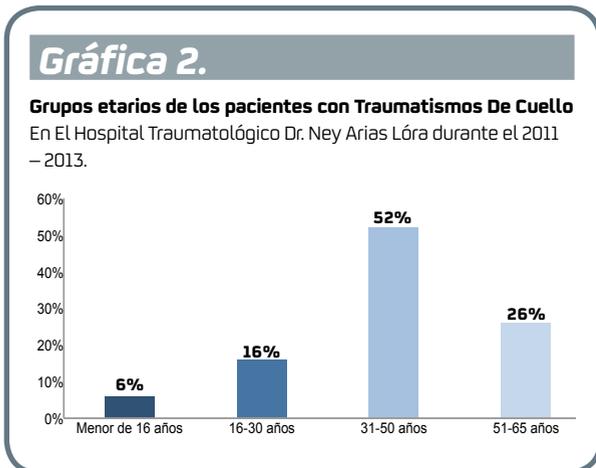
III. Resultados

Se admitieron un total de 50 pacientes con diagnóstico de traumatismo de cuello al Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora durante el 2011 – 2013.

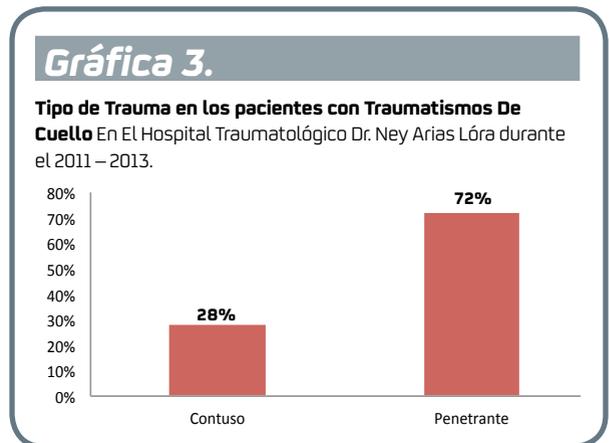
Como factor sociodemográfico se tuvo en cuenta el sexo de los pacientes, dentro del cual se encontró que el 78% (39 pacientes) eran del sexo masculino siendo este el más frecuente versus el femenino que correspondió a un 22% (11 pacientes) (Grafica 1).



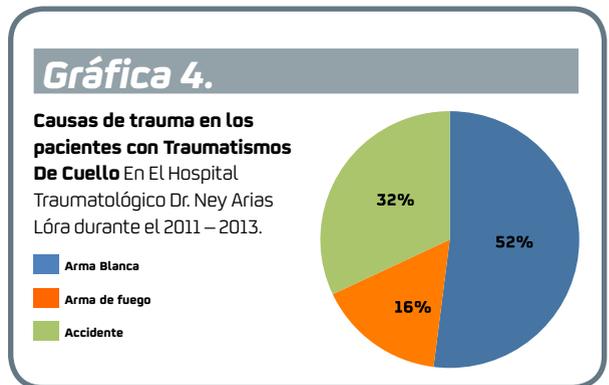
Dentro de los factores sociodemográficos también se incluyeron diferentes grupos etarios. Los resultados obtenidos sobre esta variable fueron que el 52% (26 pacientes) tenían entre 31–50 años, un 26% (13 pacientes) entre 51–65 años, un 16% (8 pacientes) entre 16 – 30 años, y un 6% (3 pacientes) menor de 16 años (Grafica 2).



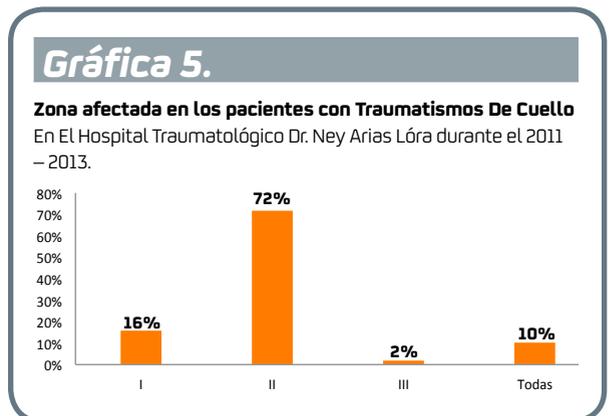
Dentro de los tipos de traumas de cuello, el 72% (36 pacientes) sufrieron de trauma de tipo penetrante, mientras que un 28% (14 pacientes) sufrieron trauma de tipo contuso (Grafica 3).



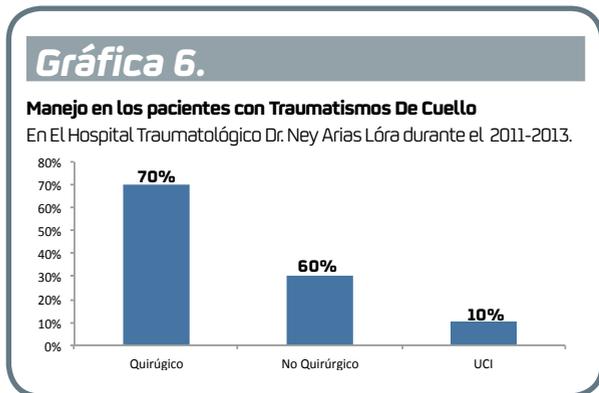
Dentro de las causas más frecuentes de trauma de cuello, se encontró que en el 52% (26 pacientes) fue debido a lesión por arma blanca, en un 32% (16 pacientes) por accidente vial, y un 16% (8 pacientes) fue causado por lesión por arma de fuego (Grafica 4).



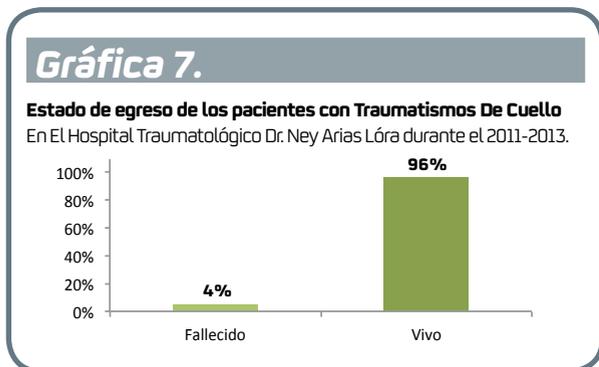
Al analizar las zonas del cuello más afectadas, la Zona I se afectó en un 16% (8 pacientes), la Zona II en un 72% (36 pacientes), la Zona III en un 2% (1 paciente), y en un 10% (5 pacientes) se afectaron las tres zonas simultáneamente (Grafica 5).



En el manejo dado a los pacientes analizados en el estudio, el 70% (35 pacientes) requirió intervención quirúrgica, de estos, un 88% (31 pacientes) se presentó con trauma de tipo penetrante que afectó la Zona II, y un 12% (4 pacientes) sufrieron trauma de tipo contuso. Un 30% (15 pacientes) recibió un manejo no quirúrgico, de los cuales 66,66% (10 pacientes) sufrieron trauma de tipo contuso y un 33,33% (5 pacientes) presentaron trauma penetrante sin afectación de la Zona II. Del total de pacientes incluidos en el estudio, un 10% (5 pacientes) requirieron internamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (Gráfica 6).



Los resultados pertinentes al estado de egreso arrojaron que un 4% (2 pacientes) fallecieron en el transcurso de la hospitalización, y en ambos casos se presentó el tipo de trauma penetrante afectando la Zona II. (Gráfica 7).



IV. Discusión

Las lesiones graves del cuello no siempre son aparentes durante la valoración inicial, y la falla en reconocer lesiones aerodigestivas, vasculares mayores o neurológicas del cuello pueden incrementar sustancialmente la morbilidad y la mortalidad.

En un estudio realizado en el 2009 por Cuenca Martínez, et al., en el Hospital General Balbuena en la Ciudad de México, se analizaron 180 casos mediante la revisión de los expedientes clínicos de pacientes con trauma de cuello que fueron admitidos y sometidos a intervención quirúrgica en dicho hospital durante el periodo de

1 de Enero del 2002 al 31 de Diciembre del 2008. De los 180 casos analizados, 161 (89,44%) fueron de sexo masculino, el tipo de lesión más frecuente fue herida por instrumento punzocortante (73,88%). La zona del cuello más afectada fue la II con 143 pacientes (79,44%). La mortalidad en los pacientes con heridas por instrumentos punzocortantes fue de 3%, comparada a un 17% en pacientes con heridas por arma de fuego, siendo la lesión vascular múltiple la causa principal de muerte. También se encontró en este estudio que de los pacientes fallecidos, el 50% tuvo lesión en la Zona II.3

En 1985, en un estudio realizado por Demetriades y Stewart, en el Hospital Baragwanath de Johannesburgo, Sudáfrica, se compararon dos grupos de pacientes con trauma penetrante de cuello. El grupo I, en el cual estaban los pacientes que tenían criterio para exploración quirúrgica, y el grupo II los cuales no tenían criterio para exploración quirúrgica. Se reportó una mortalidad de 7,5% en el grupo I, comparada con 0,68% en el grupo II.4

Conclusiones

A pesar de haberse estudiado una muestra de 50 casos, la cual es relativamente pequeña para poder inferir que los resultados obtenidos son representativos de la población en general, es importante recalcar que comparado con otros estudios de mayor muestra, proporcionalmente el promedio de casos por año es similar al encontrado en este estudio. El trauma de cuello contuso cursa con una evolución mas benigna, por lo cual se puede esperar a realizar varios estudios para descartar la necesidad de manejar al paciente quirúrgicamente. Sin embargo, al observar la alta mortalidad que tiene el trauma penetrante, y específicamente cuando afecta la zona II comparado con las otras zonas, se puede concluir que el manejo quirúrgico de pacientes con trauma penetrante en la zona II debe continuar siendo de carácter obligatorio debido a su alto riesgo de mortalidad por las estructuras anatómicas que se encuentran en esta zona.

Referencias

- [1] **Subcomité para Prevención y Control de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos.** (2012). Prevención de Trauma. Colegio Americano de Trauma, Comité de Trauma. American College of Surgeons.
- [2] **Nathan L. Salinas, M.D., Joseph A. Brennan, M.D.** (2012). Resident Manual of Trauma to the Face, Head, and Neck. (First ed.). Alexandria, VA, USA: The American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation.
- [3] **Cuenca Martínez, Iris A., MD, et al.** (2009). Trauma de Cuello. TRAUMA, 12 (2), 49-54.
- [4] **D. Demetriades M.D., M. Stewart FRCS.** (1985). Penetrating injuries of the neck. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 67, 71-7

Prevalencia de Infecciones Post-Quirúrgicas en Reemplazos Articulares de Cadera y Rodilla, en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora de Santo Domingo, República Dominicana año 2013.

ISIS ESTEFANIA SAINT HILAIRE DILONÉ
WILLIAM ISMAEL APONTE TEXEIRA

DR. JAIME FERNÁNDEZ
ASESOR

Introducción:

El reemplazo articular, es un procedimiento realizado con frecuencia en centros especializados. Para un gran porcentaje de los pacientes, la artroplastia constituye una mejoría para su calidad de vida. Sin embargo, las infecciones post-quirúrgicas de artroplastia de cadera y rodilla constituyen un riesgo en los pacientes sometidos a esta operación. Por lo tanto, se hace necesario evaluar la prevalencia de infecciones protésicas, las cuales pueden aumentar el potencial de complicaciones prologando o limitando la recuperación exitosa. Este estudio, se enfoca en los pacientes post-quirúrgicos de reemplazo articular de cadera y rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, Santo Domingo, Distrito Nacional en el año 2013.

Método:

Es un estudio descriptivo, transversal observacional de corte retrospectivo, donde realizamos un análisis documental de los expedientes clínicos, por medio de un cuestionario cerrado, aplicado a los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a reemplazos articulares en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, en el año 2013.

Resultados:

Con una muestra de 81 pacientes, de los cuales 56% eran femeninos y el 44% masculinos, el 43.21% se realizaron artroplastia de rodilla y el 56.79% artroplastia de cadera. Solo un 6% de los pacientes sufrió infecciones post-quirúrgicas.

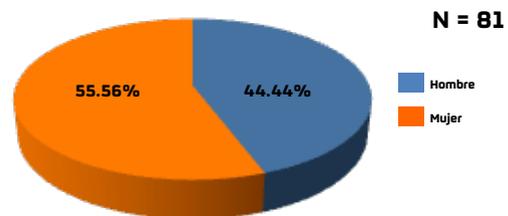
Discusión:

Encontramos que las pacientes femeninas entre edades de 60 a 69 años, de procedencia urbana y estrato socio-económico bajo, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, tuvieron un mayor riesgo de infecciones post-quirúrgicas.

Resultados de la Investigación

Gráfica 1.

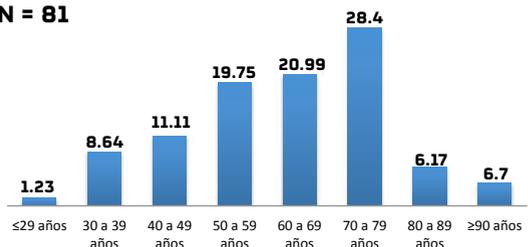
Distribución de género de los pacientes que se realizaron reemplazos articulares de cadera o rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre del 2013



Gráfica 2.

Edades de los pacientes que se realizaron reemplazo articular de cadera o rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre del 2013.

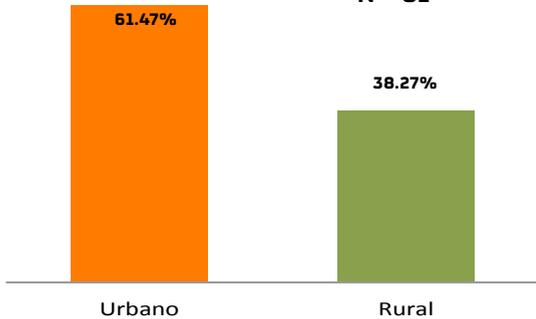
N = 81



Gráfica 3.

Procedencia de los pacientes que se realizaron reemplazo articular de cadera o rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre del 2013.

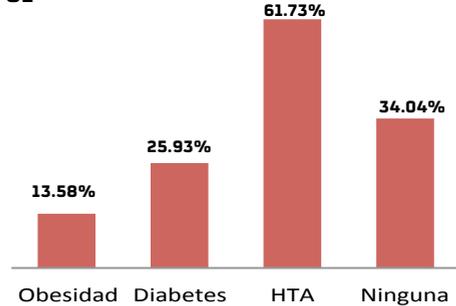
N = 81



Gráfica 5.

Comorbilidad de los pacientes que se realizaron reemplazo articular de cadera o rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre 2013.

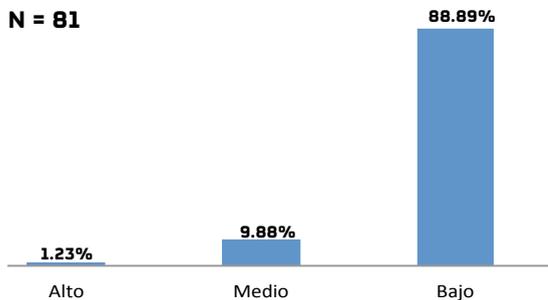
N = 81



Gráfica 4.

Nivel socio-económico de los pacientes que se realizaron artroplastia de cadera y rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre 2013.

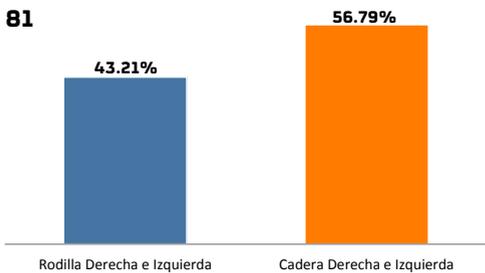
N = 81



Gráfica 6.

Articulación afectada de los pacientes que se realizaron el reemplazo total de cadera y rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre 2013.

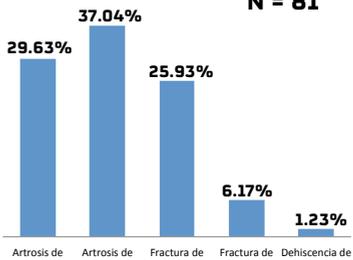
N = 81



Gráfica 7.

Causas más comunes de reemplazo articular de cadera y rodilla en los pacientes del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre 2013.

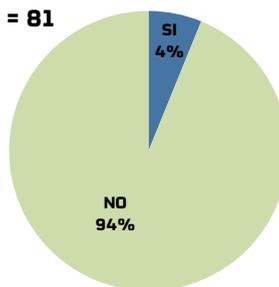
N = 81



Gráfica 8.

Porcentaje de paciente infectados luego de realizar la artroplastia de cadera o rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, durante el periodo de enero a diciembre 2013

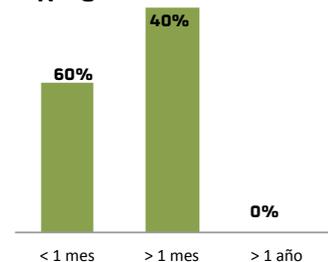
N = 81



Gráfica 9.

Clasificación de Tsukayama para los pacientes infectados luego la artroplastia de cadera o rodilla en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, en el periodo de enero a diciembre 2013

N = 5



Espondilodiscitis

Entidad patológica de funestas consecuencias que se presenta con dolor de espalda, compartiendo este síntoma con otras entidades crónicas exentas de gravedad. La espondilodiscitis es el término utilizado para describir la presencia o colonización de los cuerpos vertebrales y espacio intervertebral por un microorganismo.

El dolor de espalda es uno de los motivos más frecuente de consulta en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Loras.

Un alto porcentaje de pacientes que padece dolor de espalda están afectados por procesos crónicos exentos de gravedad, quizás por ello, la mayoría de los médicos le restan importancia a las radiculopatías. Sin embargo debe tenerse presente la existencia de enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente de no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo, y que comparten clínicamente las mismas manifestaciones, como es el caso de las infecciones y las neoplasias.

Interpretación clínica el dolor de espalda por espondilodiscitis.

Este es un ejercicio complejo por las múltiples patologías que comparten este sistema, por lo que es preciso destacar los denominados signos y síntomas de alarma como son:

- Fiebre
- Dolor de espalda que persiste en reposo y que aumenta a la digito presión de las apófisis espinosas.
- Cambios a nivel de hemograma así como la aparición de los reactantes de fase aguda.

Etiopatología

Esta puede ser de origen bacteriano, siendo las más frecuentes la tuberculosis y la brucelosis así como también puede ser de origen fúngico.

En la espondilodiscitis piógena el microorganismo alcanza la columna a través del torrente sanguíneo ya sea por vía arterial o venosa, siendo la primera la más destacada en pacientes con afectaciones de las vías urinarias y endocarditis.

En ocasiones el germen puede llegar al área por inoculación directa a partir de punciones diagnósticas y/o terapéuticas, anestias o de intervenciones quirúrgicas.

Esta patología ha aumentado en los últimos años probablemente por tres circunstancias:

- 1- La expectativa de vida es superior en los pacientes inmunosuprimidos.
- 2- El auge de métodos diagnósticos y terapéuticas invasivos que utilizan las vías intravenosas y las vías urinarias.
- 3- El uso de las drogas por vía parenteral.

El germen más frecuentemente encontrado es el *Estafilococos aureus*. Cabe destacar que los gérmenes Gram negativos están

DR. LIZARDI DE LA CRUZ



adquiriendo importancia como agente causal etiológico en especial en pacientes de edad avanzada con patologías crónicas, sobre todo si existe un antecedente de infección de vías urinarias.

Espondilodiscitis tuberculosas

Estas suelen producirse por diseminación hematológica a partir de un foco pulmonar. También es posible la extensión directa o por vía linfática a partir de una zona vecina con tuberculosis activa.

La Espondilodiscitis tuberculosas, representa el 50% de los casos de infecciones tuberculosa osteoarticular destacando que la coexistencia con otras formas pulmonares o extra pulmonares activas son raras.

La afección vertebral por espondilodiscitis fúngica es sumamente rara, siendo la *Cándida albicans* la que causa principal en prácticamente la totalidad de los casos.

Esta infección micótica aparece con más frecuencia en pacientes inmunosuprimidos expuestos a cateterizaciones prolongadas y puede verse también en consumidores crónicos de drogas por vía endovenosa.

Manifestaciones clínicas:

El paciente afectado por una espondilodiscitis presenta dolor de espalda con características inflamatorias, es decir, un dolor que persiste en reposo, limitación de la movilidad en todos los planos y dolor a la presión sobre las apófisis del área afectada, fiebre en agujas y rápido deterioro del estado general.

Un 10% de los pacientes presentan afectación neurológica desde radiculopatía piramidalismo hasta parálisis, esto ocurre como consecuencia de trombosis de vasos medulares por compresión directa de las estructuras nerviosas por abscesos paravertebrales y/o epidurales, protrusiones discales y colapsos o subluxaciones, en ocasiones los síntomas son atípicos. De ahí que una espondilodiscitis lumbar puede presentarse en forma de un abdomen agudo y una espondilodiscitis dorsal en forma de dolor torácico. Cuando existe absceso del psoas, el cuadro clínico puede simular una artritis de cadera.

Por las características de presentación de los síntomas, es preciso mantener un índice de sospecha elevado en pacientes afectados de raquialgia, con importante limitación de la movilidad y que no cede con tratamiento convencional de analgésicos y antiinflamatorios.

En cuanto a las pruebas de laboratorio, los resultados son inespecíficos, aunque con frecuencia suele observarse, leucocitosis más o menos acentuada, anemia normocítica normocrómica y elevación de los reactantes de fase aguda.

Diagnóstico por imagen:

Se realiza el protocolo desde radiografía simple, tomografía axial computarizada, estudios isotópicos, pero la resonancia magnética nuclear ha revolucionado el diagnóstico por imagen de la espondilodiscitis, ya que proporciona información anatómica, permite evaluar la destrucción ósea y discal, delimita de forma precisa la existencia de abscesos paravertebrales o raquídeos y los daños de las estructuras neurológicas.

Actualmente, la resonancia es el estudio más útil en la planificación preoperatoria, por todo ello es el método de imagen de elección cuando se sospecha de una espondilodiscitis.

Diagnóstico etiológico:

Una vez hecho el diagnóstico sindrómico, clínico, radiológico de espondilodiscitis se debe realizar hemocultivo seriado preferiblemente en presencia de fiebre.

Los hemocultivos son positivos en 50 a 60% de los casos cuando es causado por gérmenes piógenos puede asumirse que el microorganismo aislado es el causante del proceso infeccioso vertebral.

Los gérmenes aislados de un foco a distancia tienen valor orientativo, pero no pueden considerarse como el agente etio-

lógico definitivo. La negatividad de los hemocultivos y pruebas serológicas nos obliga a practicar una punción biopsia o biopsia a cielo abierto.

El material obtenido debe ser procesado para estudios microbiológicos y anatomopatológicos, deben realizarse cultivos para gérmenes aerobios, anaerobios, micobacterias y hongos.

La presencia de granulomas caseificantes permite establecer una etiología tuberculosa aunque no se observe crecimiento de micobacteria tuberculosa.

Tratamiento:

En la espondilodiscitis piógena la elección del agente terapéutico varía en función de la sensibilidad que reporte el antibiograma al germen causal.

El tratamiento por vía intravenosa debe mantenerse como mínimo 4 semanas. En ocasiones es necesario prolongarlo por vía oral.

En la Espondilodiscitis tuberculosa suele utilizarse la pauta habitual de tratamiento de 6 semanas por vía oral.

El tratamiento clásico de la espondilodiscitis brucelera es doxiciclina durante 45 días junto con estreptomycin por vía intramuscular los primeros 15 días.

En cuanto a la espondilodiscitis candidiásica tradicionalmente se ha postulado la anfotericina B, aunque ya se empiezan a publicar casos de buena respuesta a fluconazole/itraconazol.

El desbridamiento y descompresión quirúrgica se practica cuando se contacte afección medular como consecuencia de compresión ejercida por los abscesos epidurales.

En gráfica.



DISCUSIÓN PLAN ESTRATEGICO

Las autoridades del Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, encabezada por el director general doctor Félix Hernández, al concluir el estudio y aprobación del Plan Estratégico de la institución.



El moderno concepto de autogestión en el sector salud de la República Dominicana

Entendemos propicia la ocasión para explicar, de manera sucinta, en qué consiste el nuevo esquema de autogestión puesto en marcha por las autoridades sanitarias y que incidirá positivamente en mejorar la gestión y la calidad de los servicios de salud a prestarse en nuestro país, haciéndolos más equitativos, solidarios, universales y humanizados.

Entendemos propicia la ocasión para explicar, de manera sucinta, en qué consiste el nuevo esquema de autogestión puesto en marcha por las autoridades sanitarias y que incidirá positivamente en mejorar la gestión y la calidad de los servicios de salud a prestarse en nuestro país, haciéndolos más equitativos, solidarios, universales y humanizados.

El día once (11) de agosto del año dos mil diez (2010), en la avenida Konrad Adenauer (Av. Charles de Gaulle), del sector de Villa Mella, en el Municipio Santo Domingo Norte, Provincia Santo Domingo, fue inaugurado por el Presidente de la República, Dr. Leonel Fernández Reyna, el Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora, (puesto en operación el uno (1) de septiembre del mismo año), parte integral del proyecto denominado Complejo Hospitalario Ciudad de la Salud. Éste complejo estará conformado en su totalidad por cuatro (4) hospitales, de los cuales tres (3) ya están funcionando, el Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora, la Maternidad Dr. Reinaldo Almanzar, y el Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza, restando por entrar en operación el Hospital General Mario Tolentino Dipp.

Este evento catalogado de trascendental por los expertos en la materia, marcará las pautas a seguir en lo concerniente a la implementación de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud en República Dominicana.

Esta propuesta está sustentada en el moderno concepto de Auto-Gestión, planteado por la Ley General de Salud, marcada con el No.42-01, del 8 de marzo del 2001, que nos dice en su artículo 14, letra O, lo siguiente: “El Ministerio de Salud Pública propenderá por la descentralización y desconcentración del sistema, sus expresiones y desarrollo institucional y sus estructuras organizativas correspondientes”.

El término autogestión, según Wikipedia, (significando administración autónoma) se refiere al uso de cualquier método, habilidad y estrategia a través de las cuales los individuos puedan dirigir eficazmente sus propias actividades hacia el logro de sus objetivos, con independencia de cualquier poder o autoridad externa y con autonomía de gestión de sus propios recursos. La autogestión pretende el empoderamiento de los partícipes de una actividad u organización.

“La descentralización e intersectorialidad, así como el fortalecimiento de los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS) propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) como mecanismos para la instrumentación de la política de salud para todos en el año 2000 (SPT-2000), hacen necesario el desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura de los servicios, una mayor eficacia gerencial y un alto grado de participación sanitaria en su control social. Dicha estrategia supone que los sistemas nacionales de salud basados en los procesos de descentralización y desarrollo local sean prioritarios, y plantea que la transformación de los sistemas nacionales se desarrollen sobre la base de los sistemas locales de salud”.

La Autogestión consiste en la posibilidad y la capacidad de una entidad organizada de gestionarse a sí misma. En la Autogestión intervienen los colaboradores de la organización, sin necesidad de ser supervisados o vigilados por autoridades externas ajenas a dicha organización como tal. La Autogestión es algo sumamente favorable, si se logra llevar a cabo con seriedad, para el funcionamiento de las instituciones públicas, especialmente en el caso de aquellos organismos más complicados de gestionar. Las entidades que manejan un mayor presupuesto, con mayor número de colaboradores y sobre todo las que disponen de fuentes de ingresos propias, son las que al autogestionarse liberan de mayores problemas a la administración



El Presidente Danilo Medina, luego de entregar la II Medalla de Oro, al Director General del Hospital Ney Arias Lora, Dr. Félix Hernández, obtenida durante la IX edición del Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias.

central, revirtiéndose ello en un mejor servicio a la comunidad. Por otra parte, la Autogestión de empresas y entes públicos permite un mayor involucramiento de la población en el desempeño de tales organizaciones.

Son necesarios ciertos requisitos para llevar a cabo una Autogestión. Entre ellos podemos mencionar la incorporación de los colaboradores como sector en los procesos decisionales de la organización (para lo cual se requiere un nivel aceptable de madurez y de compromiso con los objetivos globales de la organización), un manejo eficiente del presupuesto y de los ingresos propios y el nombramiento de autoridades internas que velen por el cumplimiento de las decisiones tomadas. Como fundamentos básicos para el éxito de la Autogestión podemos definir tres factores:

- A) La participación organizada de todos los actores involucrados.
- B) La adopción de un sistema o modelo de Autogestión adecuado a las peculiaridades del caso.
- C) El compromiso de las partes por lograr los objetivos funcionando como una comunidad.

La autogestión para ser exitosa debe estar acompañada de la descentralización, que no es más que la transferencia de competencias de una persona jurídica a otra, concretamente en el ámbito de las instituciones públicas. En el campo de la salud, la descentralización juega un papel fundamental, debido a que las instituciones médico-

asistenciales ameritan una enorme cantidad de recursos y personal especializado, lo cual resulta muy complicado de gerenciar y administrar para los organismos de la administración central.

Cuando logramos un modelo adecuado de Autogestión y Descentralización, *Ipsa Facto*, obtenemos los dos (2) requerimientos básicos y puntuales de cualquier organización que se precie de moderna: Eficiencia y Eficacia

Eficacia es la consecución de los objetivos sin importar el costo necesario para ello. La eficiencia es el lograr el máximo de las metas trazadas o maximizar beneficios a través de la utilización del mínimo de recursos. Ambos conceptos se encuentran relacionados, pero su implementación responde a objetivos y directrices distintas. En ocasiones el empleo de uno de estos criterios es más acertado que el del otro, dependiendo de las circunstancias del caso. Es necesario considerar factores tales como el tiempo, los recursos, los colaboradores, etc.

De acuerdo con Katz y Kahn, algunos de los principios más aceptados en torno a la eficiencia administrativa son los siguientes:

- Se incrementa con la especialización de tareas entre los elementos del grupo.
- Se incrementa disponiendo los miembros del grupo en una jerarquía determinada de autoridad.



Pacientes reciben alegres la II Medalla ganada por el Hospital Ney Arias Lora obtenida durante la IX edición del Premio Nacional a la Calidad y Prácticas Promisorias. A su lado los doctores Félix Hernández, Juliana Fajardo y Alfredo Polanco del Orbe



- Se incrementa reduciendo el alcance del control, en un punto cualquiera de la jerarquía a un número pequeño.
- Se incrementa agrupando a los colaboradores para su control de acuerdo con la finalidad, el proceso, el usuario y el lugar.

El Centro de Salud al que pertenecemos es una entidad dotada de Autonomía Administrativa y Financiera, con personalidad jurídica diferente a la del Estado, convirtiéndonos en una Institución de Administración Pública Descentralizada. Ésta entidad está adscrita al Ministerio de Salud Pública, que desarrollara una labor de rectoría sobre la misma, de acuerdo a lo que establece la Ley de Función Pública, marcada con el No.41-08, del 16 de Enero del año 2008.

Pretende el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social lograr con la puesta en marcha de este proyecto consolidar las bases de la estructura sobre la que descansará la creación de nuevos

paradigmas en el sector salud, que conduzcan, indefectiblemente, a ofrecer servicios sanitarios con gran sentido de humanización, equidad y solidaridad; garantizando una atención de calidad, la seguridad de los usuarios y el uso racional de los recursos, con profesionales capaces y altamente comprometidos en el control y reducción de la mortalidad y la discapacidad.

Impregnando esta mística en nuestros hospitales, aspiramos a convertirnos en una nación que le garantice al ciudadano ordinario una atención sanitaria equitativa y oportuna; la salud es hoy una responsabilidad compartida, que debe involucrar a toda la sociedad preocupada por obtener resultados óptimos en la salud de su población.

La participación del sector público en la consecución de estas metas es fundamental; debe trabajar y actuar directamente sobre los determinantes sociales de la salud, en tres aspectos fundamentales:

- A) Coherencia de las políticas gubernamentales en el sector salud.
- B) Intensificar las medidas que promuevan la equidad y la financiación y hagan posible el acceso de los usuarios a los centro de salud de manera oportuna.
- C) Medir, evaluar y formar todas las variables que interactúan en el sector salud en el ámbito público.

La actual administración del gobierno central está comprometida con ofertar al usuario los medios que hagan posible la recuperación de su salud, sin importar la condición socioeconómica del mismo.

Debemos confiar en los protagonistas y precursores de esta nueva plataforma de salud a desarrollarse en el país. El sector salud está en manos idóneas. Apostemos al Presidente de la República, Lic. Danilo Medina Sánchez, al Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez y al Director General de este Complejo Hospitalario Ciudad de la Salud, Dr. Félix Hernández en el desarrollo exitoso de este noble y sincero esfuerzo. Trabajemos sin descanso en aras de cumplir nuestras metas y propósitos. Aunando voluntades y tomando las decisiones correctas, los actores que intervinimos en esta problemática social obtendremos el propósito fundamental de nuestra misión en el sector salud de la República Dominicana:

Humanizar los servicios sanitarios en nuestro país
 “Manos a la Obra.”

Víctor F. Duarte Canaán,

Consultor Jurídico.

Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora.

Complejo Hospitalario “Ciudad de la Salud.”

4 de septiembre del 2012.



Jóvenes mayor afectados por accidentes de tránsito

La Dirección General del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, revela que desde el inicio de las labores hasta abril de este año han muerto 237 a causa de los accidentes de tránsito de los cuales la mayor parte son jóvenes en edad productiva.

CARMEN T. GUZMÁN

Las estadísticas de personas asistidas y fallecidas por accidentes de tránsito desde el año 2010, en que el hospital abrió los servicios a la población, se han incrementado, lo que se considera como una epidemia que debe ser enfrentada con la orientación y educación a los ciudadanos.

Los datos, suministrados por la Gerencia de Estadísticas, Admisión y Archivo, detallan las personas que fueron asistidas por el hospital en el área de consultas, emergencias, las hospitalizaciones realizadas, los procedimientos de yeso, los pacientes de imágenes y laboratorios.

Según la información, entre Septiembre - Diciembre del 2010, se consultaron un total de 20 mil 184 pacientes, fueron atendidos en la emergencia del centro unas 2 mil 655 personas, se hospitalizaron 347 personas, se realizaron 321 cirugías, 1, 054 procedimientos de yeso, diez mil 772 imágenes radiográficas y se registraron 45 mil 374 análisis de laboratorio.

Mientras que los fallecidos registrados durante el último cuatrimestre del 2010, sumaron un total de diez, todos por accidentes de tránsito.

Por otro lado, durante el año 2011, fueron consultados un total de 58 mil 762 personas, atendidas 21 mil 488 emergencias, efectuadas 3683 hospitalizaciones, 2977 cirugías, 7789 procedimientos de yeso, tomadas 60 mil 68 imágenes radiográficas y fueron realizadas 238 mil 483 pruebas de laboratorio.

El centro de salud, cerró el año 2011, con un total de 56 personas muertas por accidentes de tránsito.

La Gerencia de Estadísticas, Admisión y Archivos, informa los datos del año 2012, registrándose en total 61 mil 054 consultas, se asistieron 32 mil 894 pacientes de emergencia, fueron efectuadas 4188 hospitalizaciones, 3600 cirugías, 31 mil 191 procedimientos de yeso, 79 mil 342 imágenes radiográficas y 319 mil 922 pruebas de laboratorios.

El hospital cerró el 2012, con un total de 48 fallecidos por accidentes de vehículos de motor.

En el año 2013, las estadísticas revelan que fueron consultadas un total 82 mil 18 personas, 42 mil 284 emergencias atendidas, se efectuaron 16 mil 70 hospitalizaciones, realizaron 5395 cirugías, 9455 procedimientos de yeso, fueron tomadas 69 mil 654 imágenes radiográficas y efectuados 452 mil 579 análisis de laboratorios.

El año 2013, finalizó con un total de 123 fallecidos por accidentes de tránsito.

Las estadísticas concluyen con el primer trimestre del año 2014, Enero - Marzo, las cuales revelan que se han atendido hasta el momento 19 mil 451 consultas, se han atendido 12 mil 470 casos de emergencias, realizándose 1950 hospitalizaciones, 1749 cirugías, tres mil 88 procedimientos de yeso, se han tomado 26 mil 453 imágenes radiográficas y se han realizado 155 mil 55 pruebas de laboratorios.

En lo que va de año el hospital lleva registrado un total de 57 fallecidos por accidentes de motores, revelando un total de 237 personas fallecidas en el periodo de tiempo 2010- 2014.



RECONOCIMIENTO

El ministro de Salud Pública, doctor Wilfredo Lorenzo Hidalgo Núñez y el doctor Félix Hernández, director general del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, reciben de Luisa Feliz, directora general de Buen Vivir, sendas placas de reconocimiento por los esfuerzos desarrollados por ambos para que la población tenga una mejor calidad de vida durante un acto celebrado en el Atrium Central del Centro Comercial Sambil.



REUNIÓN DEL CONSEJO EDITOR

Integrantes del Consejo Editor de la Revista Científica del Hospital Ney Arias Lora, mientras discuten los temas que saldrían en la presente edición.



HOSPITAL
TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA

Cartera de servicios



HOSPITAL
TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA

CARTERA DE SERVICIOS

Gerencia de Ortopedia y Traumatología

Ortopedia y Traumatología: Usuarios politraumatizados, fracturas diversas, luxaciones articulares, lesiones con pérdida de hueso, enfermedad degenerativa articular, malformaciones congénitas pie equino-varo pie, zambo, genu-valgo, tumores óseos, dolores relacionados con el sistema locomotor, osteomielitis, acortamientos óseos congénitos o adquiridos, defectos óseos traumáticos o infecciosos, pseudo-artrosis congénitas o adquiridas, contracturas articulares, deformidades óseas congénitas o adquiridas, elongación ósea de miembros, transportación ósea por defectos óseos, medicina deportiva, trauma raquis medular. Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento clínico, reducciones y enyesado, fijación y osteosíntesis internas y externas, implantes y reemplazos articulares, inmovilización de fracturas, reducción e inmovilización de luxaciones, reducciones y enyesado, artroscopia quirúrgica, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, extirpación y manejo de tumores óseos, artrocentesis diagnóstica, curas, realineación ósea, injertos óseos, vasculares y dermo-epidérmicos, aplicación de fijadores externos, para corregir acortamientos, defectos óseos, deformidades e infecciones óseas.



Gerencia de Cirugía General y Especialidades

Cirugía General: Heridas traumáticas, heridas de armas blancas, por armas de fuego, abdomen agudo, politraumatizados, con, traumas diversos, heridas de cara y/o cuello, heridas de tórax (hemoneumotórax, hemopericardio, tórax flácido, múltiples facturas, lesiones traqueo bronquiales). traumas y heridas de abdomen (hemoperitoneo, lesión de hígado, bazo, riñones, vasculares, lesiones vísceras huecas). heridas retroperitoneo, heridas y traumas en extremidades y lesiones vasculares, abdomen agudo, obstrucción intestinal, perforación intestinal, apendicitis aguda, diverticulitis, sangrado intestinal (alto, bajo), peritonitis, hernias diversas. Consultas ambulatorias programadas.
Consultas ambulatorias de emergencia.



Cirugías electivas o programadas, Laparoscopia: Laparotomía exploratoria, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento clínico. Manejo multidisciplinario con las especialidades necesarias para cada caso, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, reparación de hernias, traqueotomía, venodisección, colocación tubo de pecho, reparación y/o sutura de órganos.
Extirpación y manejo de tumores, curas.

Cirugías estéticas y reconstructivas

Cirugía pediátrica: Abdomen agudo, obstrucción intestinal, estenosis pilórica, duodenal, atresia, megacolon, invaginación, mal rotación intestinal, vólvulos, apendicitis, divertículo de Meckel, enfermedades congénitas politraumas generales y en cuello, tórax, abdomen y extremidades, lesiones cardiopulmonares y en parrilla costal, lesiones de abdomen de vísceras macizas, huecas.

Cirugía Ginecológica: Miomatosis uterina, quiste y tumores de ovarios, cistocelos, rectocistocelos, incontinencia urinaria de esfuerzo, desgarros perineales, bartholinitis. Miomectomía, quistectomía, hysterectomías, Colpoperineorrafia, otros.

Servicio de Urología: Infección de vías urinarias, urolitiasis, hiperplasia prostática, hidroceles, varicoceles, cálculos renales, cólicos nefríticos, cáncer de pene y próstata en etapas tempranas, fimosis, parafimosis, carúncula, traumas diversos urogenitales, , torsión testicular, tumor testicular, orquitis crónica, cáncer temprano de vejiga, tuberculosis urogenital, estenosis ureterales, tumores renales, fistulas vesicovaginal, abscesos renales, absceso escrotal, quiste del cordón espermático, ptosis renal, impotencia o disfunción eréctil, esterilidad, priapismo, Orquidopexia, hidrocelectomía, vasectomía, varicocelectomía, corrección de hipospadias, cateterización uretral, extracción de cálculos, penectomías, circuncisión, orquiectomía, nefrectomías, cistotomías, uretroctomía, desbridamiento escrotal, meatotomía, fijación renal en ptosis, irrigación de cuerpo cavernosos, ureteroplastia, corrección de lesión quirúrgica de vejiga, nefrolitotomía, ureterolitotomía.



Unidades estratégicas y de apoyo morbilidad y necesidades a tratar a los (as) usuarios procedimientos a realizar

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Mamas pendulares, mamas gigantes, abdomen flácido, hernia gigantes, pliegues numerosos, trauma facial, mamas supernumerarias, elefantiasis de miembros inferiores. Abdominoplastía, mamoplastía con reducción, con prótesis, tabicoplastía, lipoescultura, rinoplastia, dermolinfasciectomía.

Unidad de Cirugía Laparoscópica: Apendicetomía aguda, coledocolitiasis, hernias de pared, hernia del hiatus, obesidad, eventraciones, abdomen agudo, anemias, trombocitopenia, pseudoquistes de páncreas, Adherencias post-quirúrgicas. Tratamiento laparoscópico de cálculos en la vía biliar (coledocolitiasis), Operaciones laparoscópicas para el reflujo gastro-esofágico y la hernia de hiato, cirugía laparoscópica del colon, cirugía laparoscópica de la obesidad mórbida. (cirugía bariátrica), exéresis laparoscópica de bazo (esplenectomía) cirugía laparoscópica del páncreas por pseudoquistes, quistes y pequeños tumores, liberación laparoscópica de adherencias de intervenciones previas.



Curas y Ostmías: Heridas infectadas, cuidado de ostomías, heridas quirúrgicas dehiscientes, abscesos, quemaduras de grosor parcial, úlceras diversas. Desbridamiento, curas de heridas y úlceras, drenajes de abscesos, terapia vacuum assisted closure (V.A.C), colgajo e injerto de piel, cuidados y curas de ostomías.

Unidades estratégicas y de apoyo morbilidad y necesidades a tratar a los (as) usuarios procedimientos a realizar

Amputación traumática de pene.

Servicio de Cirugía Vascular y Torácica Aneurismas: Lesiones arteriales y venosas, varices (insuficiencia venosa periférica) insuficiencia arterial periférica, tumores pulmonares, quistes y bulas pulmonares, neumotórax, abscesos pulmonares, hemotórax, lesiones pleurales, trauma torácico, patología mediastínica, timoma, quiste pericárdico, taponamiento cardiaco, derrame pericárdico, lesiones de tráquea y esófago, derrames pleurales, empiemas, quilotórax. Toracotomía mínima y abierta, lobectomía pulmonar, pneumonectomía, reparación de lesiones arteriales y venosas (embolectomía y endortectomía), safenectomía, by pass arterial, reparaciones vasculares, fístulas arteriovenosas, timectomía, pericardiocentesis, toracocentesis, pleurodesis, decorticación, drenaje torácico, resección de quistes pericárdicos, ventana pericárdica, reparación de lesiones traqueales y esofágicas, exéresis de tumores esofágicos, esofagectomía, videotoracoscopia, reparación de lesiones de pared.



Servicio de Otorrinolaringología: Amigdalitis, adenoamigdalitis, cuerpo extraño, laringitis (agudas y crónicas), otitis (agudas y crónicas), traumas caras, patologías infecciosas de senos paranasales, epistaxis, pólipos nasales, tabique nasal desviado, ronquidos, parálisis faciales. Amigdalectomía, adenoidectomía, miringotomía y colocación de tubos de ventilación, cirugía ronquido: palatoplastías, uvulopalatoplastías, otoplastías, miringoplastías, timpanoplastías, mastoidectomías, timpanotomías exploradoras, estapedectomías, implantes cocleares, osciculoplastías, descompresión nerviofacial, septoplastías, septorinoplastías, cirugía endoscópica nasosinusal, dacriocistorrinostomía endoscópica, Cadwell Luc, etmoidectomías externas, antróstomía maxilar, maxilectomías parciales, exéresis de fístulas y quistes congénitos de cuello, cirugía glándulas salivares, cirugía glándula tiroidea, cirugía tumores benignos y malignos cuello, traqueotomías, laringectomías parciales, laringectomías totales, vaciamientos ganglionares cervicales funcionales y radicales, faringectomías.



Servicio de Oftalmología: Cuerpos extraños superficiales y penetrantes, traumas diversos en los ojos, blefaritis, conjuntivitis bacteriana y viral, conjuntivitis alérgica, úlceras de conjuntivas, patología del saco y conductos lagrimales, quemaduras, queratoconjuntivitis (seca, alérgica, química, traumática), queratopatía seca, queratitis vírica, queratitis distrófica endotelial de Fuchs, queratocono, epiescleritis, escleritis, uveítis, anterior, posterior y uveítis parasitaria, tumores del ojo, melanoma del iris, glaucoma, desprendimiento de la retina, oclusión de la arteria de la retina, degeneración macular, senil exotropía, infantil exotropía, neuropatía óptica, catarata, ametropía, luxación del cristalino postraumático a cámara anterior, hemorragia vítrea, retinopatía diabética. Retiro de cuerpos extraños, suturas diversas, cirugías diversas, consultas de emergencias, aplicación de medicamentos, cirugías: cataratas, pterigium, chalazium, estrabismo, trabeculectomía.

Gerencia de Neurocirugía

Neurocirugía, Traumatismos craneoencefálicos cerrados: conmoción cerebral, contusión cerebral, daño axonal difuso, hematomas intracraneales, Traumatismos craneoencefálicos abiertos: fracturas deprimidas, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca.

Lesiones traumáticas de columna vertebral, nervios periféricos.

Patologías vasculares cerebrales, patologías degenerativas causantes de lesiones compresivas de la médula y/o raíces nerviosas (mielopatía cervical espondilótica, canal estrecho lumbar), tumores cerebrales, tumores de la médula espinal, columna vertebral y nervios periféricos, malformaciones vasculares (malformaciones arteriovenosas, fistulas carótido-cavernosas), hemorragias cerebrales, patología de la circulación del LCR (hidrocefalia). Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento clínico, procedimientos reconstructivos quirúrgicos, extirpación y manejo de tumores, craneotomía / craniectomía, lobotomía. / hemisferectomía, ventriculotomía / cordotomía, rizotomía. /disectomía, anuloplastia de disco intervertebral, artroplastia de disco intervertebral, laminectomía, laminotomía, laminoplastia, corpectomía, facetectomía, foraminotomía, fusión vertebral / fijación vertebral, ganglionectomía, bloqueo de nervios, entre otros procedimientos.

Gerencia de maxilofacial y odontología

Maxilofacial y Odontología: Fracturas pan faciales, Le Fort tipo I, II, III, fracturas nasales, mandibulares, del maxilar, malar, del arco, de la orbita, del frontal.

Fracturas coronal no complicada, coronal complica, corona- raíz no complicada, corona-raíz complicada, radicular, intrusión, extrusión, luxación lateral, diente retenido, trauma al hueso alveolar.

Retenciones dentarias: terceros molares inferiores, superiores, caninos superiores e inferiores, premolares y molares superior e inferiores, dientes supernumerarios. Quistes odontogénicos, del desarrollo, gingival del infante, del adulto, periodontal lateral, dentigero, queratoquistes.

Quistes del trayecto vestigial: quiste del conducto tirogloso.

Quiste embrionarios de origen cutáneo, dermoide, epidermoide, de epitelio mucoso. tumores odontogenicos. Consultas ambulatorias programadas, consultas ambulatorias de emergencia, hospitalización observación, hospitalización y tratamiento quirúrgico, implantología dentaria, cráneoplastía, cirugía ortognática, cirugías reconstructivas, exodoncia, endodoncia, frenillos, profundización del vestibulo, bridas cicatriciales, curas.



Gerencia de imagenología

Imagenología: Traumas, heridas. Patologías tumorales e infecciosas. Malformaciones. Hernias. Chequeos y seguimientos evolutivos.

Radiográficas: Simples y contrastadas: Tórax PA, AP y Lateral. Abdomen simple. Cadera, cuello, senos para nasales, Water, silla turca, macizo parcial. Cadera. Costillas, huesos largos, cráneo AP, Lat., columna lumbar AP y lateral, columna dorsal.

Estudios contrastados: Urografía excretora, serie gastroduodenal.

Ultrasonido: Pélvico, abdominal, obstétrico, músculo esquelético (obro), transfontanelar, ocular, Doppler, buplex, otros.

Tomografía Axial Computarizada [TAC]: Craneal, tórax, abdomen, cadera, cuello, senos paranasales, silla turca, macizo parcial, biopsia dirigida por TAC.

Resonancia Magnética Nuclear [RMN]: Craneal, Tórax, abdomen, cadera, cuello, senos paranasales, silla turca, macizo parcial, extremidades inferiores y superiores.

Radiología intervencionista: Arteriografía diagnóstica y terapéutica, Biopsias sonodirigidas. Panorámicas. Densitometría óseas.



Gerencia de salud mental

Salud Mental: Diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico, intervención en crisis, manejo y tratamiento en casos de crisis de ansiedad, aceptación, pérdida, miedo, desamparo, depresión, trastornos de personalidad, trastornos de adaptación, trastornos por somatización, entre otros. Consultas ambulatorias programadas, psicoterapias, instauración tratamiento psicofarmacológico, evaluación psicosocial, terapia grupal, terapia ocupacional, evaluación, tratamiento o rehabilitación de minusvalías psíquicas, aplicación de pruebas psicológicas.

Unidades complementarias

Gerencia de laboratorio clínico y banco de sangre

Laboratorio Clínico y Banco de Sangre Pruebas hematológicas.

Pruebas serológicas.

Pruebas bioquímicas. Pruebas especiales. Pruebas microbiológicas. Parasitología. Uroanálisis.

Banco de sangre. Recepción y toma de muestras. Admisión del usuario.

Hematología: Hemograma, conteo de plaquetas, eritrosedimentación, frotis de sangre periférica, conteo de reticulocitos, recuento de eosinófilos en sangre, recuento de eosinófilos en secreción nasal, investigación de líquido duodenal, estudio de líquido de pericardio, estudio de líquido pleural, estudio de líquido céfalo raquídeo, estudio de líquido sinovial, hemoglobina, retracción de coágulo, serie blanca, serie roja, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo protrombina, tiempo parcial de tromboplastina.



Serología: VDRL, ASO, PCR, Factor reumatoide, tipificación, antígenos febriles, dengue, prueba de embarazo (HCG).

Bioquímica: Glicemia, glicemia post prandial, curva de tolerancia a la glucosa, colesterol total, LDL, HDL, VLDL, triglicéridos, ácido úrico, urea, creatinina, depuración de creatinina, bilirrubina, fosfata alcalina, amilasa, lipasa, proteína totales, CPK, CPK MB, cloro, potasio, sodio, hierro, gases arteriales, fósforo, proteína en orina, albúmina, captación en hierro, TGO, TGP, ferritina.

Pruebas especiales: alfa feto proteína, antígenos australianos IgM, HBsAG, HCV, HAV IgM, IgG, HIV -I II, CEA 125, CEA Total, T3, T4, TSH, estradiol, testosterona, prolactina, FSH, progesterona, beta HCG, PSA libre, PSA total.

Microbiología: Cultivos (varios) antibiogramas, tinción de Gram, BK, coprocultivo, urocultivo, hemocultivo, tinción Zeihl Neelsen.

Parasitología: coprológico, sangre oculta, leucocitos, hematozoarios, digestión, oxiuros, test guayaco, filaria.

Uroanálisis: examen de orina, proteína de Bence Jones, albuminuria, glucosuria, cetonuria.

Banco de sangre: Depuración de donantes, flebotomía, cruce, tipificación.



Gerencia de apoyo investigaciones clínicas

Apoyo a Investigaciones Clínicas. Desarrollo de investigaciones médicas y epidemiológicas.

Apoyo al personal de salud en la realización de investigaciones.

Identificación de proyectos.

Búsqueda y desarrollo de proyectos de investigación en colaboración con instituciones nacionales e internacionales.

Sometimiento de propuestas de proyectos de investigación a otras organizaciones y/o instituciones nacionales e internacionales.

Asesoría y colaboración con instituciones asociadas en investigación al hospital.

Apoyo y evaluación de proyectos, protocolos y normas de investigaciones externas a realizarse en el hospital. Identificación de proyecto de investigación con potencial para realizar mejora en la prestación de servicios en el hospital y/o de manera generalizada en el sector salud.

Realizar encuentro de estímulo y presentación de propuestas de investigaciones al personal.

Evaluación y recomendaciones sobre investigaciones externas a realizarse en el hospital.

Coordina y realiza cursos de capacitación en técnicas de investigación en el área de la salud.



Asesoría técnica y seguimiento para la realización de las investigaciones.
Presentaciones y publicaciones de las investigaciones.

Unidades estratégicas y de apoyo morbilidad y necesidades a tratar a los (as) usuarios

Lesiones asociadas neurológicas o vasculares.

Gerencia de medicina física y rehabilitación

Medicina Física y Rehabilitación: Hospitalización en UCI por: Trauma craneal, lesión del neurorquias, politraumatismo, fracturas periféricas.

Hospitalización clásica por: Trauma craneal, lesión del neurorquias, politraumatismo, fracturas periféricas, amputaciones de miembros.

Consulta externa: Cuadros dolorosos articulares secuelas de fracturas, secuelas de trauma craneal, secuelas de trauma raquídeo, amputaciones de miembros, consulta del dolor, consulta de lesión de nervios periféricos.

Exploraciones funcionales: Lesiones de nervios periféricos.

Hospital de día: Trauma craneal, lesión del neurorquias, politraumatismo, fracturas periféricas, amputaciones de miembros, cuadros dolorosos articulares, secuelas de fracturas, secuelas de trauma craneal, secuelas de trauma raquídeo, amputaciones de miembros. Hospitalización en UCI por: Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico.

Hospitalización clásica por: Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico.

Consulta externa: Evaluación precoz de las deficiencias, estimación del impacto funcional de la lesión, formulación y aplicación de los tratamientos farmacológico, kinesiterapéutico y quirúrgico.

Exploraciones funcionales: Electromiografía (EMG), velocidad de conducción nerviosa (VCN)

Hospital de día: Administración de los ítems kinesiterapéuticos de los protocolos de atención clínica.



Gerencia de anatomía patológica

Anatomía Patológica. Patología quirúrgica. Estudios citológicos. Autopsias. Estudios especializados.

Manejo de Cadáveres: Patología Quirúrgica: Procesamiento tinción e interpretación de biopsias incisionales y excisionales, procesamiento tinción e interpretación de biopsias incisionales y excisionales por congelación, manejo de piezas de amputación.

Estudios Citológicos: Procesamiento, tinción e interpretación de estudios citológicos convencionales (frotis cervicovaginales, lavado de cavidades, lavado y cepillado bronquial, aspiración por aguja fina, entre otros). Procesamiento, tinción e interpretación de improntas.

Autopsia: Estudio y determinación de causa básica, mecanismo y manera de muerte.

Estudios Especializados: Realización, proceso e interpretación de tejidos tratados con inmuno-marcadores y otros marcadores histoquímicos, tinciones especiales. Estudios Moleculares y microscopia electrónica.

Manejo de Cadáveres: Identificación, registro, conservación y entrega de cadáveres, coordinar con las autoridades médico-legales para levantamiento de cadáveres y traslado al Instituto Nacional de Patología Forense.



HOSPITAL
TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA



Farmaconal



Salud y Bienestar

- Mobiliario y equipos médicos.
- Material médico desechable.
- Instrumentos quirúrgicos.
- Cuidado de la salud en el hogar.
- Higiene y cuidado personal.
- Productos farmacéuticos.
- Terapia respiratoria.
- Clavos, Placas y tornillos.
- Implantes para columna, cadera, rodilla y hombro.
- Línea artroscópica.
- Soportes ortopédicos.
- Neurocirugía.

Estamos afiliados a las principales ARS

