



**Atención al usuario externo  
en el “hospital del futuro”**

**Experiencia pacientes  
post quirúrgicos de bariátrica**

**Trauma maxilofacial  
en pacientes del HTNAL**



# 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





## CONCEJO HOSPITALARIO

**Dra. Isabel Santana**

Directora General del Hospital Traumatológico  
Dr. Ney Arias Lora

**Dr. Alfredo Polanco Del Orbe**

Sub Director Médico

**Licdo. Víctor Guzmán Velázquez**

Sub director Financiero-Administrativo

**Dra. Juliana Fajardo Gutiérrez**

Subdirectora de Planificación

**Dr. Jaime Fernández Durán**

Subdirector Académico

**Licda. Elsa Julia Pérez**

Sub directora de Recursos Humanos

**Dr. Lizardi de la Cruz**

Gerente de Neurocirugía.

**Licda. Teresa Parra**

Gerente de Servicios Generales de Apoyo

**Licda. Medellín Feliz**

Gerente de Enfermería

**Licdo. Ramón Otañez**

Encargado Unidad Legal

**Luis Moreno Cárdenes**

Gerente de Comunicación

**Ada Guzmán**

Gerente de Relaciones Públicas

**Licda. Dianis Frías**

Gerente Atención al Usuario

**Cnel. David Andújar**

Gerente de Seguridad

**Licda. Esmeralda Greenaway**

Secretaria del Consejo

## CONCEJO EDITOR DEL HOSPITAL

**Dr. Jaime Fernández Durán**

Sub director Académico

**Licdo. Luis M. Cárdenes**

Gerente de Comunicación

**Dra. Candy Almánzar**

Gerente de Patología

**Ada Guzmán**

Gerente Relaciones Públicas

**Dr. Pedro Rojas**

Gerente de Ortopedia

**Dr. Alejandro Soto**

Gerente de Cirugía General

**Dr. Lizardi de la Cruz**

Gerente de Neurocirugía

**Dr. David González Sapeg**

Gerente de Emergencia

**Dr. David Cuevas**

Gerente de Cuidados Intensivos

**Dr. Nicasio Aybar**

Gerente de Medicina Interna

**Dra. Caridad Patricio**

Gerente de Maxilofacial

**Dr. Benjamín Ogando**

Gerente de Rehabilitación

**Dr. Barnaby Gómez**

Gerente de Imágenes

**Dr. Rafael Pérez Canela**

Coordinador de la Subdirección Académica

**Manuel Feliz Juliao**

Fotógrafo

**Lic. Katherinne Tapia**

**Vachelle Santana**

**Lissette Lantigua**

Coordinación de Revista

**Merian M. Pérez**

Diseño gráfico y Editorial

# Contenido

|                                                                                                                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Descentralización<br>de los servicios de salud -----                                                                                                            | <b>08</b> |
| La comunicación en situaciones críticas -----                                                                                                                   | <b>10</b> |
| Atención al usuario externo en el "hospital del futuro" -----                                                                                                   | <b>12</b> |
| Un sostén del éxito del Hospital Traumatológico<br>Dr. Ney Arias Lora; la Gerencia de Medicina<br>Interna y Especialidades -----                                | <b>14</b> |
| Colectomía total por vía laparoscópica en<br>poliposis adenomatosa familiar -----                                                                               | <b>16</b> |
| "Experiencia emocional de los pacientes post quirúrgicos de<br>bariátrica, en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora -----                               | <b>19</b> |
| Linfoma difuso de células B<br>grandes primario en ileon -----                                                                                                  | <b>34</b> |
| Resección de tumor fibroso pared torácica<br>más reconstrucción de pared con prótesis<br>Reporte de un caso y revisión de la literatura -----                   | <b>38</b> |
| Resultado funcional a los 6 meses del trauma<br>craneoencefálico quirúrgico: estudio piloto -----                                                               | <b>44</b> |
| Servicio Especializado<br>Centrado en la Gente 2014 -----                                                                                                       | <b>49</b> |
| Trauma maxilofacial en pacientes atendidos<br>en el Hospital Traumatológico Doctor Ney Arias Lora,<br>octubre 2010-octubre 2011 -----                           | <b>50</b> |
| Primeros datos estadísticos de un departamento de radiología<br>perteneciente al sector público<br>!! Su importancia !! -----                                   | <b>56</b> |
| Calidad en la dispensación de las ordenes medicas<br>en la farmacia del Hospital Traumatológico<br>Dr. Ney Arias Lora durante los meses mayo -junio 2014. ----- | <b>59</b> |
| Incidencia de Traumatismo Renal en el<br>Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora<br>enero del 2014-mayo del 2015 -----                                       | <b>64</b> |
| Prevalencia de los anticuerpos IgG/ IgM en donantes de sangre<br>asistido en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora<br>Periodo abril - junio 2014 -----  | <b>68</b> |
| Carcinoma Adrenocortical: Presentación de Caso y Revisión de<br>Criterios Diagnósticos -----                                                                    | <b>71</b> |
| Indicaciones, manejo y complicaciones de la traqueostomía ----                                                                                                  | <b>75</b> |
| Cardiólogo Cuello Davison sugiere promover en escuelas<br>entrenamientos para evitar muertes súbitas -----                                                      | <b>79</b> |
| Especialistas franceses visitan Hospital Ney Arias Loras -----                                                                                                  | <b>82</b> |
| Libreto del simulacro del Hospital<br>Traumatológico Ney Arias Lora -----                                                                                       | <b>85</b> |



**En portada**



# EDITORIAL

## Cinco años trabajando por la gente

*Durante estos cinco años, el Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, ha evolucionado para convertirse en ejemplo de atención y servicios, así como en ejemplo de investigación.*

Aunque somos un hospital de reciente incorporación a la prestación de servicios de traumatología, cirugía y rehabilitación, hemos logrado alcanzar un alto nivel de reconocimiento y de aceptación, que nos coloca como el principal centro de referencia nacional.

Esto ha sido posible gracias a que contamos con un equipo de profesionales y técnicos, comprometidos con la eficiencia, la innovación, docencia e investigación.

Para nosotros el centro del universo es el USUARIO, razón por la cual, promovemos una atención integral, con un personal enfocado en la humanización de los servicios y una mejoría continua de la calidad.

En estos cinco años, el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, se ha convertido en ejemplo de atención y servicios, y con el desarrollo de la Jornada Científica cada año, también nos convertimos en ejemplo de investigación y educación continua.

Somos un modelo de Hospital del Futuro, y tenemos el firme compromiso de garantizar el cumplimiento de las normas y estándares de calidad nacional e internacional, implementando la eficiencia en el manejo de los recursos.

Algunos de los logros alcanzados en estos cinco años, permitirán tener una idea del modelo de gestión que implementamos, orientado en la rendición de cuentas, el cumplimiento de metas, aplicación de normas y estándares de calidad, así como de la seguridad en las atenciones brindadas.

En el área de Consulta Externa, hemos atendido un total de 339,310 usuarios.

Vía Emergencia 161,888 pacientes, más del 70% de éstas por traumatismos y heridas múltiples.

En el área de Hospitalización, se han asistido un total de 26,378, lo que representa una tasa hospitalaria de un 83.3%

También han sido realizados 34,500 procedimientos quirúrgicos.

En Imágenes, se han realizado 413,105 estudios.

En Laboratorio Clínico se han asistido 1,913,811 usuarios.

Como institución conocedora de la realidad socioeconómica de nuestro sector, el cual se caracteriza por niveles de pobreza elevados, hemos realizado un total de descuentos y exoneraciones que alcanzan una cifra de RD\$436,732,855.52, a 13,649 personas que requirieron de nuestra ayuda.

De igual manera, en el interés de fortalecer las relaciones con otras instituciones, se han establecido acuerdos de colaboración con algunas organizaciones No Gubernamentales, clínicas privadas, organizaciones comunitarias y religiosas de la zona, así como con los diferentes hospitales del país, pertenecientes a la Red Pública de Salud.

Preocupados por la actualización de los conocimientos de nuestros recursos humanos, hemos firmado acuerdos de cooperación con diferentes universidades e instituciones educativas, entre las cuales se encuentran: La Universidad Iberoamericana (UNIBE), Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), Universidad Católica Santo Domingo (UCSD), Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional, (INFOTEP) y la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

La satisfacción de nuestros usuarios es otro tema importante a resaltar y de ésta podemos destacar que de acuerdo a las mediciones mensuales que realizamos encontramos una escala que va de muy satisfecho a satisfecho en la atención recibida.

Igual calificación alcanza la satisfacción de nuestros usuarios internos, es decir, nuestros colaboradores, a quienes se les reconoce e incentiva por el trabajo realizado.

Estos datos que compartimos, son una muestra del desarrollo alcanzado y el esmero que ponemos en nuestros usuarios.

Invitamos a los interesados a pasar por nuestras oficinas y revisar nuestro plan estratégico de desarrollo y productividad, en el cual podrán encontrar todas las informaciones a nivel institucional y los niveles de cumplimiento en todas las áreas con la que contamos.

Aprovechar esta oportunidad para agradecerles una vez más a cada uno de nuestros colaboradores, por la dedicación y el empeño que ponen día a día para hacer de nosotros una institución diferente con márgenes de excelencia, así como darles las gracias a todos ustedes por compartir con nosotros estos logros.

Gracias a todos los que nos han ayudado a poner a disposición de la sociedad, un hospital de prestigio cuya competitividad el pueblo dominicano agradece y reconoce.



**Dra. Ysabel Santana Lemus**

Directora General del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora



# Descentralización de los servicios de salud

Las barreras que impiden avanzar en la descentralización de los servicios de salud, en los casos de los hospitales de autogestión, fueron debidamente identificadas y tratadas en el desarrollo de una investigación para optar por la Maestría en Alta Gerencia Pública de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

**LIDO. VICTOR DUARTE CANAAN**

CONSULTOR JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El estudio de las diferentes herramientas que utilizamos en el presente estudio de investigación nos proporcionó los datos e informaciones que permitieron plantear conclusiones y recomendaciones que confirmaron nuestra hipótesis. Utilizamos la metodología que aplica para una investigación descriptiva, revisando todo el marco institucional, legal y jurídico que afecta al sector salud del país.

La investigación presente es de orden no experimental y transversal. Los datos utilizados para la labor de campo, encuestas, entrevistas, etc., se toman en un momento específico, describiendo la realidad del tema tratado, su evolución y actualidad.

Estudiamos el plan estratégico del Hospital de Traumatología Dr. Ney Arias Lora, las informaciones relativas al Hospital Universitario Dr. Francisco E. Moscoso Puello; se analizaron libros, revistas, normas, jurisprudencias, páginas web, experiencias de tomadores de decisiones del sector salud a través de significativas entrevistas, incluyendo la más relevante, la que efectuamos a la actual ministra de salud del país, Dra. Altagracia Guzmán Marcelino. Los resultados obtenidos demuestran que la implementación de este nuevo modelo de gestión hospitalaria encuentra resistencia, esperando que esta dinámica se acelere a partir de la promulgación de la reciente ley que crea el Servicio Nacional de Salud.

El modelo de los hospitales de autogestión debe replicarse en todo el sistema de salud dominicano, puesto que ha demostrado ser funcional, no perfecto, consenso unánime al que llegaron los integrantes del sector salud de la República Dominicana que participaron en esta investigación.

Concepto y características de la descentralización La descentralización como fenómeno social y político busca respuesta a las necesidades que la gente exige, acercando los servicios de la administración pública a los ciudadanos. Como lo afirma Alburquerque (2004), “la naturaleza territorial (o local) del desarrollo económico ha conocido durante mucho tiempo una

situación de marginalidad teórica. La descentralización es un tema abordado desde distintos sectores del Estado como parte importante de sus procesos de reforma” (p.57). Según Ripley (2008) “es el proceso que transfiere poder desde los altos mandos directivos de una organización a los mandos inferiores o desde la organización central hacia la periferia territorial” (p.14). Ripley (2008, citando a Amaro, 2000) define la descentralización de la siguiente manera: (...) la descentralización es la transferencia de normas (derechos y deberes), autoridad, competencias y recursos desde el nivel central a los niveles periféricos, sean éstos regionales, provinciales, distritales, municipales o locales, de tal forma que desde un mando único se llegue a una situación de mandos múltiples dentro de criterios de eficiencia y equidad (p.71). Méndez y Lloret (2007), en su análisis del proceso de desconcentración que se ha venido produciendo en Cuba, muestran diferentes formas para llegar a este proceso, las cuales pueden ir en sus diferentes descentralizaciones, dando a entender lo siguiente: Descentralización administrativa. Supone el traslado de competencias de la administración central del Estado a nuevas personas jurídicas de derecho público, dotadas de un patrimonio propio. Aunque el poder central tiene un control muy limitado sobre las actividades de las entidades documentadas, éstas se encuentran sujetas a las órdenes de aquel y no gozan de personalidad jurídica propia. El objetivo de este tipo de descentralización es lograr una gestión administrativa más ágil y efectiva (p.14). El concepto descentralización es un proceso en construcción por los teóricos que profundizan en el tema, siendo éste tópico muy conflictivo y complejo, por lo que no existe una receta que certifique que su aplicación será exitosa, debiendo valorarse al momento de su aplicación las 22 particularidades de cada país, región, ciudad o municipio.

Es imprescindible conocer las condiciones concretas de cada nación, sin menoscabo de su identidad, raíces, historia y costumbres. A manera de ilustrar cómo transcurre el proceso descentralizador en la consecución de un gobierno de un Estado más eficiente y transparente, he aquí una gráfica que nos muestra cómo debe fluir durante el proceso la obtención de dichos objetivos: 23 Gráfico

No.1: Flujo del proceso de la descentralización Fuente: Reforma y descentralización de servicios agrícolas (FAO) 2.2.1.2.- El concepto moderno de autogestión en la administración pública El término autogestión hace referencia al uso de un método, habilidad y estrategia a través de las cuales los individuos que conforman una institución puedan dirigir eficientemente las tareas asignadas y puedan, consecuentemente, lograr sus objetivos, sin injerencia de una autoridad externa y con independencia en la gestión de los recursos, tanto humanos como financieros.

La autogestión procura el empoderamiento de los partícipes de una actividad u organización en la planificación, ejecución, control y evaluación de las políticas que como metas esta les ha trazado. 24 Con el modelo de autogestión se pretende que los directivos de las instituciones prescindan de facilitar recursos a las instituciones que marchan bajo este esquema, pretendiendo que los gerentes que dirijan estas entidades, con personería jurídica financiera y administrativa, incluyendo los recursos humanos, se agencien los recursos mínimos necesarios que posibiliten su independencia y operación autónoma del órgano rector del cual han sido desconcentrados.

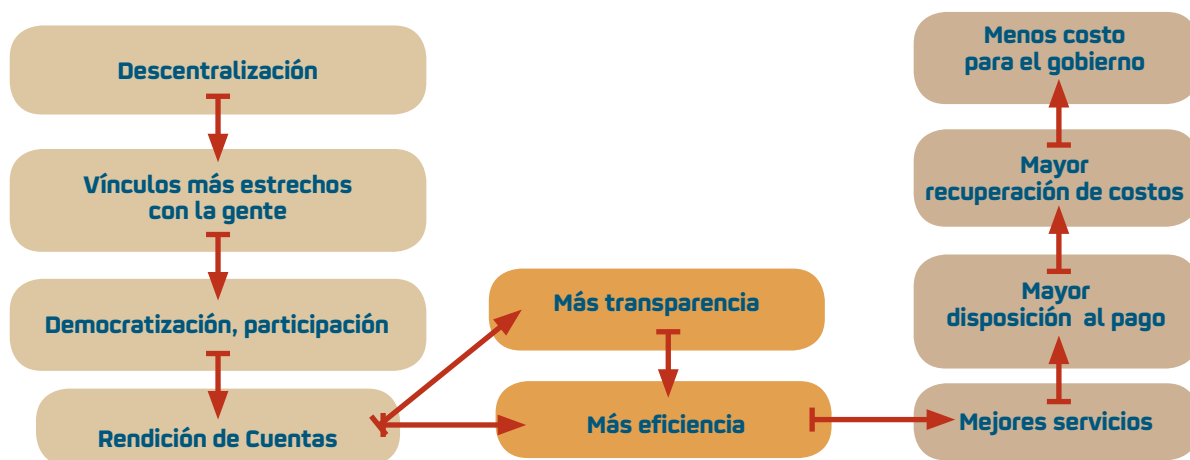
El término desconcentración se aplica en la jerga cotidiana como sinónimo de autogestión; por ello Ripley (2008) citando a Leyva (2000), hace referencia sobre la desconcentración de esta forma: (...) este proceso se puede ver como una dimensión dentro de la descentralización, que se entiende de acuerdo a las transferencias específicas de tareas y asuntos relacionados a la administración del Estado dentro de sus respectivos ministerios sectoriales, dejando fuera los gobiernos locales y teniendo presente la implementación de proyectos que rindan cuentas, en este caso, a las autoridades locales del Sector salud sin que estos puedan tener algún poder integral hacia ellos (...). Evolución de la descentralización del sector salud en el contexto internacional A principios de la década de los noventa, Infante, Mata y López Acuña (2000) diagnosticaron que "la mayoría de los países de América Latina y el Caribe estaban

iniciando o considerando iniciar reformas en el sector de la salud. Parten de un análisis de la situación de dichas reformas y sus tendencias a finales de la década de los noventa". Infante et al., (2000) arguyen que: Ha sido frecuente la creación de comisiones de reforma general o unidades específicas para la reforma del sector de la salud. Asimismo, en la República Dominicana se creó una Comisión para la Reforma y Modernización del Estado dependiente de la presidencia; en el Ecuador, se creó una Comisión Técnica de Reforma dentro del Consejo Nacional de Salud ya existente; en El Salvador, una Comisión para la Modernización del Estado; en Nicaragua el Comité Ejecutivo para la Reforma de la Administración Pública y en Jamaica, el Comité Interministerial sobre la Reforma Administrativa. Las naciones que conforman América Latina y el Caribe se han preocupado por producir cambios en su andamiaje jurídico. Buena parte de estos prevén taxativamente el derecho fundamental a la salud del que gozan sus congéneres, haciéndolos valer en sus constituciones, 25 de manera explícita y con una claridad meridiana. En el caso dominicano la Constitución hace reservas del derecho a la salud como de primera generación.

Las reformas del sector de la salud analizados por Infante et al., (2000) proponen: Reforzar la función rectora de los ministerios de salud. Alguna separación de funciones dentro del sector público se ha producido o se está produciendo en la mayoría de los países; en los ministerios de salud quedan, entre otras, las funciones de regulación, formulación de políticas y coordinación del sector. La información disponible sugiere que varían mucho los efectos de la separación de funciones sobre el financiamiento, que no se dispone de suficiente información sobre cómo afecta al aseguramiento de la salud, y que, al parecer, un buen número de países se ha orientado a separar la provisión del resto de las funciones. Y aunque la información es incompleta, la impresión es que los mecanismos de rendición de cuentas no se están reforzando o que se refuerzan casi exclusivamente en los aspectos de la auditoría financiera y contable.

## Gráfica 1.

Flujo del proceso de la descentralización





# La comunicación en situaciones críticas

La comunicación de las malas noticias es reconocida por los profesionales de la salud como una de las situaciones que generan más tensión en la política diaria.

**H**e querido tratar este tema debido a que a pesar de los grandes avances tecnológicos y científicos que han ocurrido en materia de salud en las últimas décadas, lo cual ha traído como consecuencia un adecuado diagnóstico temprano de diversas patologías y un tratamiento más oportuno, sin embargo; en las universidades se nos enseña a dar las malas noticias a familiares y pacientes en estado crítico, de manera que estas puedan pararse psicológicamente y aceptar la triste realidad de un pariente.

La comunicación de las malas noticias es reconocida por los profesionales de la salud como una de las situaciones que generan más tensión en la política diaria.

Marcos Gómez Sancho, anestesiólogo y experto en cuidados paliativos define la comunicación de malas noticias como "Un acto humano, ético, médico y legal". Que un ser humano

tenga que comunicarle a otro su muerte o que la de alguno de los suyos está próxima, es a la fuerza un acto tremendamente humano. Es el momento de mayor grandeza del acto médico y uno de los más difíciles.

Para dar una mala noticia nunca estamos suficientemente preparados, por lo trascendental de la misma, por esto es de vital importancia mantener desde el principio una buena relación médico-paciente, es importante que el médico escuche detenidamente y sin interrumpir al paciente o familiar y de esta manera realizar un mejor diagnóstico y al mismo tiempo dar las explicaciones de lugar con bastante respeto, la comunicación de la patología debe ser clara, sencilla, directa, respetuosa y dar oportunidad de formular preguntas.

En ocasiones innumerables han existido demandas medicas por una mala comunicación, también con frecuencia hay negación de órganos en centros de trasplantes, lo que trae como consecuencia poco avance en los programas de trasplante de los centros de salud.

Es importante que el médico en sentido general, pero sobre todo el emergenciólogo y el intensivista estén bien adiestrados en lo que respecta a la comunicación en situaciones difíciles y conocer las diferentes respuestas emocionales de los familiares, ante el dolor provocado por una pérdida, escuchar activamente, conocer sobre los aspectos relevantes del duelo inmediato y de esta manera estamos afianzando la humanización de los servicios de salud.

Por último consideramos que el médico debe tener respeto ante el duelo y comprender que puede pasar por shock, rabia, culpa, impotencia, angustia, negación, confusión, pena y en ocasiones hasta de risa, aunque esta última es el menor común ante la pérdida de un ser querido.

En todo momento debemos reconocer que somos profesionales de la salud y que debemos dar apoyo emocional a los familiares ante la pérdida de un ser querido.



## *En gráfica*



La doctora Ysabel Santana, directora general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora junto al Presidente Danilo Medina mientras recibe la medalla de plata otorgada al centro de salud.



## Atención al usuario externo en el “hospital del futuro”

Cuando una persona ingresa a una institución de salud en calidad de paciente o familiar, una de sus principales preocupaciones es ¿cuál será el diagnóstico?, ¿será curable?, ¿cuál será el costo de la atención?, estas entre otras preguntas generan en la persona sentimientos de vulnerabilidad, angustia y preocupación, que junto a otras variables y el temor a lo desconocido, pueden convertir la estadía en una grata o traumática experiencia.

Tradicionalmente el servicio al cliente se entendía como la satisfacción de las necesidades y expectativas, principalmente amabilidad y atención, hoy en día, el usuario demanda mucho más que una buena sonrisa, pues el mismo es sujeto de derechos y deberes los cuales como es el caso del sector salud, están amparados por leyes, de ahí que en las instituciones de salud, a estos elementos habría que agregar que las personas responsables en los diferentes puntos de atención, **tengan la capacidad de mostrar interés personal**, de manera tal que el usuario y/o familiar sienta la confianza suficiente para explicar sus signos y síntomas, suministrar informaciones personales y percibir que está en un lugar seguro y en manos expertas.

Para lograr la satisfacción del usuario que acude a un centro de salud, es importante adoptar un enfoque centrado en el usuario, para lo cual es imprescindible fomentar y educar a todo el personal para un cambio de actitud, orientado a la anticipación de sus necesidades y expectativas.

En el Modelo del **Hospital del Futuro**, implementado en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, se establece al USUARIO como el Centro del Universo de la Atención, razón por la cual se otorga prioridad máxima a todos aquellos elementos relacionados con la prestación del servicio y sobre todo el cumplimiento de estándares de calidad en el proceso de atención, no solo en las áreas clínico-quirúrgicas, sino en las áreas administrativas y de servicios.

En este Modelo la atención al usuario es considerada como el conjunto de actividades interrelacionadas con el fin de que la persona que acude a un centro de salud, obtenga las mejores atenciones en el momento y lugar adecuado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de trámites burocráticos.

Para lograr la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, es de vital importancia trabajar en la educación de la gente para que estos conozcan y reclamen sus derechos y cumplan



con sus deberes, pues en este modelo, la atención en salud es un proceso dinámico que no sólo se refiere al acto médico en sí, sino que en este interactúan varios profesionales y técnicos de diferentes áreas, en el interés de minimizar los riesgos de la atención y garantizar la satisfacción con todos los servicios que se realizan como parte del proceso de atención.



Personal de atención al usuario mientras da orientaciones a los usuarios sobre el proceso de consulta y facturación de seguro.

Es así que para nosotros, la satisfacción del usuario, no es solo responsabilidad de una gerencia, servicio o unidad, razón por la cual, como parte del proceso de inducción al personal de nuevo ingreso se hace hincapié en que lo más importante es el usuario y sus necesidades y que todo el personal del hospital debe girar alrededor de este y que sin importar su formación y experiencia profesional, el usuario es lo primero ya que **“Todos Somos Atención al Usuario”**, es decir que todos representamos el hospital.

En nuestro hospital una de las primeras actividades que realizamos con miras a la puesta en funcionamiento de la Gerencia de Atención al Usuario fue la elaboración del Manual de Organización de la gerencia, en el cual se establece el perfil técnico del personal, sus funciones y responsabilidades y sus derechos y deberes. De igual manera, se elaboraron los protocolos de atención en las diferentes áreas por parte del personal de la gerencia, así como aquellos procesos específicos para la atención en caso de quejas, observaciones, sugerencias, entre otros.

Ya con el marco teórico para el funcionamiento de la gerencia, procedimos al

**En el Modelo del Hospital del Futuro, implementado en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, se establece al USUARIO como el Centro del Universo de la Atención, razón por la cual se otorga prioridad máxima a todos aquellos elementos relacionados con la prestación del servicio y sobre todo el cumplimiento de estándares de calidad en el proceso de atención, no solo en las áreas clínico-quirúrgicas, sino en las áreas administrativas y de servicios.**

proceso de capacitación de todo el personal, en donde se les resaltaba que los mismos debían desempeñar una función reactiva para resolver problemas y lograr disminuir o eliminar la causa de insatisfacción, así como proactiva, para anticiparse a los deseos y necesidades de los pacientes.

Además esta gerencia como tal tiene la responsabilidad de informar a los usuarios sus derechos y deberes establecidos por ley, así como brindar informaciones relacionadas con las diferentes formas de acceso a los servicios, cartera de servicios, horarios y lugares de circulación permitidos, horarios de visita, charlas recibir y canalizar quejas, observaciones y sugerencias, hacer muestreos de satisfacción, entre otras actividades.

**En este modelo y en nuestro hospital, la satisfacción del usuario es y será parte fundamental para el logro de nuestros objetivos**

*“Recuerda que lo más importante respecto a cualquier empresa, es que los resultados no están en el interior de sus paredes. El resultado de un buen negocio es un cliente satisfecho.”*  
Peter F. Drucker.



# Un sostén del éxito del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora; la Gerencia de Medicina Interna y Especialidades

Este equipo de trabajo es el responsable de que distintas personas que son ingresadas en el centro hospitalario padeciendo diversas dolencias, salgan no solo con su salud recobrada, sino también satisfechos del servicio brindado.



“Puedes diseñar y crear, y construir el lugar más maravilloso del mundo, pero se necesita gente para hacer el sueño realidad”, estas sabias palabras fueron brotadas de los labios del gran Walt Disney, y esta misma frase bien puede acuñarse a la labor que realiza día a día el parte médico que forma parte de la Gerencia de Medicina Interna y Especialidades del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 1 cual ha logrado en pocos años consolidarse como uno de los hospitales de mayor demanda y calidad en el servicio en toda la República Dominicana, gracias a su gran equipo de colaboradores, citando de manera específica el personal médico de la Gerencia de Medicina Interna y Especialidades.

Esta gerencia está conformada por un equipo de 25 médicos, dos médicos especialistas en medicina familiar, seis

**La Gerencia de Medicina Interna y Especialidades cuenta con un especialista de 24 horas, y fines de semana para atender eventualidades; en lo que respecta a la coordinación de la Unidad de Nutrición, la misma es liderada por la Dra. Juana Familia, junto a un gran equipo de colaboradores.**

médicos internistas, cinco médicos nutriólogos, once sub especialistas de diferentes áreas (dos cardiólogas, un neurólogo, dos neumólogos, dos gastroenterólogos, una infectóloga, una pediatra, una hematóloga y una reumatóloga; este equipo de trabajo es el responsable de que distintas personas que son ingresadas en el centro hospitalario padeciendo diversas dolencias, salgan no solo con su salud recobrada, sino también satisfechos del servicio brindado.

Si bien es cierto que el trabajo en equipo deja buenos resultados cuando se realiza en armonía, tomando en cuenta la salud y/o atención de los pacientes, no menos cierto es que este éxito no puede ser alcanzado sin un guía o líder que dirija el trayecto a seguir.

El éxito, pues, de la Gerencia es debido en gran medida al trabajo de su gerente, el eminente Dr. Nicasio Aybar Veras, médico altamente capacitado, y el cual con visión de progreso ha logrado afianzar el buen nombre del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora; el Dr. Aybar no sólo tiene en su haber los conocimientos necesarios que demanda se área de trabajo, sino también tiene los valores que le catapultan como un ser altamente sensible a las necesidades de los pacientes.

Es preciso señalar que dentro de los éxitos logrados por la Gerencia de Medicina Interna y Especialidades, de la mano de su gerente se encuentran los mayores:

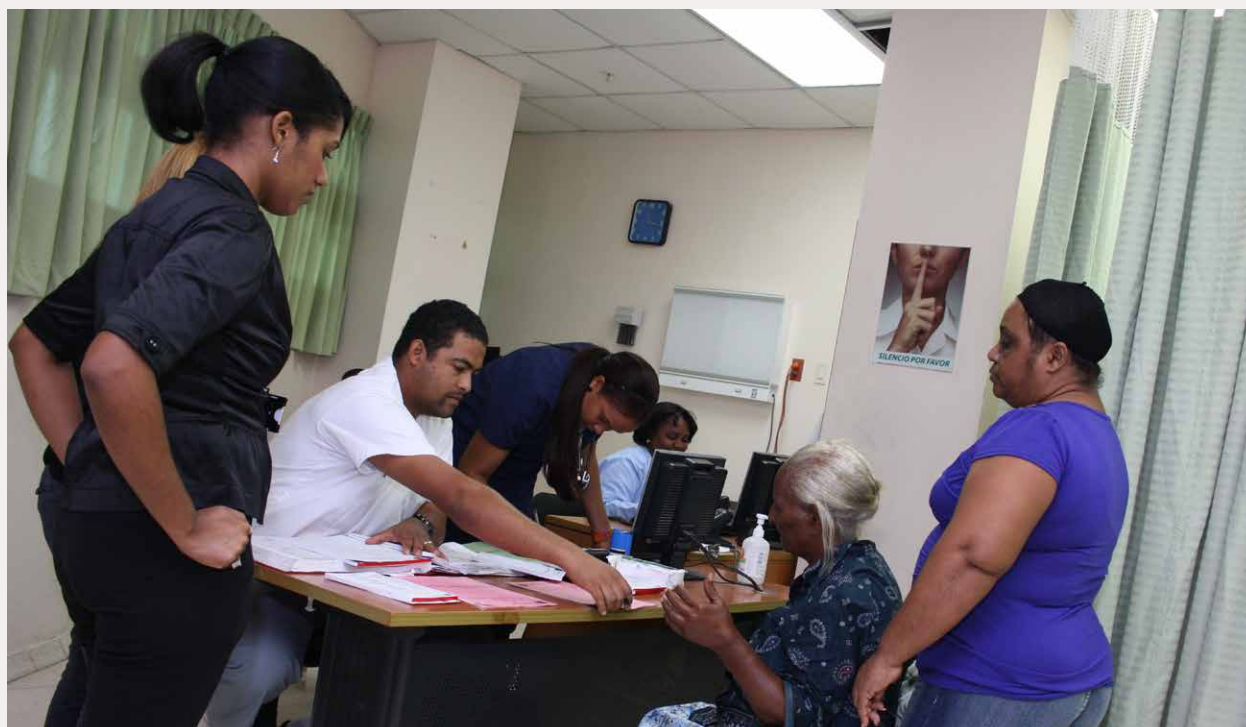
- La creación de la Unidad Pre-Quirúrgica
- La coordinación de la Unidad de Nutrición
- La preparación del paciente quirúrgico por el equipo de hospitalización por parte de medicina interna, quien gestiona la oportuna y correcta evaluación de los pacientes que serían sometidos en lo adelante a procedimientos quirúrgicos.

La Unidad Pre-Quirúrgica desde su creación en el mes de Julio del año 2014 es liderada por la Dra. Martha Irene Cueto, médico familiar, quien coordina la Unidad; dando seguimiento a los pacientes con dolencias traumáticas o quirúrgicas. Desde la fundación de la Unidad, la misma ha registrado una baja tasa de incidencia en complicaciones, confirmando esto un

adecuado servicio con criterios de calidad y sentido humanista; han sido visto en ésta un aproximado de 1,919 pacientes y se han realizado un total de 2973 evaluaciones pre-quirúrgicas aproximadamente.

Cabe resaltar que la Gerencia de Medicina Interna y Especialidades cuenta con un especialista de 24 horas, y fines de semana para atender eventualidades; en lo que respecta a la coordinación de la Unidad de Nutrición, la misma es liderada por la Dra. Juana Familia, junto a un gran equipo de colaboradores, los cuales se han encargado de basar las fortalezas de la coordinación de la Unidad de Nutrición en brindar a los usuarios un soporte nutricional, como forma de garantizarse una mejor evolución de los pacientes.

Gerenciar es cuestión de saber visualizar el éxito, y tal como se ha exteriorizado de una manera resumida, se puede decir sin temor a dudas que el éxito es mucho mayor cuando no se descuidan los detalles o lineamientos de trabajo, y sin menoscabo se considera el resultado más prominente que la suma de las partes que lo impulsaron; la Gerencia de Medicina Interna y Especialidades es uno de los motores que con su dinámica laboral han logrado mover los engranajes del sistema sanitario nacional, de manera especial en los que concierne al Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, y ha demostrado que cuando se ejerce un liderazgo oportuno y eficiente se puede llegar hacia la meta con la seguridad de continuar cosechando muchas más.



# Colectomía total por vía laparoscópica en poliposis adenomatosa familiar

**DRES. ONOFRE TORRES RODRÍGUEZ, MARÍA TERESA MORETA, GUSTAVO RODRÍGUEZ BLANCO, MELISSA GARCÍA, ALEJANDRO SOTO, MANUEL JIMÉNEZ.**

GERENCIA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIA LORA Y UNIDAD DE ENDOSCOPIA DEL CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CIUDAD SANITARIA DR. LUIS E. AYBAR.

## Resumen

El objetivo de este trabajo es reportar los primeros casos de colectomía total por vía laparoscópica en pacientes referidos del Centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar con diagnóstico de Poliposis Adenomatosa familiar. Se presenta el caso de dos hermanas de 30 y 26 años respectivamente, en quienes se demostró una Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) mediante una colonoscopia realizada en el marco de un estudio de pesquisa familiar. En ellas se verificó la presencia de más de 100 pólipos en el colon, y escasos pólipos rectales. Las cirugías se realizaron sin complicaciones, en un tiempo aproximado de 5 horas cada una. La paciente que no presentó complicaciones postoperatorias; se realimentó y se egresó al cuarto día del postoperatorio. La segunda paciente presentó dolor tipo cólico luego del egreso, por lo que fue reingresada y luego de evaluaciones y pruebas complementarias se le realizó una laparoscopia de revisión encontrando colección serohematia de 100 cc en pelvis la cual se aspiró. Posteriormente se egresó en condiciones satisfactorias. La frecuencia defecatoria es de 4 deposiciones diurnas diarias, sin alterar su calidad de vida. Ambas en espera de cierre de ileostomía protectora.

### **PALABRAS CLAVES:**

*Poliposis adenomatosa familiar,  
colectomía laparoscópica*

## Summary

The aim of this paper is to report the first cases of laparoscopic total colectomy in patients referred to Gastroenterology Center Dr. Luis Eduardo Aybar Hospital diagnosed with familial adenomatous polyposis. The case has two sisters of 21 and 27 years respectively in whom one Familial Adenomatous Polyposis (FAP) was



demonstrated by colonoscopy performed in the framework of a study of family research. In them the presence of more than 100 polyps in the colon was observed, and few rectal polyps. The surgeries were performed without complications, in approximately 5 hours each. The patient presented no postoperative complications; It was feed and discharge on the fourth day after surgery. The second patient presented colicky pain after discharge, which was reentered and after evaluation and additional tests will be performed laparoscopy review finding serohematia collection of 100 cc which aspire pelvis. Later he graduated in satisfactory conditions. The defecation frequency is 4 stools daily day without altering their quality of life. Both pending closure of ileostomy protective.

### **KEY WORDS:**

*Familial adenomatous polyposis,  
laparoscopic colectomy*

## Introducción:

La cirugía laparoscópica de colon ha tenido un desarrollo irregular, tanto por la larga curva de aprendizaje, como por la descripción inicial de implantes tumorales en los sitios de los trocáres de los pacientes operados por cáncer colorrectal.<sup>1-6</sup> Sin embargo, desde la segunda mitad de la década de los '90, diferentes series han mostrado sus ventajas esencialmente respecto del menor impacto al organismo, de los menores requerimientos analgésicos, y de la pronta recuperación en el postoperatorio. Se han reportado



también tasas de morbilidad inferior, y mejores resultados en colectomías parciales en diferentes pacientes. En nuestro país, su desarrollo es aún lento, y las experiencias reportadas en la literatura y en los congresos nacionales son escasas.<sup>13-15</sup> Solo hemos encontrado en la literatura nacional un reporte sobre colectomía total por vía laparoscópica realizada en este mismo centro por pancolitis ulcerativa.

El objetivo de este trabajo es informar los primeros pacientes a quienes se le practicó una colectomía total por vía laparoscópica.

### **Caso clínico:**

Se trata de dos femeninas de 4 hermanos, de 30 y 26 años, cuyas, abuela y tía maternas, habían fallecido por un cáncer de colon secundario a una PAF. De sus dos hermanos restantes, su hermana de 29 años, se estudiaron con endoscopia y colonoscopia, demostrándose también una poliposis esofágica y gástrica y varios pólipos en colon, los cuales se extirparon vía endoscópica; su hermano pendiente de endoscopia y colonoscopia. La colonoscopia mostró más de 100 pólipos distribuidos difusamente en el colon, sin lesiones sugerentes de cáncer; el recto por su parte, sólo evidenciaba escasos pólipos adenomatosos (en ambos casos). El estudio endoscópico alto mostró pólipos gástricos y duodenales aislados. La TAC abdominal fue informada normal, sin presencia de otros tumores. Discutido con la paciente, se decidió realizar una colectomía total con AIR por vía laparoscópica, además de ileostomía protectora. Se preparó el colon la noche anterior con Fleet oral, y se administró una profilaxis antibiótica con Cefotaxima- Metronidazol. Se colocó cinco trocates en la forma habitual, y en la exploración inicial se observó una cavidad abdominal sin adherencias, y escaso tejido graso intraperitoneal. Se disecó la corredera parietocólica derecha, se descendió el ángulo

**La cirugía laparoscópica de colon ha tenido un desarrollo irregular, tanto por la larga curva de aprendizaje, como por la descripción inicial de implantes tumorales en los sitios de los trocates de los pacientes operados por cáncer colorrectal.<sup>1-6</sup>**

hepático y luego se continuó desprendiendo el colon sigmoidees, izquierdo y ángulo esplénico. Una vez liberado completamente el colon se prosiguió con las ligaduras vasculares (vasos cólicos derechos, cólicos medios y mesentérica inferior). Para esto se utilizó clips electrocoagulación con armonico. Se seccionó la unión recto sigmoidea con grapadora echelon una carga azul. Se amplió la incisión de 5mm en fosa iliaca derecha, por la que se exteriorizó el colon, y el íleon terminal. Se realizó una bolsa en J con echelon y cargas azules para luego introducir el cabezal de una corchetera circular #29. Se reintrodujo el íleon a la cavidad abdominal, Se reanudó el neumoperitoneo, se introdujo el stappler circular en el recto por vía anal, y se realizó la anastomosis mecánica, verificando la extracción indemne de los “picarones” del íleon terminal y recto. Se realizó la prueba de hermeticidad instilando aire, se revisó la hemostasia, y se realizó ileostomía

protectora se cerró los orificios aponeuróticos con Vicryl. No hubo complicaciones intraoperatorias, y el tiempo total fue de 5 horas; las pacientes se trasladaron a recuperación por 2 horas, y luego a su pieza. La analgesia consistió en opiáceos por PCA y AINES intravenosos por dos días; el tránsito de gases y la realimentación con hídrico iniciaron a los dos días, y eliminó deposiciones a los tres días. Una no presentó complicación postoperatoria, dándose de alta al quinto día postoperatorio. La segunda requirió re intervención vía laparoscópica a los 15 días de post operatorio con drenaje de 100 cc de líquido serohemático, sin ninguna otra complicación. La anatomía patológica confirmó la presencia de más de 100 pólipos adenomatosos, sin evidencia de cáncer. La paciente ha seguido hasta la actualidad asintomática, con una frecuencia defecatoria de 4 deposiciones diurnas, sin que esto altere su calidad de vida. Está citada con fines de recanalización de ileostomía a las 12 semanas de postoperatorio.

## Discusión

A nuestro juicio, la PAF es probablemente una de las patologías en la que la cirugía laparoscópica puede desarrollar un rol fundamental. Debido esto a que mayormente, se trata de pacientes jóvenes, habitualmente asintomáticos y sin cirugía abdominal previa, con pretensiones estéticas, y con intenciones de un retorno laboral más rápido, por lo que requieren procedimientos quirúrgicos que alteren su estilo de vida lo menos posible. Es obvio que los grandes escollos del abordaje laparoscópico lo constituyen el tiempo operatorio prolongado y los costos del instrumental requerido. Por otra parte, creemos que más importante que tiempos operatorios acortados, es la experiencia ganada con la técnica que permite mayor seguridad y confianza, y en consecuencia una baja tasa de complicaciones. Por otro lado, si bien los costos del instrumental laparoscópico son una desventaja no despreciable, deben ser ponderados con los ahorros que implica los menores requerimientos en analgésicos, unidades de intermedio, días de hospitalización y eventualmente de licencia laboral. Los estudios de costo reportados en la literatura han sido contradictorios, difíciles de comparar, y generalmente incluyen solamente los costos inmediatos de la colectomía laparoscópica.<sup>2,12,16,19,21,22</sup> Por ello, debe realizarse estudios de costo reales, y evaluar la factibilidad técnica de reducir el uso de engrapadoras mecánicas, por ejemplo, mediante la realización de anastomosis manuales.

## Bibliografía

1. **Palanivelu C.** El arte de la cirugía Laparoscópica, tomo 2, Amolca, Venezuela 2011.
2. **Fleshman JW, Nelson H, Peters WR et al:** Early results of laparoscopic surgery for colorectal cancer. Retrospective analysis of 372 patients treated by Clinical Outcomes of Surgical Therapy (COST) Study Group. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(10 Suppl): S53-8.
3. **Milsom J, Böhm B:** Laparoscopic colorectal surgery. New York, 1995.
4. **Monson JR, Hill AD, Darzi A:** Laparoscopic colonic surgery. *Br J Surg* 1995; 82:150-7.
5. **Nelson H:** Laparoscopic colectomy for colon cancer- a trial update. *Swiss Surg* 2001; 7: 248-51.
6. **Metcalf AM:** Laparoscopic colectomy. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 1321-6.
7. **Nishiguchi K, Okuda J, Toyoda M et al:** Comparative 388 Colectomía total por vía laparoscópica en poliposis adenomatosa... / Francisco López K y cols evaluation of surgical stress of laparoscopic and open surgeries for colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 223-30.
8. **Schuster TG, Montie JE:** Postoperative ileus after abdominal surgery. *Urology* 2002; 59: 465-71.
9. **Tang C, Eu K, Tai B et al:** Randomized clinical trial of the effect of open versus laparoscopically assisted colectomy on systemic immunity in patients with colorectal cancer. *Br J Surg* 2001; 88: 801-



10. **Weeks J, Nelson H, Gelber S et al:** Short-term quality of life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer. *JAMA* 2002; 287: 321-8.
11. **Lacy A, Garcia-Valdecasas J, Delgado S et al:** Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomized trial. *Lancet* 2002; 29: 2224-9.
12. **Lumley J, Stitz R, Stevenson A et al:** Laparoscopic colorectal surgery for cancer: intermediate to longterm outcomes. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 867-72; discussion 872-5.
13. **Melkonian E, Wainstein C, Díaz H et al:** Cirugía laparoscópica intestinal. LXXV Congreso Chileno de Cirugía, Pucón, 2002. 14. **López KF, Soto DG, Zárate A:** Protocolo de cirugía laparoscópica intestinal. *Rev Chil Cir* 2002; Enviado a publicación.
15. **Hermansen T, Rodríguez E, Salamanca J et al:** Reconstitución de tránsito después de la operación de Hartmann con videolaparoscopia asistida. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 633-6.
16. **Pikarsky A:** Update on prospective randomized trials of laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Surg Oncol Clin North Am* 2001; 10: 639-53.
17. **Schlachta C, Mamazza J, Seshadri P et al:** Defining a learning curve for laparoscopic colorectal resections. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 217-22.
18. **Marusch F, Gastinger I, Schneider C et al:** Importance of conversion for results obtained with laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 207-14.
19. **Rickard M, Bokey E:** Laparoscopy for colon cancer. *Surg Oncol Clin North Am* 2001; 10: 579-97. 20. **Talac R, Nelson H:** Laparoscopic colon and rectal surgery. *Surg Oncol Clin North Am* 2000; 9: 1-12. 21. **Milsom JW, Bohm B, Hammerhofer KA et al:** A prospective, randomized trial comparing laparoscopic versus conventional techniques in colorectal cancer surgery: a preliminary report. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 46-54; discussion 54-5. 22. **Schiedeck TH, Schwandner O, Baca I et al:** Laparoscopic surgery for the cure of colorectal cancer: results of a Germ



# “Experiencia emocional de los pacientes post quirúrgicos de bariátrica, en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora en el período febrero 2012 a febrero 2014”

La obesidad es un trastorno multifactorial, sin embargo los factores psicológicos están teniendo cada vez más peso, existiendo fuertes evidencias que apoyan el considerar a la obesidad como un trastorno mental y no solo orgánico.

**DRA. MARISOL TAVERAS ULERIO**  
GERENTE SALUD MENTAL

## Resumen

La cirugía bariátrica ha probado ser el tratamiento más efectivo para reducir de peso de cualquier magnitud, lo que favorece la mayoría de las morbilidades asociadas.

En ese sentido, la obesidad es una patología de alta prevalencia a nivel mundial, siendo creciente su incidencia y llegando a cifras preocupantes. Se asocia a una serie de complicaciones médicas y psiquiátricas, siendo las manifestaciones más frecuentes: ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto se ha convertido en una opción terapéutica para el manejo de la obesidad.

La obesidad es un trastorno multifactorial, sin embargo los factores psicológicos están teniendo cada vez más peso, existiendo fuertes evidencias que apoyan el considerar a la obesidad como un trastorno mental y no solo orgánico.

Esta investigación se trata de un tipo de estudio descriptivo, partiendo de una colección prospectiva de datos, con el propósito de investigar la experiencia emocional de los pacientes post quirúrgicos de bariátrica, fue realizada con una muestra de 9 pacientes que asistieron a la consulta de salud mental, en un periodo de dos años, se realizó una encuesta donde apreciamos cambios positivos en el auto concepto y estado anímico de los pacientes.

### PALABRAS CLAVES:

*cirugía bariátrica, obesidad y experiencia emocional.*

## Abstract

Bariatric surgery has proven to be the most effective treatment to reduce weight of any magnitude, favoring the most associated comorbidities; Obesity is a highly prevalent worldwide, with increasing incidence and reaching alarming figures. It is associated with a number of medical and psychiatric complications, the most common manifestations: anxiety, depression and disordered eating behavior. Thus it has become a treatment option for the management of obesity.

It is a multifactorial disorder, but psychological factors are having more and more weight, there is strong evidence supporting the consider obesity as a mental disorder and not just organic.

This research is a type of descriptive study, based on a prospective data collection, in order to investigate the emotional experience of post surgical patients bariatric, was conducted with a sample of 9 patients who attended the health consultation mentally, in a period of two years, a survey where performed and we see positive changes in self-concept and emotional state of patients.

### KEY WORDS:

*bariatric surgery, obesity and emotional experience.*

## Objetivo General

- Determinar la experiencia emocional de los pacientes post-quirúrgicos de bariátrica en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, en el período febrero 2012 a febrero 2014.

## Objetivos Específicos

1. Describir las variables asociadas a la cirugía (la edad, el sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, la experiencia y percepción personal )
2. Determinar la experiencia en relación a los alimentos luego del procedimiento.
3. Identificar la causa o indicación más frecuente por la que los pacientes se realizan la cirugía bariátrica.
4. Evaluar el estado físico y como se visualizan en su aspecto físico los pacientes post-quirúrgicos de bariátrica en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora.
5. Evaluar la emoción experimentada luego de la cirugía bariátrica.
6. Evaluar la recomendación del procedimiento a otras personas por parte de los pacientes post quirúrgicos de bariátrica.
7. Determinar la recepción de información y la reincidencia de la cirugía en los pacientes post quirúrgicos de bariátrica.

## Marco Conceptual

### Emoción

La emoción es un proceso psicológico adaptativo, que tiene la finalidad de reclutar y coordinar el resto de los procesos psicológicos cuando situaciones determinadas exigen una respuesta rápida y efectiva para ajustarse a cambios que se producen en el medio ambiente.

### Diferencia de emoción y sentimiento

Damasio establece la siguiente diferencia:

- **Las emociones son un conjunto complejo** de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo.
- **Los sentimientos**, en cambio, son la evaluación consciente que hacemos de la percepción de nuestro estado corporal durante una respuesta emocional.
- **Una emoción se produce por un proceso de cambio** y genera un sentimiento consciente.

## Tipos de emociones

- **Emociones básicas o primarias:** es fácil percibirlas, principalmente porque provocan un comportamiento estandarizado y sus causas suelen ser invariables. Existen 6 emociones primarias: tristeza, felicidad, sorpresa, asco, miedo e ira. Las emociones primarias constituyen procesos de adaptación.
- **Emociones de fondo:** son producto o resultado de las emociones básicas. Asimismo, a pesar de su significancia, este tipo de emociones no suelen manifestarse en la conducta de la persona. Las emociones de fondo son básicamente dos: desánimo y entusiasmo. A partir de ellas no sólo se conforma el estado de ánimo diario de un individuo, sino que también influyen radicalmente en sus acciones.
- **Emociones sociales:** reciben su nombre a partir del hecho de que es condición necesaria la presencia de otra persona para que estas puedan aflorar. Algunas emociones sociales son: vergüenza, gratitud, admiración, orgullo, celos, simpatía, ofuscación, admiración, irritación, etc.

## Clasificación de las Emociones

- **Emociones positivas:** son aquellas que propician una acentuación en el bienestar del individuo que las siente. Suelen contribuir favorablemente en la manera de pensar y de actuar de las personas, proporcionando reservas tanto físicas como psicológicas para tiempos de crisis. Como son la alegría, la satisfacción, la gratitud, la serenidad, etc.
- **Emociones negativas:** de manera contraria a las anteriores, éstas provocan una reducción en el bienestar del sujeto que la experimenta. Por eso mismo, existe un deseo consciente de evadirlas, ya que bloquean la energía del ser humano e inciden negativamente en su salud. La ira, el miedo, el asco y la depresión.
- **Emociones neutras:** no son agradables ni desagradables, ni positivas ni negativas, pero comparten características de ambas. Se asemejan a las positivas en su brevedad temporal y a las negativas en la gran movilización de recursos que producen.

## Funciones de la emoción

- **Adaptación corporal:** Los cambios producidos a nivel corporal constituyen la función básica de la emoción.
- **Cada nueva experiencia** requiere de un proceso de adaptación.
- **La reacción de acuerdo al estímulo será psicológico** (cambios en la expresión) o fisiológico (cambios en la acción), y de acuerdo la experiencia genera una emoción positiva o negativa. Estas pueden ser innatas o aprendidas. También están dadas por las particularidades individuales del cerebro, la formación y las percepciones del entorno.

## Cirugía Bariátrica

- Es un conjunto de procedimientos quirúrgicos que buscan modificar anatómica, funcional y metabólicamente el tracto digestivo para lograr disminuir el exceso de peso y resolver parcial o definitivamente las comorbilidades asociadas mejorando así las condiciones y calidad de vida del paciente obeso.
- El término procede del griego BAROS (peso) y IATREIN (tratamiento).

### Procedimientos

Los procedimientos de cirugía bariátrica actualmente aprobados son:

- Bypass gástrico por laparoscopia
- Manga o sleeve gástrico por laparoscopia
- Banda gástrica por laparoscopia
- Switch duodenal por laparoscopia
- Derivación biliopancreática por laparoscopia
- Cirugía bariátrica de conversión
- Cirugía bariátrica de revisión temprana (antes de 30 días en el postoperatorio)
- Cirugía bariátrica de revisión tardía (después de 30 días del postoperatorio)

### Contraindicación de cirugía bariátrica en psiquiatría

No existe consenso internacional respecto a que patología psiquiátrica debería considerarse como contraindicación absoluta o relativa, se estima que las contraindicaciones absolutas para la cirugía bariátrica son aquellas patologías que afectan la capacidad del paciente para mantener las indicaciones del pre y post quirúrgico, y asimismo, de entender el proceso quirúrgico en sí.

Son consideradas en contraindicación absolutas:

- Retardo mental
- Bulimia nerviosa
- Trastornos psicóticos
- Trastornos graves de la personalidad
- Adicciones a drogas incluido el alcoholismo
- Trastorno bipolar grave

Contraindicaciones relativas:

- Trastorno por atracón
- Trastornos personalidad moderados o leves
- Trastornos del espectro ansioso
- Trastornos del espectro afectivo
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Investigaciones reportan un 60% de los pacientes para cirugía bariátrica presentan patologías psiquiátricas concomitantes, señalan las mas prevalentes:

- Trastornos de la alimentación 30%
- Trastornos afectivos y de adaptación 15%
- Trastornos personalidad 10%

La cirugía bariátrica es considerada parte de una estrategia terapéutica.

Con la cirugía se persiguen dos objetivos :

- La pérdida de peso
- Mejoría de los problemas de salud relacionados a la obesidad.

## Metodología

### Tipo de estudio

Se trata de un tipo de estudio descriptivo, partiendo de una colección prospectiva de datos, con el propósito de investigar la experiencia emocional de los pacientes post quirúrgicos de bariátrica, en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, en el período febrero 2012 a febrero 2014.

### Universo y muestra

Los pacientes post quirúrgico de bariátrica del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, 20 hombres y 42 mujeres para un total de 62 pacientes.

Los pacientes que asistieron a consulta de salud mental fue de 9 pacientes en el periodo febrero 2012 a febrero 2014.

### Recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboro un cuestionario de preguntas cerradas tipo selección múltiple el cual fue precodificado, al fin de procesarlo mediante el uso de la computadora.

## Procedimiento

Todos los participantes, diagnosticados con obesidad mórbida, habían sido categorizados aptos para acceder a cirugía bariátrica, tras evaluación psicológica y psiquiátrica, descartándose la presencia de trastornos mentales.

Se solicito y aprobó permiso al departamento de cirugía general para identificar el número de pacientes post quirúrgicos de bariátrica periodo febrero 2012 a febrero 2014.

Los pacientes que asistieron a la consulta de salud mental después de la cirugía le fue aplicado el cuestionario.

## Recursos

En el desarrollo de la investigación se realizó con la asistencia de una médico especialista en psiquiatría, un licenciado psicólogo clínico, y una médico especialista en epidemiología. Además se contó con los archivos de consulta de psiquiatría del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, con libros, computadoras, fotocopia, lapiceros, borrador, hojas en blanco.

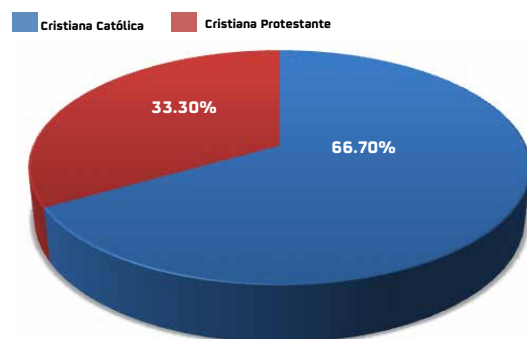
### Resultados

En la población de estudio, las edades estuvieron comprendidas entre 26 a 63 años.

De acuerdo a la religión en este estudio el 66.7% corresponde a la cristiana católica, y 33.3% a la cristiana protestante. [Ver gráfico No. 1].

### Gráfico 1.

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Religión

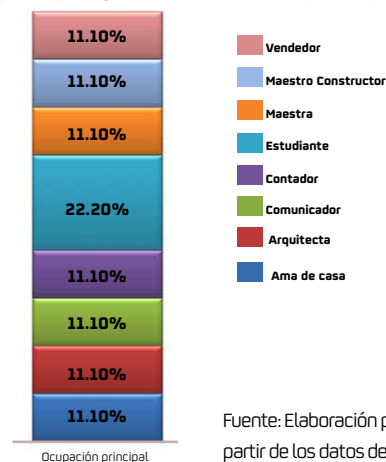


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del HTNAL.

En relación a la ocupación de estos pacientes, 22.2% son estudiantes y 11.1% corresponde a maestra, ama de casa, arquitecta, comunicador, contador, maestro constructor, vendedor como ocupación principal (Ver gráfico No. 2); mientras que como ocupación secundaria un 22.2% respondió ser ama de casa y 11.1% ganadero. (Ver gráfico No. 3).

### Gráfico 2.

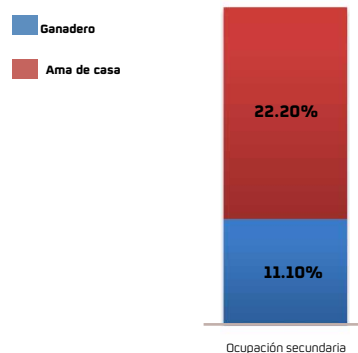
Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Ocupación principal



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del HTNAL.

### Gráfico 3.

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Ocupación secundaria

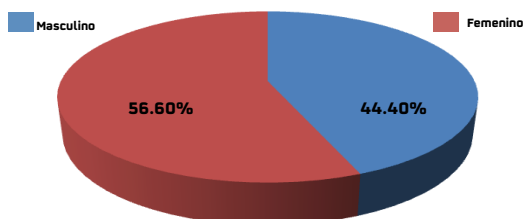


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del HTNAL.

En cuanto a sexo de nuestro universo, 56.6% pertenecen al sexo femenino, y 44.4% al sexo masculino. (Ver gráfico No. 4).

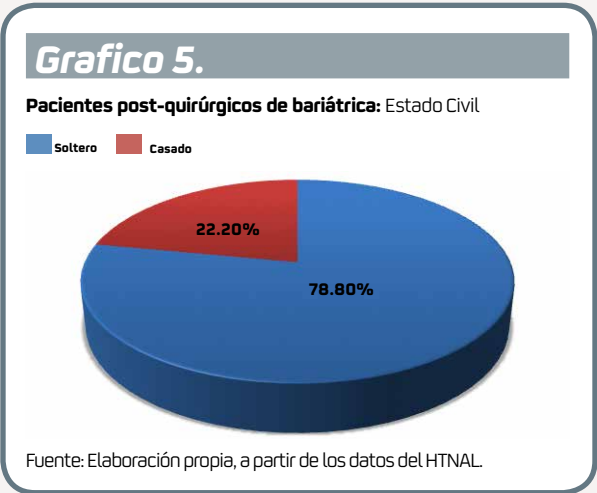
### Gráfico 4.

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Sexo

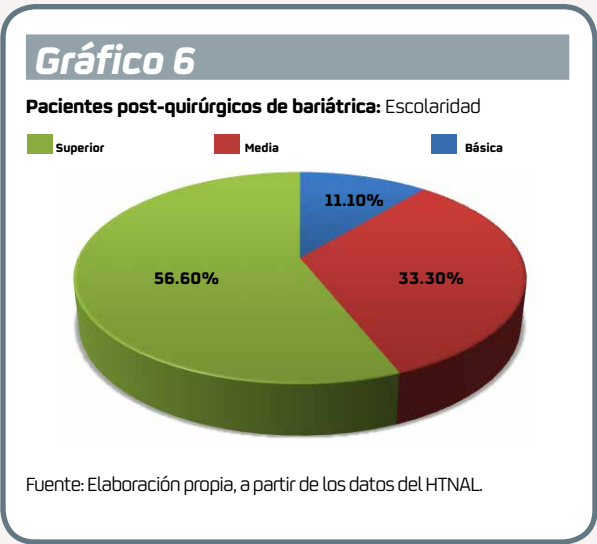


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del HTNAL.

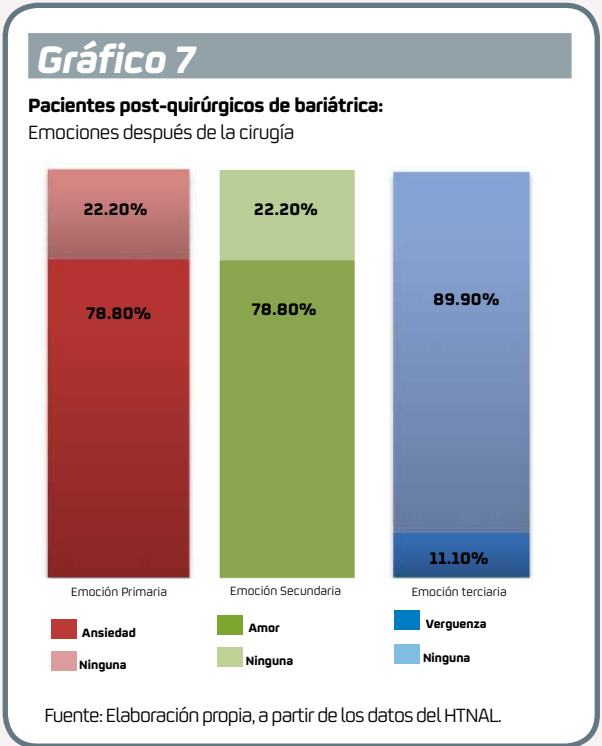
El estado civil de los encuestados correspondió a: 78.8% solteros, y 22.2% a casados. (Ver gráfico No. 5).



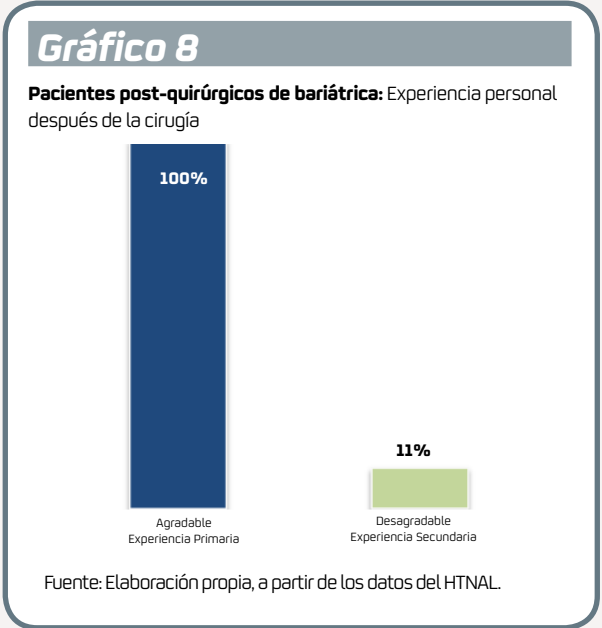
La escolaridad de los pacientes, 56.6% son de educación superior, 33.3% media, y 11.1% básica. (Ver gráfico No. 6).



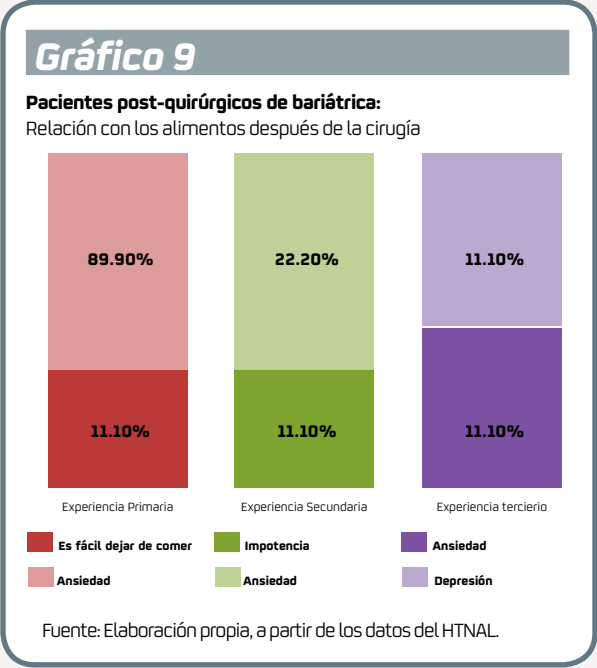
La escolaridad de los pacientes, 56.6% son de educación superior, 33.3% media, y 11.1% básica. (Ver gráfico No. 6).



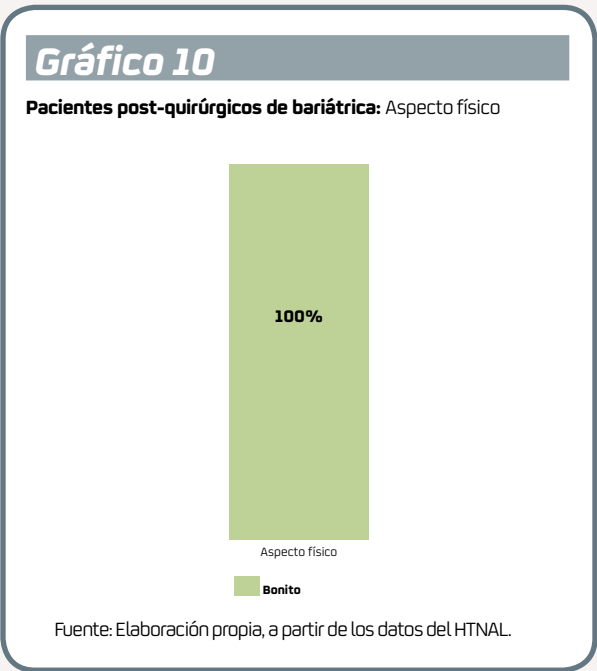
En cuanto a la experiencia personal después de la cirugía de los pacientes, 100% fue agradable en su experiencia primaria, 11.1% desagradable como experiencia secundaria. (Ver gráfico No. 8).



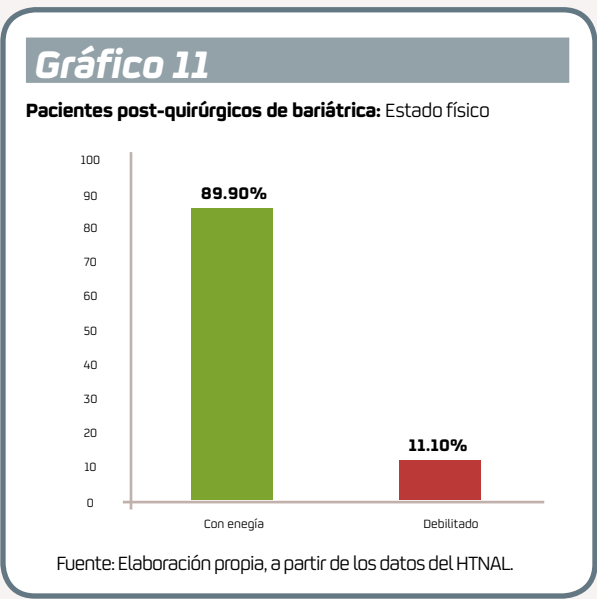
En lo referente a la relación con los alimentos después de la cirugía de los pacientes, como experiencia primaria el 89.9% manifestó que es fácil dejar de comer, y un 11.1% presentó ansiedad; como experiencia secundaria, el 22.2% dijo sentir ansiedad, y un 11.1% impotencia; como experiencia terciaria, un 11.1% dijo tener tanto como depresión. (Ver gráfico No. 9).



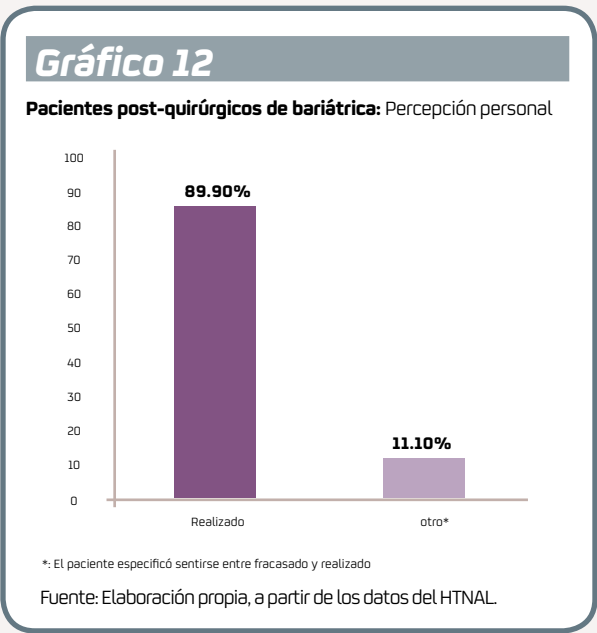
Según el aspecto físico de los pacientes, el 100% se consideró bonito. (Ver gráfico No. 10).



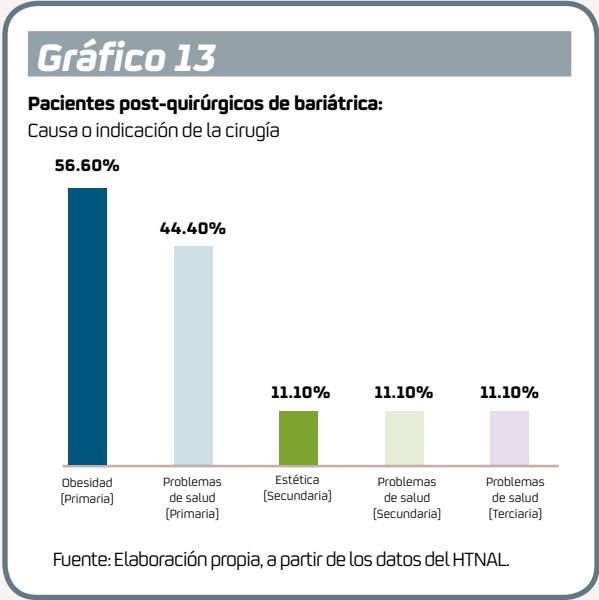
Según el estado físico de los pacientes, 89.9% se sintieron con energía, y el 11.1% debilitados. (Ver gráfico No. 11).



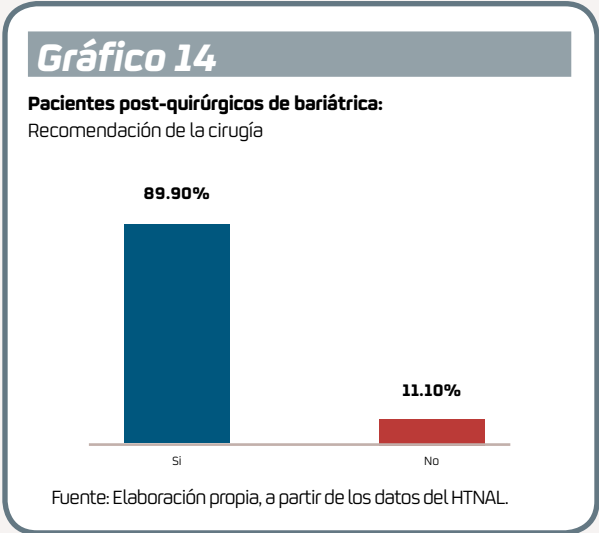
En la percepción personal de los encuestados, 89.9% se consideraron realizados, 11.1% fracasado. (Ver gráfico No. 12).



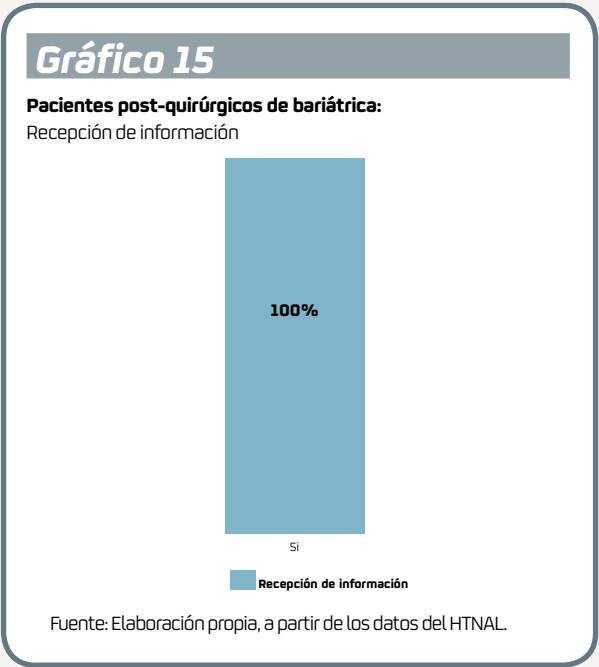
De acuerdo a la causa o indicación de la cirugía de los pacientes, un 56.6% contestó que la causa primaria fue por obesidad, y el 44.4% restante por problemas de salud; en tanto que un 11.1% declaró como causa secundaria estética y por problemas de salud respectivamente; finalmente solo un 11.1 % dijo tener una causa terciaria, en este caso problemas de salud. (Ver gráfico No. 13).



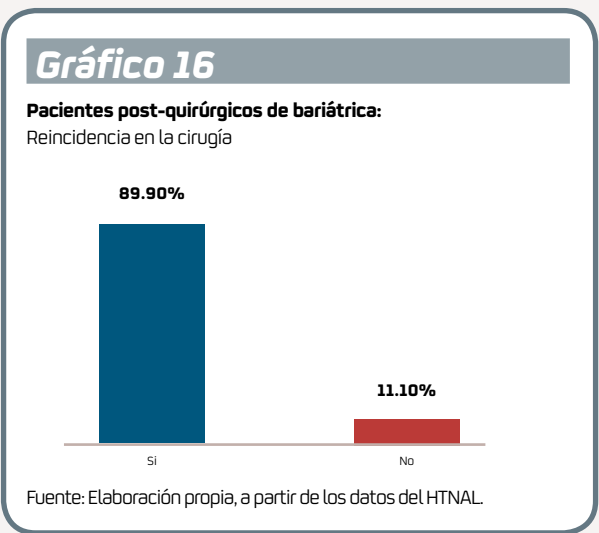
En lo relacionado a la recomendación de la cirugía, de los encuestados el 89.9% si la recomiendan, y un 11.1% no. (Ver gráfico No. 14).



En cuanto a la recepción de información de nuestro universo, 100% si recibieron información del procedimiento quirúrgico. (Ver gráfico No. 15).



Sobre la posible reincidencia en la cirugía de los pacientes, el 89.9% dijo que si volverían hacerse la cirugía, mientras que un 11.1% dijo que no volvería hacerse la cirugía. (Ver gráfico No. 16).



## Análisis e interpretación de los resultados

Se realizó un estudio de los pacientes post quirúrgicos de bariátrica que acudieron a la consulta de psiquiatría del Hospital Traumatólogo Dr. Ney Arias Lora, encontrándose que el periodo de dos años asistieron 9 pacientes, lo que nos llama la atención ya que la perspectiva que teníamos era mayor a lo obtenido.

A nuestro juicio las razones están basadas en las siguientes características:

### Los pacientes:

- Desconocimiento de la importancia del seguimiento por salud mental antes y después de la cirugía.
- Desertan de las consultas de salud mental porque entienden no lo necesitan.
- Muchos vienen del extranjero.
- Evitan ser identificados como pacientes de salud mental.

El departamento de cirugía bariátrica:

- El seguimiento post quirúrgico de los pacientes por salud mental no es parte del protocolo como la evaluación psiquiátrica y psicológica pre quirúrgica de bariátrica.

### Análisis de resultados:

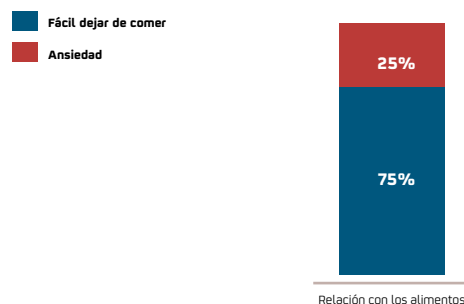
- El rango de edad en que se recomienda realizar la cirugía es de 18 a 65 años, nuestra muestra fue de 26 a 63 años, la cual está dentro de las estadísticas internacionales.
- La religión de mayor frecuencia es la cristiana católica, pero la cristiana protestante tiene un porcentaje significativo, esto se traduce a que la religión no interfiere a la hora de tomar la decisión para realizar la cirugía.
- En la ocupación observamos que ocurre en cualquier área ocupacional.
- El sexo femenino resulto en mayor porcentaje en nuestro estudio y se corresponde con las estadísticas, pero nos llama la atención que la diferencia del porcentaje de los masculinos es muy poca, lo que significa que la búsqueda de este tipo de procedimiento se ha incrementado en el sexo masculino.
- El estado civil de mayor porcentaje es el soltero cumple con los criterios epidemiológicos sobre los casados.
- La escolaridad el nivel superior ocupa el primer lugar en elegir la cirugía, da como resultado que a mayor conocimiento más información sobre el procedimiento.
- De los síntomas emocionales después de la cirugía la ansiedad, amor, vergüenza fueron las emociones mayormente expresadas.
- En la experiencia primaria personal después de la cirugía fue agradable en su totalidad, lo que demuestra la satisfacción del trabajo realizado por el departamento de cirugía.

- En relación con los alimentos después de la cirugía el mayor porcentaje expreso facilidad para dejar de comer, y a pesar de que un por ciento mínimo sintió impotencia, ansiedad y depresión, pero que para nosotros es significativo porque a pesar de que la muestra es de pocos pacientes se presentaron estos síntomas, por lo que debemos poner mayor atención a los problemas emocionales posterior a este procedimiento.
- Otro aspecto interesante, en la relación con los alimentos después de la cirugía es que los hombres presentaron más ansiedad que las mujeres en la experiencia principal. (Ver gráfico No. 17).

### Gráfico 17

#### Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:

Relación con los alimentos después de la cirugía en hombres



Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del HTNAL.

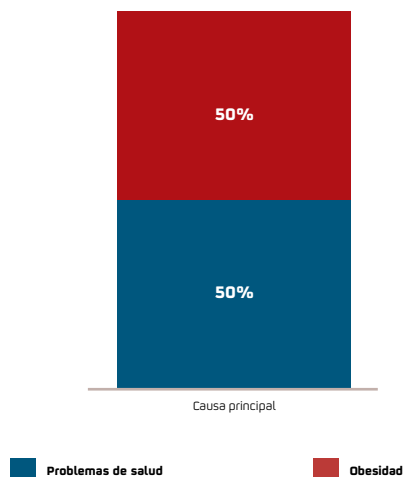
- Valoramos la experiencia del aspecto físico, y el 100% refirió verse bonito. El estigma social de gordo es igual a feo juega un papel importante sobre esta experiencia.
- En el estado físico el mayor porcentaje fue con energía observamos el importante papel que juega con el estado de ánimo y la autoestima.
- La percepción personal el predominio fue de sentirse realizado, lo que demuestra datos positivos de la autopercepción y el procedimiento.
- Podríamos pensar que la principal causa o indicación de la cirugía debería ser por problemas de salud, sin embargo en esta investigación es la obesidad, lo que significa desconocimiento de la utilidad desde el punto de vista preventivo, entendiendo que la obesidad también es parte de la problemática de salud.
- Adicionalmente, si se analiza la causa o indicación de la cirugía por sexo, se observa que entre las mujeres la causa principal fue un 50% tanto por problemas de salud como

de obesidad. (Ver gráfico No. 18). Entre los hombres es ligeramente distinto, ya que un 25% si tuvo como causa principal la obesidad, mientras que el 75% restante se refirió a problemas de salud. (Ver gráfico No. 19).

### Gráfico 18

#### Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:

Causa o indicación de la cirugía en mujeres

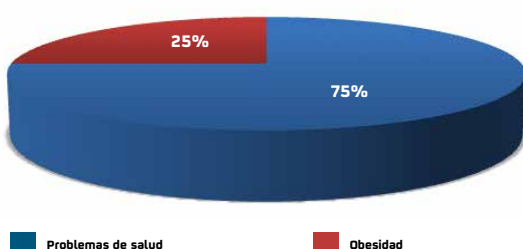


Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del HTNAL.

### Gráfico 19

#### Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:

Causa o indicación de la cirugía en hombres



- Evaluamos la recomendación de la cirugía siendo si la de mayor porcentaje y no la de menor porcentaje.
- La recepción de información el 100% recibió la información del procedimiento, lo que indica el seguimiento del protocolo pre quirúrgico en el departamento de cirugía.
- Según los resultados, la mayoría (89.9%) reincidiría en la cirugía.

## Conclusiones

- El número de pacientes post quirúrgicos de cirugía bariátrica que acuden a la consulta de salud mental es relativamente baja.
- Ya que la edad promedio correspondió a 43 años, se puede inferir que ciertamente este tipo de procedimiento es más frecuente en la adultez.
- La religión de mayor porcentaje correspondió a la cristiana católica.
- La ocupación principal fue la de estudiante y la ocupación secundaria ama de casa.
- Las mujeres son las que principalmente optan por este tipo de cirugía.
- Según los resultados, los solteros tienen mayor propensión a este tipo de cirugía.
- A pesar de que la obesidad prevalece igual en todos los niveles socioeconómicos y educativos, en nuestra investigación la cirugía fue realizada en mayor proporción en el nivel escolar superior, lo cual indica mejores ingresos, por tanto mayor facilidad de bienes y servicios.
- Sobre las emociones experimentadas, la mayoría presentó ansiedad, en la emoción primaria; en segundo lugar la mayoría experimentó amor, y en la emoción terciaria solo una minoría experimentó vergüenza.
- En la experiencia emocional primaria y secundaria prevaleció la experiencia agradable.
- En cuanto a su relación con los alimentos después de la cirugía, en la experiencia primaria el porcentaje mayor correspondió a que es fácil dejar de comer, en la experiencia secundaria la ansiedad, y en la terciaria la ansiedad y depresión en igual proporción.
- Apreciamos cambios positivos en el auto concepto y estado anímico de los pacientes. Prácticamente, toda la población se consideró bonita en su aspecto físico después de la cirugía.
- Refiriéndose al estado físico, La mayoría expresó tener energía luego de la cirugía.
- A nivel de la percepción personal, la mayoría también se sintió realizado.
- En la causa o indicación de cirugía, se determinó que la generalidad fue por obesidad.
- La mayor parte de los pacientes recomendaría la cirugía.
- Toda la población refirió haber recibido información sobre la cirugía.
- En la reincidencia en la cirugía el mayor porcentaje dijo que sí.
- La cirugía bariátrica se constituye en una oportunidad clave para que cirujanos y psiquiatras trabajen en conjunto obteniendo mejores resultados quirúrgicos y psicológicos en beneficio de todos los pacientes.

## Recomendaciones

- Desarrollar un protocolo pre y post quirúrgico de bariátrica, a fin de solicitar al departamento de salud pública la aplicación de este instrumento en todos los centros donde se realizan este tipo de procedimiento quirúrgico. Considerando que la obesidad es un problema de salud pública, y que la cirugía bariátrica se ha convertido en una opción terapéutica de primer orden para la misma.
- Descartar patología psiquiátrica absoluta y relativa, evitando así el riesgo de suicidio.
- Psicoeducar a los pacientes post quirúrgicos de bariátrica a que acudan a la consulta de salud mental para lograr mayor adherencia al seguimiento.
- Desarrollar un programa para enseñar los pacientes de cirugía bariátrica a manejar sus emociones y sus percepciones. Además la aceptación de su nueva imagen corporal y de los nuevos roles sociales que le corresponden facilitación para adaptarse a un nuevo estilo de vida y el soporte emocional.
- Evaluar el entorno familiar y social del paciente, con el propósito de identificar elementos que puedan complementar éxito del tratamiento.
- Luchar contra el estigma psicosocial de que gordo es igual a feo, cuando es un problema de salud al que debemos enfrentar enseñando a tener calidad de vida y lo que esto implica.
- El enfoque multidisciplinario es la clave para el éxito del tratamiento.



Equipo Departamento Salud Mental.

## Formulario de Captura



**HOSPITAL**  
TRAUMATOLOGICO  
DR NEY ARIAS LORA

**Experiencia Emocional De Los  
Pacientes Post-Quirúrgicos De Bariátrica  
En El HTNAL Febrero 2012-2014**

Instrumento de recolección de datos

1-Nombre: \_\_\_\_\_

2-Edad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Sexo ☐ F ☐ M Estado ☐ S ☐ C ☐ U. L. ☐ V Escolaridad ☐ B ☐ M ☐ S ☐  
Civil

3-¿Cuál Emoción ha experimentado luego de la cirugía?

☐ Miedo ☐ Rabia ☐ Culpa ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Resentimiento  
☐ Celos ☐ Envidia ☐ Amor ☐ Vergüenza ☐ Otra \_\_\_\_\_

4-¿Cuál es su experiencia personal después de la cirugía?

☐ Agradable ☐ Desagradable ☐ Ninguna ☐ Otra \_\_\_\_\_

5-Con relación a los alimentos, que nos podría decir:

|                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Es fácil dejar de comer  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente impotencia        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente ansiedad          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente depresión         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Siente deseos de morir   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Otra, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

6-Con relación a su aspecto físico, ¿Cómo usted se visualiza? ☐ Feo ☐ Bonito ☐ Otro \_\_\_\_\_

7-Con relación a su estado físico, ¿Cómo usted se siente?

☐ Cansado ☐ Debilitado ☐ Con energía ☐ Otro \_\_\_\_\_

8-¿Cuál es tu percepción personal?

☐ Realizado ☐ Fracasado ☐ Otra: \_\_\_\_\_

9-¿Cuál fue la causa/indicación de su cirugía?

☐ Obesidad M. ☐ Estética ☐ Problemas serios de Salud  
☐ Todas ☐ Ninguno ☐ Otras: \_\_\_\_\_

10-Recomendaría esta cirugía a algunos de sus familiares o conocidos ☐ Si ☐ No

11-Recibió información sobre los riesgos de la cirugía ☐ Si ☐ No

12-Si tuviera la oportunidad de devolver el tiempo, elegiría la operarse. ☐ Si ☐ No

13-Le gustaría hacer algún comentario o sugerencia:

---



---



---

# Tablas

Tabla 1.

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:  
Edad promedio

| Edad | Edad Promedio |
|------|---------------|
| 26   | 43            |
| 37   |               |
| 38   |               |
| 39   |               |
| 41   |               |
| 45   |               |
| 46   |               |
| 52   |               |
| 63   |               |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:  
Religión

| Religión              | Cantidad | Porcentaje |
|-----------------------|----------|------------|
| Cristiana Católica    | 6        | 66.7%      |
| Cristiana Protestante | 3        | 33.3%      |
| Total                 | 9        | 100%       |

Tabla 4

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Sexo

| Sexo      | Cantidad | Porcentaje |
|-----------|----------|------------|
| Masculino | 4        | 44.4%      |
| Femenino  | 5        | 56.6%      |
| Total     | 9        | 100%       |

Tabla 3

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Ocupación principal y secundaria

| Ocupación principal | Cantidad | Porcentaje | Ocupación secundaria | Cantidad | Porcentaje |
|---------------------|----------|------------|----------------------|----------|------------|
| Ama de casa         | 1        | 11.1%      | Ganadero             | 1        | 11.1%      |
| Arquitecta          | 1        | 11.1%      | Ama de casa          | 2        | 22.2%      |
| Comunicador         | 1        | 11.1%      | Total                | 3        | 33.3%      |
| Contador            | 1        | 11.1%      |                      |          |            |
| Estudiante          | 2        | 22.2%      |                      |          |            |
| Maestra             | 1        | 11.1%      |                      |          |            |
| Maestro constructor | 1        | 11.1%      |                      |          |            |
| Vendedor            | 1        | 11.1%      |                      |          |            |
| Total               | 9        | 100%       |                      |          |            |

Tabla 5

Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica: Estado Civil

| Sexo    | Cantidad | Porcentaje |
|---------|----------|------------|
| Soltero | 7        | 78.8%      |
| Casado  | 2        | 22.2%      |
| Total   | 9        | 100%       |

**Tabla 6****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:** Escolaridad

| Nivel        | Cantidad | Porcentaje  |
|--------------|----------|-------------|
| Básica       | 1        | 11.1%       |
| Media        | 3        | 33.3%       |
| Superior     | 5        | 56.6%       |
| Ninguna      | -        | -           |
| <b>Total</b> | <b>9</b> | <b>100%</b> |

**Tabla 7****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Emociones después de la cirugía

| Emoción primaria   | Cantidad | Porcentaje  |
|--------------------|----------|-------------|
| Ansiedad           | 7        | 78.8%       |
| Ninguna            | 2        | 22.2%       |
| <b>Total</b>       | <b>9</b> | <b>100%</b> |
| Emoción secundaria | Cantidad | Porcentaje  |
| Amor               | 7        | 78.8%       |
| Ninguna            | 2        | 22.2%       |
| <b>Total</b>       | <b>9</b> | <b>100%</b> |
| Emoción terciaria  | Cantidad | Porcentaje  |
| Vergüenza          | 1        | 11.1%       |
| Ninguna            | 8        | 89.9%       |
| <b>Total</b>       | <b>9</b> | <b>100%</b> |

**Tabla 8****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Emociones después de la cirugía

| Experiencia primaria   | Cantidad | Porcentaje   |
|------------------------|----------|--------------|
| Agradable              | 9        | 100.0%       |
| Desagradable           | -        | -            |
| Otra                   | -        | -            |
| Ninguna                | -        | -            |
| <b>Total</b>           | <b>9</b> | <b>100%</b>  |
| Experiencia secundaria | Cantidad | Porcentaje   |
| Agradable              | -        | -            |
| Desagradable           | 1        | 11.1%        |
| Otra                   | -        | -            |
| Ninguna                | -        | -            |
| <b>Total</b>           | <b>1</b> | <b>11.1%</b> |

**Tabla 9****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Relación con los alimentos después de la cirugía

| Experiencia primaria    | Cantidad | Porcentaje   |
|-------------------------|----------|--------------|
| Es fácil dejar de comer | 8        | 89.9%        |
| Impotencia              | -        | -            |
| Ansiedad                | 1        | 11.1%        |
| Depresión               | -        | -            |
| Deseos de morir         | -        | -            |
| Otro                    | -        | -            |
| <b>Total</b>            | <b>9</b> | <b>100%</b>  |
| Experiencia secundaria  | Cantidad | Porcentaje   |
| Es fácil dejar de comer | -        | -            |
| Impotencia              | 1        | 11.1%        |
| Ansiedad                | 2        | 22.2%        |
| Depresión               | -        | -            |
| Deseos de morir         | -        | -            |
| Otro                    | -        | -            |
| <b>Total</b>            | <b>3</b> | <b>33.3%</b> |
| Experiencia terciaria   | Cantidad | Porcentaje   |
| Es fácil dejar de comer | -        | -            |
| Impotencia              | -        | -            |
| Ansiedad                | 1        | 11.1%        |
| Depresión               | 1        | 11.1%        |
| Deseos de morir         | -        | -            |
| Otro                    | -        | -            |
| <b>Total</b>            | <b>2</b> | <b>22.2%</b> |

**Tabla 10****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Aspecto físico

| Aspecto físico | Cantidad | Porcentaje  |
|----------------|----------|-------------|
| Bonito         | 9        | 100%        |
| Feo            | -        | -           |
| <b>Total</b>   | <b>9</b> | <b>100%</b> |

**Tabla 11****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Estado físico

| Estado físico | Cantidad | Porcentaje |
|---------------|----------|------------|
| Con energía   | 8        | 89.9%      |
| Debilitado    | 1        | 11.1%      |
| Cansado       | -        | -          |
| Otro          | -        | -          |
| Total         | 9        | 100%       |

**Tabla 12****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Percepción personal

| Percepción | Cantidad | Porcentaje |
|------------|----------|------------|
| Realizado  | 8        | 89.9%      |
| Fracasado  | -        | -          |
| Otro*      | 1        | 11.1%      |
| Total      | 9        | 100%       |

\*: El paciente especificó sentirse entre fracasado y realizado

**Tabla 14****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Recomendación de la cirugía

| Respuesta | Cantidad | Porcentaje |
|-----------|----------|------------|
| Si        | 8        | 89.9%      |
| No        | 1        | 11.1%      |
| Total     | 9        | 100%       |

**Tabla 15****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Recepción de información

| Respuesta | Cantidad | Porcentaje |
|-----------|----------|------------|
| Si        | 9        | 100%       |
| No        | -        | -          |
| Total     | 9        | 100%       |

**Tabla 13****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Causa o indicación de la cirugía

| Causa primaria     | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|----------|------------|
| Obesidad           | 5        | 56.6%      |
| Estética           | -        | -          |
| Problemas de salud | 4        | 44.4%      |
| Otras              | -        | -          |
| Ninguna            | -        | -          |
| Otro               | -        | -          |
| Total              | 9        | 100%       |
| Causa secundaria   | Cantidad | Porcentaje |
| Obesidad           | -        | -          |
| Estética           | 1        | 11.1%      |
| Problemas de salud | 1        | 11.1%      |
| Otras              | -        | -          |
| Ninguna            | -        | -          |
| Otro               | -        | -          |
| Total              | 2        | 22.2%      |
| Causa terciaria    | Cantidad | Porcentaje |
| Obesidad           | -        | -          |
| Estética           | -        | -          |
| Problemas de salud | 1        | 11.1%      |
| Otras              | -        | -          |
| Ninguna            | -        | -          |
| Otro               | -        | -          |
| Total              | 2        | 11.1%      |

**Tabla 16****Pacientes post-quirúrgicos de bariátrica:**

Reincidencia en la cirugía

| Respuesta | Cantidad | Porcentaje |
|-----------|----------|------------|
| Si        | 8        | 89.9%      |
| No        | 1        | 11.1%      |
| Total     | 9        | 100%       |

## Bibliografía

1. J. Sadock, B. A; Sadock V. (2008). Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Wolters Kluwer Health.
2. Myers, D. G. (2005). Psicología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
3. Damasio, A. (2005). En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Madrid: Editorial Crítica.
4. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). Estados Unidos: APA.
5. Portal Educativo Tipos De. (2014, 15 de Agosto). Tipos de emociones. Recuperado de: <http://www.tiposde.org/>
6. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica. (2014, 18 de Agosto). Definición de Cirugía Bariátrica. Recuperado de: <http://www.acocib.org/>
7. Vio, F; Salinas, J. (2014, 24 de Agosto). Promoción de salud y calidad de vida en Chile: una política con nuevos desafíos. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/>
8. Black D, Goldstein R, Mason, E. (2003). Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

### En gráfica



#### ZUMBATHON SODOEM 2015

Parte de los asistentes al Zumbathon Sodoem 2015, organizado por el Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, ante la preocupación por el aumento de los accidentes de tránsito, que se han convertido en una epidemia en la República Dominicana.

# Linfoma difuso de células B grandes primario en ileon

**DRA. CANDY ALMÁNZAR**

ANATOMOPATÓLOGA, GERENTE DE PATOLOGÍA HTNAL

**DR. ONOFRE TORRES**

CIRUJANO GENERAL

## Resumen

Los linfomas gastrointestinales son neoplasias linfoides que afectan primariamente al tubo digestivo. Es la localización extraganglionar más frecuente, contando la mayoría de casos para estómago, siguiendo en orden de frecuencia el intestino delgado. Es una entidad relativamente agresiva, pero potencialmente curable.

Este artículo realiza una revisión del tema a propósito de la presentación de un caso, el cual fue visto y tratado en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora en el mes de mayo del año 2015. Se incluye el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico de la lesión.

## Abstract

Gastrointestinal lymphomas are lymphoid neoplasms primarily affecting the digestive tract. It is the most common extranodal site, counting most cases to stomach, followed in order of frequency the small intestine. It is a relatively aggressive entity but potentially curable.

This article makes a review of the literature concerning the presentation of a case, which was seen and treated at the Trauma Dr. Ney Arias Lora Hospital in May 2015. Pathologic and immunohistochemical study are included in the review.

Palabras clave: linfoma intestinal, linfomadifuso de células B grandes, tumor no epitelial de intestinodelgado, linfoma no hodg-kin gastrointestinal.

## Presentación del caso

Se trata de paciente masculino, con antecedentes de apendicectomía de 4 años de evolución, quien acude a re-

**DRA. CANDY ALMÁNZAR**



**DR. ONOFRE TORRES**



visión médica por presentar masa en fosa iliaca derecha, de consistencia firme, ligeramente móvil y no dolorosa, con tomografía que reporta masa en colon. Motivo por el cual se traslada a sala de cirugía y se le realiza laparotomía exploratoria, encontrando masa en intestino delgado, em-plastronada, que involucra parte del ciego y adenopatías a nivel del mesenterio. Se realiza hemicolectomía derecha, más anastomosis íleo-transversa. Se envía muestra a Patología, con fines de biopsia.

En el laboratorio de Anatomía Patológica, se recibe un espécimen quirúrgico pardo-grisáceo, firme, constituido por íleon terminal, de 34 x 8 cm, ciego, de 5 x 5 cm, y colon ascendente, de 9 x 4 cm. A los cortes, se observa una lesión blanquecina, arremolinada, que mide 8.5 x 6cm; la cual macroscópicamente llega hasta la serosa, atravesándola. Está localizada a 13 cm del margen quirúrgico proximal y a 25 cm del margen quirúrgico distal. De la grasa perientérica, se aíslan 14 formaciones nodulares de aspecto ganglionar, de las cuales la mayor mide 4 x 3 cm.

Los cortes microscópicos revelan tejido correspondiente a intestino delgado, en donde se observa una neoplasia maligna constituida por una proliferación de células pequeñas con escaso citoplasma y núcleos monomórficos de nucléolos prominentes. Se disponen formando masas que infiltran desde la serosa/adventicia hacia la muscular y submucosa, sin alcanzar la mucosa. Los márgenes quirúrgicos están libres de lesión. De los 14 ganglios aislados, dos (2/14) presentan metástasis por el tumor. Los cortes correspondientes a colon no evidencian neoplasia.

## Ilustración 1

**Microfotografía de la neoplasia, magnificación 100x**



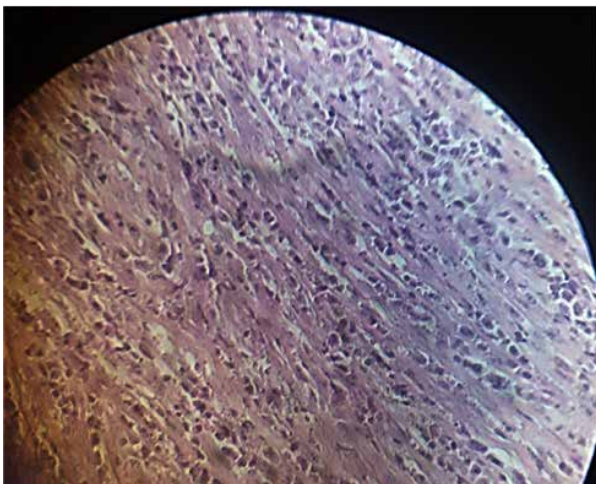
## Ilustración 2

microfotografía de la neoplasia, magnificación 100x



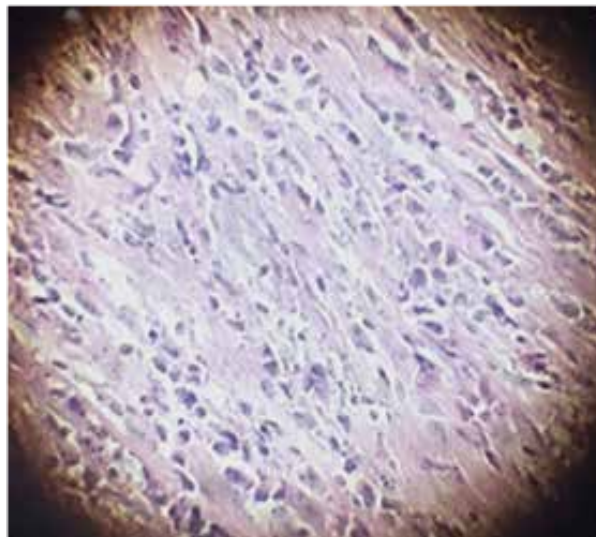
## Ilustración 3

microfotografía de la neoplasia, magnificación 400x



## Ilustración 4

microfotografía de la neoplasia, magnificación 400x



El diagnóstico histopatológico es: Tumor de Células Pequeñas, Redondas y Azules. Nota: se requiere la realización de estudios complementarios con inmunohistoquímica para diferenciar: Tumor Carcinoide, Linfoma No Hodgkin Linfocítico, Tumor de Células Pequeñas, vs. Otros.

Se realiza el estudio inmunohistoquímico, arrojando los siguientes resultados:

## Ilustración 5

Marcadores utilizados y patrón de tinción

| Lymphoma Immunohistochemical Analysis |             |                                   |          |
|---------------------------------------|-------------|-----------------------------------|----------|
| Antibody                              | Clone       | Description                       | Results  |
| CD45                                  | PD7/26+2B11 | Pan leukocyte cocktail            | POSITIVE |
| CD20                                  | L26         | Mature B cell marker              | POSITIVE |
| CD79 A                                | JCB117      | Pan B cell marker                 | POSITIVE |
| CD3                                   | CD3         | Pan T-cell marker                 | NEGATIVE |
| TDT                                   | POLYCLONAL  | Precursor lymphomas/leukemias     | NEGATIVE |
| CD10                                  | 56C6        | Precursor lymphomas/leukemias     | POSITIVE |
| CD30                                  | KI-1        | KI-1 lymphomas, Hodgkin's disease | NEGATIVE |
| CD15                                  | LEU-M1      | Hodgkin's disease , granulocytes  | NEGATIVE |

El reporte del estudio concluye que se trata de un Linfoma Difuso de Células B Grandes, con fenotipo de Célula B de Centro Germinal.

## Comentario

Un linfoma intestinal (LI) es una neoplasia linfoide maligna que afecta de manera exclusiva oprimaria al intestino delgado o al colon, excluyendo los linfomas de Hodgkin, así como también las metástasis por un linfoma de otro origen. Se trata de la afectación extraganglionar más frecuente. Histológicamente, el mayor número de casos se debe a una proliferación de células linfoides de estirpe B relacionadas con el tejido linfoide asociado a mucosas (MALT, del inglés mucosa associated lymphoid tissue). Los criterios para establecer el diagnóstico (Dawson) son los siguientes: a) ausencia de adenopatía palpable en la exploración clínica; b) ausencia de adenopatías mediastínicas en una radiografía de tórax; c) recuento diferencial leucocitario normal; d) demostración de que la enfermedad se limita a intestino y ganglios adyacentes, sin afectación hepática ni esplénica.

La mayoría de pacientes son adultos mayores de 50 años, aunque también se han descrito casos en adultos jóvenes y niños. Cuando es encontrado en niños, casi siempre la localización es en el área ileocecal. Existe una ligera predilección por el sexo masculino.

Los LI afectan principalmente al intestino delgado, donde se localizan el 65-75% de los casos. La distribución anatómica se relaciona en parte con el tipo de tumor. Los linfomas MALT son más frecuentes en el intestino delgado terminal, y los asociados a enfermedad celíaca y Enfermedad inmunoproliferativa del intestino prefieren localizaciones más proximales. Pueden ser localizados o difusos, y son multicéntricos en aproximadamente el 20% de los casos.

La presentación clínica depende obviamente de la localización y del tipo. En general, los síntomas B son escasos y aparecen en enfermedad de alto grado, con extensión ganglionar y afectación medular. Los linfomas de intestino delgado se presentan con más frecuencia como cuadros sub-occlusivos u oclusivos o como síndrome general. La perforación como primera presentación es posible, pero es más frecuente observarla en el curso de la evolución.

Este tipo de linfoma es relativamente agresivo pero potencialmente curable. La estadificación permite diseñar adecuadamente el tratamiento y establecer el pronóstico. Para una estadificación adecuada, deben tomarse en cuenta lo siguiente: los linfomas pueden ser multicéntricos en un 20% de los casos; la toma de biopsias debe ser múltiple, ya que un mismo tumor puede tener diferentes grados en distintas zonas; algunas entidades, como la poliposis linfomatosa múltiple, pueden afectar a estómago, intestino delgado y colon; en algunos tumores MALT puede existir enfermedad sincrónica; la laparotomía se ha utilizado con frecuencia en la estadificación de estos tumores para

eliminar la posibilidad de perforación durante el tratamiento (5-15%), pero hay que tener en cuenta que la mortalidad operatoria de la laparotomía de estadificación puede superar a la de la complicación que se intenta prevenir. Es imprescindible realizar el estudio histológico de las muestras; una exploración física completa que incluya el anillo de Waldeyer y la presencia de adenopatías, con investigación activa de cualquier lesión sospechosa; aspirado y biopsia de médula ósea; hemograma con recuento diferencial; radiografía de tórax y tomografía computarizada abdominal; documentación de enfermedades asociadas: estudio inmunológico, serología para VIH, estudio de enfermedad celíaca y estudio de enfermedad inflamatoria intestinal; si no se realiza laparotomía de estadificación, se debe realizar estudio baritado de intestino delgado y endoscópico de tracto gastrointestinal superior y colon para descartar lesiones sincrónicas.

El tratamiento ideal es multidisciplinario. La visión clásica del tratamiento de los LI ha sido predominantemente quirúrgica. No obstante, el abordaje terapéutico va mucho más allá que sólo la escisión seguida de terapia de consolidación. Es frecuente que este tumor sea extirpado completamente cuando es hallado en los estadios I y II. El punto de vista clásico era que, de no haber enfermedad residual detectable, se había obtenido un tratamiento adecuado con la resección. En la actualidad, ante histologías muy favorables, se recomienda completar el tratamiento quirúrgico con radioterapia (20-25 Gy totales). Si se trata de histología agresiva, se recomienda asociar quimioterapia seguida de radioterapia. Esto se debe a que la aplicación de

radioterapia local puede ir seguida de hasta un 60% de recidivas fuera del campo radiado. No es posible, dado el corto número de pacientes y la variabilidad de las pautas sugeridas, indicar un tratamiento basado en la evidencia. La mejor recomendación que se puede hacer es que estos pacientes queden incluidos en ensayos clínicos multicéntricos que permitan consolidar resultados y conocimientos. En casos en los que la resección completa no sea posible o en otros más avanzados, en general se indica quimioterapia con regímenes que incluyan antraciclina. A veces se complementa con radioterapia.

El pronóstico de estas entidades, en general, viene condicionado por determinados factores. Las cifras globales pueden estar en una supervivencia entre el 45 y el 65% a los 5 años. Sin embargo, hay claras diferencias según subgrupos. Así, es peor en pacientes con estadio avanzado, mayor edad, afectación del estado funcional y linfomas de estirpe T. En la enfermedad localizada (estadios I y II), la asociación de tratamiento quirúrgico es el mejor predictor de supervivencia. Una vez completado el tratamiento, el paciente debe ser revisado frecuentemente (cada 3 meses) y repetir las pruebas que fueron positivas al diagnóstico cada 3 a 6 meses. Se considerará que un paciente

**La mayoría de pacientes son adultos mayores de 50 años, aunque también se han descrito casos en adultos jóvenes y niños. Cuando es encontrado en niños, casi siempre la localización es en el área ileocecal. Existe una ligera predilección por el sexo masculino.**

está en remisión completa si todas las localizaciones inicialmente afectadas por linfoma permanecen libres, con normalización de todos los hallazgos de laboratorio y radiológicos relacionados con el linfoma, por un período mínimo de un mes después del tratamiento. Se habla de remisión parcial si la reducción sobrepasa el 50%.

## ***Bibliografía Recomendada***

- **Amer MH, El-Akkad S.** Gastrointestinal lymphoma in adults: clinical features and management of 300 cases. *Gastroenterology*. 1994;106:846-58.
- w **Mucosa-associated lymphoid tissue and other gastrointestinal lymphomas.** *Curr Opin Gastroenterol*. 2000;16:107-12.
- **Coiffier B, Thieblemont C, Felman P, Salles G, Berger F.** Indolent nonfollicular lymphomas: characteristics, treatment and outcome. *Semin Hematol*. 1999;36:1198-2085.
- **Crump M, Gospodarowicz M, Shepherd FA.** Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin Oncol*. 1999;26:324-37.
- **Daum S, Ullrich R, Heise W, et al.** Intestinal non-Hodgkin's lymphoma: a multicenter prospective clinical study from the German Study Group on Intestinal non-Hodgkin's Lymphoma. *Clin Oncol*. 2003;21:2740-6.
- **D'Amore F, Brincker H, Gronbaek K, et al.** Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: a population-based analysis of incidence, geographic distribution, clinicopathologic presentation, features and prognosis. *J Clin Oncol*. 1994;12:1673-84.
- **Fine KD, Stone MJ.** Alpha-heavy chain disease, mediterranean lymphoma and immunoproliferative small intestine disease. A review of clinicopathological features, pathogenesis and differential diagnosis. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:1139-52.
- **Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, et al.** World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: report of the Clinical Advisory Committee meeting-Airlie House, Virginia November 1997. *J Clin Oncol*. 1999;17:3835-49.
- **Harris NL, Jaffe ES, Stein H, et al.** A revised european-american classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood*. 1994;84:1361-92.
- **Isaacson PG.** Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. *Semin Hematol*. 1999;36:139-41.
- **Lecuit M, Abachin E, Martin A, et al.** Immunoproliferative small intestine disease associated with *Campylobacter jejuni*. *N Engl J Med*. 2004;350:239-48.
- **Lee J, Kim WS, Kim K, et al.** Intestinal lymphoma: exploration of the prognostic factors and the optimal treatment. *Leuk Lymphoma*. 2004;45:339-44.
- **Turowski GA, Basson MD.** Primary malignant lymphoma of the intestine. *Am J Surg*. 1995;169:433-41.
- **WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues.** 4<sup>a</sup> ed. Lyon: IARC Press; 2008.
- **Linfomas intestinales.** López San Román y J. Villarrubia Espinosa, disponible en: <http://www.elsevier.instituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo28.pdf>

# Resección de tumor fibroso pared torácica más reconstrucción de pared con prótesis

Reporte de un caso y revisión de la literatura

## Resumen

### Introducción:

Los tumores fibrosos solitarios de la pleura son neoplasias poco frecuentes de origen mesenquimal, que al parecer se originan del tejido conectivo submesotelial y que por lo general, tienen un comportamiento benigno.

Sin embargo, puede aparecer una pequeña proporción de estos tumores o dar metástasis luego del tratamiento quirúrgico, en particular cuando se asocian con características morfológicas o histopatológicas malignas.

### Casos clínicos:

Femenina de 45 años, presento tumor fibroso de pared torácica posterior izquierda. Se le realizó toracotomía Posterolateral izquierda; resección en bloque de tumor; 3 arcos costales, más reconstrucción de pared con prótesis.

El reporte histopatológico de Tumor Mesenquimal con Patrón Fibroso.

Examen Inmunohistoquímicos con Displasia Fibrosa

### Conclusiones:

La excéresis quirúrgica completa, ampliada y con margen oncológico adecuado es el tratamiento de elección y permite el diagnóstico preciso, así como también su carácter benigno o maligno.

#### Palabras Claves:

**Tumor fibroso, resección de pared costal, colocación prótesis.**

DR. JULIO C. JIMÉNEZ



DR. RAFAEL CANELA



## Summary

### Introduction:

Solitary fibrous tumors of the pleura are rare tumors of mesenchymal origin, apparently originating from submesothelial connective tissue and usually have a benign behavior.

However, there may be a small proportion of these tumors or metastasize after surgical treatment, particularly when associated with morphological or histopathological malignant.

### Clinical cases:

Female, 45, fibrous tumor present left posterior chest wall. She underwent left posterolateral thoracotomy; en bloc resection of the tumor; 3 costal arches, more reconstruction prosthesis wall.

The histopathological report mesenchymal tumor with fibrous pattern.

Immunohistochemical examination fibrous dysplasia.

### Conclusions:

The complete, extended range and adequate oncological surgical exeresis is the treatment of choice and allows accurate diagnosis, as well as its benign or malignant nature.

#### Keywords:

**fibrous tumor, chest wall resection, prosthesis placement.**

## Introducción

El tumor fibroso pleural es un raro tumor mesenquimal, que también puede darse en otras localizaciones (abdomen, cabeza y cuello y SNC) dado que presenta un precursor común para tumores de estirpe fibrosa, de comportamiento impredecible, que es importante distinguir del mesotelioma maligno. Existen estirpes benignas y malignas (con presentación clínica similar), éstas últimas con capacidad para infiltrar estructuras vecinas, recidivar localmente y generar metástasis a distancia.

Radiológicamente son lesiones intratorácicas que pueden no mostrarse característicamente extraparenquimatosas. La radiografía simple no permite caracterizar la lesión más allá de su probable localización. Por TC, el tumor fibroso pleural es una lesión de densidad partes blandas y morfología lobulada, que puede presentar calcificaciones puntiformes.

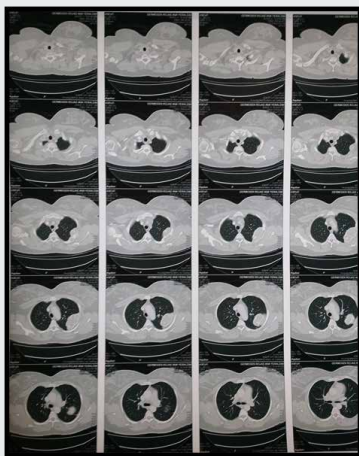
## Reporte del caso

Paciente femenina de 45 años de edad, el cual llega vía consulta de cirugía torácica por presentar hallazgos radiológicos de lesión tumoral, que infiltra pared torácica izquierda, que se acompaña de fuerte dolor hemitórax izquierdo de moderado a severo y disnea en ocasiones. Con una biopsia realizada por Toracoscopia con reporte de displasia fibrosa.

Se le realizan estudios de extensión con reporte en Gammagrafía ósea con captación a nivel de 4to. Arco costal izquierdo. Tomografía tórax (Fig. 1-2) con gran tumor de pared infiltra pleura parietal y colapsa parcialmente lóbulo superior pulmón izquierdo, con calcificaciones en su interior. Con laboratorios preoperatorios en valores normales; funcionalismo pulmonar y evaluación cardiovascular con riegos bajos. Es llevada sala de cirugía con diagnóstico: Tumor Fibroso Pared torácica Izquierda.

### Figura 1

Tomografía Tórax Simple.



### Figura 2

Tomografía Tórax Simple.



Se le realiza una toracotomía Postero-Lateral Exploradora Izquierda, observando gran lesión tumoral de 10\*10 cm que infiltra 4to. Arco costal de consistencia pétrea, que colapsa parcialmente lóbulo superior pulmón. Se procede a realizar resección en bloque de tumor y 3er, 4to y 5to arcos costales posteriores. (fig. 3-4).

Se procede posterior a extracción de tumor a reconstruir pared torácica con malla protésica de Polipropileno más tejido muscular de dorsal ancho. (Fig. 7-8). Se coloca sonda de pleurostomía 28 FR y se conecta drenaje cerrado. Se cierra por aproximación de planos musculares; tejido subcutáneo y piel.

### Figura 3

Resección de Tumor en Bloque



**Figura 4**

**Resección de Tumor en Bloque**



**Figura 5**

**Tumor vista Posterior**



**Figura 6**

**Tumor Vista Anterior.**



**Figura 7**

**Resección tumor y arcos costales.**



**Figura 8**

**Colocación De Malla Protésica y Sonda de pleurotomía.**



**Figura 9**

**Cierre de herida por planos anatómicos.**



La paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable, le fue retirada la sonda pleural al 4to.día y egreso al 5to día en condiciones generales estables.

**Figura 10**

**Radiografía tórax control 15 días.**



**Figura 11**

**Retiro de sutura de herida 15 días.**



## Discusión y revisión de la literatura

Los tumores fibrosos solitarios de pleura son neoplasias realmente excepcionales, de origen mesenquimal que quizá se originen en el tejido conectivo submesotelial.

El tumor fibroso de la pleura aparece con más frecuencia durante la sexta y séptima décadas de la vida, sin preferencia de género. Puede ser asintomático y encontrarse incidentalmente en estudios de imagen del tórax en hasta 40-57% de los casos. El resto de los pacientes sí tiene síntomas; la disnea, la tos y el dolor torácico son los más comunes. En casos raros puede haber manifestaciones paraneoplásicas, como hipoglucemia reactiva (síndrome de Doege-Potter), que se ha observado en 1 a 8% de los pacientes, como resultado de la hipersecreción de factor de crecimiento similar a la insulina II (IGF-II) del tumor, especialmente en casos de tumores muy grandes (>20 cm) y con alta actividad mitótica.

El pilar del tratamiento de los tumores fibrosos es la resección quirúrgica. El tratamiento puede ser la toracotomía o la cirugía torácica asistida por video, de acuerdo con la localización y las características del tumor. Para lograr una resección completa suelen requerirse procedimientos asociados. Las resecciones pulmonares en cuña se utilizan incluso en 60 a 80% de los casos para asegurar un margen amplio en los lugares donde hay adherencias pleurales. En pocos casos se requieren resecciones más grandes, como la lobectomía, la neumonectomía o la resección de la pared torácica (1 a 4%).

### Conclusión

La excéresis quirúrgica completa, ampliada y con margen oncológico adecuado es el tratamiento de elección y permite el diagnóstico preciso, así como también su carácter benigno o maligno. Su pronóstico es favorable aún en los tumores malignos. La recidiva local ocurre en el 2% de los tumores benignos y el 20% de los malignos, habitualmente en los primeros 2 años tras la resección, por lo cual el seguimiento radiológico y tomográfico semestral es mandatorio. Ante una recidiva está indicada una nueva exéresis, pues la muerte se produce por invasión local, las metástasis a distancia son raras. La utilidad de la quimioterapia y/o radioterapia es limitada. Es el primer caso diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

## Bibliografía:

1. **Harrison-Phipps KM**, Nichols FC, Schleck CD, Deschamps C, Cassivi SD, Schipper PH, et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: results of surgical treatment and long-term prognosis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2009;138:19-25.
2. **Gierada DS, Slone RM**. Pleura, chest wall and diaphragm. En: Lee JKT, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP, editors. *Computed bodytomography with MRI correlation*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 598-604.
3. **Cardillo G, Carbone L, Carleo F, Masala N, Graziano P, Bray A, et al**. Solitary fibrous tumors of the pleura: an analysis of 110 patients treated in a single institution. *Ann Thorac Surg* 2009;88:1632-1637.
4. **Lesiones fibrosas torácicas: correlación radio-patológica 0C**. F Gomez Barbosa, M. I. García Gómez Muriel, L. Gorospe, A. Presentación Electrónica Educativa. España, SERAM 2012

\*\*\* CIRUJANO GENERAL Y TORÁCICO; COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA. HOSPITAL DR. NEY ARIAS LORA.

\*\*CIRUJANO GENERAL LAPAROSCOPISTA; COORDINADOR DE LA SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA. HOSPITAL DR. NEY ARIAS LORA.

### *En gráfica*



#### **CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO**

La directora general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora con parte de los miembros del concejo.



# Resultado funcional a los 6 meses del trauma craneoencefálico quirúrgico: estudio piloto

DR. ISMAEL PERALTA BÁEZ\*\*.

DR. JEFFREY PAULINO RODRÍGUEZ\*\*.

DR. AMAURY GARCÍA\*\*\*.

DR. MANUEL ENCARNACIÓN\*.

\*\*\* MÉDICO NEUROCIRUJANO ESPECIALISTA ASISTENTE DEL HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DR. NEY ARIAS LORA. \*\* MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DR. DARÍO CONTRERAS. \* MÉDICO GENERAL.

## Resumen

### Objetivo:

Determinar el estado funcional de los pacientes operados por un trauma craneoencefálico 6 meses luego del mismo y establecer una relación entre este y las variables predictivas del estudio IMPACT (por sus siglas en inglés: Misión Internacional para la Investigación clínica y Pronóstico del Trauma Craneoencefálico). Material y método: realizamos un estudio retrospectivo, longitudinal en una cohorte de 22 pacientes que sufrieron un trauma craneoencefálico quirúrgico, utilizando los formularios IMPACT y GOS-E (por sus siglas en inglés: Escala Extendida de Resultado Funcional de Glasgow).

### Resultados:

El 67 % de los pacientes tuvo un buen resultado funcional (discapacidad moderada y recuperación buena). Los pacientes con trastornos del componente motor de la escala de Glasgow (decorticación, descerebración, ausencia de movimiento) son 10 veces más propensos a un mal pronóstico funcional (RR: 10 IC 95%: 5-16). Conclusión: la respuesta motora tuvo una asociación significativa en relación al pronóstico ( $p=0.04$ ), todos los pacientes con flexión normal tuvieron un buen desenlace. La presencia de hipoxia es una tendencia a un peor desenlace ( $p=0.1$ ).

#### Palabras clave:

resultado funcional, trauma craneoencefálico, pronóstico, discapacidad, IMPACT.

### Abstract:

Objective: to determine the functional outcome of patients surgically treated in the setting of a surgical traumatic brain injury (TBI) 6 month after the trauma and relate it with the predictive variables of the IMPACT study. Design and Method: longitudinal, retrospective study in a cohort of 22 patients whom sustained a surgical TBI using the IMPACT (International Mission for Prognosis and Analysis of Clinical Trials in TBI) and GOS-E (Glasgow Outcome Scale Extended) formularies. Results: 67% of patients had a better outcome (lower moderate disability and upper good recovery) the motor component of the Glasgow Coma Scale was associated with a 10 fold time for bad prognosis (RR: 10 IC 95%: 5-16). Conclusion: the motor response of the Glasgow coma scale and the final outcome had a significant association ( $p=0.04$ ). All patients with a normal motor response had a good outcome. The presence of hypoxia tends to a worse outcome (0.1).

**Key words:** outcome, trauma brain injury, disability, prognosis, IMPACT.

## Introducción

La terapia adyuvante en la neurocirugía actual ha dado un giro a los esquemas de manejo de diversas patologías, al permitir cada día más un mejor estado funcional de los pacientes. Tecnologías en desarrollo como la cirugía robótica, las vacunas a base de células dendríticas para ciertos tumores cerebrales, la terapia génica y la radiocirugía son algunas de estas prometedoras técnicas en evolución. A pesar de esto, el trauma craneo-espinal quirúrgico todavía depende completamente de las habilidades técnicas del cirujano.

Según los indicadores básicos de salud<sup>1</sup> del año 2013, hubo un total de 1519 fallecidos a causa de accidentes de vehículos de motor, la mayoría por trauma craneoencefálico, en el 2011. Bruns y Heuser<sup>2</sup> definen la lesión cerebral traumática como un problema crítico socioeconómico y de salud pública, siendo la principal causa

de mortalidad y discapacidad en pacientes jóvenes, debido en esencia al auge de los vehículos de motor.

En el 2012 hubo un total de 2168 fallecidos por accidentes de tránsito, equivalente a una tasa de 21 casos x cada 100,000 habitantes, estos datos corroboran la osadía de Langlols3 y colaboradores, los cuales afirman que cada año aumentará el número de discapacitados y fallecidos por accidentes de vehículo de motor y que para el año 2020 el trauma sobrepasará a sus congéneres (enfermedad cardiovascular y cerebro vascular) como causa número uno de muerte a nivel mundial. Nuestra investigación da una perspectiva nueva al resultado funcional, pues lo evalúa después del contexto de los procedimientos quirúrgicos, del cual solo hay evidencia grado III en las guías de manejo, y en los cuales alteramos la historia natural de la enfermedad, ya sea para bien o para mal.

## Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, en una cohorte de 22 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por un trauma craneoencefálico asociado a una lesión intracraneal, en el Hospital Dr. Ney Arias Lora. Los objetivos fueron: determinar el estado funcional de los pacientes intervenidos quirúrgicamente 6 meses luego del trauma, establecer la asociación del estado funcional con las variables predictivas del estudio IMPACT y determinar el riesgo relativo de peor pronóstico según las variables predictivas asociadas.

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, validados externamente y usados a nivel mundial en investigaciones funcionales en el contexto del trauma cerebral: el formulario IMPACT, que recopila las variables predictivas asociadas al pronóstico del paciente y la escala de resultado funcional de Glasgow extendida (GOS-E) que determina el resultado funcional en un momento determinado. Se realizó una entrevista telefónica a los familiares de los pacientes aplicando los formularios antes mencionados. Nuestro equipo modificó el formulario IMPACT al agregarle el nivel de Glasgow, tipo de lesión, tiempo prequirúrgico y terapia de rehabilitación.

## Criterios de elegibilidad

Fueron incluidos los pacientes mayores de 14 años intervenidos quirúrgicamente por un trauma craneoencefálico. Se excluyeron los casos con record médico incompleto, aquellos con cirugías múltiples por politraumatismo durante su estadía hospitalaria y los que no pudieron ser contactados telefónicamente en los 3 primeros intentos.

## Análisis estadístico

Se utilizó la base de datos SPSS de la IBM, la versión 15.0. Aplicamos el análisis porcentual y de frecuencia absoluta para las variables cuantitativas, tablas de contingencia para relacionar las variables predictivas, así como el resultado funcional y la prueba de Fisher para determinar el grado de dependencia entre dichas variables. Consideramos significativos los resultados con una p igual o menor a 0.05 con un intervalo de confianza de 95% y como tendencia aquellos datos con una p entre 0.06 y 0.1.

### Resultados

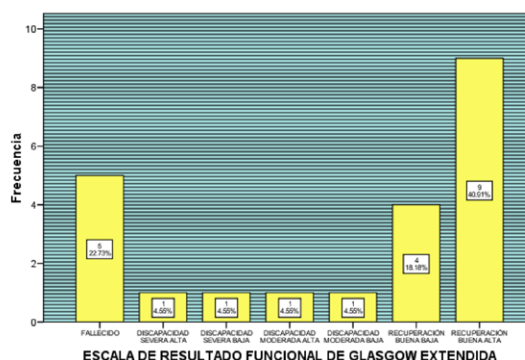
En nuestra investigación, el grupo etario más afectado estuvo por debajo de los 49 años (14 casos).

La lesión traumática más frecuente fue el hematoma subdural agudo (40%), seguido por el hematoma epidural con un 22% (ver anexo).

El 67% de los pacientes tuvo un buen resultado funcional, (definido por nuestro equipo como aquellos pacientes que interactúan con su entorno, capaces de llevar a cabo tareas domiciliarias sin asistencia y que pueden salir de sus casas con asistencia hasta aquellos con ausencia de signos y síntomas de daño neurológico), la mayoría de estos (9 casos) con un resultado funcional bueno alto (prácticamente asintomáticos).

### Gráfico 1

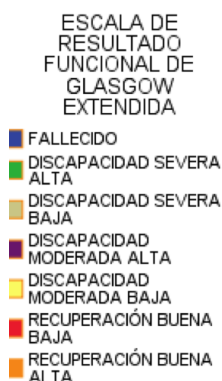
Escala de resultado funcional de Glasgow extendida



No encontramos asociación entre la edad y la reactividad pupilar comparada con el pronóstico funcional, a diferencia de la relación entre hipoxia y mal desenlace, la cual fue una tendencia (p 0.1), pues el 80% de los pacientes fallecidos estuvieron en el grupo que presentaron datos de hipoxia, y todos los pacientes con buen resultado funcional no se asociaron a esta variable.

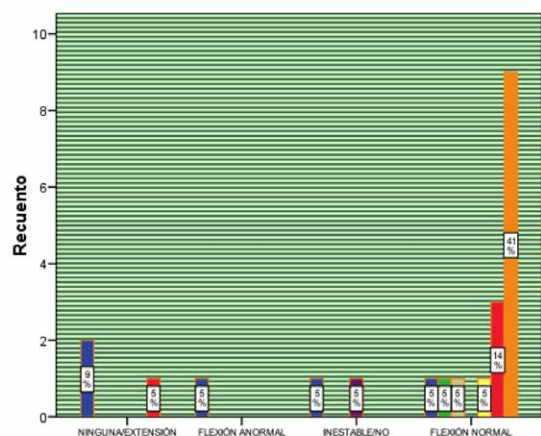
## Gráfico 2

Escala de resultado funcional de Glasgow extendida



## Gráfico 3

Respuesta motora



La única variable predictiva que se asoció a un mal pronóstico fue la respuesta motora. Se evidenció que aquellos pacientes que presentaron alguna alteración en la motricidad tuvieron un resultado más tórpido, relacionándose también a mayor mortalidad en este subgrupo (RR: 10 IC 95%: 5-16). La flexión normal se encontró en todos los pacientes con recuperación buena alta ( $p=0.04$ ).

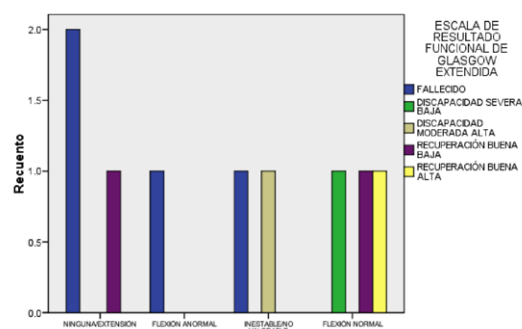
El nivel de conciencia según la escala de Glasgow fue heterogéneo para las tres clasificaciones (leves, moderadas y severas), con un ligero predominio para el trauma severo, dentro de los cuales estuvieron la mayoría de los fallecidos. El subanálisis realizado a este grupo de pacientes demostró que los que tuvieron una flexión normal tuvieron una probabilidad estadísticamente no significativa de una buena recuperación ( $p=0.9$ ).

## Análisis

Optimizar los procedimientos y protocolos, en aras a salvar vidas y garantizar un mejor resultado funcional es algo vital en la medicina, por tal razón la búsqueda de variables predictivas ha sido y seguirá siendo el norte en la neurocirugía moderna, no solo en el contexto del trauma, sino en todas las entidades neuropatológicas. Marmorou<sup>4</sup> y colaboradores encontraron que la respuesta pupilar estuvo fuertemente asociada con un peor pronóstico, a diferencia de nuestros datos, donde no encontramos relación alguna ( $p=0.3$ ).

## Gráfico 3

Respuesta motora - Glasgow= menor 8/15



La edad es la variable que ha presentado mayor atención en el trauma craneoencefálico, junto con la reactividad pupilar se han destacado como importantes variables predictivas, Choi<sup>5,6</sup> et al, en una población de 523 pacientes observaron que un corte a los 50 años de edad, arrojaba diferencias significativas; pacientes con edades por encima de este umbral presentaron mayor probabilidad de un peor pronóstico. Estos datos son similares a los de Domínguez y Hodelin<sup>7</sup>, quienes en el 2011 realizaron una investigación en Cuba con 110 pacientes donde encontraron que pacientes mayores de 60 años tuvieron un peor desenlace. En nuestra investigación la edad no influyó en el resultado funcional ( $p=0.4$ ), esto debido a que la mayoría de los pacientes (20) tuvieron edades menores de 50 años y la distribución en relación a la severidad del trauma fue homogénea.

Nuestros resultados evidenciaron una tendencia al peor pronóstico en los pacientes que presentaron hipoxia ( $p=0.1$ ). Baldwin<sup>8,9</sup> y cols, basados en información al ingreso, analizaron 828 pacientes del "Traumatic Coma Data Bank" (TCDB) seleccionando una combinación de variables para predecir precozmente mortalidad frente a supervivencia. La edad avanzada, una baja puntuación en la Escala de Glasgow (GCS) y la presencia de alteración pupilar, hipotensión e hipoxia, se asociaron a mortalidad. Se calculó la probabilidad de fallecer para cada sujeto, de tal manera que si aquella era mayor de 0.5, se pronosticaba mortalidad. Las predicciones fueron correctas

en el 91.2% de los pacientes. Menon y Zahed<sup>10</sup> también notaron que la hipoxia se relacionó con una evolución desfavorable y un pobre resultado funcional.

La base de datos más importante a nivel mundial en relación a factores pronósticos y resultado funcional es el IMPACT (por sus siglas en inglés: Misión Internacional para la Investigación clínica y Pronóstico del Trauma Craneoencefálico), contiene un total de 9205 pacientes con trauma craneoencefálico moderado y grave, tratados en los últimos 20 años en 8 ensayos clínicos y 3 estudios observacionales. Fue desarrollado por el Instituto de la Salud de Estados Unidos de Norteamérica y de la misma se han realizado numerosos trabajos científicos en relación a las variables y el pronóstico de trauma craneoencefálico; Marmarou, Lu y Butcher<sup>4</sup> analizaron estas variables y encontraron una fuerte asociación entre la respuesta motora y el resultado funcional a los 6 meses del trauma (OR 1.74-7.48), estableciendo que a menor puntuación en este reglón de la escala de Glasgow, peor era el pronóstico del paciente ( $p=0.0001$ ), estos datos son congruentes con los de nuestra investigación, donde evidenciamos que los pacientes que tuvieron una menor puntuación en la función motora presentaron un peor resultado funcional que aquellos que presentaron una flexión normal (RR: 10, IC 95%: 5-16). Todos los pacientes con una recuperación buena alta y baja tuvieron una flexión normal ( $p=0.04$ ).

## Conclusiones

El 67 % de los pacientes tuvo un buen resultado funcional [discapacidad moderada y recuperación buena]. Sólo la respuesta motora, como variable predictiva, tuvo una asociación significativa en relación al resultado funcional ( $P=0.04$ ) donde aquellos pacientes con una flexión normal tuvieron una recuperación buena alta y el riesgo relativo de un peor resultado funcional en pacientes con trastorno del componente motor es 10 veces mayor que aquellos que no lo presentan.

## Limitaciones

Es muy probable que las diferencias entre las variables “edad y reactividad pupilar” y el resultado funcional se hayan visto afectada por la poca cantidad sujetos de estudio, estamos seguros que en una población mayor, representativa, estas variables se relacionan directamente con el pronóstico del paciente. Es necesaria la investigación prospectiva, con un grupo control en el cual se pueda medir el resultado funcional en pacientes operados versus pacientes con manejo conservador; un estudio retrospectivo como el nuestro está sujeto a múltiples sesgos, principalmente a las variaciones inter-observador de la puntuación de Glasgow y la subjetividad en relación a la presencia o no de hipoxia e hipotensión.

## Bibliografía

- 1- **Indicadores básicos de salud 2013.** Ministerio de Salud Pública/ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. República Dominicana. 2013. 2-25.
- 2- **Bruns J, Haueser W. Epidemiology of TBI: a review.** *Epilepsia* }. 2003; 44 (SUPPL. 10) . 2-10.
- 3- **Langlois R, Sattin J. TBI in United States: research and programs of de Center For Control Disease.** *Head trauma rehabil.* 2005.; 20. 187-288.
- 4- **Marmarou A, LuJ, Butcher I. Prognostic value of the Glasgow coma scale and pupil reactivity in traumatic brain injury assessed pre-hospital and on enrollment: An IMPACT analysis.** *Journal of neurotrauma* (online). Feb. 2007, 24(2): 270-280. Recuperado en: [online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/neu.2006.0029](http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/neu.2006.0029).
- 5- **Choi SC, Barnes TY. Predicting outcome in the head injured patient.** En: **Narayan, Willberger.** *Neurotrauma.* New York: McGraw-Hill, 1996: pp 779-792. Recuperado en: [SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext](http://SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext).
- 6- **Choi SC, Muizelaar, Barnes.** Prediction tree for severely head-injured patients. *J neurosurg* 1991; 75; 251-255. Rescatado en: [SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext](http://SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext).
- 7- **Hodelin R, Dominguez R, Aparicio M. Escala de Glasgow para el coma como factor pronóstico de mortalidad en el traumatismo craneoencefálico grave.** En: *rev cubana neurolneurocir.* 2013; 3(1): 57-62. Rescatado de: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4/412530.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4/412530.pdf).
- 8- **Baldwin NG, Marmarou et al. A mathematical model for early prediction of mortality in severe head injury.** *AANS 59th annual meeting.* New Orleans, 1991; pp 456-457.
- 9- **Boto GR, Gomez PA. et al. Modelos pronósticos en el traumatismo craneoencefálico grave.** *Neurocirugía V. 17.n3. Murcia. Jun. 2006.* Rescatado en: [SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext](http://SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext).
- 10- **Menon DK, Zahed C. Prediction of outcome in severe traumatic brain injury.** *Curropincritcare.* 15(5): 437-41.2009. Recuperado en: [www.neuroscience.cam.ac.uk/publications/pubinfo.php?foreignId=pubmed%3](http://www.neuroscience.cam.ac.uk/publications/pubinfo.php?foreignId=pubmed%3)

Tabla 1

Datos demográficos

|                |                                                                                                                                         |                   |                 |           |         |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------|---------|
| Edad           | ≤ 30 [14]                                                                                                                               | 30-39 [2]         | 40-49 [4]       | 50-59 [1] | ≥60 [1] |
| Sexo           | Masculino [20]                                                                                                                          |                   | Femenino [2]    |           |         |
| Tipo de lesión | Hematoma epidural [5] 22.7%   hematoma subdural [9] 40.9% Hematoma intracerebral [3] 13.6% fracturas [4] 18.1% Lesiones mixtas [1] 4.5% |                   |                 |           |         |
| Glasgow        | ≤ 8/15 [9] 40.9%                                                                                                                        | 9-13/15 [6] 27.2% | 14-15 [7] 31.8% |           |         |
| Mortalidad     | Vivos [17] 77.2%   fallecidos intrahospitalario [3] 13.6%   fallecidos extrahospitalario [2] 9%                                         |                   |                 |           |         |

Fuente: los autores.

# Servicio Especializado Centrado en la Gente 2014

**LICDA KAURY TAVERAS**  
ENFERMERA DOCENTE HTNAL

**LICDA ARIELA MARTE**  
PSICÓLOGA LABORAL

## Objetivos Generales

- Desarrollar la sensibilidad, las actitudes y las conductas que se requieren para implantar y potenciar una estrategia eficaz de servicio a los usuarios, tanto internos como externos.
- Promover la fluidez y el desempeño de los procesos analizando la Misión Visión y Valores del HTNAL.

Se expusieron los Elementos del Servicio Centrado en la Gente:

## Sentido

- Entendiendo las fortalezas y trabajar al servicio de los objetivos y de la Misión, Visión y Valores del HTNAL.

## Enfoque positivo

- Adoptar una visión positiva y constructiva.
- Convertir situaciones difíciles en oportunidades.

## Interacción

- Mediante la comunicación efectiva

## Entusiasmo:

- Buscando formas de desarrollar y mantener la energía.
- Implementación de protocolo de cortesía para contestar el teléfono:



Equipo de enfermeras.

## Objetivo:

Lograr una comunicación eficaz en conversaciones telefónicas.

**Pasos:** Saludar, Identificar el departamento, Identificarse como persona, Prestar atención a la persona que está al teléfono, Dar respuestas oportunas y precisas, brindar despedida de cortesía.

Fue un tema de gran impacto brindado a todos los empleados del hospital (Enfermería, médicos y administrativo) donde se utilizó la técnica del cine fórum/ allí se presentaron videos para lograr sensibilizar y ayudar al cambio de actitudes negativas que deshumanizan los servicios, fomentando la expresión el cambio empieza por mí.



# Trauma maxilofacial en pacientes atendidos en el Hospital Traumatológico Doctor Ney Arias Lora, octubre 2010-octubre 2011

## Resumen

El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de Traumatismo Maxilofacial en pacientes atendidos en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, Octubre 2010-Octubre 2011. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y prospectivo. La primera fase se realizó a través del sistema Ticares con los expedientes digitales de los pacientes que habían sido atendidos en los primeros 7 meses de gestión hospitalaria, usando un formulario diseñado para esta investigación. En una segunda fase se procedió a observar los pacientes que asistieron diariamente en el periodo mayo-octubre 2011 hasta que el diagnóstico definitivo correspondiera a traumatismo maxilofacial

También en estos pacientes se llenó el formulario con la historia clínica. Luego se procedió al procesamiento de la información llegando a las siguientes conclusiones: Los traumatismo maxilofaciales que se presentaron con mayor frecuencia fueron las heridas maxilofaciales con un 46.2%, seguido por las fracturas maxilofaciales con un 45.2%.

Del total de 338 pacientes la herida desgarrada fue la que presentó un mayor número de casos en un 58.1%. La fractura del malar presentó la mayor frecuencia con un 23.9%, seguido de la fractura mandibular con 21.36% y la fractura nasal con 21.36%. El traumatismo dentario por desplazamiento presentó mayor frecuencia con un 22.2% por ciento. El grupo de edades comprendidas entre 20-29 años fue el que presentó mayor número de casos con un 25.1%. En cuanto al sexo la mayor frecuencia se presentó en el sexo masculino con un 70.7% por ciento.

En cuanto a la causas del traumatismo maxilofacial el accidente automovilístico presentó la mayor frecuencia con un total de 163 casos para un 48.2%. La zona topográfica que predominó fue el tercio medio de la cara con un total de 112 casos para un 62% por ciento.

El área geográfica de donde procedió mayor cantidad de pacientes con traumatismo maxilofacial fue del municipio de villa mella con un total de 84 casos para un 25.8% por ciento. Palabras claves: Traumatismo maxilofacial, Fracturas maxilofacial, Heridas maxilofaciales desgarradas por desplazamiento, tercio medio e inferior, accidentes automovilísticos

## Diagnostico definitivo:

### Exploracion manual para diagnosticar una fractura facial



**Presion bimanual sobre los huesos cigomaticos y maxilar superior.**



**Traccion hacia delante y hacia abajo del maxilar superior.**



**Maniobras de de traccion, presion y de palpacion a nivel de la base de la nariz.**



**Palpacion de la piramide nasal.**



**Palpacion del reborde infraorbitaio**



**Palpacion sobre la sutura cigomatica frontal**



**Palpacion del arco cigomatico.**



**Palpacion Maxilar Inferior**



**Palpacion Maxilar Superior**



## **Tipos de heridas Maxilofaciales, según el tipo de agente causante:**

### **Incisas o cortantes.**



**Antes.**

**Después.**



**Herida punzante**



**Heridas contusas.**



**Fracturas del Maxilar Inferior.**

**Fractura dento-alveolar.**



**Fractura basilar.**



**Heridas a colgajo.**

**Antes**



**Despues**



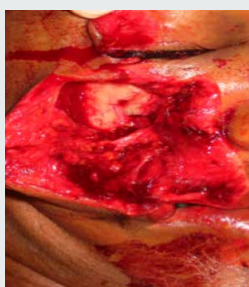
**Fracturas múltiples.**



**Fracturas conminutas**



**Herida por arrancamiento.**



**Herida por mordedura.**



**Fractura de cuello de cóndilo mandibular.**



**Herida por armas de fuego**



**Fractura de rama mandibular**



**Fractura de ángulo mandibular.**



**Fractura lateral o de cuerpo.**



**Fractura parasinfisaria.**



**Fractura sinfisiaria**



**Fractura sinfisiaria**

**Fractura indirecta de la sínfisis**



**Fractura sinfisiaria o mediana**



**Fractura Sinfisiaria Lambdoidea**



**Fractura sinfisiaria vertical**



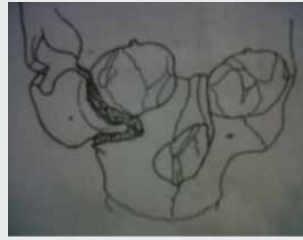
**Post-quirurgico fracturas del tercio inferior y medio**



## Fracturas horizontales

Fracturas del tercio medio de la cara.

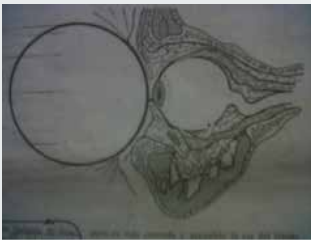
### Fractura de malar



### Fractura de Arco Cigomatico.



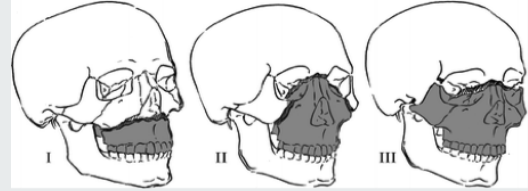
### Fractura de piso de orbita.



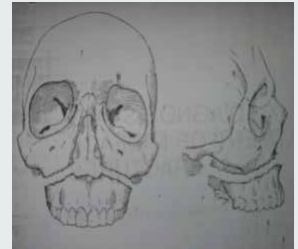
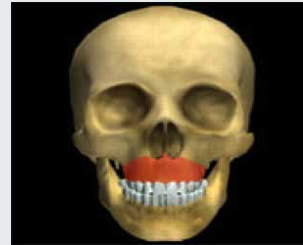
### Fracturas de Le Fort.



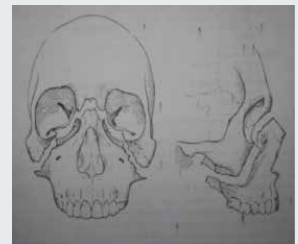
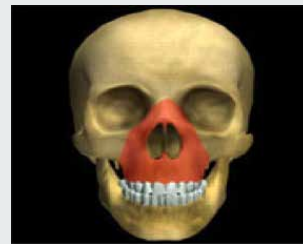
### Fracturas de Lefort.



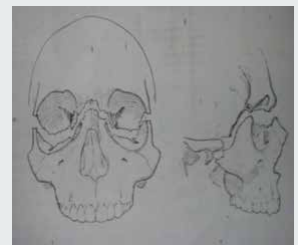
### Fractura Le fort I



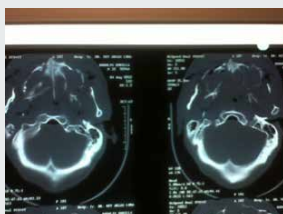
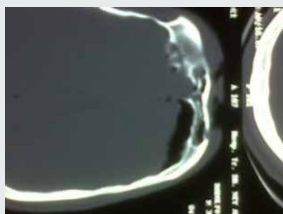
### Fractura Le Fort II



### Fractura Le Fort III



## Panfacial



Fracturas y lesiones maxilofaciales ocasionadas por patologías.

## Ameloblastomas



## Post-Quirurgicos





# Primeros datos estadísticos de un departamento de radiología perteneciente al sector público !! Su importancia !!

No tenemos conocimiento alguno, sobre si existen algún Antecedente Estadísticos en el Ministerio de Salud Pública, ni en algún Hospital perteneciente a la red pública de salud, ya sea en un Hospital Descentralizado o no; Referente a la cantidad de estudios de imágenes realizados por año en un Departamento de Radiología, El sexo más frecuente por cada modalidad de los servicios Diagnosticas (RMI, RX, TAC y Sonografía), demanda de los servicios de Imágenes según la edad, estudios de imágenes más demandados y menos demandados por cada modalidad diagnostica, así como también, el costo total de las ventas de estos servicios a la ARS del estado (Senasa), por ser de dicha ARS cerca del 80% de los pacientes, que asisten al Hospital del estado.

Como país tenemos muy pocas culturas estadísticas. Por ende, las autoridades del Ministerio, en el devenir del tiempo, han demostrado solo darle importancia estadísticas, en materia de salud, aquellos casos o áreas en la que tenemos la obligación de presentar incidencia como país, a organismo internacionales (OPS, OMS, ONG etc.) de enfermedades de notificación obligatoria como son: Dengue, Malaria, VIH, Polio etc.

Es sumamente importante conocer estadísticamente el funcionamiento en conjunto de todas las áreas que conforman un Hospital,

o sobre las cuales se encuentra dividido el Ministerio de Salud. Ya que esto nos permitiría:

1. hacer un enfoque objetivo del gasto presupuestario por áreas y/o Departamentos.
2. Enfocar la prevención y/o el cambio de conducta de la población, en situaciones que pudieran ser prevenibles.
3. Orientar objetivamente el adiestramiento del personal de salud involucrado Ejemplo: Encargado de personal (Jefes de servicio), Médicos Ayudantes, Médicos Residentes, Estudiantes de Medicina, Personal de Enfermería o cualquier otro personal de apoyo.

Desde el mismo año que asumimos la Gerencia del Departamento de Radiología del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, venimos realizando años tras años las Estadísticas, sobre la demanda de los servicios de los usuarios que acuden a nuestro departamento. Tomando como variable los puntos que enfocamos en la introducción del presente trabajo, así como, algunas otras variables que por cuestión de espacios no podemos presentar aquí.

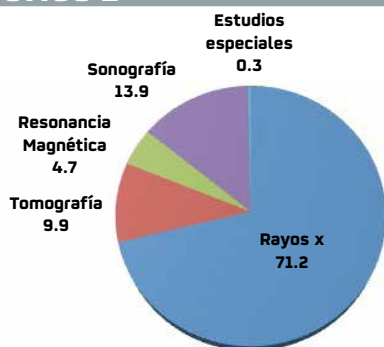
A continuación presentamos algunos gráficos de los resultados del año 2014:

**Tabla 1**

|               |                      | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------|----------------------|------------|------------|----------------------|
| <b>Válido</b> | Rayos X              | 76,177     | 71.2       | 71.2                 |
|               | Tomografía           | 10,549     | 9.9        | 81.1                 |
|               | Resonancia Magnética | 5,015      | 4.7        | 85.8                 |
|               | Sonografía           | 14,834     | 13.9       | 99.6                 |
|               | Estudios especiales  | 354        | 0.3        | 100.0                |
|               | Total                | 106,929    | 100.0      |                      |

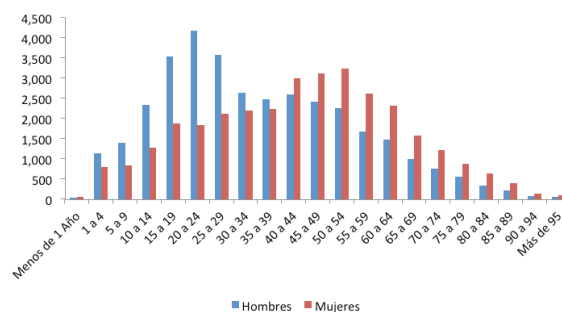
Fuente: Gerencia de Estadísticas

### Gráfico 1



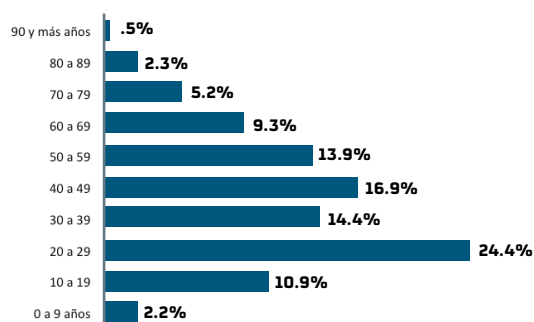
### Gráfico 4

Rayos X realizados por sexo según la edad



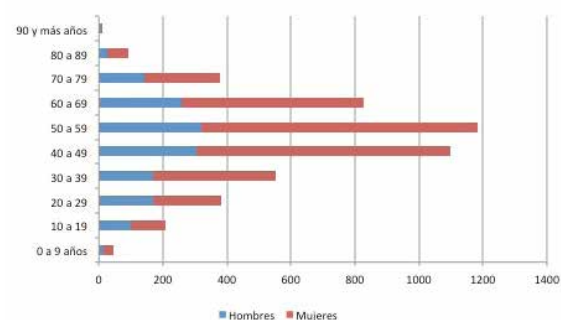
### Gráfico 2

Rayos X realizados por grupos de edad



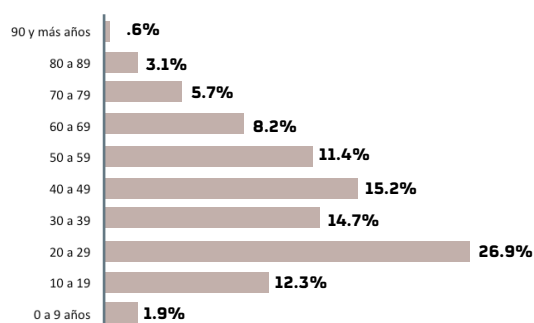
### Gráfico 5

Resonancias Magnéticas realizadas por sexo según la edad



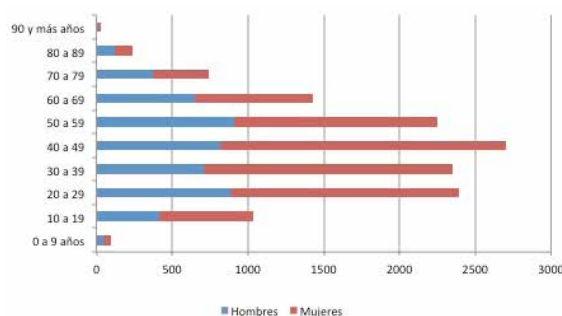
### Gráfico 3

Tomografías realizadas por grupos de edad



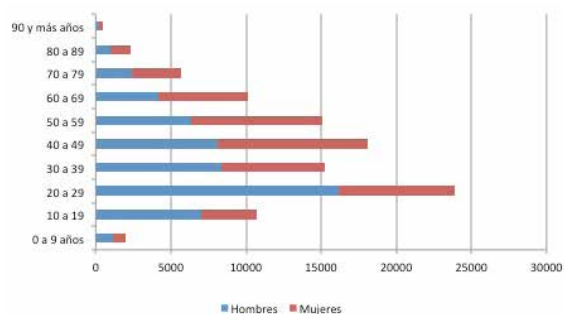
### Gráfico 6

Sonografías realizadas por sexo según la edad



## Gráfico 7

Total de Estudios realizados por sexo segun edad



Por ser nuestro Hospital enfocado al trauma y a la rehabilitación, es sumamente preocupante ver que el grupo de edad y sexo que predomina en cuanto a la demanda de servicio de imágenes que con mayor frecuencia se solicitan a pacientes con traumas agudos (post evento traumáticos), como son las radiografías y Tomografías computarizada, sean del sexo masculino y con edades comprendidas entre los 20-30 años. Resultados estos, que debería llamar la atención de las autoridades tanto ministeriales como legislativa, con mira a establecer políticas de control y prevención enfocada a grupos vulnerables y a la concienciación de la juventud. Y más, cuando vemos por estadísticas, que la principal causa de muerte en pacientes jóvenes de entre 15 a 30 años en nuestro país, son los incidentes traumáticos.

## En gráfica



### CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL MÉDICO

La directora general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, doctora Ysabel Santana, doctor Alfredo Polanco, subdirector Médico, licenciado Víctor Guzmán, subdirector Financiero y la licenciada Elsa Pérez, subdirectora de Recursos Humanos, durante la entrega de un televisor Smart, a la doctora Ingrid Lantigua, cirujana maxilofacial, en el sorteo realizado en la institución de salud al celebrarse el día del médico.

# Calidad en la dispensación de las ordenes medicas en la farmacia del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora durante los meses mayo –junio 2014.

DRA.  
MILAGROS MAGALLANES



## Introducción

El sistema de dispensación de medicamentos, está formado por una cadena de varias etapas, que van desde la selección y la gestión de medicamentos hasta el seguimiento farmacoterapéutico del paciente, pasando por los procesos de prescripción, transcripción, dispensación y administración, la atención farmacéutica va dirigida a un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes cada vez más individualizado y a una mayor integración del farmacéutico en equipos multidisciplinares.

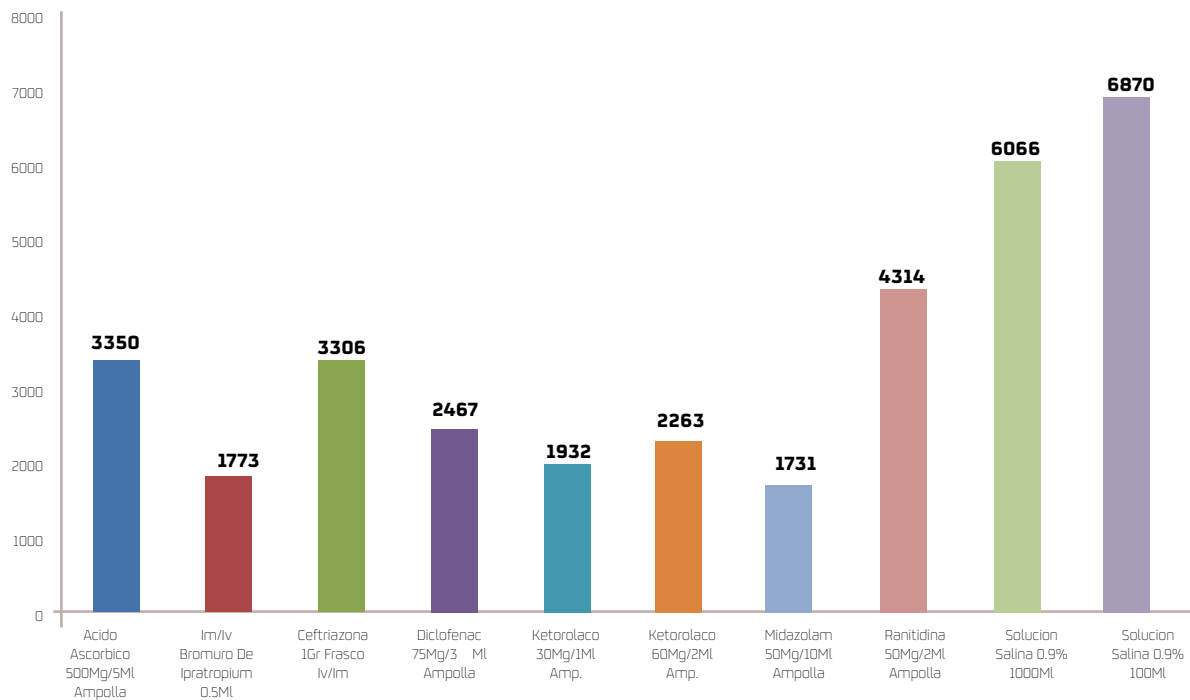
## Diseño Metodológico

- **Tipo de estudio:** descriptiva observacional transversal de tipo inductivo.
- **Población:** 18.866 Ordenes Médicas dispensadas durante los meses Mayo y Junio 2014, en el Hospital Ney Arias Lora .
- **Instrumentos de recolección de datos:** Formulario de conteo de dispensación en la farmacia.
- **Procesamiento y análisis:** Tablas de contingencia. Los programas a través de los cuales fueron tabulados y analizados los datos fueron: Epi info 7, SPSS y Microsoft Excel 2008.

# Resultados y Análisis

Medicamentos más dispensados en mayo 2014

Gráfico 1

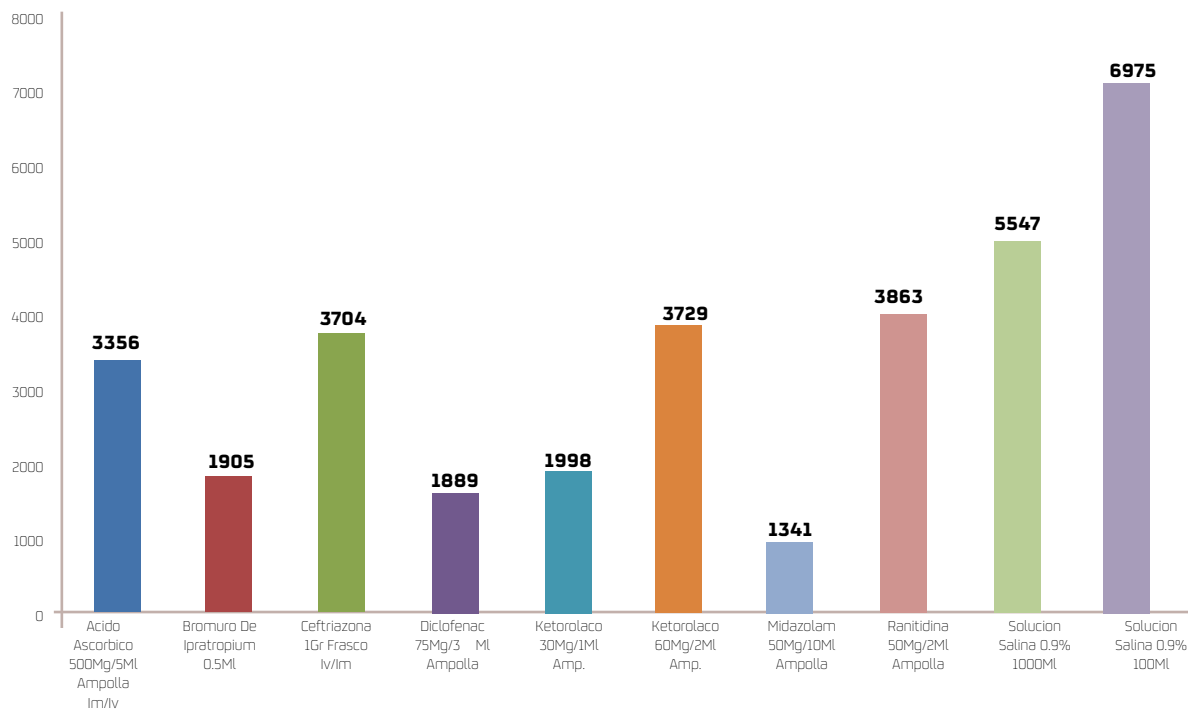


| MEDICAMENTOS                            | TOTAL |
|-----------------------------------------|-------|
| Acido Ascorbico 500Mg/5ML Ampolla Im/iv | 3350  |
| Bromuro De Ipratropium 0.5ML            | 1773  |
| Ceftriazona 1Gr Frasco Iv/Im            | 3306  |
| Diclofenac 75Mg/3 ML Ampolla            | 2467  |
| Ketorolaco 30Mg/1ML Amp.                | 1932  |
| Ketorolaco 60Mg/2ML Amp.                | 2263  |
| Midazolam 50Mg/10ML Ampolla             | 1731  |
| Ranitidina 50Mg/2ML Ampolla             | 4314  |
| Solucion Salina 0.9% 1000ML             | 6066  |
| Solucion Salina 0.9% 100ML              | 6870  |

## Resultados y Análisis

### Medicamentos más dispensados en junio 2014

**Gráfico 2**

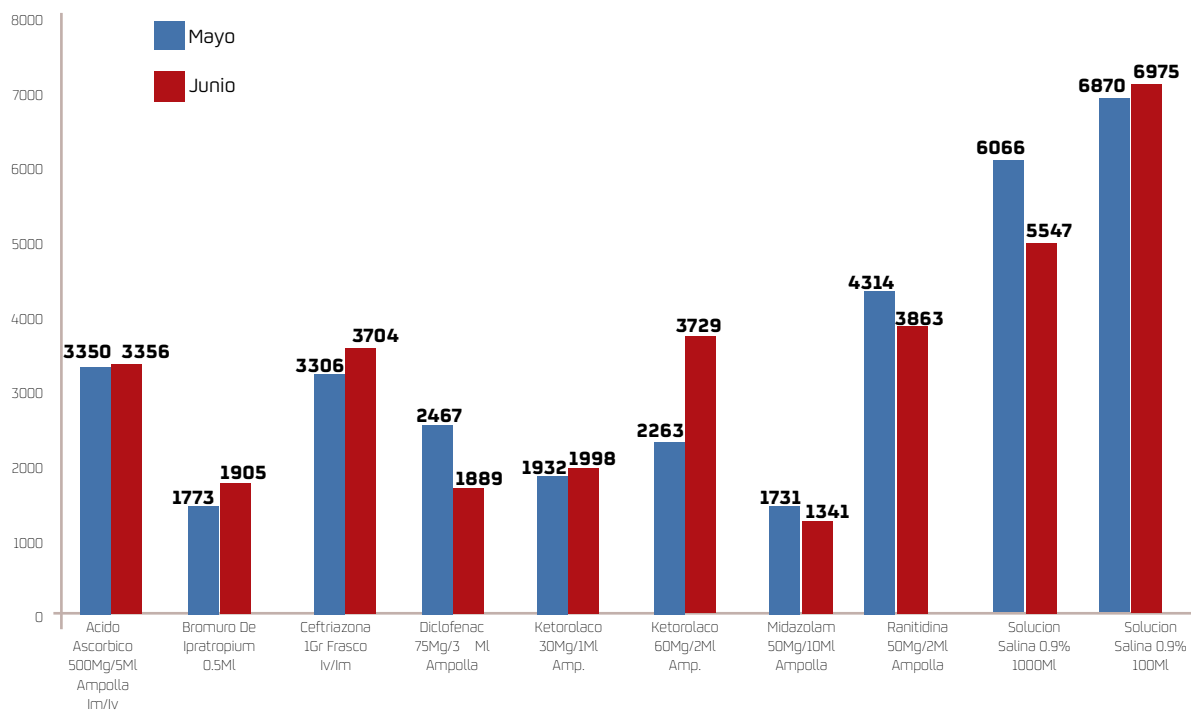


| MEDICAMENTOS                            | TOTAL |
|-----------------------------------------|-------|
| Acido Ascorbico 500Mg/5ML Ampolla Im/Iv | 3356  |
| Bromuro De Ipratropium 0.5ML            | 1905  |
| Ceftriazona 1Gr Frasco Iv/Im            | 3704  |
| Diclofenac 75Mg/3 ML Ampolla            | 1889  |
| Ketorolaco 30Mg/1ML Amp.                | 1998  |
| Ketorolaco 60Mg/2ML Amp.                | 3729  |
| Midazolam 50Mg/10ML Ampolla             | 1341  |
| Ranitidina 50Mg/2ML Ampolla             | 3863  |
| Solucion Salina 0.9% 1000ML             | 5547  |
| Solucion Salina 0.9% 100ML              | 6975  |

## Resultados y Análisis

Diferencia % entre los medicamentos dispensados en mayo y junio

**Gráfico 3**



| MEDICAMENTOS                            | MAYO | JUNIO |
|-----------------------------------------|------|-------|
| Acido Ascorbico 500Mg/5ML Ampolla Im/Iv | 3350 | 3356  |
| Bromuro De Ipratropium 0.5ML            | 1773 | 1905  |
| Ceftriaxona 1Gr Frasco Iv/Im            | 3306 | 3704  |
| Diclofenac 75Mg/3 ML Ampolla            | 2467 | 1889  |
| Ketorolaco 30Mg/1ML Amp.                | 1932 | 1998  |
| Ketorolaco 60Mg/2ML Amp.                | 2263 | 3729  |
| Midazolam 50Mg/10ML Ampolla             | 1731 | 1341  |
| Ranitidina 50Mg/2ML Ampolla             | 4314 | 3863  |
| Solucion Salina 0.9% 1000ML             | 6066 | 5547  |
| Solucion Salina 0.9% 100ML              | 6870 | 6975  |

## Resultados y Análisis

Podemos observar en la tabulación de los datos, que los medicamentos con mayor % de dispensación son las soluciones salinas al 0.9% de 100ml y 1000ml, debido a que cada paciente hospitalizado requiere de estos para la administración de los medicamentos, seguido de la Ranitidina ampolla 50mg, Ketorolaco ampolla 60mg, Ceftriaxona frasco 1gr, ácido ascórbico ampolla 500mg.

### Conclusión

Los Colaboradores durante la dispensación y entrega de los medicamentos, cumplen con los protocolos establecidos.

Los medicamentos se dispensan con la debida calidad y eficiencia.

La calidad de la dispensación oscila alrededor de un 99%.

El objetivo de los colaboradores de farmacia en el HTNAL, es satisfacer las necesidades de los usuarios.

### En gráfica



Vicepresidenta de la República, Margarita Cedeño y la doctora Ysabel Santana durante una visita realizada al hospital.



# Incidencia de Traumatismo Renal en el Hospital Traumatológico

## Dr. Ney Arias Lora

### enero del 2014-mayo del 2015

#### Introducción

Los traumas renales cada día se hacen más frecuentes en la unidad de emergencia del Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, debido al entorno que cada vez se hace más violento e inseguro, por ende los casos de nefrectomía por herida de arma de fuego desplazan a los ocurridos por los accidentes de vehículo de motor.

Nuestros pacientes a la llegada al centro, en su mayoría se encuentran hemodinámicamente inestable, debido a algunos factores como, el tiempo transcurrido desde el momento de la lesión hasta la llegada al centro, el grado de las lesiones renales, los múltiples órganos asociado, entre otros.

#### Variables

Para este trabajo, tendremos presente las siguientes variables:

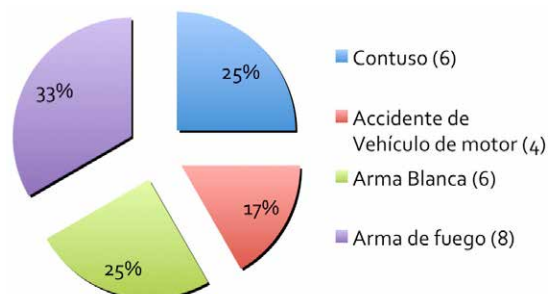
- Sexo.
- Edad.
- Mecanismo del trauma.
- Riñón afectado.
- Método diagnóstico.
- Grado de lesión.
- Tratamiento.
- Órganos asociados.
- Grado de shock.

#### Material y método

Se analizaron retrospectivamente, de forma aleatoria y de corte transversal, 143 casos de pacientes diagnosticados con trauma abdominal, de los cuales 24 reportaron trauma renal en el periodo de tiempo comprendido entre Enero 2014 a Mayo 2015, mediante recolección de datos proveniente de los expedientes clínicos.

#### Gráfico 1

Mecanismo del Trauma



Los traumas penetrantes fueron los más frecuentes en nuestro medio comprendiendo un número de 12 casos, lo que representa un 55%; mientras que los traumas cerrados fueron 10 casos para un 45%.

#### Método Diagnóstico

En la base de métodos dx a la llegada del paciente en la sala de urgencias, la TAC y sonografía abdominal tienen gran importancia para realizar una evaluación precisa y detallada de las lesiones renales. Siempre y cuando las condiciones hemodinámicas del paciente así lo permitan.

En nuestro centro, durante este periodo de tiempo la evaluación clínica fue la de mayor importancia para un diagnóstico precoz en el área de emergencia, donde el signo principal fue la hematuria macroscópica.

#### Tratamiento

En cuanto a la valoración terapéutica de los traumatismos renales, están basados según clasificamos el grado de lesión renal, dándole prioridad a la conservación del riñón; para reducir de manera significativa el número de nefrectomías innecesarias.

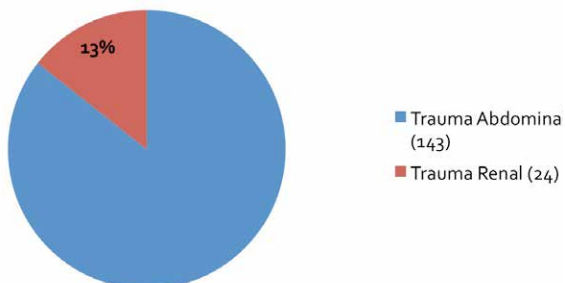
## Clasificación del trauma renal de la American Association for the Surgery of Trauma

**Cuadro 1**

| Grado | Tipo de lesión | Descripción de la lesión                                                                                              |
|-------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I     | Contusión      | Hematuria micro o macroscópica, estudios urológicos normales.                                                         |
|       | Hematoma       | Subcapsular, no expansivo sin laceración del parénquima.                                                              |
| II    | Hematoma       | Hematoma perirrenal no expansivo confinado al retroperitoneo renal.                                                   |
|       | Laceración     | <1cm de profundidad en el parénquima de la corteza renal sin extravasación urinaria.                                  |
| III   | Laceración     | >1cm de profundidad en el parénquima de la corteza renal sin extensión al sistema colector ni extravasación urinaria. |
| IV    | Laceración     | Laceración del parénquima que se extiende a través de la corteza renal, la médula y el sistema colector.              |
|       | Vascular       | Lesión de arteria o vena renal principal con hemorragia contenida                                                     |
| V     | Laceración     | Riñón completamente fragmentado (estallido renal).                                                                    |
|       | Vascular       | Avulsión del hilio renal que desvasculariza al riñón.                                                                 |

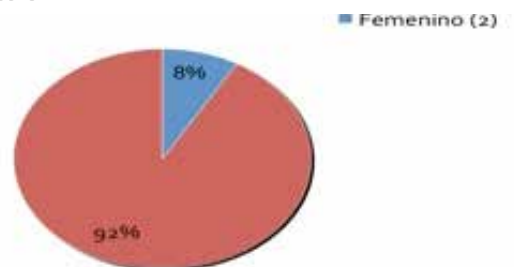
**Gráfico 2**

**Traumatismos Renales**



**Gráfico 3**

**Sexo**

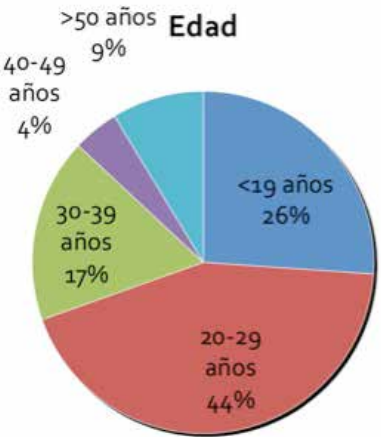


En el estudio pudimos apreciar que el sexo masculino fue el más afectado y el que comprende de 22 pacientes para un 92% y 2 femeninos para un 8%.

El riñón afectado más frecuentemente fue el izquierdo en un 58% mientras que el derecho en un 42% de los casos.

**Gráfico 4**

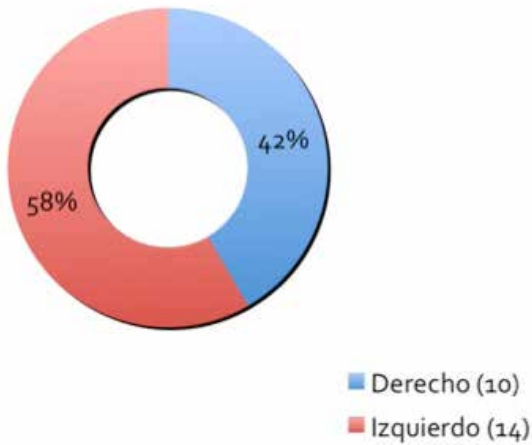
Edad



El grupo de edad más afectado fueron los pacientes con un rango de edad 20-29 años con 44% de los casos, seguidos del grupo de edad <19 años con 26% de los casos.

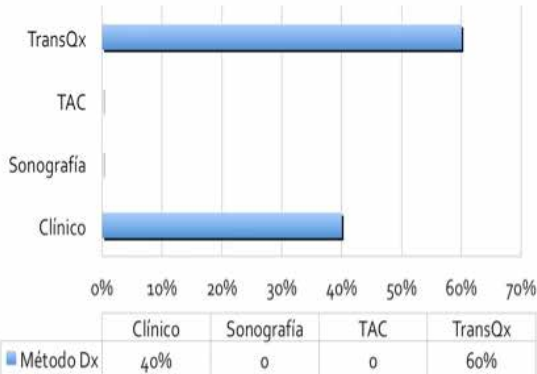
**Gráfico 5**

Riñón afectado



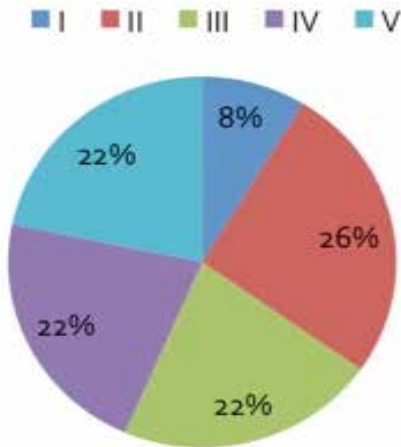
**Gráfico 6**

Método Diagnóstico



**Gráfico 7**

Grado de lesión

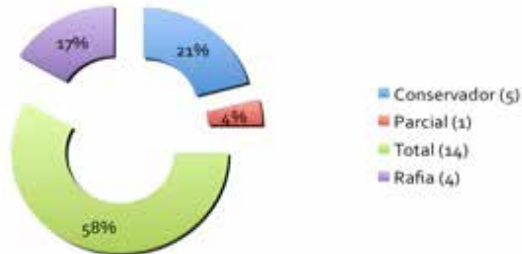


El primero lugar fueron para las lesiones grado II y grado III con un 26% cada uno, seguido por el grado V con un 22%.

Los órganos que más se afectaron fueron hígado y bazo con un 31% y 22% respectivamente.

### Gráfico 8

Tratamiento



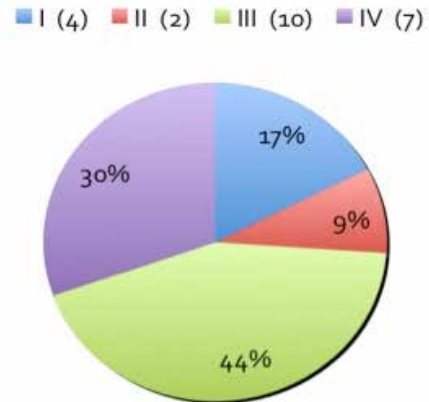
En cuanto al tratamiento, los grados I y II fueron conservadores en un 100% de los casos.

Para las lesiones grado III y grado IV, el tratamiento conservador sólo fue posible en uno de los casos, donde se practicó una heminefrectomía, otro caso de lesión grado IV terminó en nefrectomía total luego de tratamiento conservador, por lesiones asociadas a lesión esplénica, que obligaron a laparotomía exploratoria debido a una hematuria macroscópica persistente por exposición de la pelvis renal y la inestabilidad hemodinámica del paciente, el resto terminó en nefrectomía total desde el inicio.

El 100% de las lesiones grado V, terminó en nefrectomía total.

### Gráfico 10

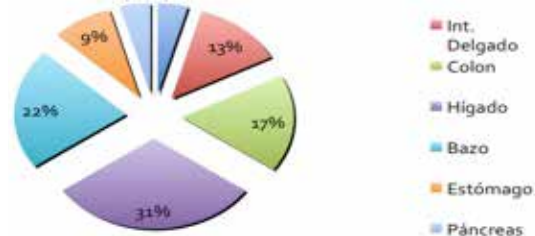
Grado de shock



El grado de shock hipovolémico III, fue el de mayor frecuencia con un 44% de los casos mientras que en un segundo lugar queda el grado IV con un 30%.

### Gráfico 9

Órganos asociados





# Prevalencia de los anticuerpos IgG/ IgM en donantes de sangre asistido en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora

## Periodo abril - junio 2014

Las infecciones transmisibles por transfusión (ITT) son aquellas que pueden transmitirse a otras personas a través de donaciones de sangre o hemocomponentes

### Introducción:

En la actualidad, la transfusión de componentes sanguíneos aún no puede realizarse sin un riesgo residual. A diferencia de los países con alto índice de desarrollo humano (HDI), en su mayoría europeos, en los que se tiene un esquema de donación de sangre basado al 100% en donantes voluntarios de repetición.

Las infecciones transmisibles por transfusión (ITT) son aquellas que pueden transmitirse a otras personas a través de donaciones de sangre o hemocomponentes, siendo los donantes de riesgo aquellos en quienes los análisis de su unidad de sangre dan resultados doblemente reactivos en pruebas de tamizaje.

### El Hepatitis una enfermedad silenciosa.

La hepatitis es una inflamación del hígado. La afección puede remitir espontáneamente o evolucionar hacia una fibrosis (cicatrización), una cirrosis o un cáncer de hígado. Los científicos han identificado cinco virus de la hepatitis designados por las letras, A, B, C, D y E.

El diagnóstico temprano puede evitar problemas de salud derivados de la infección.

### Hacerse la prueba

El diagnóstico temprano puede evitar problemas de salud derivados de la infección y prevenir la transmisión de ésta a los familiares y otros contactos sexuales.



### Prevención

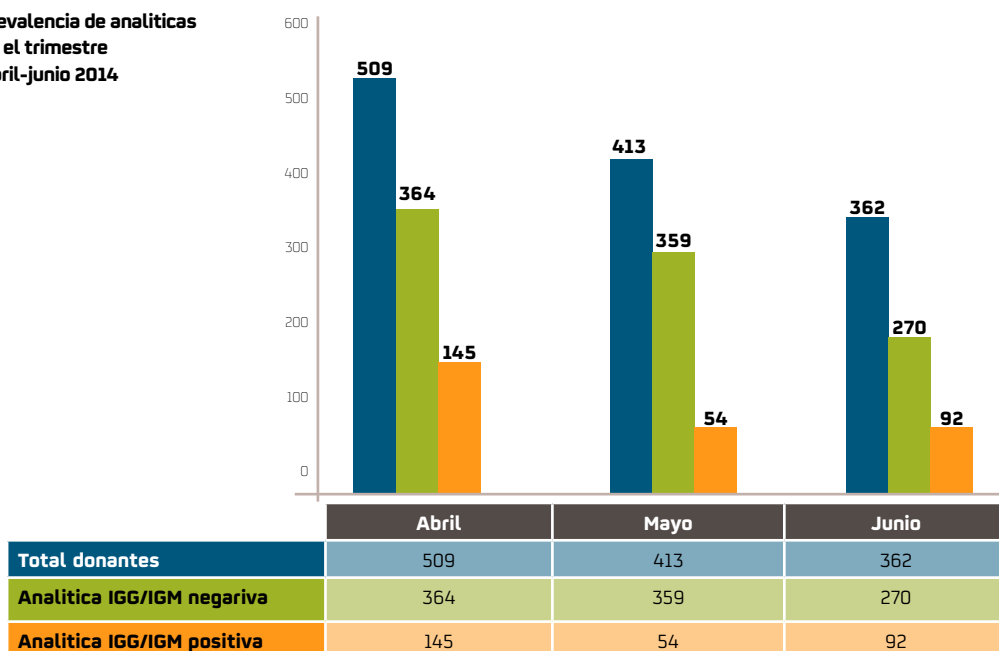
La vacuna contra la hepatitis es el principal pilar de la prevención de esa enfermedad.

### Materiales y métodos:

Estudio descriptivo de corte transversal realizado bajo el método de Elisa a 1,284 donantes en el Banco de Sangre del Hospital Traumatológico DR. Ney Arias Lora, en el trimestre abril-2014 a Junio-2014, donde se encontraron 291 muestras positivas para el virus de hepatitis B y/o C, con un 99% de confiabilidad y un error máximo del 1%.

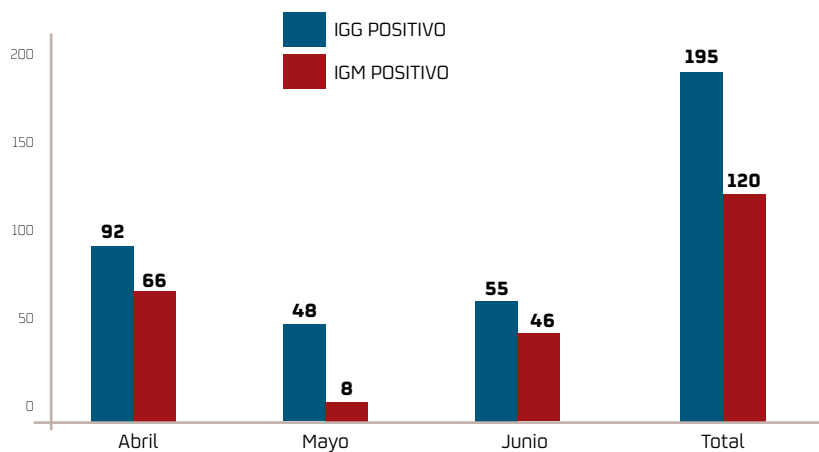
## Gráfico 1

Prevalencia de analíticas  
en el trimestre  
Abril-junio 2014



## Gráfico 2

Prevalencia IGG/IGM positivo en donantes asistidos  
en el trimestre Abril-junio 2014



## Resultados

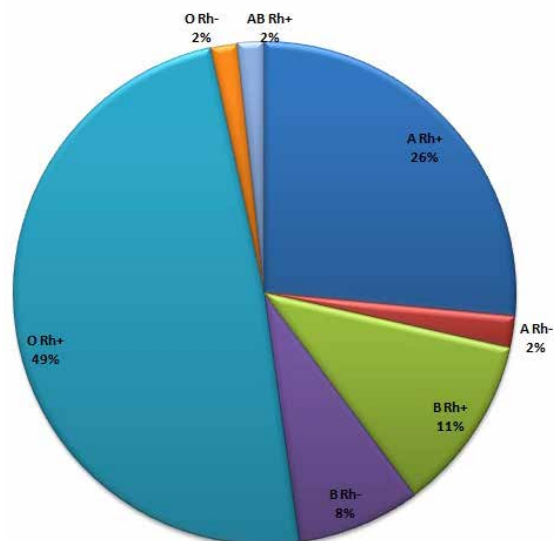
En 1,284 donantes de sangres estudiados, se encontró 291 muestras con serología positiva para anticuerpos de Hepatitis B y C. De los cuales 195 correspondieron al anticuerpo anticore de Hepatitis B [anti-HBc] y Hepatitis C [anti-HCb]; Todos los donantes son de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 20 a 54 años de edad.

## Discusión:

Estos resultados nos sitúan entre los países con una alta tasa de prevalencia de Hepatitis, con un resultado de un 23% positivo, en las analíticas IGG e IGM en los pacientes asistidos en este periodo.

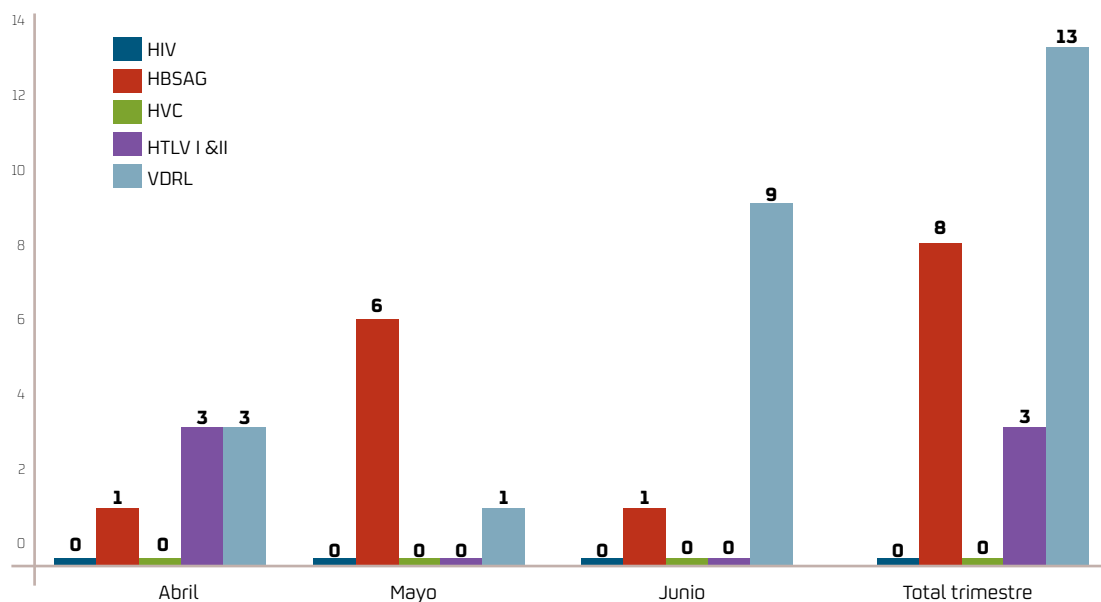
## Gráfico 4

Prevalencia de Anti-Cuerpo IGG/IGM Positiva por tipificación sanguínea



## Gráfico 3

Prevalencia de la inmunoserología en el trimestre Abril-junio 2014



# Carcinoma Adrenocortical: Presentación de Caso y Revisión de Criterios Diagnósticos

DRA. CANDY ALMÁNzar



## Introducción

El carcinoma adrenocortical es una neoplasia maligna extremadamente infrecuente. En Estados Unidos representa el 0.05-0.2% de todas las malignidades. Se ha descrito que en Brasil la incidencia de este tipo tumoral aumenta al 0.5-2% de los casos, debido a un aumento en la prevalencia de la mutación en el exón 10 del gen p53 (Rivas, 2012).

Es una lesión más frecuente en mujeres, encontrándose mayor número de casos a partir de la cuarta década de la vida. Se caracteriza por su alta tasa de recurrencia y un pronóstico pobre, con una supervivencia media a los 5 años que oscila entre el 23-60%.

Presentamos un caso diagnosticado y tratado en el Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, en junio del 2014. A continuación, realizamos una revisión de los criterios diagnósticos más empleados en esta entidad clínica.

## Abstract

The adrenocortical carcinoma is an extremely rare malignancy. In the United States it accounts for 0.05-0.2% of all malignancies. Described in Brazil the incidence of this tumor type increases 0.5-2% of cases, due to an increased prevalence of the mutation in exon 10 of the p53 gene (Rivas, 2012).

It is a common injury in women, finding more cases from the fourth decade of life. It is characterized by its high rate of recurrence and poor prognosis with a median survival at 5 years ranging from 23-60%.

We report a case diagnosed and treated at the Trauma Dr. Ney Arias Lora Hospital in June 2014. Then we review the diagnostic criteria used in this clinical entity.

### Palabras clave:

*Carcinoma, glándula suprarrenal, carcinoma corticoadrenal, tumor productor de hormonas.*

## Presentación de caso

A la consulta llega paciente femenina, de 30 años de edad, quien acude al centro por presentar una masa firme, no dolorosa, de 1 año de evolución. Refiere asimismo, marcado edema de miembros inferiores, Diabetes Mellitus, hirsutismo, amenorrea más de 7 meses y alopecia.

Los datos de laboratorio revelan niveles de cortisol basal: 785 nm/L (123-626), testosterona: 10.96 ng/L (0.1-0.9), glicemia: 375 mg-dL, dehidroepiandrosterona (DHEA): >1000. Se realizó una TAC de abdomen, la cual mostró un tumor adrenal derecho de gran tamaño (10.3 x 6.2 cm), p/b CA adrenal.

La paciente es llevada a cirugía por urología y se realiza excisión de la masa, la cual es llevada al laboratorio de Anatomía Patológica. La descripción macroscópica del espécimen refiere lo siguiente: Se recibe fijado en formol, una formación de tejido irregular, gris-amarillenta con red vascular visible, firma, que mide 11 x 6.5 x 5 cm. y pesa 180 gr. A los cortes seriados, superficie heterogénea, nodular, gris-amarillenta con áreas rojizas y blanquecinas sólidas.

## Ilustración 1

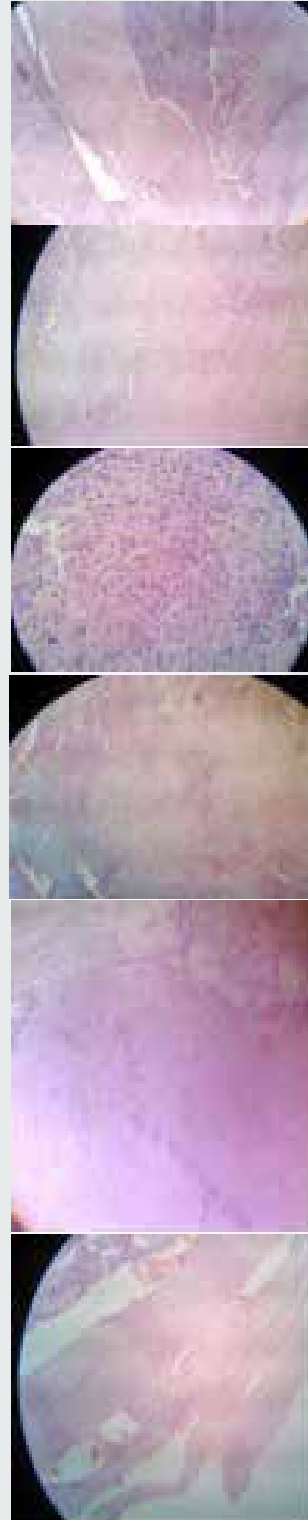
### Aspecto macroscópico del espécimen



Los cortes microscópicos revelan tejido correspondiente a glándula suprarrenal, donde se aprecia una neoplasia epitelial maligna constituida por varias poblaciones de células: poligonales, otras de citoplasma claro vacuolado con núcleos ovales de cromatina grumosa, células con citoplasma granular eosinofílico de núcleos hipercromáticos. Se disponen en nidos y trabéculas separados por delgados tabiques de tejido fibroconectivo. Invaden la cápsula sin atravesarla completamente. Se observan extensas áreas de necrosis, hemorragia, calcificaciones distróficas y vasos sanguíneos congestivos. Aparece un discreto infiltrado inflamatorio polimorfonuclear.

## Ilustración 2

### Aspecto microscópico de la neoplasia



El diagnóstico histopatológico es: Glándula Suprarrenal Derecha: Hallazgos Morfológicos Consistentes Con Carcinoma Adrenocortical. Se realizó inmunohistoquímica, con el siguiente panel de marcadores.

**Tabla 1**

**Tratamiento**

| Antibody      | Clone       | Description                       | Results  |
|---------------|-------------|-----------------------------------|----------|
| PCK           | AE1/AE3     | Pan cytokeratin cocktail          | Negative |
| CK7           | OV-TL 12/30 | Pulmonary, breast, Gynecologic Ca | Negative |
| CK20          | Ks20.8      | Colorectal Ca, Merkel cell Ca     | Negative |
| Melan-A       | Mart-1      | Adrenal cortical tumors           | Positive |
| Calretinin    | Polyclonal  | Adrenal cortical tumors           | Positive |
| RCC           | Polyclonal  | Renal Cell carconomas             | Negative |
| Synaptophysin | Polyclonal  | Neuroendocrine, neuronal marker   | Negative |

**Interpretation**

ADRENAL GLAND SHOWING AN ADRENAL CORTICAL CARCINOMA. TUMOR CELLS HAVE A CK7-/CK20- CYTOKER-ATIN PROFILE AND TOGETHER WITH THE POSITIVE RESULTS FOR MELAN-A AND THE MORPHOLOGIC FINDINGS THIS IMPRESSION.

## Comentario

El carcinoma adrenocortical es un tumor maligno de células epiteliales de la corteza de la glándula suprarrenal. Se estima que ocurre en 0.1 de cada 100, 000 casos de neoplasias malignas endocrinas, con una incidencia mayor en las femeninas, a partir de la cuarta década de la vida. Es más frecuente en la raza negra. Su etiología está relacionada con la mutación de diversos genes: exón 10 del gen p53, proteína G, RAS, proteinkinasa C, P57Kip2, MEN1.

La forma de presentación más común está relacionada a una hipersecreción hormonal por las células tumorales, glucocorticoides y andrógenos: obesidad con atrofia muscular, osteoporosis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, alteración del eje psiquiátrico-emocional y disfunción gonadal tanto en hombres como en mujeres. Como herramientas diagnósticas, las determinaciones hormonales, así como la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada, resultan de mucha utilidad.

Estas neoplasias tienden a ser de tamaño considerable al momento del diagnóstico (más de 5-6cm). Su aspecto histológico suele ser similar a las células que le dan origen, de la corteza suprarrenal, con varios patrones arquitecturales: sábanas de células separadas por una fina red fibrovascular, trabéculas y nidos sin formación de verdaderas glándulas. Puede haber necrosis y ser ésta muy extensa. Para un abordaje terapéutico más preciso, se han establecido diversos criterios, resumidos en las siguientes tablas.

**Tabla 1**

**Criterios de Weiss, con modificación de Aubert**

|   |                                                     |
|---|-----------------------------------------------------|
| 1 | Alto grado nuclear                                  |
| 2 | > de 5 mitosis en 50 campos de alto poder (HPF)     |
| 3 | Figuras de mitosis atípicas                         |
| 4 | < de un 25 % de las células son de citoplasma claro |
| 5 | Patrón arquitectural difuso                         |
| 6 | Necrosis                                            |
| 7 | Invasión venosa                                     |
| 8 | Invasión sinusoidal                                 |
| 9 | Invasión capsular                                   |

La presencia de tres o más criterios, se relaciona con malignidad

## Tabla 2

Sistema de Hough et al.

| Criterios histológicos |                                                 | Valor |
|------------------------|-------------------------------------------------|-------|
| 1                      | Patrón arquitectural difuso                     | 0.92  |
| 2                      | Invasión vascular                               | 0.92  |
| 3                      | Necrosis                                        | 0.69  |
| 4                      | Amplias bandas fibrosas                         | 1.00  |
| 5                      | Invasión capsular                               | 0.37  |
| 6                      | > de 1 mitosis en 10 campos de alto poder (HPF) | 0.60  |
| 7                      | Pleomorfismo nuclear                            | 0.39  |

| Criterios no histológicos                             |                                                                        | Valor |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1                                                     | Masa tumoral > 100gr                                                   | 0.60  |
| 2                                                     | Cetoesteroides en orina                                                | 0.50  |
| 3                                                     | Respuesta a ACTH                                                       | 0.42  |
| 4                                                     | Síndrome de Cushing con virilismo, virilismo solo o no manifestaciones | 0.42  |
| 5                                                     | Pérdida de peso (más de 10 libras en 3 meses)                          | 2.00  |
| Puntuación promedio para malignidades: 2.91           |                                                                        |       |
| Puntuación promedio para tumores indeterminados: 1.00 |                                                                        |       |
| Puntuación promedio para tumores benignos: 0.17       |                                                                        |       |

En el caso presentado, fueron utilizados los criterios diagnósticos mencionados para establecer el carácter maligno de la neoplasia, siendo esto corroborado más tarde por la inmunohistoquímica.

## Referencias

- DeLellis Ronald, Lloyd Ricardo, Heitz Philipp, Eng Charis. WHO Clasification of Tumours. Lyon.2004
- Rosai Juan. Rosai and Ackerman Surgical Pathology.10ma Ed. Londres. 2011
- Rivas Giovanna, Arango Natalia, Rubiano Juan, et al. Carcinoma córtico-adrenal.Revisión de la literatura. Rev Colomb Cancerol 2012;16(2):119-129Bogotá. 2012
- Paton BL, Novitsky YW, Zerey M, et al. Outcomes of adrenal cortical carcinoma in the United states. Surgery.2006;140:914-20.
- Maluf DF, de Oliveira BH, Lalli E. Therapy of adrenocortical cancer: present and future. Am J Cancer Res.2011;1:222-32.
- Instituto Nacional de Cancerología (INC). Registro institucional de cáncer. Anuario estadístico 2009. Bogotá:INC; 2010.
- Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Universidad del Valle. Estadísticas, incidencia, 2007 [internet]. [citado:18 de abril de 2012]. Disponible en: <http://rpcc.univalle.edu.co/es/incidencias/Estadisticas/index.php>
- Terzolo M, Stigliano A, Chiodini I, et al. AME position statement on adrenal incidentaloma. Eur J Endocrinol.2011;164:851-70.
- Schteingart DE, Doherty GM, Gauger PG, et al. Management of patients with adrenal cancer: recommendations of an international consensus conference. Endocr Relat Cancer. 2005;12:667-80.
- Young WF Jr. Management approaches to adrenal incidentalomas. Endocrinol Metab Clin North Am.2000;29:159-85.
- Bilimoria KY, Shen WT, Elaraj D, et al. Adrenocortical carcinoma in the United States: treatment utilization and prognostic factors. Cancer. 2008;113:3130-6.
- Kumar R, Alavi A, Fanti S. Adrenocortical positron emission tomography/PET-CT Imaging. PET Clin. 2008;2:33



# Indicaciones, manejo y complicaciones de la traqueostomía

## Introducción

El manejo de las vías aéreas constituye uno de los pilares fundamentales en el soporte de vida de los pacientes críticos, este manejo puede hacerse a través del tubo endotraqueal por ruta translaríngea o de la traqueostomía.

El concepto de traqueotomía corresponde al acto quirúrgico de abrir la tráquea. La traqueostomía, en cambio, implica la formación de un trayecto fistuloso de la tráquea hacia el exterior. Estos dos términos son ocupados indistintamente.

La traqueostomía fue probablemente efectuada en el antiguo Egipto y la primera es atribuida a Ascleapides de Bithynia alrededor de 100 A.C.

En 1909, Chevalier Jackson describe la moderna técnica de la traqueostomía quirúrgica, la cual fue pilar fundamental en intervención en las vías aéreas por más de 40 años, mediante este procedimiento, se consigue una vía aérea artificial, haciendo una escisión en el cuello a la altura del 2° AL 3° anillo traqueal y se inserta un pequeño tubo que comunica la tráquea con el exterior. Este procedimiento estaba indicado para obstrucción de vías aéreas superiores, ya sea por cuerpos extraños, trauma e infecciones, tales como: difteria y croup.

La traqueotomía percutánea (TP) fue introducida en 1957 por Sheldon et al y posteriormente Toy y Weinstein, en 1969, describieron un sistema basado en la guía de Seldinger.

## Indicaciones

- Ventilación mecánica prolongada.
- Falla respiratoria -dependencia crónica a ventilador.
- Obstrucción de la vía aérea por procesos neoplásicos o funcionales.
- Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, anomalías congénitas
- Retención de secreciones bronquiales.
- Apnea obstructiva del sueño.
- Disminuir el espacio muerto pulmonar.
- Trauma maxilofacial severo o trauma laríngeo.
- Traqueotomía electiva en cirugías mayores de cabeza y cuello.

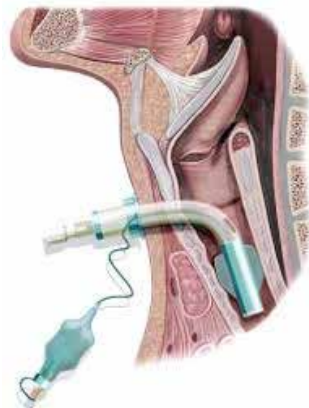
## Figura 2

Cánula de Traqueostomía



## Figura 1

Tomografía Tórax Simple.



## Beneficios de la traqueostomía en UCI

- Asegura una vía aérea infralaringea. Permite disminuir o eliminar los sedantes.
- Disminuye el proceso de destete de la ventilación.
- Mejora la comodidad del paciente.
- Facilita el cuidado en UCI y estimula la comunicación con el paciente.
- Facilita la deglución y el regreso a la nutrición oral.
- Beneficio psicológico para el paciente y sus familiares.

## Desventajas de la traqueostomía en el paciente de UCI

- Intervención quirúrgica con riesgo de complicaciones.
- Colonización de las vías aéreas.
- Riesgo de desplazamiento de la cánula por movilidad. Riesgo de erosión traqueal por el balón o eje del tubo causando estenosis o malasia.

## Complicaciones intraoperatorias

- **Hemorragia:** en aproximadamente el 5% de las traqueotomías.
- Lesión laríngea o traqueal.
- Lesión de estructuras para-traqueales.
- Traqueotomía muy baja, lesión del tronco braquiocefálico derecho y de los ápices pulmonares.

## Complicaciones intraoperatorias

- **Hemorragia:** en aproximadamente el 5% de las traqueotomías.
- Lesión laríngea o traqueal.
- Lesión de estructuras para-traqueales.
- Traqueotomía muy baja, lesión del tronco braquiocefálico derecho y de los ápices pulmonares.

## Complicaciones intraoperatorias

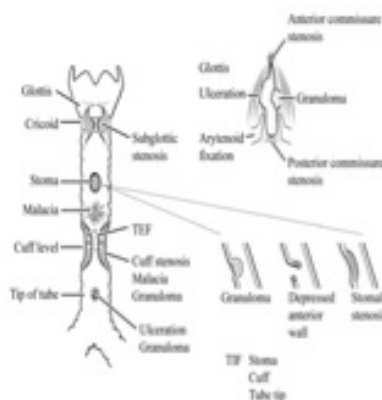
- **Apnea:** caída brusca de la PaCO<sub>2</sub> muy alta en pacientes con obstrucción espiratoria prolongada.
- **Paro cardíaco:** Rápido cambio en equilibrio ácido-básico (acidosis a alcalosis) que aumenta los niveles de K.
- Fuego en vía aérea
- Complicaciones tempranas
- Infección de la herida.
- Enfisema subcutáneo.

- Desplazamiento temprano.
- Ruta falsa en el procedimiento.
- Lesión del nervio laríngeo recurrente
- Hemorragia secundaria
- Neumotórax o neumomediastino
- Obstrucción del tubo por moco, coágulos
- Complicaciones tardías
- Hemorragia
- Problemas de deglución
- Estenosis traqueal (1-2%)
- Traqueomalacia
- Fístula traqueoesofágica (<1%)

- Complicaciones tardías
- Formación de granuloma
- Fístula traqueocutánea
- Persistencia del estoma

## Figura 3

Diferentes Patologías Causada por el Tubo o Cánula Endotraqueal.



- Manejo y cuidados de la traqueotomía
- Evaluación Radiográfica
- Cuidados
- Presión de insuflación del balón
- Mantener cánula posición central
- Humidificación del aire inspirado
- Limpieza de las secreciones
- Habla
- Nutrición

## Figura 4

### Succión Cánula y Tráquea.



- Decanulación
- El proceso patológico que conllevó a realizar la traqueotomía debe estar resuelto.
- Debe evaluársela vía aérea superior con laringoscopia indirecta o con fibroendoscopio .
- Para la decanulación se desinfla el balón y se realiza una primera prueba con oclusión de la cánula, 10 min; 12 horas y 24 horas.
- Otra técnica es cambiar la cánula por una más pequeña.

## Cuidados para pacientes portadores de traqueostomía

### Material necesario en el domicilio al alta

- Humidificadores
- Cánula de recambio
- Lubricante hidrosoluble
- Gasas
- Suero fisiológico (SF)
- Povidona yodada

### Cuidados del estoma: cura

El estoma traqueal debe curarse una vez al día y más a menudo si estuviera sucio. Para la cura tiene que prepararse un paquete de gasas con SF y otro con povidona yodada. Primero debe limpiarlo con el SF y posteriormente con la povidona.

### Cambio de cánula con macho

Si su cánula tiene 2 partes (macho y hembra), se debe de cambiar la cánula interna (o macho) al menos una vez al día. Para extraerla, rote la cánula y extraígalas con cuidado. Lávela según indicaciones.

Debe cambiar la cánula entera a diario. Para extraerla retire las cintas de sujeción y el globo, si tiene, y retírela hacia delante. Frente al espejo cure el estoma y, una vez curado, lubrique la nueva cánula e insértela de lado haciendo una pequeña rotación a medida que la introduce. Infle el balón en caso de que lo tuviera.

### Cambio de cánula sinmacho

Debe cambiar la cánula entera a diario. Para extraerla retire las cintas de sujeción y retírela hacia delante. Frente al espejo cure el estoma y, una vez curado, lubrique la nueva cánula e insértela de lado haciendo una pequeña rotación a medida que la introduce.

## Figura 5

### Cambio de Cánula Interna.



- Lavado/limpieza de la cánula
- Material necesario: - Desinfectante con clorhexidina
- Agua
- 2 vasos

### Procedimiento:

Llenar un vaso con agua y el otro con la mitad de agua y la otra mitad de desinfectante. Se lava primero la cánula bajo el grifo hasta retirar todos los restos y se sumerge en el vaso con el desinfectante durante 10 minutos. Pasados esos 10 minutos se saca y se sumerge en el vaso de agua. Se deja otros 10 minutos y estará limpia para volver a utilizar.

## Figura 6

### Limpieza de Cánula



- Autocuidados y alimentarios
- Mastique bastante los alimentos
- Debe tomar una dieta blanda, rica en fibra y de fácil deglución.
- Tendrá más aerofagias.
- Beba abundantes líquidos y si se atraganta, hable con el nutricionista que le facilitará gelificadores.
- Tenga en cuenta que el olfato y el gusto se habrán visto disminuidos, a veces anulados, tras la cirugía.

## Figura 7

### Sujetadores de Cánula.



### Autocuidados eliminación

#### Le recomendamos:

- Al estornudar o toser póngase la mano delante del estoma, no delante de la boca.
- No emplee pañuelos de papel porque pueden desmenuzarse e introducirse en el estoma.

### Autocuidados higiene

- Debe curarse el estoma y cambiarse la cánula al menos una vez al día.
- Se aconseja la ducha y no el baño, para evitar que entre agua a través de la cánula. Puede lavarse la cabeza con cuidado.
- Aféitese a diario, mejor con maquinilla eléctrica.
- Realice su higiene bucal habitual aunque la ingesta sea por la PEG.

### Autocuidados vestir

Utilice un pañuelo protector del estoma, para que actúe como filtro e impida respirar aire frío. En ambientes secos humidifíquelo para evitar que se resequen las secreciones.

### Autocuidados dormir

- Duerma con el cabecero elevado
- No duerma boca abajo, existe riesgo de asfixia.

### Autocuidados medioambiente

- No debe estar en ambientes que puedan provocarle daños.
- Ambiente con mucho humo, ambiente muy frío.
- Tendrá que adecuar su vivienda a las necesidades actuales. Ha de tener humidificadores en las habitaciones de la casa que frecuente (salón, dormitorio...)
- Depende del tipo de trabajo que usted tenga, podrá reincorporarse.

### Vida social

- Su vida social no debe cambiar, manteniendo las normales medidas de higiene.
- Evite deportes de esfuerzo y acuáticos
- Según la intervención, para favorecer la comunicación oral, se deberá tapar el estoma para hablar o acudir a un especialista que le ayude. Pregunte su médico su caso concreto
- No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones durante las mismas).
- No fume ni beba alcohol

## Figura 8

### Cánula con Cánula Interna de Metal.



# Cardiólogo Cuello Davison sugiere promover en escuelas entrenamientos para evitar muertes súbitas



El programa consistiría en entrenar a estudiantes de 4to año de bachillerato en “resucitación básica”

**E**l cardiólogo Carlos Cuello Davison sugirió al Gobierno Dominicano poner en marcha un programa de entrenamiento de “resucitación básica”, en el cuarto año del bachillerato, con lo que se lograría reducir en el futuro las frecuentes muertes súbitas que se registran en República Dominicana.

El reconocido electrofisiólogo, quien ejerce la profesión en Estados Unidos, vino al país a dictar una conferencia en el Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, la que versó sobre los últimos avances en esa especialidad médica.

Habló sobre el elevado índice de muertes súbitas que se

registran en el mundo de la que no está exenta República Dominicana y en torno a la que es urgente comenzar a emprender acciones para evitarlas.

“Para eso mi sugerencia sería llegar a las escuelas e incorporar en el currículum del 4to año la asignatura de “Resucitación Básica”, que consiste realmente en un cursillo de dos o tres horas con profesores especializados” señaló.

En esos cursos al estudiante de último año del bachillerato se le enseñaría acerca de “cómo hacer compresiones torácicas y dar las respiraciones bucales rítmicas”, de acuerdo a lo explicado por Cuello Davison.

Añadió que sin la resucitación básica, la supervivencia del individuo que sufre estos ataques es solo de 5 %, mientras “que con la resucitación básica, que pudiera ser dada por esos graduados de las escuelas, la supervivencia se aumenta de 5% a alrededor de 9%. Ya hay un doble, una duplicación de la supervivencia”.

Cuello Davison agregó que el resultado sería más favorable, si se incorpora a estos entrenamientos escolares, la resucitación avanzada, la que consiste en cursos especiales, que pueden empezar con el emplazamiento de desfibriladores externos en los sitios públicos de congregación masiva”.

Puso de ejemplo que esos desfibriladores podrían instalarse en lugares como el Mirador Sur donde todas las mañanas caminan muchas personas.

“Ahí recomendaría que cada 1/2 km ó ¾ de km se emplace uno de estos dispositivos, cuyo costo es mínimo, de 1,200 dólares, y el gobierno puede comprarlos en grandes cantidades con un precio mucho menor” manifestó.

Dijo que con ese programa, consistente en tres niveles: el nivel de resucitación básica; el desfibrilador y tercero, enseñar a grupos de personas alrededor de él sobre cómo utilizarlo, se aumenta la supervivencia de 5% a 24 %, que es seis veces más que no haber hecho nada.

“Naturalmente Salud Pública, el Gobierno deben ser asesorados por especialistas” manifestó el especialista.

Durante la exposición ante médicos y personal de enfermería del centro médico, Cuello Davison advirtió sobre los factores que pueden incidir en la muerte repentina de una persona, mencionando entre ellos el colesterol alto, la ingestión de grasas, y los ejercicios extremos.



**En esos cursos al estudiante de último año del bachillerato se le enseñaría acerca de “cómo hacer compresiones torácicas y dar las respiraciones bucales rítmicas”, de acuerdo a lo explicado por Cuello Davison.**

Dijo que esos factores producen efectos, especialmente en las personas con problemas del corazón ya conocidos, la presión, la diabetes descontroladas y la deshidratación.

La muerte súbita, expresó es una de las principales causas de fallecimiento en Estados Unidos, llegando a afectar a más de 500,000 individuos por año, un total 1,200 personas diariamente y 18 por segundo, superando las muertes por enfermedades de cáncer.

Cuello Davison explicó que la taquicardia ventricular es el inicio de la muerte súbita y que ésta típicamente ocurre cuando hay un trastorno del corazón.

Aunque ejerce la profesión en Estados Unidos, Cuello Davison viaja ocasionalmente a Santo Domingo a atender pacientes en el consultorio del doctor Douglas Bournigal, ubicado en la avenida Winston Churchill, edificio Hilsa, frente al Banco de Reservas.



# Delegación de Cornell University visita Hospital Ney Arias Lora

La delegación se interesó por conocer el funcionamiento y la experiencia en la atención a los pacientes accidentados y quirúrgicos ingresados en el establecimiento de salud, y mostraron su sorpresa por el nivel de organización.

Una delegación de estudiantes de la Universidad Cornell, Nueva York, Estados Unidos, visitó el Hospital Traumatológico Ney Arias Lora y mostró interés de impulsar acuerdos entre esa institución y el centro de salud.

Asimismo, agradecieron las atenciones brindadas por la dirección general del centro de salud y valoraron el trato humanizado que reciben los pacientes reclusos en el hospital.

La delegación se interesó por conocer el funcionamiento y la experiencia en la atención a los pacientes accidentados y quirúrgicos ingresados en el establecimiento de salud, y mostraron su sorpresa por el nivel de organización.

Las estudiantes fueron recibidas por la doctora Ysabel Santana, directora general del hospital, el subdirector médico, Alfredo Polanco del Orbe y el subdirector académico, Jaime Fernández Durán, mostró su interés de iniciar relaciones de colaboración entre la universidad de Estados Unidos y el centro de salud.

El grupo que visitó el Ney Arias Lora pertenecen al Programa de Global Health de Cornell University, quienes se encuentran en la República Dominicana conociendo el sistema de salud y atención a las enfermedades del país.

La delegación estuvo encabezada por Tim Shenk, coordinador Committee on US-Latin American Relations Instructor, Programa de Salud Global, Cornell University, Ithaca, New York, Estados Unidos.

En su recorrido por el hospital visitaron la sala de neurocirugía, área de quirófano y la Unidad de Cuidados Intensivos, ubicados en la tercera planta; en la segunda planta tuvieron acceso a la Unidad de Hemodiálisis y en el primer piso recorrieron la Emergencia, incluyendo sus áreas de reanimación y Triage.

La delegación de Cornell University que visita el país por dos meses cursa materias extracurriculares de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, realizan investigaciones particulares en relación con temas de salud y nutrición.

Además conocen diversas experiencias occidentales y holísticas de atención a las enfermedades en el país, aunque no tienen experiencia ni autorización para dar consultas, pero la observación y el acompañamiento les servirán de mucho en su trayectoria para hacerse profesionales de la salud.

Agradecieron el trato brindado por la directora general y demás funcionarios del hospital Ney Arias Lora, así como contribuir a la profundización del aprendizaje y la compenetración cultural entre ambos pueblos.



La doctora Ysabel Santana, directora general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora en compañía de la delegación de estudiantes de la Universidad Cornell, Estados Unidos, junto al doctor Alfredo Polanco, subdirector médico y Jaime Fernández Durán, subdirector académico del centro de salud.



La comisión de los estudiantes de la Universidad Cornell, Estados Unidos, junto al doctor Alfredo Polanco, subdirector médico y Jaime Fernández Durán, subdirector académico del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, mientras realizaban el recorrido por las instalaciones del centro de salud.

Expresaron que es interesante conocer el sistema de salud empleado en el país para poder compararlo con el sistema de salud de Estados Unidos.

Dijeron que aprendieron muchas cosas nuevas y le gustó que éste haya sido el primer hospital visitado en la República Dominicana, para tener una referencia de donde partir para los demás centros.

Asimismo, expresaron que no pensaron tener un contacto tan cercano con los pacientes, y obtener una experiencia importante recorriendo las áreas de atención a los pacientes hospitalizados.

# Especialistas franceses visitan Hospital Ney Arias Lora

Una comisión de especialistas del hospital Henry Duffaut, Avegnon, Francia visitó el Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, con la finalidad de explorar la posibilidad acuerdos de cooperación para fortalecer la urgencia médica en los dos centros de salud.



La doctora Ysabel Santana, directora general del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora, acompañada de los doctores Jaime Fernández Durán, subdirector de enseñanza, Alfredo Polanco del Orbe, subdirector médico, Jesús D. González Sapeg, gerente de emergencia, Isidro Jiménez, coordinador de la unidad de gestión de riesgo hospitalario y seguridad ocupacional, Confesora Félix, emergencióloga, durante el recorrido que hicieron por el centro de salud los especialistas franceses Bruno Rocamora, jefe de servicios médicos pre hospitalario, Louis Michel Bechet, jefe de servicios de urgencias, quienes estuvieron acompañados por el cirujano torácico oncólogo dominicano Bienvenido Peña.

Los especialistas franceses Bruno Rocamora, jefe de servicios médicos pre hospitalario, Louis Michel Bechet, jefe de servicios de urgencias, quienes estuvieron acompañados por el cirujano torácico, oncólogo, Bienvenido Peña, explicaron que están interesados en la firma de un acuerdo de colaboración con este hospital.

La delegación fue recibida por la doctora Ysabel Santana, directora general, en su despacho, quien estuvo acompañada de los doctores Jaime Fernández Durán, subdirector de enseñanza, Alfredo Polanco del Orbe, subdirector general, quienes destacaron la importancia del intercambio entre las dos instituciones.

La directora general del Hospital Ney Arias Lora y los subdirectores les mostraron los salones de entrega de guardia, video conferencia, así como hicieron un recorrido por la unidad de cuidados intensivos, hospitalización, quirófanos, emergencia, triage, reanimación, imágenes, cura y osteomía y yeso.

Los especialistas franceses se mostraron sorprendidos por el manejo del equipo médico que labora en el Hospital Ney Arias Lora, así como la humanización mostrada por el personal de la emergencia.



Asimismo, destacaron la cantidad de médicos disponibles en el establecimiento de salud para asistir de manera adecuada a los pacientes que acuden a la emergencia.

Explicaron que en el hospital Henry Duffaut no cuentan con esa cantidad de médicos para la asistencia a los pacientes.

La doctora Ysabel Santana resaltó la necesidad de impulsar los intercambios entre las dos instituciones y dijo que el Hospital Ney Arias Lora está en disposición de desarrollar las acciones que permitan intercambiar experiencias y conocimientos entre los dos hospitales.

# Libreto del simulacro del Hospital Traumatológico Ney Arias Lora

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.

## Introducción:

El HTNAL por su ubicación geográfica enfrenta diversas amenazas naturales y antrópicos, sociales, tecnológicas, por tal motivo se ha visto obligado a diseñar política de prevención, mitigación y respuesta a incidentes internos, que afecta las instalaciones y los servicios básico del centro y externos donde un accidente en masa puede superar la capacidad de respuesta del hospital, pueden afectar de una forma directa o indirectamente las instalaciones del centro hospitalarios.

Por tal motivo se han programado unas cantidades importantes de simulacros de evacuación avisados con el objetivo de crear una cultura de prevención con los empleados, o visitantes y puedan

garantizar una respuesta de cálida a los incidentes que puedan acontecer en el futuro.

## A donde evacuar

Uno de los elementos esenciales ineludibles de la decisión de evacuar el hospital debe ser el destino de los pacientes, personal y equipamiento. Evacuar un hospital parcialmente repercutirá inmediatamente afectando la prestación de servicios de salud. En algunos casos, podría ser suplida por otros hospitales de la red o por la misma institución, sin embargo, cuando se trata de evacuación total, la situación es diferente.



El Hospital Traumatológico Ney Arias Lora realizó su primer simulacro de evacuación como resultado de un conato de incendio en la cocinilla de la quinta planta del establecimiento de salud.



De manera usual los hospitales son evacuados a su parte externa (parqueos, zonas verdes, corredores, etc.), no siendo en la mayoría de los casos un lugar seguro y adecuado para la prestación de los servicios, sin embargo, en muchas oportunidades no hay otra alternativa, más cuando otros hospitales de la zona han sido afectados por el mismo evento. En otras oportunidades se opta por evacuar el hospital, con sus pacientes, personal y equipos a otros centros de salud que tengan planta física suficiente para recibirlos, también se han reportado casos de hospitales que han sido reubicados en otro tipo de edificaciones tales como escuelas, galpones, etc.

En estos casos, buscar alternativas de reubicación de los pacientes en otros hospitales de la red es la mejor solución, pero si esto no es posible, es necesario disponer de algunas mínimas condiciones en el exterior, ello implicaría contar previamente con al menos redes de agua y energía alternas de donde puedan abastecerse para garantizar un servicio aunque este sea parcial. Lamentablemente muy pocos hospitales han tomado estas previsiones. Pretender tener un hospital afuera es imposible, pero disponer de

**Existen razones para determinar la evacuación de un hospital, pero pretender enumerarlas de manera puntual y específica, tampoco sería una solución dado que cada una puede presentarse en diferente intensidad dependiendo del nivel de seguridad de sus instalaciones.**

algunos sistemas básicos, es definitivamente un problema de apremiante necesidad.

## Posibles razones para evacuar un hospital

Existen razones para determinar la evacuación de un hospital, pero pretender enumerarlas de manera puntual y específica, tampoco sería una solución dado que cada una puede presentarse en diferente intensidad dependiendo del nivel de seguridad de sus instalaciones.

Un sismo moderado que afecte un hospital que no tenga ningún tipo de seguridad y medidas de mitigación frente a estos, probablemente tendrá los suficientes daños, principalmente de tipo no estructural, que justificaría una evacuación total o parcial, sin embargo en el caso de los sismos algunos daños pueden dar la imagen de ser “espectacular”, pero los mismo no necesariamente ponen en peligro la estabilidad de la estructura y la seguridad de sus ocupantes. Pero este mismo evento en un hospital con medidas de mitigación y seguridad adecuadas no va a generar ningún cambio y no requerirá evacuarse.

Presentar puntos concretos no sería necesariamente para todo una razón de evacuación, se debe evaluar la situación y estar muy seguro de evitar la evacuación en los casos que no se requiera. Seguramente será en la mayoría de los casos válido asegurar que un proceso de evacuación, se debería dar luego de un proceso preliminar de evaluación de daños o la evaluación de la inminencia de que se presente una amenaza en base a la construcción de posibles escenarios.

Con base en lo expuesto, la guía a desarrollar debe considerar la posibilidad de contar con lineamientos generales que determinarían una evacuación hospitalaria, como resultado de los daños ocurridos:

- Incendios graves
- Escape de gas o sustancias peligrosas
- Daño importante de componentes no estructurales que hacen inadecuada e insegura la prestación del servicio.
- Daños en componentes estructurales que evaluados por un ingeniero especialista determinen una amenaza para los ocupantes.
- Inundaciones severas.
- Eventos terroristas en los cuales una amenaza de bomba implique la salida de pacientes y personal.
- Amenaza por contaminación biológica
- Amenaza por contaminación química
- Amenaza por contaminación radiológica
- Análisis de vulnerabilidad previo que indica un riesgo alto de colapso en caso de desastre.

## Procedimientos y técnicas de evacuación:

Aunque la verdadera idea sería nunca tener que evacuar un hospital por sus implicaciones, tampoco debe dejarse de lado la adecuada preparación en caso de requerirse.

Las condiciones propias de cada hospital determinarán la evacuación, no es lo mismo hacerlo con un hospital de dos pisos que con uno de once pisos, tampoco lo es un hospital pediátrico que uno de medicina intensiva, o de pacientes quirúrgicos, cada uno deberá conocer las condiciones que faciliten una rápida y segura salida si es necesaria y la prioridad que deba darse a los pacientes. Primero los más graves, y finalmente los demás, o viceversa; ésta será decisión que se tome en el momento de la emergencia y de acuerdo al tipo

de afectación del hospital, de las rutas de evacuación disponibles, del uso o no de ascensores, de las alternativas de remisión de los pacientes evacuados, etc.

Debe tenerse en cuenta el tema correspondiente al tiempo de evacuación de un hospital, por supuesto también irá determinado por su tamaño y las especialidades con que cuente, pero de cualquier manera, lograr evacuar satisfactoriamente todos los pacientes de un hospital grande (entre 200 y 300 camas) lleva en el mejor de los casos varias horas, por ello, salir con los pacientes debe ser justificado y mostrar el verdadero beneficio de hacerlo.

Sobre quién debe dar la instrucción de evacuar, hay igualmente varias respuestas dependiendo de las mismas características que la justificaron. Tratándose de un incendio, no habrá necesidad de esperar una orden del director, probablemente las personas se movilizarán de manera espontánea y hacia lugares seguros mientras los bomberos o el personal idóneo controla el fuego, no así ante la amenaza de una bomba que deberá la orden venir de una autoridad competente y de manera presencial.

Esta guía no se analizan los métodos, técnicas y procedimientos de evacuación, todo lo cual debe encontrarse en documentos relativos a evacuación hospitalaria que han sido ampliamente difundidos y que forman parte de la elaboración de planes de evacuación, simulaciones, simulacros, etc.

## Reanudación de la actividad hospitalaria:

La mayoría de los ejercicios hospitalarios (simulacros) se basan exclusivamente, en la evacuación de las instituciones, pero poco se practica movilizarse a lugares seguros al interior del edificio y casi nunca se ha profundizado en el reingreso de pacientes y personal una vez evacuado y la reanudación de la actividad hospitalaria “normal”.

La sola percepción de inseguridad y peligro existente dentro del hospital hace que ocuparlo resulte por tanto aun más complicado que la misma salida. Será importante conocer tanto las condiciones de salir, como la forma de volver a ocupar las instalaciones de manera segura, pronta y ordenada.

En este aspecto juegan un importante papel los directivos de los hospitales quienes deben coordinar las actividades de reingreso y acordar con las demás entidades involucradas en el manejo de la emergencia las justificaciones que les permitan ocuparlo nuevamente.

## Ejercicio del Piso 01 ala B.

### Objetivo General:

Dar a conocer las acciones específicas ante siniestros, para mitigar la vulnerabilidad del centro hospitalarios HTNAL.

### Objetivo

Realizar una evacuación ordenada rápido de todo el personal empleado y visitante del HTNAL. Hasta el punto de reunión más cercana a la salida. Dar a conocer los principales paso para los simulacros y las principales rutas de evacuación y salida del centro hospitalario.

### Primero parte o Coordinación del simulacros

Es la parte que corresponde a las coordinación de cómo, cuándo y porqué, quién. Se realiza la convocatoria al comité de emergencia para el diseñar del guión de cómo se desarrollaría el simulacro y cuál sería la logística necesaria para su desarrollo. Lugar fecha, hora, responsables.

- Reunión del comité
- Reunión con la brigada de emergencias
- Reunión con la unidad de gestión de riesgo seguridad y salud ocupacional,
- Elaboración de ficha o guía para el desarrollo de los simulacros avisado.

### Eventos sugeridos

1. Conato de incendios en el área de quirófano de primer piso ubicado en las proximidades de reanimación, dejando como resultado la evacuación de todo el personal próximo al área. La área evacuando son: los dormitorios de los paramédico y enfermeras, quirófanos, gerencia de emergencias, caja de imágenes, caja de emergencias, triaje, observación, están de los médicos, farmacia.
2. Conato de incendios en el área de archivo de placa del primer piso ubicado en las proximidades de imágenes, dejando como resultado la evacuación de todos los empleados y el personal que visita este centro. Las áreas evacuadas son: imágenes, Rx, resonancia magnéticas, tomografía, gerencia de imágenes, monografía, call center, cura y ostomía, yeso, laboratorio, lectura de placa.

### Desarrollo del simulacros:

Siendo las 10:00 am del día 2 del mes de marzo del 2015, se presentó un conato de incendios en el quirófano del primer piso del hospital HTNAL, dejando como resultado las evacuación parcial del primer nivel a las B, donde se procedió ayudar las persona que se encontraban en el área a la salida que está ubicada en la parte sur y norte de este centro hospitalarios. Las zona donde se realizaron evacuación fueron; área imágenes, placa, entrega de placa, Rx, cura y atomía, lobby, , la evacuación fue dirigida por el personal que la labora en el hospital, seguridad, el punto de reunión que fue usado para la evacuación.

Los evacuados fueron conducido por la puerta de salida del cajero del banreservas y por el parqueo de emergencia y luego dirigido al parqueo principal donde está el punto de reunión del centro hospitalario próximos al hospital materno infantil, donde el personal fue contado para saber si están todos los destinado a salir.

### Función de comités:

- Activación del comité de emergencia o comité mixto
- Coordinar la evacuación
- Designar una persona para la elaboración de los informes
- Designar las logísticas y recursos necesarios para el desarrollo del ejercicio.
- Brindar información actualizada a la prensa
- Dar seguimientos de que se cumpla todo lo estipulado en el guión del simulacro.

### Función de la brigadas:

Los miembros de la brigada de emergencia serán distribuidos en la ruta de evacuación, desde el punto inicial de la evacuación hasta el punto de reunión o parte final. Estarán dirigiendo la evacuación como medio de prevención y seguridad hasta el punto de encuentro destinado durante todo el desarrollo del ejercicio.

Se ubicaran en las puertas de salidas, pie de escaleras, centro y final.

### Parte final:

Luego de terminado el ejercicio todo el personal que fue evacuado se ayudo a que retornara a las instalaciones del centro a su labores normales de trabajo.

El comité y las brigadas sostuvieron una reunión donde revisaron lo bueno y lo por mejorar para el próximo ejercicio o simulacros.

Luego se elaboro un informe detallado y se programo el próximo ejercicio.

Los lugares o zona más vulnerables del centro son: lobby, emergencia, imágenes, área de seguro, área de consulta, salón multi-uso por ser lo lugares de mayor concentración de persona.

## Ejercicio del Piso 02 ala A Y B.

### Objetivo General:

Dar a conocer las acciones específicas ante siniestros, para mitigar la vulnerabilidad del centro hospitalarios HTNAL.

### Objetivo

Realizar una evacuación ordenada rápido de todo el personal empleado y visitante del HTNAL. Hasta el punto de reunión más cercana a la salida.

Dar a conocer los principales paso para los simulacros y las principales rutas de evacuación y salida del centro hospitalario.

### Primero parte o Coordinación del simulacros

Es la parte que corresponde a las coordinación de cómo cuando y porque, quien. Se realiza la convocatoria al comité de emergencia para el diseñar del guión de cómo se desarrollaría el simulacro y cuál sería la logística necesaria para su desarrollo. Lugar fecha, hora, responsables.

- Reunión del comité
- Reunión con la brigada de emergencias
- Reunión con la unidad de gestión de riesgo seguridad y salud ocupacional,
- Elaboración de ficha o guía para el desarrollo de los simulacros avisado.

### Eventos sugeridos

1. Conato de incendios en el área de caja del segundo piso ubicado en las proximidades de de consultas, dejando como resultado la evacuación de todo el personal próximo al área. El área evacuada son: de las habitaciones y el área de espera.
2. Conato de incendios en el área de archivo seguro Senasa del segundo piso ubicado en las proximidades de de RRHH, hospital.

### Desarrollo del simulacros:

Siendo las 10:00 am del día 2 del mes de junio del 2015, se presento un conato de incendios en el área de caja del segundo piso del hospital HTNAL, dejando como resultado las evacuación parcial del segundo nivel a las A, donde se procedió ayudar las persona que se encontraban en el área a la salida que está ubicada en la parte sur y norte de este centro hospitalarios. Las áreas evacuadas son: seguro Senasa, área de espera, laboratorio, todos los empleados y visitantes próximo que visitan el centro, la ruta de evacuación usad fue por la escalera que esta al norte y por la escalera que esta al sur, hasta el parqueo principal donde está ubicados el punto de reunión del centro hospitalario próximos al hospital materno infantil, donde el personal fue contado para saber si están todos los destinado a salir.

### Función de comités:

- Activación del comité de emergencia o comité mixto
- Coordinar la evacuación
- Designar una persona para la elaboración de los informes
- Designar las logísticas y recursos necesarios para el desarrollo del ejercicio.
- Brindar información actualizada a la prensa
- Dar seguimientos de que se cumpla todo lo estipulado en el guión del simulacro.

### Función de la brigadas:

Los miembros de la brigada de emergencia serán distribuidos en la ruta de evacuación, desde el punto inicial de la evacuación hasta el punto de reunión o parte final. Estarán dirigiendo la evacuación desde el inicio de salida del área 1 en cada pie, centro y final de las escaleras, 1 puerta de salida lobby, antes de llegar al punto de reunión y en él, como medio de prevención y seguridad hasta el punto de encuentro destinado durante todo el desarrollo del ejercicio. Se ubicaran en las puertas de salidas, pie de escaleras, centro y final.

### Parte final:

Luego de terminado el ejercicio todo el personal que fue evacuado se ayudo a que retornara a las instalaciones del centro a su labores normales de trabajo.

El comité y las brigadas sostuvieron una reunión donde revisaron lo bueno y lo por mejorar para el próximo ejercicio o simulacros.

Luego se elaboro un informe detallado y se programo el próximo ejercicio.

Los lugares o zona más vulnerables del centro son: lobby, emergencia, imágenes, área de seguro, área de consulta, salón multi-uso por ser lo lugares de mayor concentración de persona.

## Conclusiones

Muchas preguntas se mantienen aún sin respuesta satisfactoria aplicable a todas las situaciones. En todos los casos, debería realizarse una concienzuda evaluación de los riesgos de desalojar o no el hospital. Algunas de esas interrogantes son:

- Bajo que fenómenos y circunstancias sería necesario evacuar? Por qué? Serían evacuaciones parciales o totales?
- Qué tan preparados estamos para evacuar?
- Qué sectores no son sujetos de evacuación? Y qué tanto los estamos para retornar al área laboral.
- Será necesario evacuar los hospitales ante un evento destructivo aún cuando no se vean daños? Quién debe determinar una evacuación?
- Si el daño no estructural es importante ¿hay que evacuar?
- A dónde debemos evacuar y a quiénes sacaríamos primero?
- Cuánto tiempo podemos estar evacuados antes de convertirnos en hospital de alternativo?



# HOSPITAL

TRAUMATOLOGICO

DR. NEY ARIAS LORA

# V JORNADA CIENTIFICA ANIVERSARIO

## Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora

Centralizada en la prevención de  
**ACCIDENTES DE TRANSITO**

En honor al Dr. Osvaldo Martí Durán  
Maestro de la Medicina Dominicana



### Invitados Especiales



Dr. David Helfet



Lic. Roy Rojas Vargas



Ing. Mario Holguín  
Dr. César Coradín  
Dr. Gabriel Canahuat  
Dr. Anderson Mejía

**28 y 29**  
**agosto**  
**2015**

AUDITORIO PROF. JUAN BOSCH  
8:30 a.m. a 4:00 p.m.

Mas información | [docenciahtnl@gmail.com](mailto:docenciahtnl@gmail.com)  
Sub-dirección Académica | 809.590.3838 Ext. 2214