



www.dariocontreras.gob.do

REVISTA

Hospital Docente Universitario **DR. DARÍO CONTRERAS**

VOL. 11 NUM. 1 | ENERO-JUNIO 2018



Av. Las Américas No. 120 | Santo Domingo, República Dominicana



REVISTA CIENTÍFICA

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras,
Av. Las Américas No. 120,
Santo Domingo Este, R.D.

Director del Hospital
Dr. José Gabriel de Jesús Aponte Pons

Subdirector del Hospital
Dr. Rafael Camilo García de los Santos

Director de la revista
Dr. Osvaldo Bienvenido Martí Durán

Editor de la revista
Dr. Brígido García Sánchez

Comité de revisión
Dr. Osvaldo Bienvenido Martí Durán
Dra. Elizabeth Vidal Morales
Dr. Julio Alfonso Demorizi Romero
Dr. Pablo Pascual Báez
Dr. Ramón Pichardo
Dr. Brígido García Sánchez

Colaboradores
Dr. Yuly Rafael Mena Santana
Dra. Emilia Cruz Guerrero
Dr. Héctor B. Zorrilla Beras
Dr. Luis Francisco Cabrera Lora
Dr. Laremil Moreno Pichardo
Dr. Whaner J. Sánchez Zabala
Licda. Sonia Raidiris Paradis Ramírez
Licda. Elba Dilia Albuquerque Morales
Lic. Fiordaliza Lima Matos

Diagramación y diseño de portada
Mónica González Montán - Universidad APEC

Circulación:
Semestral

Impresión
Editora BÚHO

CONTENIDO

02 Editorial
Dr. Osvaldo Bienvenido Martí Durán

03 Artículos Científicos

- 04** Manejo quirúrgico del Espolón Calcáneo
- 10** Frecuencia de patologías causantes de inestabilidad lumbar tratadas quirúrgicamente
- 17** Técnicas de reducciones utilizadas por los residentes de cirugía buco máxilo facial
- 22** Beneficios de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos
- 26** Uso Racional de la Enoxaparina Sódica Jeringa precargada con 40 mg/0.4ml
- 31** Osteocondroma Solitario en la unidad de pediatría
- 36** Incidencia de cáncer bucal en pacientes atendidos en el departamento de cirugía buco máxilo facial
- 42** Frecuencia de lesiones tumorales de fosa craneal posterior

47 Presentación de Casos

- 48** Fractura pentafoval de fémur izquierdo. A propósito de un caso
- 53** Síndrome de puntos blancos evanescentes. A propósito de un caso

55 Informes de Servicios

- 56** Epidemiología
- 58** Salud Mental

60 Temas de Interés

- 61** Departamento de Jurídica
- 62** Servicio al usuario
- 64** Licencia de habilitación
- 65** Licencia Institucional de operación

66 Normas de Publicación

EDITORIAL

¡Reaparecimos de Nuevo!
¡Estamos con Ustedes!

Después de un largo período de ausencia, la revista médica del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras (HDUDDC) surge con la finalidad de poder ofrecer a la sociedad médica nacional e internacional, temas de actualidad desde la perspectiva de diversas investigaciones, cuyo contenido es desarrollado en un ambiente académico de profundidad, fruto del arduo trabajo de los profesionales de nuestro hospital.

La edición de esta revista constituye una aventura intelectual que asumimos como un desafío. Un desafío porque sentimos el compromiso de llevar la calidad de un eficiente ejercicio profesional y de una investigación acorde a lo que exige el mundo de hoy.

¿Cuál o cuáles fueron los motivos que produjeron este estado de somnolencia de nuestra Revista?

Por respeto a los asiduos lectores, obliga una explicación:

- El último número estuvo representado por el volumen 10 No.2, mayo-agosto 2012, dedicado a los 38 años de servicios a la comunidad por el Programa de Cirugía Maxilofacial.
- Se venía incubando la idea de la remodelación-edificación de la planta física del hospital.

- En el 2013 se inicia el trabajo de la estructura hospitalaria y concluye a mediados del año 2015.

- Esa situación produce una desintegración de todos los servicios médicos y administrativos, causando una dispersión del personal.

- Al reiniciarse las labores del reordenamiento de todos los trabajadores se ha ido en forma lenta y gradual.

- A pesar de esas alteraciones y teniendo la responsabilidad de ser el hospital un centro de gran responsabilidad, asistencial y académico; médicos que se han caracterizado por su preocupación con el hospital y su trayectoria como profesores universitarios en el grado y postgrado han hecho grandes esfuerzos, y por su condición de liderazgo crearon el camino para el reinicio de la revista. Méritos a los profesores que han estado con ahínco haciendo reuniones, motivando la necesidad de la apertura de la misma. Ellos representan un verdadero ejemplo. Gracias a esos prestigiosos profesionales. Nos estamos refiriendo a los doctores: Brigido García Sánchez, Ramón Pichardo, Julio A. Demorizi, Pascual Báez, Héctor Zorrilla, con el apoyo del Director Dr. José Gabriel Aponte Pons.

¡Esperamos su comprensión!
Dr. Osvaldo Bienvenido Martí Durán

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

MANEJO QUIRÚRGICO DE ESPOLÓN CALCÁNEO, SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Agosto 2013 - Marzo 2014.

Autores:

*Dr. Richard A. Tejada Núñez
*Dr. José Ramón Castillo Guerrero
**Dr. Brígido García Sánchez

*Médicos ortopedista, Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.
**Medico Epidemiólogo, hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

INTRODUCCIÓN

Desde la prehistoria hasta nuestros tiempos el cuidado de nuestros pies se ha hecho algo más habitual y más necesario.¹

Los prehistóricos cubrían sus pies con pieles de animales, en cambio ahora en la actualidad utilizamos sofisticados calzados de diversas formas, tamaños y texturas, las cuales nos permiten dar sustentación y locomoción que son capaces de adaptarse a todo tipo de terreno, sin embargo traen consigo patologías asociadas, por ejemplo de tipo ortopédico.²

Nuestro sobrepeso, la carga extra; es consecuencia de una afección que si bien tiene cura, en la mayoría de los casos, producen dolor y molestia, como es la Fascitis plantar que va de la mano con el espolón calcáneo.³

Se calcula que aproximadamente dos millones de estadounidenses sufren una fascitis plantar proximal al año, lo que supone alrededor de un millón de visitas ortopédicas anuales. Los síntomas remiten en la mayoría de casos (90%) en los diez primeros meses, no obstante en un 10% de estos pacientes el dolor se cronifica y plantea problemas terapéuticos.⁴

El dolor en la región de la tuberosidad medial del calcáneo que aumenta en intensidad tras la

actividad laboral, deportiva o por otras causas y que en ocasiones aparece asociado al espolón calcáneo fue descrito hace muchos años.⁵ Inicialmente, esta entidad se relacionaba con infecciones gonocócicas y las imágenes radiográficas se denominaban "espolones gonocócicos". A lo largo de la historia se han postulado innumerables hipótesis etiológicas, que en la actualidad siguen siendo motivo de debate.⁶

En el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras son múltiples los casos de espolón calcáneo que son asistidos en la consulta de ortopedia, sin embargo no disponemos de un registro de estos pacientes que nos permita establecer el manejo quirúrgico realizado en cada caso, por lo que este trabajo de investigación de seguro arrojará información que sin lugar a dudas contribuirá en beneficio de los pacientes y de manera general aportará datos al conocimiento del comportamiento de esta patología.

Esperamos que los resultados observados en la presente investigación reflejen la realidad del manejo quirúrgico del espolón calcáneo en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

PALABRAS CLAVES: Manejo quirúrgico; Espolón calcáneo; Numero de calzado; Factores de riesgos.

MÉTODO, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con recolección retro-prospectiva de datos, diseñado para determinar el manejo quirúrgico de espolón calcáneo en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, durante el periodo Agosto 2013-Marzo 2014.

Población

La población de referencia está constituida por todos los pacientes asistidos en el servicio de ortopedia y traumatología en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras en el periodo señalado.

Muestra

Todos los pacientes con espolón calcáneo a los cuales se les realizó manejo quirúrgico durante el periodo señalado y que regresaron al servicio para ser evaluado, previa localización.

Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta: pacientes con espolón calcáneo a quienes se le realizó manejo quirúrgico en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, desde el 1° de Agosto del 2013 hasta el 31 de Marzo de 2014.

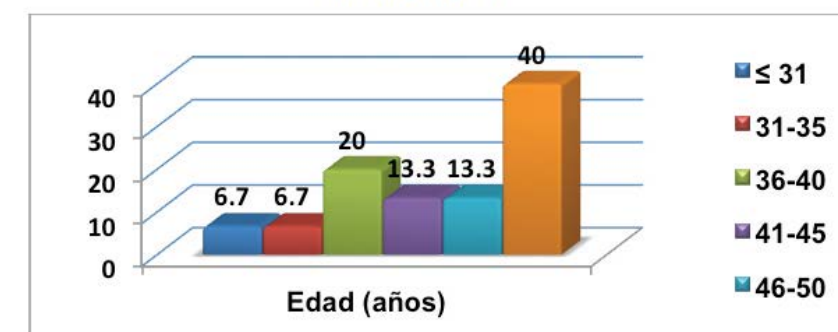
RESULTADOS

Cuadro 1. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
≤ 31	1	6.7
31-35	1	6.7
36-40	3	20.0
41-45	2	13.3
46-50	2	13.3
≥ 51	6	40.0
Total	15	100.0

El 40.0 por ciento de los pacientes eran mayores o igual a 51 años, el 13.3 por ciento eran de 46-50 y de 41-45 años, el 20.0 por ciento 36-40 años, y el 6.7 por ciento de 31-35 y menor a 31 años.

Gráfico No. 1



Fuente: cuadro 1

Cuadro 2. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según sexo.

El 80.0 por ciento de los pacientes eran de sexo femenino, y el 20.0 por ciento masculino.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	3	20.0
Femenino	12	80.0
Total	15	100.0

Cuadro 3. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	2	13.3
Primaria	1	6.7
Secundaria	5	33.3
Universitario	3	20.0
Técnico	4	26.7
Total	15	100.0

El 33.3 por ciento de los pacientes eran de secundaria, el 26.7 por ciento técnico, el 20.0 por ciento universitario, el 13.3 por ciento analfabeta y el 6.7 por ciento en la primaria.

Gráfico 2



Cuadro 4. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Técnica en electricidad	1	6.7
Ama de casa	5	33.3
Maestro constructor	1	6.7
Recepcionista	1	6.7
Cajera	1	6.7
Secretaría	2	13.3
Contadora	1	6.7
Comerciante	2	13.3
Modista	1	6.7
Total	15	100.0

El 33.3 por ciento de los pacientes eran ama de casa, 13.3 por ciento son secretaria y comerciante, el 6.7 por ciento técnico electricidad, maestro constructor, recepcionista, cajera, contadora y modista.

Cuadro 5. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según peso corporal.

Peso corporal	Frecuencia	%
Delgado	2	13.3
Normal	8	53.3
Sobre peso	2	13.3
Obeso	3	20.0
Total	15	100.0

El 53.3 por ciento de los pacientes eran normal, 13.3 son delgados y sobre peso, y el 20.0 por ciento son obeso.

Cuadro 6. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según Numero de calzado.

Numero de calzado	Frecuencia	%
7-8	9	60.0
9-10	5	33.3
≥ 11	1	6.7
Total	15	100.0

60.0 por ciento de los pacientes calzan 7-8, el 33.3 por ciento calzan 9-10 y el 6.7 por ciento mayor de 11.

6.7 Número de calzado

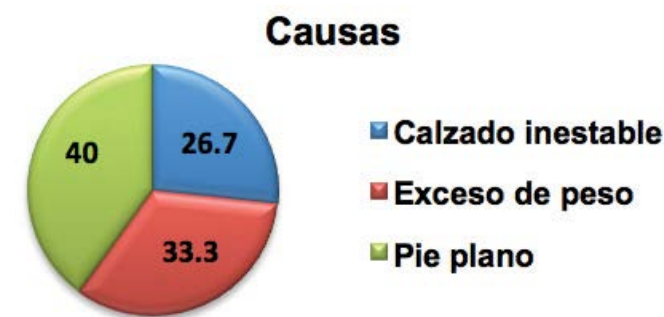


Cuadro 7. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según causas.

Causas	Frecuencia	%
Calzado inestable	4	26.7
Exceso de peso	5	33.3
Pie plano	6	40.0
Total	15	100.0

El 40.0 por ciento de los pacientes eran piel plano, y el 26.7 por ciento calzado inestable y el 33.3 exceso de peso.

Gráfico 4. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según peso corporal.



Cuadro 8. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según factores de riesgo.

Factores de riesgo	Frecuencia	%
Bipedestación	4	26.7
Aumento de peso	5	33.3
Ejercicio duro	1	6.7
Traumático	6	40.0
Sin caso aparente	1	6.7
Total	15	100.0

El 40.0 por ciento de los pacientes tuvieron factores de riesgo traumático, el 33.3 por ciento aumento de peso, el 26.7 por ciento bipedestación y el 6.7 por ciento ejercicios duro y sin caso aparente.

Cuadro 9. Manejo quirúrgico de espolón calcáneo, Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Santo Domingo Este, República Dominicana, agosto 2013-marzo 2014. Según tratamiento.

Tratamiento	Frecuencia	%
Reposo	4	26.7
Hielo	2	13.3
Talonera	12	80.0
Fármaco	15	100

El 100.0 por ciento de los paciente se le indicó tratamiento de fármaco, el 80 por ciento se le indicó talonera, el 26.7 se le indicó hielo y el 26.7 reposos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En cuanto a la edad de los pacientes el 40.0 % tenía más o igual a 51 años; en un estudio rea-

lizado por Eduardo Sarmiento Sánchez y colaboradores, Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cuba, 2007, donde el rango de edad más frecuente fue de más de 45 años con un 90.0 %. Se puede observar que personas mayores de edad tienen mayor frecuencia a contraer esta enfermedad.

En este estudio el sexo más afectado fue el femenino con un 80.0 %, datos que representan diferencia significativa frente al sexo masculino que tuvo un 20.0 %; en un estudio realizado por Eugenio F. Ortiz, Policlínico Obra Social del Vidrio, Argentina, 2009, donde el sexo más predominante fue el femenino con un 85.0 %. Se puede observar que ambos estudios hubo mayor predominio del sexo femenino.

La ocupación más frecuente entre los pacientes fue la de ser ama de casa con un 33.3 %; en un estudio realizado por Eduardo Sarmiento Sánchez y colaboradores en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cuba, 2007, también las pacientes eran ama de casa con un 80.0 %, esto es debido a que las mujeres contraen la enfermedad por estar mayor tiempo de pie en una posición fija.

Los pacientes tuvieron un peso corporal normal con un 53.3 %; en un estudio realizado por A. Orellana Molina y colaboradores, Hospital de señal de socorro (CQD) Diez de Octubre, Cuba, 2010, donde los pacientes tenían sobrepeso con un 46.1 %.

El síntoma más frecuente entre los pacientes fue dolor en el talón con un 100.0 %; en un estudio realizado por A. Orellana Molina y colaboradores, Hospital de señal de socorro (CQD) Diez de Octubre, Cuba, 2010, tuvieron dolor con un 73.1 %.

El tratamiento utilizado en los pacientes fueron los fármacos con un 100.0 %; en un estudio realizado por Luis Gerardo Domínguez Carrillo y colaboradores, Hospital Ángeles León,

México, 2007, donde los tratamientos previos utilizados incluyeron medios físicos, taloneras, plantillas, aplicación de fármacos locales y ALNES en el 100% de los casos.

CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El 40.0 % de los pacientes asistidos tenían más o igual que 51 años.
- El sexo más frecuente fue el femenino con un 80.0 %.
- El 33.3 % de los pacientes habían realizado estudios secundarios.
- Según el 33.3 % de los pacientes fueron ama de casa.
- En relación al peso corporal de los pacientes el 53.3 % es normal.
- El número de calzado de los pacientes fue de 7-8 con un 60.0 %.
- El 40.0 % de los pacientes tuvo como causa, pie plano.
- El 100.0 % de los pacientes tuvo como síntomas dolor en el talón.
- Los factores de riesgos más frecuentes fue el traumático con un 40.0 %.

RECOMENDACIONES

- Como prevención a su aparición es recomendable mantener un peso adecuado para no cargar la zona del talón, si se realizan ejercicios calentar bien antes y saber apoyar al andar.
- Realizar ejercicios de calentamiento antes de andar, flexionar dedos y masajear la zona para calentar la fascia plantar es bueno para evitar dolores provocados por los espolones en los pies.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neufeld SK, Cerrato R. "Plantar fasciitis: evaluation and treatment". *J Am Acad Orthop Surg*. 2008; 16(6): 338-46.
2. Scher DL, Belmont PJ Jr, Bear R, Mountcastle SB, Orr JD, Owens BD. "The incidence of plantar fasciitis in the United States military". *J Bone Joint Surg* 2009; 91 A (12): 2867-72.
3. Chundru U, Liebeskind A, Seidelmann F, ... [et al]. "Plantar fasciitis and calcaneal spur formation are associated with abductor digiti minimi atrophy on MRI of the foot". *Skeletal Radiol*. 2008; 37 (6): 505-10.
4. Mateos Simón, P. "Fascitis Plantar: Caso clínico". *Revista Internacional de Ciencias Podológicas* 2007; 1 (1): 35-38.
5. Vancourt R. "Evaluation Extracorporeal Shockwaves Therapy (ESWT) in the treatment of the chronic plantar fasciitis". *The Journal of Foot & Ankle Surgery* Abril 2005; 44 (2): 137-43.
6. George D. Lane, Barry London. Heel Spur Syndrome: "A Retrospective Report on the Percutaneous Plantar Transverse Incisional Approach". *The Journal of Foot & Ankle Surgery* 2004; 43(6): 389-394.
7. Silverstein JA, Moeller JL, Hutchinson MR. Common issues in orthopedics. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Medicine*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 30.

FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS CAUSANTES DE INESTABILIDAD LUMBAR TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE

Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplantes.
Distrito Nacional, República Dominicana. 2011 - 2012

Autores:

- *Dr. Jonhson Encarnación Díaz
- *Dr. Cristian Ismael Montero (†)
- **Dr. Brigido García Sánchez

*Neurocirujanos Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras
**Epidemiólogo. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de fuente retrospectiva con el propósito de determinar la frecuencia de patologías causantes de inestabilidad lumbar tratadas quirúrgicamente en CECANOT durante el periodo comprendido entre el 1° de enero del 2011 y el 31 de diciembre del año 2012. Constituido por todos los pacientes que ingresaron a través del servicio de neurocirugía. Representada por los pacientes con inestabilidad lumbar. De los pacientes ingresados por el servicio de neurocirugía el 1.5% presentaron inestabilidad lumbar. El 69.2% de los pacientes presentaron patología causante degenerativa. El 56.4% de los pacientes presentaron inestabilidad lumbar de espondilolistesis. El 35.9% de los pacientes tenían edades entre 50 - 59 años. El 66.7% de los pacientes eran de sexo femenino. El 64.1% de los pacientes tuvieron motivo de consulta por dolor lumbar mecánico. El 30.8% de los pacientes presentaron como hallazgos imagenológicos espondilolistesis grado II. El 43.6% de los pacientes presentaron nivel de lesión vertebral L5-S1. El 82.1% fueron tratados con técnica quirúrgica artrodesis con tornillo. El 84.7% de los pacientes tuvieron estadía hospitalaria de 4 - 7 días.

ABSTRACT

Was a descriptive study of cross-section of source retrospective in order to determine the frequency of lumbar instability causing pathologies treated surgically in CECANOT for the period between January 1, 2011 and 31 December of the year 2012. Consisting of all patients who entered through the service of neurosurgery. Represented by patients with lumbar instability. Of the patients admitted by the service of neurosurgery 1.5% had lumbar instability. The 69.2% of the patients presented causing degenerative pathology. 56.4% of the patients had lumbar instability of spondylolisthesis. The 35.9% of patients were aged 50 - 59 years. 66.7% of the patients were female. The 64.1% of the patients had reason for consultation for mechanical low back pain. The 30.8% of the patients presented as findings Imaging spondylolisthesis grade II. 43.6% of the patients had spinal lesion L5-S1 level. The 82.1% were treated with technical surgical Arthrodesis with screw. The 84.7% of the patients had hospital stay of 4 - 7 days.

INTRODUCCIÓN

Un segmento lumbar es inestable cuando genera movimientos anormales que la conducen a una restricción en los movimientos fisiológicos vertebrales para compensar la aparición del dolor. También se define como inestabilidad vertebral, cuando las cargas fisiológicas normales provocan un deterioro neurológico adicional, dolor crónico o una deformidad inaceptable. Los avances tecnológicos en los medios diagnósticos en medicina en la actualidad nos proporcionan las herramientas necesarias para prevenir y posteriormente tratar las diversas patologías que inciden la dinámica de la columna vertebral, sabiendo las funciones de interés que ejerce la misma el organismo, tales como: ortoestática o de apoyo, orto cinética o de movimiento y de protección de las estructuras neurales que encierra.

La inestabilidad vertebral es una de las causas principales de las incapacidades temporales en el trabajo y de jubilación anticipadas. La incidencia global de las fracturas del raquis, se sitúa entre las 15,000 lesiones torácicas y lumbares al año de los Estados Unidos y las 10,000 de Francia.²² Todo ello se ve agravado por el hecho de que se producen en una época trascendente de la vida de los pacientes. Entre la tercera y la cuarta décadas de la vida. En España, se estima que el 90% de las personas que acuden a una consulta de cirugía de columna vertebral y entre 50.000 y 60.000 pacientes son intervenidos quirúrgicamente al año debido a este trastorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de fuente retrospectiva con el propósito de determinar la frecuencia de patologías causantes de inestabilidad lumbar tratadas quirúrgicamente en CECANOT durante el periodo comprendido entre el 1° de enero del 2011 y el 31 de diciembre del año 2012.

Constituido por todos los pacientes que ingresaron a través del servicio de neurocirugía. Representada por los pacientes con inestabilidad lumbar. Todos los pacientes con diagnóstico de inestabilidad lumbar. Fueron excluidos del estudio los expedientes de los pacientes que no presentaron inestabilidad lumbar. La información fue recolectada mediante un cuestionario elaborado para estos fines, el cual contiene las variables consideradas pertinentes, el cual se le aplicó a los expedientes clínicos, su llenado y revisión fue realizado por el sustentante, además de la revisión de la información bibliográfica y electrónica que sustentan esta investigación. Se utilizó Microsoft Excel, donde se realizó cuadros y textos de acuerdo a las variables pertinentes para su mejor comprensión, cada una de las cuales tienen un análisis teórico comparativo que permitió realizar las conclusiones en base a los objetivos planteados y dar las recomendaciones de lugar. Los resultados se presentan en cuadros y gráficas explicativas en cada una de las variables a estudiada en este trabajo de investigación científica.

RESULTADOS

Cuadro 1. Frecuencia de patologías causantes de inestabilidad lumbar tratadas quirúrgicamente. Centro de Cardiología Neuro-oftalmológico y Trasplante, Distrito Nacional, República Dominicana. 2011 - 2012.

	Frecuencia	%
Pacientes ingresados por el servicio de neurocirugía al Centro Cardio-Neuro-Oftalmológico en los años 2011-2012	2617	100.0
Pacientes con inestabilidad lumbar tratados quirúrgicamente	39	1.5

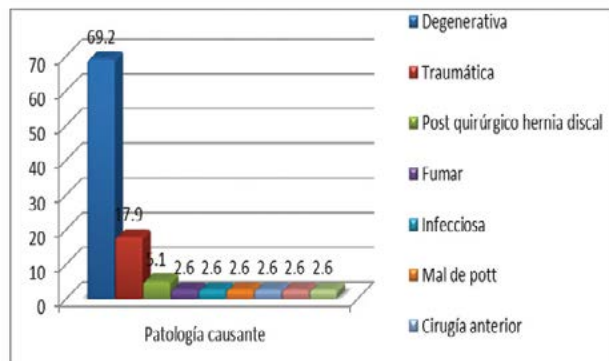
Gráfico 1. Frecuencia de patologías causantes de inestabilidad lumbar tratadas quirúrgicamente. Centro de Cardiología Neuro-oftalmológico y Trasplante, Distrito Nacional, República Dominicana. 2011 - 2012.



Cuadro 2. Según patología causante.

Patología causante	Frecuencia	%
Degenerativa	27	69.2
Traumática	7	17.9
Post quirúrgico hernia discal	2	5.1
Fumar	1	2.6
Infecciosa	1	2.6
Mal de pott	1	2.6
Cirugía anterior	1	2.6
Cirugía anterior de hernias discales	1	2.6
Escoliosis degenerativa	1	2.6

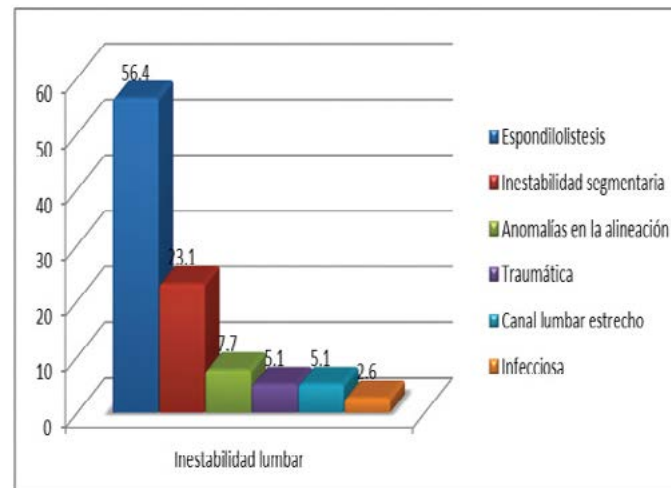
Gráfico 2. Según patología causante.



Cuadro 3. Según inestabilidad lumbar.

Inestabilidad lumbar	Frecuencia	%
Espondilolistesis	22	56.4
Inestabilidad segmentaria	9	23.1
Anomalías en la alineación	3	7.7
Canal lumbar estrecho	2	5.1
Traumática	2	5.1
Infecciosa	1	2.6
Total	39	100.0

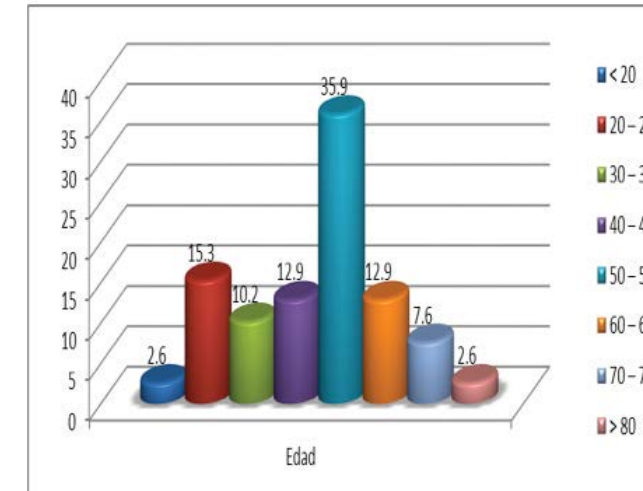
Gráfico 3. Según inestabilidad lumbar.



Cuadro 4. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
< 20	1	2.6
20 - 29	6	15.3
30 - 39	4	10.2
40 - 49	5	12.9
50 - 59	14	35.9
60 - 69	5	12.9
70 - 79	3	7.6
> 80	1	2.6
Total	39	100.0

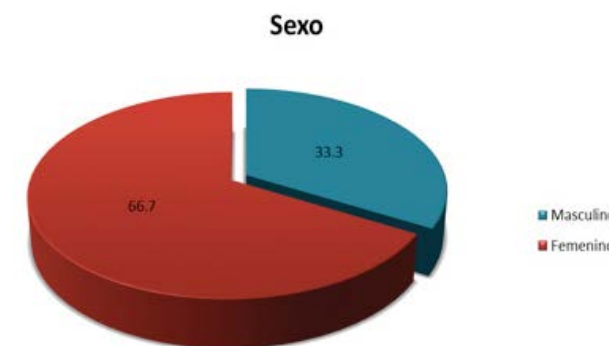
Gráfico 4. Según edad.



Cuadro 5. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	13	33.3
Femenino	26	66.7
Total	39	100.0

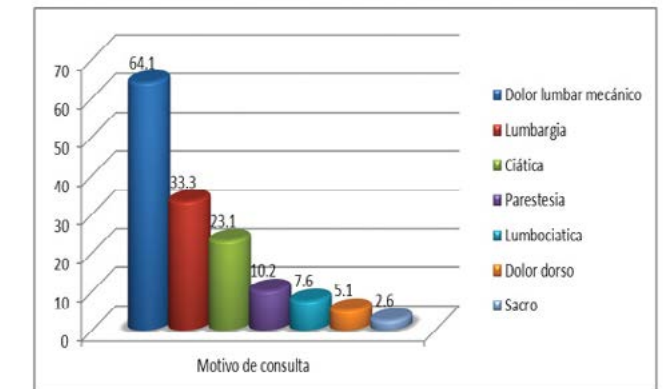
Gráfico 5. Según sexo.



Cuadro 6. Según motivo de consulta.

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Dolor lumbar mecánico	25	64.1
Lumbalgia	13	33.3
Ciática	9	23.1
Parestesia	4	10.2
Lumbociática	3	7.6
Dolor dorso	2	5.1
Sacro	1	2.6

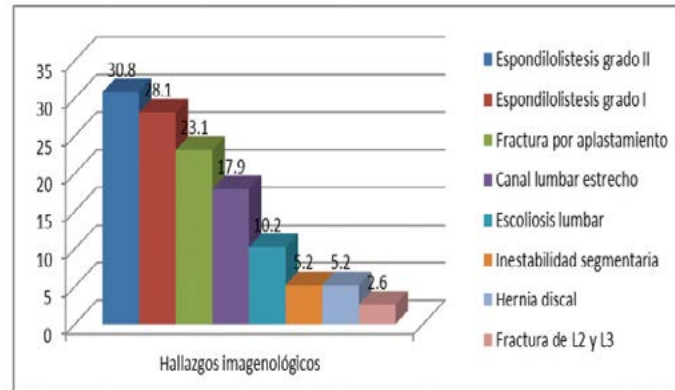
Gráfico 6. Según motivo de consulta.



Cuadro 7. Según hallazgos imagenológicos.

Hallazgos imagenológicos	Frecuencia	%
Espondilolistesis grado II	12	30.8
Espondilolistesis grado I	11	28.1
Fractura por aplastamiento	9	23.1
Canal lumbar estrecho	7	17.9
Escoliosis lumbar	4	10.2
Inestabilidad segmentaria	2	5.2
Hernia discal	2	5.2
Fractura de L2 y L3	1	2.6

Grafico 7. Según hallazgos imagenológicos.



Cuadro 9. Según técnicas quirúrgicas.

Técnicas quirúrgicas	Frecuencia	%
Lamnectomía	31	79.5
Artrodesis con tornillo	32	82.1
Toma de muestra	1	2.6
Discectomía	1	2.6
TLIF	4	10.2
Injerto óseo	4	10.2

Gráfico 10. Según estadía hospitalaria.

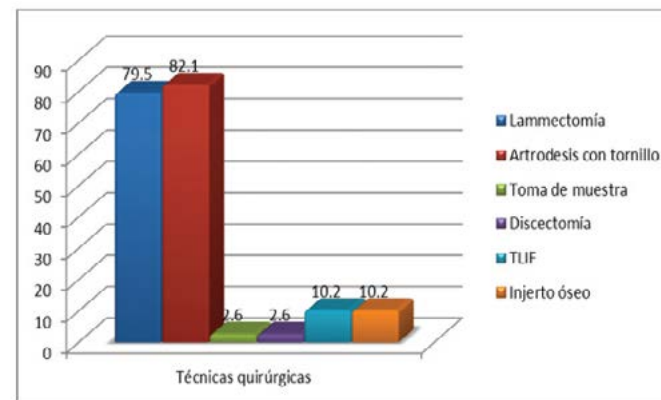


4:1. El 64.1% de los pacientes tuvieron motivo de consulta por dolor lumbar mecánico, demostrándose este resultado con la literatura en la que se encontró que la inestabilidad lumbar es una de la causa principal de dolor lumbar. Viendo que la prevalencia de dolor lumbar a lo largo de la vida es de un 50 a 80%. El 43.6% de los pacientes presentaron nivel de lesión vertebral L5-S1, tomando en cuenta que el segundo resultado más frecuente fue en el nivel L4-L5 con un 38.4%, correlacionándose estos dos resultados con un estudio publicado por Manuel Alejandro Aguilar Araiza, y cols. con título análisis de la inestabilidad de la columna lumbar secundaria a espondilolistesis variedad ístmica en el 2011, donde obtuvo resultados con respecto al nivel de afectación en L5 - S1 de 33 casos para un 94.3 por ciento y de L4 - L5 tres casos para un 8.6 por ciento. El 30.8% de los pacientes presentaron como hallazgos imagenológicos espondilolistesis grado II y el 28.1% espondilolistesis grado I estos resultados concuerdan con el estudio antes mencionado de Manuel Alejandro Aguilar Araiza, y cols. donde el deslizamiento medido en la radiografía lateral neutra y según la clasificación de Meyerding se presentó un desplazamiento grado I en 63% de los casos y grado II en 12% de espondilolistesis.

Cuadro 8. Según nivel lesión vertebral.

Nivel lesión vertebral	Frecuencia	%
T12 - L1	4	10.2
L1 - L2	1	2.6
L2 - L3	7	17.9
L3 - L4	9	23.1
L4 - L5	15	38.4
L5 - S1	17	43.6

Gráfico 9. Según técnicas quirúrgicas.



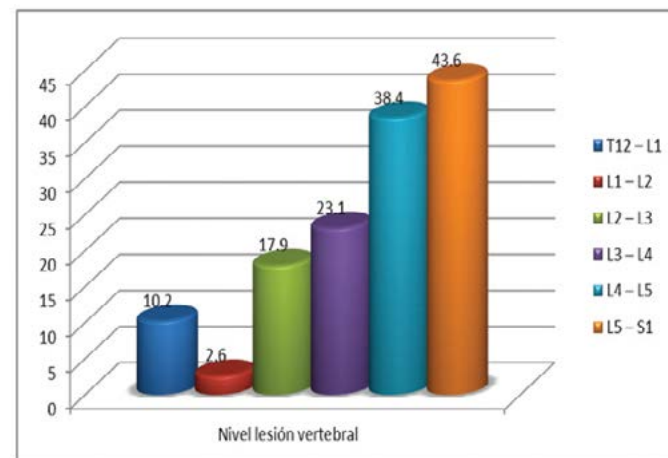
DISCUSIÓN

De los pacientes ingresados por el servicio de neurocirugía el 1.5% presentaron inestabilidad lumbar, siendo este resultado proporcionalmente equivalente al presentado en la literatura donde se encuentra que la incidencia global de las fracturas del raquis, se sitúa entre las 15,000 lesiones torácicas y lumbares al año en los EEUU y las 10,000 de Francia. El 56.4% de los pacientes presentaron inestabilidad lumbar de espondilolistesis coincidiendo este resultado con un estudio realizado por De la Torre GDM, en el año 2003 donde el 33.3% presentaron espondilolistesis como patología causante de inestabilidad vertebral. El 35.9% de los pacientes tenían edades entre 50 - 59 años, teniendo una pequeña diferencia con la literatura donde esta patología se ve agravado por el hecho de que se producen en una época trascendente de la vida de los pacientes. Entre la tercera y la cuarta décadas de la vida. El 66.7% de los pacientes eran de sexo femenino teniendo en nuestro estudio una discrepancia con relación a la literatura encontrada debido a que esta muestra que la proporción entre varones y hembras con fracturas es de

CONCLUSIONES

De los pacientes ingresados por el servicio de neurocirugía el 1.5% presentaron inestabilidad lumbar. El 69.2% de los pacientes presentaron patología causante degenerativa. El 56.4% de los pacientes presentaron inestabilidad lumbar de espondilolistesis. El 35.9% de los pacientes tenían edades entre 50 - 59 años. El 66.7% de los pacientes eran de sexo femenino. El 64.1% de los pacientes tuvieron motivo de consulta por dolor lumbar mecánico. El 30.8%

Gráfico 8. Según nivel lesión vertebral.



Cuadro 10. Según estadía hospitalaria.

Estadía hospitalaria	Frecuencia	%
1 - 3 Días	1	2.6
4 - 7 Días	33	84.7
> 1 Semanas	5	12.9
Total	39	100.0

de los pacientes presentaron como hallazgos imagenológicos espondilolistesis grado II. El 43.6% de los pacientes presentaron nivel de lesión vertebral L5-S1. El 82.1% fueron tratados con técnica quirúrgica artrodesis con tornillo. El 84.7% de los pacientes tuvieron estadía hospitalaria de 4 - 7 días.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios donde se incluyan variables tales como peso, talla, índice de masa corporal, porcentaje graso y muscular para poder ver, si éstas variables influyen en los resultados de inestabilidad lumbar. Con el fin de poder avanzar en la prevención de las inestabilidades lumbares y de los traumatismos lumbares resulta necesario conocer con detalle cuáles son los mecanismos implicados, por lo que es necesario mejorar, tanto cualitativa como cuantitativamente el registro de las altas hospitalarias. Reforzar las políticas de prevención de seguridad vial con el objetivo de reducir las aun elevadas tasas de incidencia de lesiones graves en usuarios de vehículos y peatones, ya que esta es la principal causa de traumatismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pope y Panjabi; Frymoyer y Selby, "Biomechanical definitions of spinal instability". *Revista, Neurocirugía contemporánea*, Volumen 2 numero 10 Octubre 2008.
2. OKU, *Actualizaciones en cirugía ortopédica y traumatológica*, Columna 2, P. 99 - 460. 2003. Medicina STM Editores, Barcelona España.
3. J.M. López Porrúa, *Cirugía de los traumatismos vertebrales*, Editora JIMS S.A. Barcelona España. P. 105, 1era. Edición 1986.
4. Ballester Masso, *Columna toro-ca lumbar*, Editora Marban Madrid España 2012. P. 1 y 467.
5. Mark S. Greenberg, *Manual de Neurocirugía*, 1era. Edición Buenos Aires 2004, P. 556 y 565, (Volumen I).
6. Jorge Felipe Ramírez León. *Dolor Lumbar desde la Perspectiva del Clínico a las Imágenes Diagnosticas*. P. 15-78. 1er. edición Diciembre 2010. Fundación Universitaria 2010. Bogotá Colombia.
Julio Huaroto Rosa-Pérez. *Enfermedades Congénitas Idiopáticas de Columna Vertebral*. Cirugía ortopédica y traumatológica. 2012. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BIBVIRTUAL/libros/medicina/cirugia/Tomo_II/enfercongenitas_ideop.htm
www.gimolimpo.com/paginas/lumbarizacion.htm
Barreras, Martín Tejada. "Escoliosis: Conceptos, Etiología y Clasificación. volumen 7, numero 2, abril-junio 2011". www.medigraphic.org.Mx
7. Marrè B. AO Spine Manual clinical applications. Thoracolumbar and lumbar. Spine. 2007;2(2):165-190.
8. Kasai, Yuichi, y colaboradores: a new evaluation method for lumbar spinal instability: passive lumbar extensión text. *Physical therapy* 86, no. 12. 2006. 1661-7
9. Aguilar Araiza, Manuel Alejandro y cols. "Análisis de la inestabilidad de la columna lumbar secundaria a espondilolistesis variedad ístmica". *Rev Hosp Jua Mex* 2011; 78(4): 208-212.

TÉCNICAS DE REDUCCIONES UTILIZADAS POR LOS RESIDENTES DE CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL EN FRACTURAS MALARES

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Santo Domingo Este, República Dominicana Mayo - Julio 2014.

Autores:

*Dra. Elisa Victoria Murray Jiménez

*Dr. Wilson Olivo Canaán

**Dr. Brigido García Sánchez

*Médicos especialista en Anestesiología

**Epidemiólogo. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

INTRODUCCIÓN

El hueso cigomático (también llamado malar) es un hueso par, corto y compacto, situado en la parte más externa de la cara, en forma cuadrilátera que forma el pómulos de la cara y parte de la órbita y presenta un saliente o proceso cigomático que se une hacia atrás con el proceso cigomático del hueso temporal. Sólo se denomina así en los mamíferos y se corresponde con el hueso yugal del resto de los vertebrados. Se articula con el temporal, el maxilar, esfenoideas y el frontal. El hueso malar es el parachoques lateral medio facial y de la pared lateral orbitaria.¹

En las fracturas maxilo malares podemos encontrar afectación de sus cuatro arbotantes clásicos que son: su articulación con el maxilar (maxilo-malar), apófisis piramidal y apófisis ascendente del maxilar, con el hueso esfenoideas (esfeno-malar) y con el temporal (témpero-malar).²

El hueso malar tiene una posición de gran importancia en el tercio medio facial. Entre sus funciones se encuentran: proteger al globo ocular al dar proyección a la zona del pómulos, dar inserción al músculo masetero y absorber la fuerza de cualquier impacto antes de que éste afecte al encéfalo.²

Los abordajes para la reducción de las fracturas malares dependen de la vía que se utilicen para estos fines.

Manson y colaboradores desarrollaron en 1990 una clasificación más funcional y acorde con los patrones de tratamientos actuales basada en la segmentación y desplazamiento que se evidencia en la tomografía axial computarizada.⁵

Manson clasifico las fracturas en tres grupos: de baja energía, media energía y de alta energía.

Las fracturas de baja energía representan el 18% de las mismas, las de media energía el 77% y las de alta energía el 5%.^{5,6}

La alta incidencia de fracturas maxilo-malares atendidas en nuestro hospital, la necesidad de actualizar y dirigir los esfuerzos terapéuticos e investigativos ante esta problemática, nos motiva a realizar este estudio, cuyo objetivo es determinar las técnicas aplicadas para reducir las fracturas del hueso cigomático o hueso malar empleadas por los residentes del área de cirugía buco maxilofacial del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

Esperamos que los resultados encontrados en la presente investigación, sirvan de punto de



partida que nos permitan utilizar las técnicas de reducción más favorables en los pacientes afectados con fracturas del hueso malar y que reciben atenciones de salud en nuestro hospital.

OBJETIVOS

General

Identificar las principales técnicas de reducciones de fracturas malares utilizadas por los Residentes de la especialidad de cirugía buco maxilofacial del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

Específicos

1. Identificar las técnicas de abordaje más frecuentes utilizadas por los residentes de la especialidad de cirugía buco máxilo facial para corregir las fracturas de malares durante el periodo estudiado.

2. Identificar las principales técnicas de reducciones utilizadas por los residentes de la especialidad de cirugía buco máxilo facial para corregir las fracturas malares.

3. Evaluar el nivel de conocimiento que posee el médico residente de III y IV año de la especialidad de cirugía buco máxilo facial para realizar la reducción de fracturas del hueso malar en nuestro hospital.

4. Identificar los principales métodos de diagnósticos utilizados por los residentes de III y IV año de la especialidad de cirugía buco máxilo facial para establecer el diagnóstico de las fracturas de malares durante el periodo estudiado.

5. Determinar las principales complicaciones que se presentan en los pacientes con fractura malar según las técnicas utilizadas para la reducción, en el periodo señalado estudiado.

PALABRAS CLAVES: Técnicas de reducciones; Residentes de Cirugía Buco Maxilo Facial; Fracturas malares.

MÉTODO, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y analítico durante el periodo comprendido entre el 1ro de mayo y el 31 de julio del 2014.

El presente estudio fue realizado en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Ubicado en la provincia de Santo Domingo, municipio Santo Domingo Este, capital provincial, limitado al Norte: calle Octavio Mejía Ricart, Sur: Avenida Las Américas, Este: calle 1, 2, y 3, Oeste: Avenida Sabana Larga.

El Universo estuvo constituido por todos los pacientes que recibieron atenciones en el Departamento de cirugía Buco máxilo facial del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras durante el periodo de estudio.

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes con fracturas del hueso malar a los cuales se le realizó reducción utilizando cualquiera de las técnicas correctivas para estos fines por los médicos residentes de III y IV años de formación en la especialidad de Cirugía Buco Maxilo Facial del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras en el periodo mayo-julio del 2014.

Fueron excluidos del trabajo todos los pacientes tratados por otros tipos de trauma en la población señalada y en el periodo especificado.

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

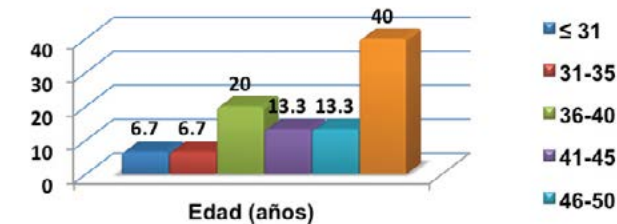
Cuadro 1
Relación de pacientes con fracturas malares según edad. Mayo - Julio 2014.

Edad (Años)	Frecuencia	%
10 – 20	6	12.0
21 – 30	12	24.0
31 – 40	14	28.0
41 – 50	4	8.0
51 – 60	3	6.0
61 – 70	11	22.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

El 28.0% de los pacientes tenían de 31-40 años de edad, el 24.0% de 21-30 años, el 22.0% de 61-70 años, el 12.0% de 10-20 años, el 8.0% de 41-50 años y el 6.0% de 51-60 años.

Gráfico 1



Fuente: Cuadro 1

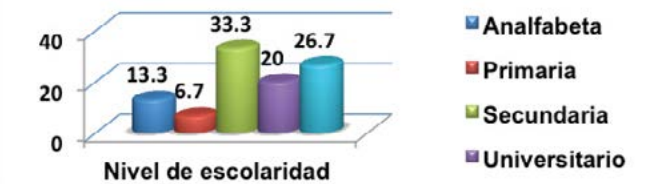
Cuadro 2
Relación de pacientes con fracturas malares según sexo. Mayo - Julio 2014.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	35	70.0
Femenino	15	30.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

El 70.0% de los pacientes eran de sexo masculino y el 30.0% femenino.

Gráfico 2
Representación gráfica de los pacientes con fracturas malares según sexo. Mayo-Julio 2014.



Fuente: Cuadro 2

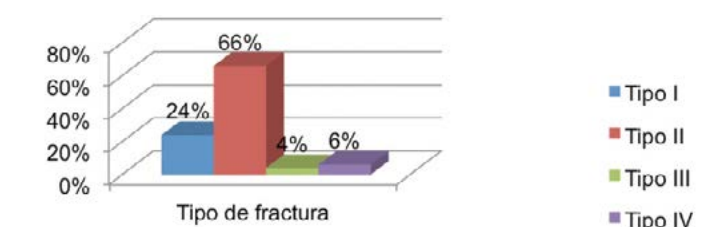
Cuadro 3
Relación de pacientes con fracturas malares según tipo de fractura. Mayo - Julio 2014.

Tipo de fractura	Frecuencia	%
Tipo I	12	24.0
Tipo II	33	66.0
Tipo III	2	4.0
Tipo IV	3	6.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

El 66.0% de los pacientes tuvieron fractura tipo II, el 24.0% tipos I, el 6.0% tipos IV y el 4.0% tipos III.

Gráfico 3
Representación gráfica de los pacientes con fracturas malares según tipo de fractura. Mayo-Julio 2014.



Fuente: Cuadro 3

Cuadro 4

Relación de pacientes con fracturas malares según técnica de reducción. Mayo - Julio 2014.

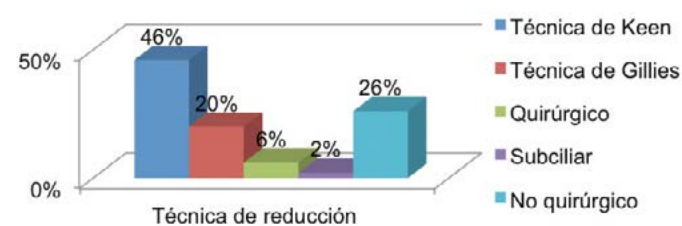
Técnica de reducción	Frecuencia	%
Técnica de Keen	23	46.0
Técnica de Gillies	10	20.0
Quirúrgico	3	6.0
Subciliar	1	2.0
No quirúrgico	13	26.0
Total	50	100.0

Fuente: Archivo Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

En el 46.0% de los pacientes usaron como técnica de reducción Keen, el 20.0% técnicas de Gillies, el 6.0% quirúrgico, el 2.0% Subciliar y el 26.0% no quirúrgico.

Gráfico 4

Representación gráfica de los pacientes con fracturas malares según técnica de reducción. Mayo-Julio 2014.



Fuente: Cuadro 4

DISCUSIÓN

Actualmente las reducciones de la fractura del hueso malar bajo la técnica de Keen y la fijación y estabilización de los segmentos óseos por medio de la fijación interna rígida, es considerado el tratamiento de elección versus técnicas bajo el uso de materiales osteosíntesis como lo demuestra la literatura encontrada.⁷

La fijación interna es una técnica que presenta la suficiente estabilidad para propiciar una correcta reducción del tejido óseo así como brindar al paciente un postoperatorio más confortable y una reincorporación más temprana a su vida normal, sin limitar notablemente sus actividades fisiológicas y sociales, en comparación con las técnicas antes mencionadas.

Adicionalmente, el paciente atendido por fracturas malares no precisa de grandes periodos de hospitalización, siendo dado de alta en la mayoría de los casos, a las 24 horas siguientes del tratamiento quirúrgico, lo cual se traduce en ahorro de costos operativos y de hospitalización como se observó que el 100% de los pacientes no presentaron complicaciones, al igual que se logra una reincorporación a sus actividades socio-económicas en un periodo post-operatorio mucho menor que el tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado y discutido los resultados llegamos a las siguientes conclusiones: El 28.0% de los pacientes tenían de 31-40 años de edad, el 70.0% de los pacientes eran de sexo masculino, el 66.0% de los pacientes tuvieron fractura tipo II, en el 46.0% de los pacientes se usó como técnica de reducción la tipo Keen. El 100.0% de los residentes tenían un nivel de conocimiento avanzado. El 100.0% de los pacientes no presentaron complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Crear los mecanismos necesarios para la implementación y cumplimiento de los programas en cuanto a técnicas de reducciones en fracturas malares se refiere, fomentando el entrenamiento adecuado de los residentes.

- Crear mecanismos económicos encaminados a la adquisición del instrumental para la realización de reducciones en todos los centros de formación de residentes en el área de cirugía buco maxilofacial.

- Acondicionar áreas quirúrgicas propias para la realización de este tipo de técnicas.

- Crear cursos extracurriculares, diplomados y entrenamientos para los residentes y cirujanos buco maxilofacial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wikipedia: En: http://es.wikipedia.org/wiki/Hueso_cigom%C3%A1tico.
2. Hassan Mohajerani D. "Pattern of mid-facial fractures in Tehran, Iran". *Dental Traumatology*. 2011; 27:131-4.
3. Olate S, Monteiro Junior S. "Variables Related to Surgical and Nonsurgical Treatment of Zygomatic Complex Fracture". *Journal of Craniofacial Surgery*. 2011;22(4):1200-2.
4. Bertelli Trivellato PF, ManfrinArnes MF. "A retrospective study of zygomatico-orbital complex and/or zygomatic arch fractures over 71 month period". *Dental Traumatology*. 2011;27:135-42.
5. Ozkaya O, Turgut G, Kayal MU. "A retrospective study on the epidemiology and treatment of maxillofacial fractures". *UlusTravma Acil Cerrahi Derg*. 2009;15:262-6.
6. Punjabi SK, Habib-ur-Rehman, Ali Z, Ahmed S. "Causes and management of zygomatic bone fractures at AbbasiShaheed Hospital Karachi, Colectivo de autores". *Guías prácticas de Estomatología*. La Habana: Ecimed; 2003. (analysis of 82 patients). *J Pak Med Assoc*. 2011; 61(1):36-9.
7. *Abordajes Quirúrgicos del macizo facial*. 2 edición, Edward Ellis III, Michael F, zide. Ambas pág. 59 Cap. 3 fig. 3.20 B.



BENEFICIOS DE PROTOCOLIZAR LA SEDOANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Junio - Octubre 2013

Autores:

* Dra. Yesenia Altagracia Rosario Socías

**Dr. Pedro Juan Álvarez Salazar

***Dr. Brigido García Sánchez

*Médico Especialista en Anestesiología

**MA, Anestesiología. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

***Epidemiólogo. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

INTRODUCCIÓN

Los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos que se encuentran bajo ventilación mecánica con frecuencia cursan con dolor y ansiedad ya que están sometidos a procedimientos que causan dolor como son las inserciones de vías vasculares y el uso del tubo endotraqueal, por lo cual una sedoanalgesia adecuada debe ser una prioridad en la unidad de cuidados intensivos.

Aunque la mayoría de los pacientes recibe analgésicos por vía parenteral de forma sistémica, el 60 por ciento de los pacientes que son dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) recuerdan el dolor como su peor experiencia mientras estuvieron ingresados allí, y esto incide en la necesidad de lograr controlarlo de forma eficaz en la Unidad de Cuidados Intensivos.²

La ansiedad y los trastornos relacionados (agitación y delirio) se manifiestan hasta en el 85 por ciento de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo. El denominador común de estas afecciones es la ausencia de sensación de bienestar. La ansiedad se caracteriza por una exagerada sensación de temor, inquietud o aprensión que se mantiene más por sucesos internos que externos.^{2,3}

Las directrices actuales recomiendan la monitorización sistemática de la sedación y el uso

de protocolos para intentar disminuir el tiempo que los pacientes pasan con ventilación mecánica hasta un 50 por ciento.^{2,3}

El hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, es un centro de salud especializado en el área de la ortopedia y traumatología, por lo que en el mismo son asistidos con frecuencia un importante número de pacientes politraumatizados, y que requieren ser asistidos en la unidad de cuidados intensivos.

El hospital dispone de dos (2) áreas de cuidados intensivos (UCI), una ubicada y acondicionada para los pacientes neuroquirúrgicos y otra para cuidados intensivos general, en cuyas instalaciones permanentemente son atendidos pacientes que requieren ser mantenidos en condiciones de sedoanalgesia.

Hasta la fecha no disponemos de una protocolización de la sedoanalgesia en nuestro centro de salud, por lo que esperamos los resultados obtenidos con la presente investigación, sirvan de parámetros para iniciar la misma la cual de seguro ira en beneficio de los pacientes y mejor desempeño del ejercicio profesional.

PALABRAS CLAVES: Beneficios; Unidad; Protocolizar; Sedoanalgesia; Cuidados Intensivos; Ventilación mecánica.

MÉTODO, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó una investigación descriptiva, observacional y de elección prospectiva, de fuente primaria con la finalidad de determinar los beneficios de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras.

El universo estuvo constituido por el total de los pacientes ingresado en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras durante el periodo comprendido entre junio-octubre 2013 y la muestra, por los pacientes ingresados en la Unidad de cuidados Intensivos, cuyas condiciones de salud requirieran la colocación de ventilación mecánica y sedoanalgesia para su tratamiento.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años; intubados en ventilación mecánica y con necesidad de ventilación mecánica superior a 48 horas.

Los criterios de exclusión fueron: Alergia a fármacos empleados en el protocolo, Embarazo (sospecha o confirmado), Coma neurológico, metabólico o por intoxicación (escala Glasgow), paro cardiocirculatorio recuperado, adicción a drogas, enfermedad vascular cerebral, Demencia, Insuficiencia hepática y renal y pacientes en los cuales de estuviera utilizando algún relajante neuromuscular.

La recolección de la información se realizó a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas, el cual contenía información relacionada con la administración de sedación y analgesia.

Los datos obtenidos en el estudio se presentan en frecuencia simple y las variables que fueron susceptibles de comparación, se analizan mediante estudio de frecuencia absoluta y porcentual.

La información a manejar es estrictamente confidencial, así como los nombres de los pacientes involucrados en el estudio.

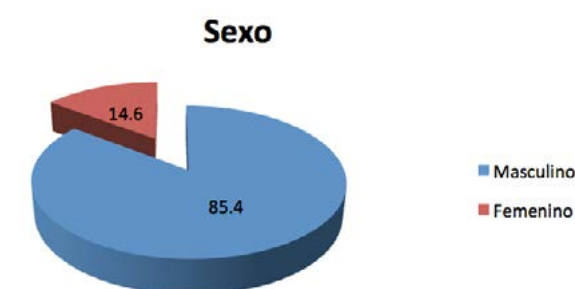
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro 1

Beneficio de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos para pacientes en ventilación mecánica, Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Según sexo:

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	35	85.4
Femenino	6	14.6
Total	41	100.0

Fuente: Directa



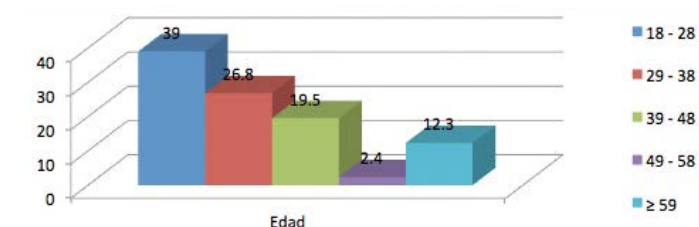
Fuente: Cuadro 1

Cuadro 2.

Beneficio de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos para pacientes en ventilación mecánica, Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Según edad:

Edad	Frecuencia	%
18 - 28	16	39.0
29 - 38	11	26.8
39 - 48	8	19.5
49 - 58	1	2.4
59 ≥	5	12.3

Fuente: Directa.



Fuente: Cuadro 2

Cuadro 3

Beneficio de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos para pacientes en ventilación mecánica. Según escala Ramsay:

Escala Ramsay	Frecuencia	%
1	2	4.9
2	7	17.0
3	12	29.3
4	12	29.3
5	6	14.6
6	2	4.9
Total	41	100.0

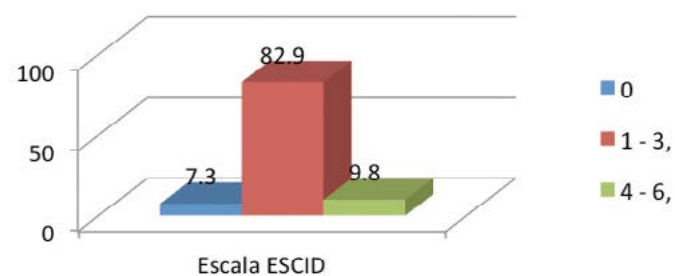
Fuente: Directa

Cuadro 4

Beneficio de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos para pacientes en ventilación mecánica. Según escala (ESCID):

Escala ESCID	Frecuencia	%
0	3	7.3
1 - 3	34	82.9
4 - 6	4	9.8
Total	41	100.0

Fuente: Directa



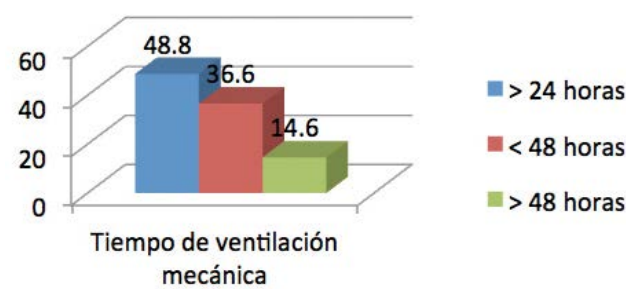
Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5

Beneficio de protocolizar la sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos para pacientes en ventilación mecánica. Según tiempo de ventilación mecánica:

Tiempo de ventilación mecánica	Frecuencia	%
> 24 horas	20	48.8
< 48 horas	15	36.6
> 48 horas	6	14.6
Total	41	100.0

Fuente: Directa



DISCUSIÓN

El 85.4% de los pacientes que se le aplicó sedoanalgesia eran del sexo masculino coincidiendo con Ramos Delgado, E. Samsó Sabé, donde el sexo más prevalente fue el masculino con un 50.3% a pesar de que en este estudio no hubo mucha diferencia con relación al sexo femenino que fue de un 49.7%.³

La edad más frecuente fue de 18 - 28 años con un 39.0%, encontrándose un estudio realizado por Ramos Delgado, E. Samsó Sabé, donde el promedio de edad fue de 62 años con una varianza de 18.5 años.³

El tiempo más frecuente en la ventilación mecánica fue mayor de 24 horas para un 48.8%, no coincidiendo con diversos estudios tales como el realizado por Soto García A, en el cual la mediana de duración de la ventilación mecánica fue de 4.9 días, al igual que el realizado por Hernández-de la Vega, L, que se encontró una mediana de 4.4 días.^{6,1}

CONCLUSIONES

La sedoanalgesia es parte integral en el manejo de los pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos. Proporciona a los pacientes un nivel óptimo de comodidad con seguridad, reduciendo la ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor.

Según estudios recientes se debe utilizar una guía o protocolo que evalúe de forma regular el nivel de sedación del paciente, usando para ello una escala y realizando ajustes de dosis necesarios para evitar Infra/sobre sedación, siendo más frecuente la sobre- dosificación.

El 85.4% de los pacientes que se aplicó sedoanalgesia fueron del sexo masculino. La edad más frecuente fue de 18-28 años para un 39.0%. El 29.3% de los pacientes, manejaron niveles de 3-4 en la escala de Ramsay considerándose como niveles óptimos de sedación. El 82.9% de los pacientes presentaron un nivel de dolor de 1-3 según la escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID).

RECOMENDACIONES

Que los hospitales administrados por el Ministerio de Salud Pública sean dotados de todos los fármacos necesarios para la aplicación de una Sedoanalgesia adecuada, en los pacientes bajo ventilación mecánica.

Buscar estrategias para la formulación y aplicación de protocolos de Sedoanalgesia y así poder asegurar un manejo integral de la analgesia y la sedación en los pacientes bajo ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos.

Se recomienda la utilización de Sedoanalgesia en pacientes críticos bajo ventilación mecánica ya que facilita la adaptación del paciente al ventilador, propiciando así el confort de dichos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hernández-de la Vega, L.; "Sedación consciente e inconsciente" Revista Mexicana de Anestesiología 2004; Vol. 27. Supl. 1, pp 95-97.
- Celis Rodríguez E, Besso J, Birchenall C, De la Cal M A; Carrillo R, Castorena C, Ceraso D, [et al.]. "Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo". Med. Intensiva v.31 n.8 Madrid nov. 2007.
- Ramos Delgado I, Samsó Sabé E. Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica. Rev. Esp. Anestesiología. Reanimación. 2007; 54: 302-312.
- O. Sánchez López, E. Parodi Díaz, "Recomendaciones para sedación en la unidad de reanimación Hospital General de Móstoles" 2007; Pag. 14. Tesis.
- Ramos Delgado, E. Samsó Sabé, "Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica" Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2007; 54: 302-312.
- Soto García A, Farmacología de apoyo a la ventilación mecánica. Protocolo de actuación. La Habana, febrero 2007:1-34. www.solidPDF.com. citado el 12 abril 2012.

USO RACIONAL DE LA ENOXAPARINA SÓDICA JERINGA PRECARGADA CON 40 MG/0.4ML

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Santo Domingo, República Dominicana, 2016.

Autores:

*Dr. José Gabriel Aponte Pons

*Dr. Joselyn Valdez Offrer

**Licda. Fiordaliza Lima

*Médicos cirujanos Ortopedistas. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

**Licenciada en Farmacia. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

ANTECEDENTES

La Enoxaparina es un anticoagulante, cuyo mecanismo acción potencializa el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Posee actividad anti-Xa y débil actividad anti-IIa.

Las posologías de la Enoxaparina utilizadas para la profilaxis del trombo embolismo, no influye negativamente de forma significativa sobre los tests globales de coagulación. La absorción es rápida y completa, directamente proporcional a la dosis administrada en el intervalo 20-80 mg (2.000-8.000 UI).

La biodisponibilidad, basada en la actividad anti-Xa, está próxima al 100%. La actividad anti-Xa plasmática máxima se observa 3 a 4 horas después de la inyección subcutánea y alcanza 0,18, 0,43 y 1,01 UI anti-Xa/ml, tras la administración subcutánea de dosis de 20 mg, respectivamente.

La semivida de eliminación de la actividad anti-Xa es aproximadamente de 4 horas. La actividad anti-Xa está presente en el plasma durante 16-24 horas después de la administración subcutánea de 40 mg. El hígado es probablemente el lugar principal de biotransformación.

El American College of Chest Physicians (ACCP) y la Easter Association for the Surgery of Trauma han realizados consensos mediante

la medicina basada en Evidencia en el manejo de la terapia anticoagulante y prevención de la trombosis.

Se ha señalado hasta 58% de eventos tromboticos venosos posteriores a un trauma mayor, se detectaron coágulos en un 18% localizados en venas proximales, ocurriendo el desarrollo de tromboembolia pulmonar en 2% y falleciendo 50%.⁴

Estudios aleatorizados sobre la administración de la Enoxaparina como profilaxis, han demostrado reducir la aparición de trombos en los pacientes durante su hospitalización, pero no la morbimortalidad a largo plazo, lo que corresponde a dicha práctica a un uso irracional o inadecuado, conllevando a una sobredosificación y potencial desarrollo de efectos adversos.¹

El Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras de la República Dominicana es un centro de salud de tercer nivel, donde se prestan servicios de atención médica de las especialidades de Ortopedia, Neurocirugía. Cirugía general, Cirugía vascular y Cirugía buco-Maxilo facial. Cuenta con 2 unidades de terapia intensiva, área de consulta externa, área de triage, Emergencia, Rehabilitación, Unidad de Salud Mental y Reumatología, con un total de 211 camas censales y un índice ocupacional de un 100 %.

El uso de la Enoxaparina está establecido en el protocolo de fracturas de cadera del Ministerio de Salud, sin embargo llama la atención el alto consumo y el uso prolongado del mismo en pacientes hospitalizados.

Según el Presupuesto estimado de Ingresos y gastos del nivel Especializado por Actividad Específica en nuestro hospital durante el año 2016 en medicamentos, representó el segundo más alto después de Recursos Humanos, con un aproximado de RD\$ 54,977.632.0. Entre los productos de mayor gasto está la Enoxaparina sódica.²

Por lo antes descrito se plantea el presente estudio de utilización de este medicamento a fin de identificar los usos, evaluar el cumplimiento de las normas y cuantificar el costo relacionado con su utilización durante el 2016.

Palabras Claves: Uso Racional; Enoxaparina Sódica; Jeringa precargada con 40 mg/0.4ml; Biodisponibilidad.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Estudio de utilización de medicamentos del tipo de Indicación - Prescripción. Descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

Demarcación Geográfica:

El Estudio de Utilización de medicamento (EUM) se llevó a cabo en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, Provincia de Santo Domingo, perteneciente a la región metropolitana de salud de la República Dominicana durante el periodo Enero-Diciembre del 2016.

Unidad de análisis:

La unidad de análisis fue la prescripción de la Enoxaparina sódica en la concentración de 0.4 UI, forma farmacéutica inyectable. Incluyendo las indicaciones de uso y posología (dosis, intervalo y duración).

La fuente de información son los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados que recibieron Enoxaparina sódica durante el periodo del estudio.

Instrumento para evaluar la prescripción:

El instrumento para recolectar datos de fuentes primarias es una matriz o ficha con las variables requeridas en el estudio de acuerdo a los indicadores de prescripción-indicación establecidos.

Muestra

La muestra fue aleatoria simple por conglomerado, diferenciado por los niveles de atención del hospital. Se obtuvieron 150 expedientes clínicos de las distintas áreas o servicios hospitalarios de atención.

Se identificaron en los libros de ingreso en los servicios involucrados, los expedientes en los que se prescribió Enoxaparina sódica.

Tras el llenado de las fichas, una vez terminado con el periodo de recolección, procedió a la tabulación de los datos.

Finalmente se realizó el análisis de los datos obtenidos en la Base de Datos en Excel, conforme a cada uno de los objetivos planteados. Posteriormente se realizó una revisión global de los resultados.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio abarcó la revisión de 150 expedientes de pacientes con prescripción de la Enoxaparina Sódica en los Servicios intra Hospitalario de Ortopedia (sala), Neurocirugía (sala) y Cirugía Vascular. El periodo evaluado comprendió a un año correspondiente a enero - diciembre 2016.

Del total de expedientes evaluados se identificaron 3 diagnósticos para lo que fue prescrito

la Enoxaparina siendo el 59% correspondiente a Fracturas óseas, 28% trauma vertebro-medular y 13% para insuficiencia venosa.

El rango de edad donde se evidenció un mayor uso de Enoxaparina Sódica correspondió al de 15-49 años, en los diagnósticos de Fracturas Conminutas en un 32%(50 casos) y 14% (22 casos) en Fracturas oblicuas.

El estudio evidenció que el 70% de las prescripciones de Enoxaparina sódica estuvieron acorde a los estándares nacionales o internacionales consultadas; mientras que el 30% de las prescripciones fueron no acorde a los estándares.

De las prescripciones evaluadas como no acordes, el estudio mostro que el 27 % (40) no cumplió con la variable de intervalo; 20 % (30) no cumplieron con el diagnóstico para el cual fue prescrito la Enoxaparina; 33% (50) no cumplieron con la dosis establecida y el 20 % (30) no cumplieron con la duración. **Ver tabla 2.2.**

El estudio evidenció que el 47% (70) de las prescripciones poseían la dosis de Enoxaparina sódica sobre-dosificadas. El 2% (3) de las prescripciones evaluadas fueron infra-dosificadas. El 51% (77) poseían las dosis de enoxaparina sódica de forma adecuada.

El estudio muestra que de los Servicios intrahospitalarios evaluados, el 30% (24) de las prescripciones no estaban acordes con los estándares correspondieron al área de Ortopedia, el 23% (18) de las prescripciones fueron del área de Neurocirugía, el 10% (18) y 19% (15) de las prescripciones fueron en el Servicios de UCI Neurocirugía y UCI General respectivamente. 18%(14) de las prescripciones realizadas en el área de Cirugía Vascul ar tampoco estaban acordes a los estándares. **Ver tabla 2.4**

Durante el periodo evaluado, se prescribieron 15,572 unidades de Enoxaparina sódica en el Hospital Docente Dr. Darío Contreras. El valor total de las prescripciones correspon-

dió a RD\$2,812.154.00 pesos. El gasto de las prescripciones No acorde a los estándares correspondió a RD\$1,813.839.00 pesos (64.5%); mientras que las prescripciones Acorde reflejan un gasto de RD\$ 998,315.00 pesos (35.5%). **Ver tabla 3.1.**

Prescripción: El área de Ortopedia (sala) reportó un gasto de RD\$ 1,631.049.00 pesos (58.0%). El gasto en Neurocirugía (sala) correspondió a RD\$ 731,160.00 pesos (26.0%), en Cirugía vascular fue de RD\$ 84,365.00 (3.0%), en UCI de Neurocirugía reportó un gasto de RD\$ 196,851 pesos (7.0%) y en el área de UCI General registró un gasto ascendente a RD\$ 168,729.00 pesos (6.0 %). **Ver tabla 3.2.**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La Enoxaparina sódica es un medicamento de alta utilización en los servicios de atención hospitalaria siendo predominante al servicio de Ortopedia, en el diagnóstico de fracturas de huesos largos. La población en la que se reporta un mayor uso es en adultos entre 15-49 años. Para este diagnóstico la literatura muestra que está indicado el uso de Enoxaparina, con lo cual varias de las indicaciones identificadas están descritas en la literatura de referencia.

Sin embargo, llama la atención que el estudio evidenció el uso de Enoxaparina en el manejo de Trauma vertebro-medular y Hematoma subdural agudo donde la literatura muestra que no se encuentra indicada.

Una tercera parte de las prescripciones de Enoxaparina en el hospital, mostraron no estar acorde o estándares del diagnóstico, dosis, intervalo y duración para lo que fue prescrita. Siendo la dosis e intervalo las variables de menor cumplimiento.

Las prescripciones evaluadas versus la dosis recomendada en estándar, demuestran que más de la mitad se encontraban adecuadas a

la dosis recomendada, sin embargo el cumplimiento de estos 4 criterios, determinaba el resultado de una prescripción como acorde a los estándares y de no cumplir al menos con 1 de los criterios, se valoró como no acorde.

CONCLUSIONES

- La población en la que más se usa Enoxaparina es la de 15-49 años.
- Se identificaron 10 indicaciones de Enoxaparina que no están contempladas en las guías nacionales e internacionales.
- Dos tercios de las prescripciones de Enoxaparina fueron acorde a las guías y protocolos nacionales, con un tercio de incumplimiento.
- La posología (dosis, intervalo y duración) está influenciando en el cumplimiento del uso adecuado de Enoxaparina, ya que todos los parámetros se identificaron con algún porcentaje de incumplimiento.
- Un tercio de las dosificaciones son inadecuadas.
- Todos los Servicios tienen problemas de cumplimiento de estándares, sin embargo el servicio de ortopedia es donde se concentra el mayor porcentaje.
- Un tercio del gasto en Enoxaparina es inadecuada.

RECOMENDACIONES

Los autores recomiendan:

- Conocer a profundidad el uso de la Enoxaparina en otras áreas o servicios del hospital.
- Revisar la guía y formulario terapéutico del hospital para confirmar y racionalizar su uso.
- Presentar resultados al Comité de Terapéutica y Farmacia con el fin de buscar soluciones, principalmente en los servicios donde existe mayor incumplimiento de los estándares.

d) Capacitar a los prescriptores en la guía o formulario terapéutico.

Tabla 1.1
Frecuencia simple de prescripción-diagnóstico en el 2016.

Diagnósticos	N	%
Fracturas óseas	88	59.0
Trauma vertebro medular	42	28.0
Insuficiencia venosa	20	13.0
Total	150	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Tabla 1.2 Frecuencia prescripción-diagnóstico por servicio en el Hospital durante el periodo Enero-Diciembre 2016

Servicios	N	%
Ortopedia (sala)	83	55.3
Neurocirugía (sala)	38	25.4
UCI Neurocirugía	8	5.3
UCI General	6	4.0
Cirugía Vascul ar	15	10.0
Total	150	100.0

Fuente: Expedientes clínico de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Tabla 2.1 Evaluación de prescripciones según estándar nacional e internacional

Criterios	Acorde		No acorde		Total	
	N	%	N	%	N	%
Prescripciones	105	70 %	45	30%	150	100 %

Fuente: Expedientes clínico de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Tabla 2.2 Evaluación de prescripciones **No acorde**, según criterios de una correcta prescripción.

Criterios	No acorde	
	N	%
Intervalo	12	26.7 %
Diagnostico	10	22.2 %
Dosis	8	17.8 %
Duración	15	33.3 %
Total	45	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Tabla 2.3. Evaluación de prescripciones Vs dosis recomendada en estándar

Criterios	Prescripciones /Dosis	
	N	%
Sobre-dosificación	27	25.7
Infra-dosificación	3	3.0
Adecuada	75	71.3
Total	105	100

Fuente: Expedientes clínicos de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Tabla 2.4. Frecuencia prescripción-diagnostico por servicio el hospitalario durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Servicios	Acorde		No acorde	
	N	%	N	%
Ortopedia (Sala)	52	45.0	18	40.0
Neurocirugía (Sala)	24	21.0	10	23.0
UCI Neurocirugía	15	14.0	8	18.0
UCI General	8	12.0	6	13.0
Cirugía Vasculuar	6	8.0	3	6.0
Total general	105	100.0	45	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de los servicios seleccionados del Hospital Dr. Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Variables	Acorde			No acorde			Total		
	N	RD\$	%	N	RD\$	%	N	RD\$	%
Prescripciones	5,528	998,315.00	35.5	10,044	1,813.839.00	64.5	15,572	2,812.154.00	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

Tabla 3.2 Gasto: Unidades valorizadas del medicamento no acorde por Servicios en el periodo Enero- Diciembre 2016

Servicios hospitalarios	No acorde		
	Total de unidades	RD\$	%
Ortopedia (sala)	9,032	1,631.049.00	58.0
Neurocirugía	4,049	731,160.00	26.0
Cirugía Vasculuar	467	84,365.00	3.0
UCI Neurocirugía	1,090	196,851.00	7.0
UCI General	934	168,729.00	6.0
Total General	15,572	1,813.839.00	100.0

Fuente: Expedientes clínicos de los Servicios seleccionados del Hospital Docente Dr. Darío Contreras durante el periodo Enero-Diciembre 2016.

BIBLIOGRAFÍA

1. República Dominicana. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de fractura de cadera en adultos, 2017.
2. Hospital Docente Dr. Darío Contreras. Departamento planificación y presupuesto. Presupuesto Estimado de Ingresos y Gastos nivel Especializado por Actividad.
3. Handoll H, Farrar M, McBirnie J, Tyterleigh-Strong G, Milne A, Gillespie W. Heparin, low molecular weight heparin and physical methods for preventing deep-vein thrombosis and pulmonary embolism following surgery for hip fractures. TheCochrane library 2006(4): (CD000305).
4. González Romero J. Trombo embolismo y fracturas. 2D13; 9 (2): 119-121.
5. Fondaparinux compared with enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism after hip-fracture Surgery, N Engl J Med 2001:345(18) 1298-304.
6. Economic impact of enoxaparin versus unfractionated heparin for venous thromboembolism prophylaxis in patients with acute ischemic stroke: a hospital perspective of the PREVAIL trial. Journal of Hospital Medicine 2012; 7(3): 176-182.

OSTEOCONDROMA SOLITARIO EN LA UNIDAD DE PEDIATRÍA

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

Autores:

*Dra. Elizabeth Vidal Morales

**Dra. Paola Mordan Núñez

*Médico Ortopedista. Hospital Dr. Darío Contreras

**Médico Ortopedista

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal hecho a través del uso de los archivos de consulta, quirófano y expedientes clínicos correspondientes a los pacientes de la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, en el periodo Julio 2017 - Enero 2018. El universo estuvo constituido por los 4571 pacientes asistidos en la Unidad. La población en estudio fue de 21 pacientes con diagnóstico de osteocondroma solitario, de los cuales sólo 7 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró que el 57.1 por ciento (4 pacientes) el tratamiento fue manejo conservador y un 42.9 por ciento (3 pacientes) el tratamiento consistió en manejo quirúrgico. El rango de edad más afectado fue de 6 a 10 años con un total de 57.1 por ciento. El sexo más afectado fue masculino por 71.4 por ciento. El 57.1 por ciento (4 pacientes) de los pacientes fueron diagnosticados con osteocondroma solitario en miembro inferior derecho, y un 14.3 por ciento (1 paciente) en miembro superior derecho. El 57.1 por ciento (4 pacientes) no presentaron complicaciones, el 28.6 por ciento (2 pacientes) presentaron compresiones de partes blandas, mientras el 14.3 por ciento (1 paciente) presentó compresión neurológica.

Palabras Clave: Osteocondroma, Solitario, Tratamiento.

ABSTRACT

A retrospective and descriptive cross-sectional study was carried out, developed through the inspection of the consultation files, operating room and clinical files corresponding to the patients of the Pediatric Unit of the Dr. Darío Contreras Hospital, in the period July 2017 - January 2018. The universe was constituted by the 4571 patients assisted in the Unit. The population under study is 21 patients diagnosed with solitary osteochondroma, where only 7 patients met the inclusion criteria. It was found that 57.1 percent (4 patients) management was conservative and 42.9 percent (3 patients) surgical management. The most affected age range was 6 to 10 years with a total of 57.1 percent. Male sex was the most frequent by 71.4 percent. The 57.1 percent (4 patients) of the patients were diagnosed with solitary osteochondroma in the right lower limb, and 14.3 percent (1 patient) in the right upper limb. 57.1 percent (4 patients) had no complications, 28.6 percent (2 patients) had soft tissue compressions, while 14.3 percent (1 patient) had neurological compression.

Keywords: Solitary Osteochondroma, Treatment.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes pediátricos constituyen el grupo etario afectado en mayor proporción por los tumores óseos, mientras que algunos tumores óseos específicos se caracterizan por tener apariciones más frecuentes en la población adulta, considerada esqueléticamente madura, y otros en la población de adultos mayores (envejecientes).

En México, se realizó un estudio transversal observacional y descriptivo que realizó una revisión de los diagnósticos de los archivos del registro de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Rehabilitación, durante el período comprendido entre los años Enero del 2000 a Diciembre del 2006. Se encontraron un total 250 casos de tumores óseos, de los cuales 131 casos correspondieron a niños para un 52.4% y 119 casos a niñas para un 52.4%, entre 0 y 14 años. El tumor más frecuente presente en este rango de edad fue osteocondroma (110 casos).¹

El osteocondroma es un tumor óseo benigno que constituye la lesión pseudo-tumoral más frecuente del hueso. La característica radiológica principal del osteocondroma solitario es la continuidad medular y cortical de la lesión con el hueso del que provienen.² Constituye el 35 por ciento de los tumores óseos benignos y el 8 por ciento de la totalidad de tumores óseos, aunque en muchos casos, cursa asintomático por lo que la incidencia es probable que sea más alta que la reportada.^{3,4}

El osteocondroma, también llamado exostosis cartilaginosa es un tumor benigno que aparece de forma espontánea o después de un traumatismo o radioterapia. Aproximadamente el 80 por ciento son diagnosticados antes de los 20 años.⁵ Son los tumores más frecuentes del esqueleto y se estima que alrededor del 3 por ciento de la población mundial lo padece.⁶

Mora et al llevaron a cabo un estudio para determinar los tumores benignos reportados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza que afectan a la población pediátrica desde Enero 2001 al Marzo 2012, que determinó que el tumor óseo más frecuente fue el osteocondroma en un 43 por ciento (43%).⁷

Olalde y Cols., en el 2008, al referirse a un estudio sobre la aparición de tumores óseos benignos, indicó que el osteocondroma es la lesión más frecuente, lo reportó en 44 por ciento (44%).⁸

El tratamiento del osteocondroma solitario, según algunos autores, no siempre es quirúrgico. Sin embargo, se ha llegado al consenso de que todo osteocondroma solitario, posee unas altas probabilidades de ser quirúrgico, pero su indicación en edad pediátrica raramente es una emergencia médica, por lo que han emitido las siguientes indicaciones quirúrgicas:

- Osteocondroma que sea de gran tamaño
- Localización en zona de riesgo de malignización
- Desarrollo de crecimiento rápido
- Ocurra posterior al cierre de la placa epifisiaria
- Casquete que sea irregular y grueso
- Produzca alteraciones del crecimiento
- Compresión neurológica y vascular
- Dolor que lo exija.⁹

El Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras posee la Unidad de Ortopedia Pediátrica más amplia y concurrida del país, de referencia nacional, captando una gran cantidad de usuarios por lo que se constituye como el lugar idóneo para el estudio de la patología en cuestión.

En República Dominicana no hemos identificado estadísticas ni registros epidemiológicos

del osteocondroma solitario y siendo estos más comunes en edad pediátrica el presente estudio plantea los siguientes objetivos: 1) Identificar el tratamiento del osteocondroma solitario en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Dr. Darío Contreras, Julio 2017- Enero 2018; 2) Determinar el grupo etario más afectado por osteocondroma solitario; 3) Identificar el sexo más afectado por osteocondroma solitario; 4) Establecer la localización más frecuente del osteocondroma solitario; 5) Identificar las principales complicaciones asociadas al osteocondroma solitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal hecho a través del uso en los archivos de consulta, quirófano y expedientes clínicos correspondientes a los pacientes de la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, en el período Julio 2017 - Enero 2018. Los criterios de inclusión fueron: Haber recibido tratamiento por el departamento de pediatría y tener diagnosticado un osteocondroma solitario. El criterio de exclusión fue tener un expediente con historia clínica incompleta. Se completaron los datos de un formulario de recolección de datos con cada uno de los expedientes diagnosticados con osteocondroma solitario que cumplieron con los criterios de inclusión, que incluía las variables de edad, sexo, localización de la lesión, tratamiento recibido y complicaciones asociadas al osteocondroma.

La información obtenida mediante los formularios fue procesada como datos estadísticos en los programas de Microsoft Office 2010. Utilizando técnicas descriptivas de distribución, cálculo de índices, frecuencias simples y porcentajes, los cuales se analizaron, interpretaron y se discutieron a la luz de los conocimientos aquí arrojados.

RESULTADOS

Se encontraron 7 pacientes diagnosticados con osteocondroma solitario. Según los resultados el manejo del osteocondroma solitario en un 57.1 por ciento (4 pacientes) fue conservador y un 42.9 por ciento (3 pacientes) fue quirúrgico. El rango de edad más frecuente entre los pacientes fue de 6 a 10 años con un total de 57.1 por ciento (4 pacientes), seguidos de los de 10-16 años con un 42.8 por ciento (3 pacientes).

Según los resultados para el sexo, el masculino era el más frecuente por 71.4 por ciento (5 pacientes) y 28.5 por ciento fueron femenino (2 pacientes).

El 57.1 por ciento (4 pacientes) fueron diagnosticados con osteocondroma solitario localizado en miembro inferior derecho, un 28.6 por ciento (2 pacientes) en miembro inferior izquierdo y un 14.3 por ciento (1 paciente) en miembro superior derecho. El 57.1 por ciento (4 pacientes) no presentaron complicaciones, el 28.6 por ciento (2 pacientes) presentaron compresiones de partes blandas, mientras el 14.3 por ciento (1 paciente) presentó compresión neurológica.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio realizado durante el período Julio 2017 - Enero 2018 el tratamiento más frecuente fue conservador en el 57.1 por ciento coincidiendo con lo recomendado por Saglik Y, Altay M et al; quienes recomiendan instaurar un tratamiento conservador hasta el cierre de la fisis momento en el cual el osteocondroma se torna estable.¹⁰ El rango de edad más frecuente entre los pacientes diagnosticados con osteocondroma solitario fue de 6 a 10 años con un total de 57.1 por ciento; en el estudio de Rodríguez E, Gafas C et al sobre el seguimiento del osteocondroma a cinco años el grupo etario más afectado fue el de 10-14 años en un 52 por ciento¹¹, mientras el artículo publicado por Cañete M, et al refleja que el

osteochondroma se diagnostica principalmente en la primera década de la vida con una media de diagnóstico a los 3 años.¹²

El sexo masculino fue el más frecuentemente afectado en 71.4 por ciento de los casos, coincidiendo así con lo publicado por Estrada E y cols. en una investigación llevada a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México en el año 2008 sobre neoplasias óseas en niños en el cual se registró un total de casos de 250 tumores óseos y lesiones pseudotumorales, de los cuales el 44 por ciento correspondió a osteochondroma y de estos el 64.5 por ciento afecto al sexo masculino y solo 35.5% al sexo femenino.

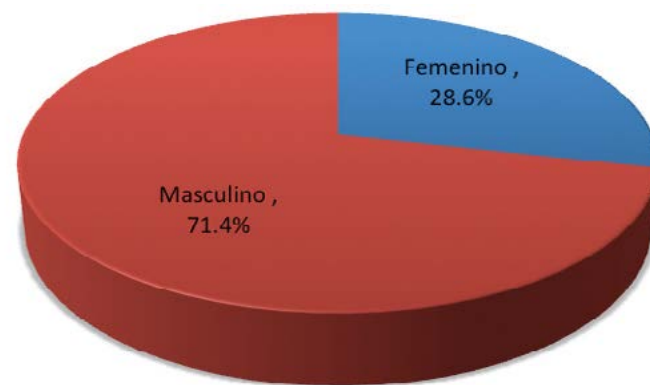
En lo concerniente a la topografía de la lesión el 57.1 por ciento de los pacientes fueron diagnosticados con osteochondroma solitario en miembro inferior derecho y un 28.6 por ciento en miembro inferior izquierdo, en consonancia con el estudio de Mora FG, et al, sobre tumores óseos benignos en la niñez quienes encontraron que en su mayoría los osteochondromas solitarios se localizan en los huesos largos de la extremidad inferior en un 50 por ciento de los casos, especialmente en la metafisis distal del fémur y proximales de la tibia.¹³

El 57.1 por ciento no presentaron complicaciones mientras que el 28.6 por ciento presentaron compresiones de partes blandas (dolor), mientras el 14.3 por ciento (1 paciente) presentó compresión neurológica. En el estudio de Salik Y y cols. de 313 casos con osteochondroma solitario la mayor complicación fue el dolor ocasionado por el efecto de masa de la lesión en un 35 por ciento de los casos, compresión nerviosa en 1 caso y formación de bursa en 1 caso.³¹ En otro estudio realizado acerca del tratamiento quirúrgico de osteochondromas sintomáticos se analizaron 96 pacientes que fueron sometidos a cirugía cuyas causas fueron dolor en el 79.1 de los usuarios, crecimiento en 23.3 por ciento, disminución del rango de movimiento en 19.8 por ciento, problemas estéticos en el 17.4 por ciento y formación de bursa en 12.8 por ciento de los casos.¹⁴



Osteochondroma Solitario de fémur distal

Distribución de pacientes diagnosticados con osteochondroma solitario en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras según el sexo.



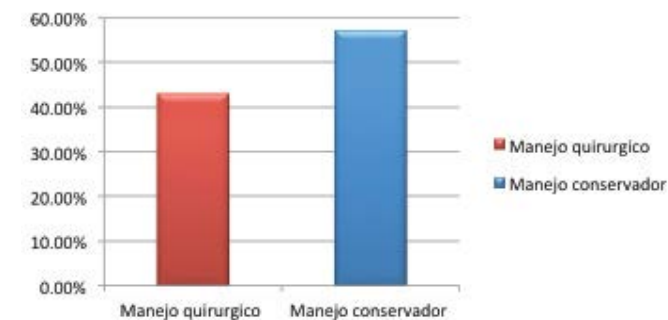
Fuente: Información recolectada en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, Julio 2017 - Enero 2018.

Distribución de pacientes diagnosticados con osteochondroma solitario en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, Julio 2017 - Enero 2018 según edad.

Edad	Frecuencia	%
1 – 5 años	0	0
6 – 10 años	4	57.1
11 – 16 años	3	42.8
Total	7	100

Fuente: Información recolectada en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, Julio 2017 - Enero 2018.

Manejo del osteochondroma solitario en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, Julio 2017 - Enero 2018.



Fuente: Información recolectada en la Unidad de Pediatría del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, Julio 2017 - Enero 2018.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estrada E, Delgado Ernesto, Rico Genaro. Frecuencia de neoplasias óseas en niños. Acta ortopédica mexicana 2008; 22 (4): Jul - Ago: 238 - 242.
- Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, Flemming DJ, Gannon FH. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2000 Sep-Oct; 20(5): 1407-1434.
- Unni KK, Carrie Y. Dahlin's Bone Tumors, 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2010:9-14.
- Arkade A, Doorman JP, Gaugler R, Davidson R. Spontaneous regression of solitary osteochondroma. Clin Orthop Relat Res 2007; 460:252-7.
- Martin Vahlensieck. MRI of the musculoskeletal system. Editorial Panamericana, 2010: 501
- Carpintero P, Del Fresno J, Carpintero R, Gálvez J, Marín M. Complicaciones de los osteochondromas. Revista Española de Cirugía Osteoarticular N0237, Vol. 44, 2009: 22
- Mora H, Pérez J, Ramírez H. Frecuencia de tumores óseos benignos y lesiones pseudotumorales detectadas en la población pediátrica del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza durante de Enero de 2001 a Marzo de 2012. Rev Esp Cir, 2013: 34 - 37.
- Olalde HM, Viveros AL, Milan NJ. Tumores óseos benignos en Pediatría. Ortho-tips 2008; 4(2):103 - 108.
- Pérez Cesar. Tumores benignos. Osteochondroma: Estudio de los casos atendidos en el Hospital José Schendell del Puerto de Corinto. [Tesis de postgrado]. Nicaragua; 2007: 27.
- Saglik Y, Murat ALTAY, Vuslat Sema. Manifestations and management of osteochondromas: A retrospective analysis of 382 patients. Acta Orthop. Belg., 2006, 72, 748-755
- Rodriguez E, Gafas C, Ferrera R. Osteochondroma: Estudio de cinco años. Medicina y Laboratorio. Vol 20 N9-10, 2014; 433-439
- Cañete M, Fontoira E, Gutierrez San Jose, Mancheva S. Osteochondroma: diagnóstico radiológico, complicaciones y variantes. Rev. Chil. Radiol 2013; 19:73-81
- Mora FG, Bustamante BB, Mejia LC, et al. Frecuencia de tumores óseos benignos en niños. Rev Esp Med Quir 2012; 17: 179-185
- Bottner F, Rodl R, Kordish I, et al. Surgical treatment of symptomatic osteochondroma. A three to eight-year follow-up study. J Bone Joint Surg Br 2003; 85:1161-1165.

INCIDENCIA DE CÁNCER BUCAL EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL

Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter. Distrito Nacional, República Dominicana. 2011 - 2013.

Autores:

*Dra. Anny Patricia Benítez Moreta

**Dr. Rafael Antonio Salcedo Siri

***Dr. Brigido García Sánchez

*Cirujana Máxilo facial. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

**Cirujano Máxilo facial

***Epidemiólogo. Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

INTRODUCCIÓN

El cuerpo está compuesto por millones de millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada.¹

Todas las formas de lesión orgánica comienzan con alteraciones moleculares o estructurales en las células (Rudolf Virchow), conocido como el "padre" de la anatomía patológica.

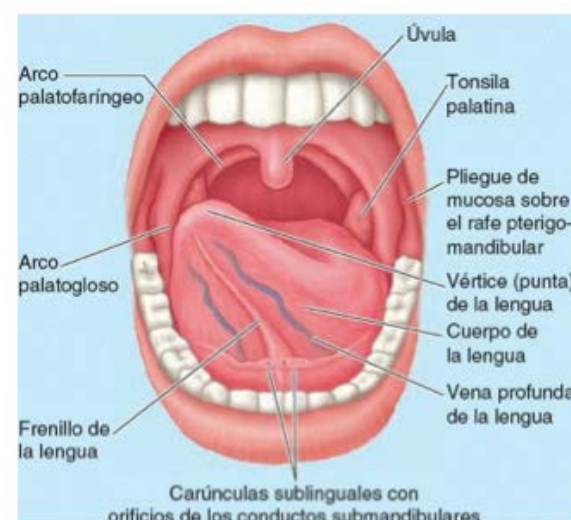
Los tumores malignos que nacen de los tejidos mesenquimales se denominan sarcomas: osteosarcoma, fibrosarcoma, condrosarcoma, liposarcoma, leiomiomas, rhabdomyosarcoma, los de origen epitelial se denominan carcinomas: los que tienen un patrón microscópico de origen glandular se llaman adenocarcinomas, y los que proceden de células escamosas se llaman escamosos o epidermoides.²

Los científicos creen que algunos factores de riesgo, tales como el tabaco o consumo excesivo de alcohol, pueden causar estos cánceres al dañar el Ácido Desoxirribonucleico (ADN) de las células que revisten el interior de la boca y la garganta.

Algunas lesiones malignas de boca y garganta se pueden encontrar durante un examen realizado por un médico o dentista.

La edad promedio de la mayoría de las personas que son diagnosticadas con estos tipos de cánceres es de 62 años.¹

La boca es la primera parte del tubo digestivo aunque también se emplea para respirar. Está tapizada por una membrana mucosa; la mucosa oral, con epitelio plano estratificado no queratinizado y limitada por las mejillas y los labios.



Fuente: Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur, Anatomía de la Boca, Región Bucal. Editorial Lippincott Willia Wilkins, edición 7a. 2013: 1317.

La cavidad bucal propiamente dicha es el espacio entre los arcos dentales, o arcadas, superior e inferior.⁸

El paladar forma el techo arqueado de la boca y el suelo de las cavidades nasales. Separa la cavidad bucal de las cavidades nasales y la nasofaringe, o parte de la faringe superior al paladar blando.

La lengua es un órgano muscular móvil cubierto por mucosa que puede adoptar una serie de formas y posiciones. Se halla en parte en la cavidad bucal y en parte en la bucofaringe. Las principales funciones de la lengua son la articulación y la deglución. Participa también en la masticación, el gusto y la limpieza bucal.⁸

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos.⁹

Los tumores benignos no son cancerosos. Generalmente pueden removerse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen. Los tumores benignos no constituyen generalmente una amenaza para la vida.⁹

Los tumores malignos generalmente se pueden clasificar en dos categorías.

Carcinomas: Estos cánceres se originan en el epitelio. El epitelio es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer.

El cáncer de la cavidad oral constituye el 6% de todos los tumores diagnosticados en Estados Unidos, y comprenden el 30% de los cánceres de cabeza y cuello.¹⁰

El cáncer bucal se puede formar en cualquier parte de la boca o la garganta. La mayoría de los cánceres bucales comienzan en la lengua y la base de la boca. Cualquier persona puede tener un cáncer bucal, pero el riesgo es más alto en los hombres, mayores de 40 años, fumadores o consumidores de alcohol.¹⁰

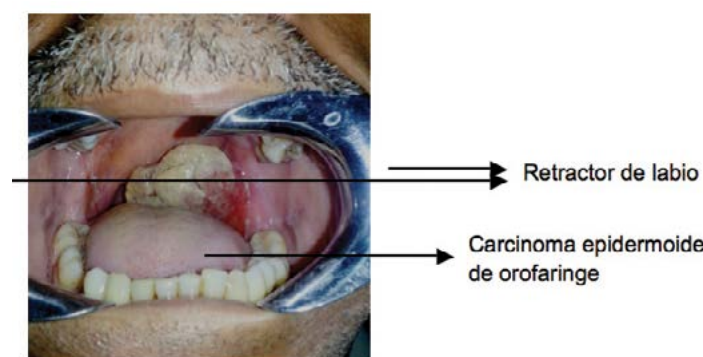


Figura No. 14.

Fuente: Paciente Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

Las informaciones más recientes demuestran que de acuerdo con el nivel de conocimiento actual, la medida más eficaz para aumentar la curabilidad del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso.^{4,5,6}

En este contexto, este trabajo tiene como objetivo principal exponer la incidencia y características del cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter durante el periodo comprendido entre el 1º de Enero del 2011 y el 31 de Diciembre del 2013.

PALABRAS CLAVES: Cáncer bucal; Incidencia.

MÉTODO, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para determinar la incidencia de cáncer bucal en pacientes que acuden al departamento de cirugía buco maxilofacial en el Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter el periodo comprendido entre el 1º de Enero del 2011 y el 31 de Diciembre del año 2013.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes atendidos por cáncer en el servicio de cabeza y cuello en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, durante el período señalado.

La muestra formada por todos los pacientes con cáncer bucal atendidos en el departamento de cirugía buco maxilofacial del referido centro de salud en el periodo señalado.

Solo fueron incluidos en el estudio, los pacientes con cáncer bucal de ambos sexos y de cualquier edad, en el periodo de estudio.

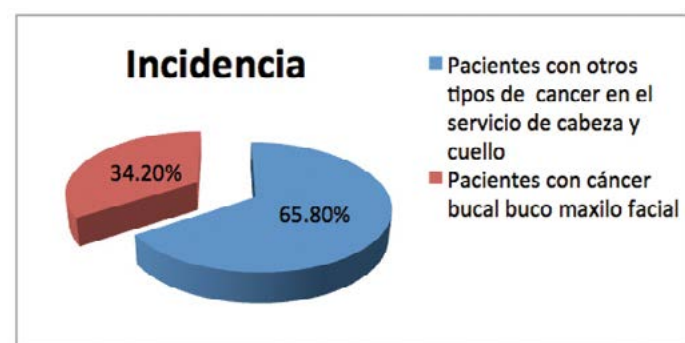
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuadro 1. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilo-facial. Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013.

	Frecuencia	%
Pacientes atendidos por cáncer	427	100.0
Pcientes que presentaron cáncer bucal	146	34.2

Fuente: Archivo Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

De 427 (100.0%) pacientes atendidos por cáncer en el servicio de cabeza y cuello el 34.2% presentaron cáncer bucal.



Fuente: Cuadro 1

Cuadro 2. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
21-30	1	0.7
31-40	5	3.4
41-50	12	8.2
51-60	29	19.9
61-70	34	23.3
71-80	37	25.3
81-90	26	17.8
91-100	2	1.4
Total	146	100.0

Fuente: Archivo Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

El 25.3% de los pacientes tenían de 71-80 años, el 23.3% de 61-70 años, el 19.9% de 51-60 años, el 17.8% de 81-90 años, el 8.2% de 41-50 años, el 3.4% de 31-40 años, el 1.4% de 91-10 años y el 0.7% de 21-30 años.

Cuadro 3. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	90	61.6
Femenino	56	38.4
Total	146	100.0

Fuente: Archivo Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

El 61.6% de los pacientes eran de sexo masculino y el 38.4% femenino.

Cuadro 4. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Rural	87	59.6
Urbana	59	40.4
Total	146	100.0

Fuente: Archivo Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

El 59.6% de los pacientes provenían de zonas rurales y el 40.4% de zonas urbanas.

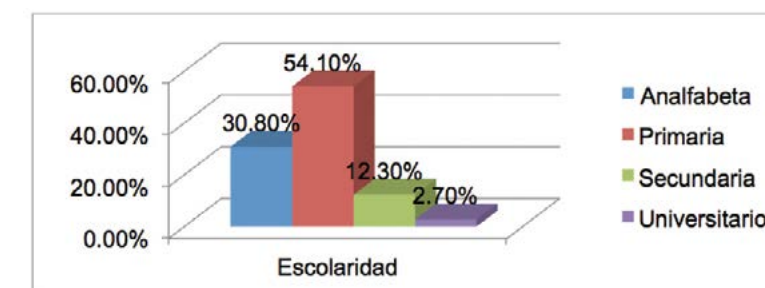
Cuadro 5. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	45	30.8
Primaria	79	54.1
Secundaria	18	12.3
Universitario	4	2.7
Total	146	100.0

Fuente: Archivo Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

El 54.1% de los pacientes eran de escolaridad primaria, el 30.8% analfabeta, el 12.3% secundaria y el 2.7% universitario.

Gráfico 2. Representación gráfica del cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según escolaridad.



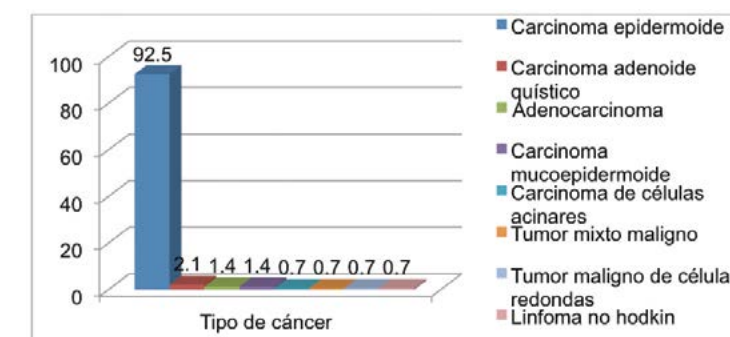
Fuente: Cuadro 5

Cuadro 6. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según tipo de cáncer.

Tipo de cáncer	Frecuencia	%
Carcinoma epidermoide	135	92.5
Carcinoma adenoide quístico	3	2.1
Adenocarcinoma	2	1.4
Carcinoma mucoepidermoide	2	1.4
Carcinoma de células acinares	1	0.7
Tumor mixto maligno	1	0.7
Tumor maligno de células redondas	1	0.7
Linfoma no hodkin	1	0.7
Total	146	100.0

El 92.5% de los pacientes presentaron carcinoma epidermoide, el 2.1% carcinoma adenoide quístico, el 1.4% adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide, el 0.7% carcinoma de células acinares, tumor mixto maligno, tumor maligno de células redondas y linfoma no hogkin.

Gráfico 3. Representación gráfica del cáncer bucal, según tipo.



Fuente: Cuadro 6

El 95.9% de los pacientes tuvieron un estadio clínico de IV, el 15.1% de III, el 4.8% de II, el 2.1% de I y el 6.8% sin estadiaje.

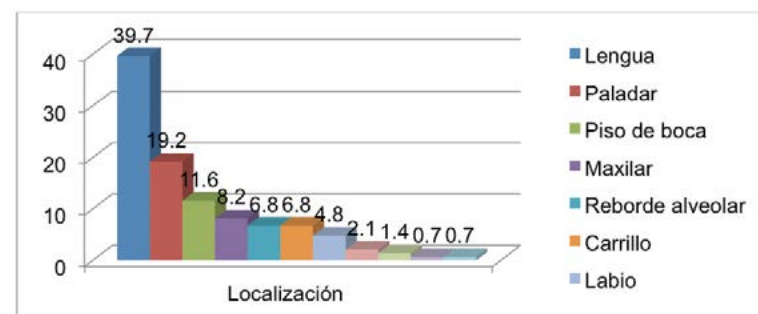
Cuadro 7. Incidencia de cáncer bucal en pacientes que acudieron al departamento de cirugía buco maxilofacial Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Distrito Nacional, República Dominicana, 2011-2013. Según localización.

Localización	Frecuencia	%
Lengua	58	39.7
Paladar	28	19.2
Piso de boca	17	11.6
Maxilar	12	8.2
Reborde alveolar	10	6.8
Carrillo	10	6.8
Labio	7	4.8
Orofaringe	3	2.1
Zona retro molar	2	1.4
Región geniana	1	0.7
Úvula	1	0.7

Fuente: Archivo Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.

El 39.7% de los pacientes se les localizo el cáncer en la lengua, el 19.2% en paladar, el 11.6% en piso de boca, el 8.2% en maxilar, el 6.8% reborde alveolar, carrillo, el 0.7% en región geniana y úvula.

Gráfico 4. Representación gráfica del cáncer bucal, según localización.



Fuente: Cuadro 7

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De 427 (100.0%) pacientes atendidos por cáncer, el 34.2% presentaron cáncer bucal, corroborándose estos resultados con la literatura en el que el cáncer de la cavidad oral constituye el 6% de todos los tumores diagnosticados en Estados Unidos, y comprenden el 30% de los cánceres de cabeza y cuello.¹¹

El 25.3% de los pacientes tenían de 71-80 años teniendo una pequeña diferencia con la literatura encontrada en la que se destaca que la edad promedio de la mayoría de las personas que son diagnosticadas con estos tipos de cánceres es de 62 años; no obstante, se pueden presentar en personas jóvenes.¹

El 61.6% de los pacientes eran de sexo masculino corroborándose con la literatura en la que se menciona que estos cánceres ocurren más del doble en los hombres que en las mujeres.¹

El 92.5% de los pacientes presentaron carcinoma epidermoide este dato se relaciona con un estudio realizado por Acosta, S. y Padrón Y., con título frecuencia del cáncer de orofaringe y factores de riesgo en pacientes del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, en el que se encontró que el 94.03% de los pacientes presentaron este mismo tipo de carcinoma.¹²

El 39.7% de los pacientes se les localizo el cáncer en la lengua, coincidiendo con la literatura presentada donde se observa que los tumores de lengua son los más frecuentes con 20 a 50%, el cáncer de labio y piso de boca conforman el 30%. El 78.8% de los pacientes tuvieron un pronóstico malo.

CONCLUSIONES

Luego de analizados y discutidos los resultados, llegamos a las siguientes conclusiones:

De 427 (100.0%) pacientes atendidos por cáncer en el servicio de cabeza y cuello, el 34.2% presentaron cáncer bucal. El 25.3% de los pacientes tenían de 71-80 años. El 61.6% de los pacientes eran de sexo masculino. El 92.5% de los pacientes presentaron carcinoma epidermoide. El 39.7% de los pacientes se les localizo el cáncer en la lengua. El 78.8% de los pacientes tuvieron un pronóstico malo.

RECOMENDACIONES

- Implementar políticas de salud encaminadas a la detección precoz del cáncer de lengua en poblaciones de riesgo. Aunque es indudable que es una enfermedad muy grave, las tasas de curación y supervivencia aumentan muchísimo si se diagnostica en su primera fase.
- Las opciones del tratamiento son mejor tomadas considerando los factores del tumor, factores del paciente y factores de los recursos y ser evaluados por un equipo multidisciplinario.
- Desarrollar y conducir una campaña para aumentar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el cáncer bucal y su relación con el uso del tabaco y el abuso del alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society, Cáncer de orofaringe y de cavidad oral, 2014
- Ramzi S. Cotran et al Patología estructural y funcional. Sexta edición; Mc Graw Hill Interamericana, 2000; 1493
- Bascones Martines, Antonio; medicina bucal, Ediciones Avances Lexus, 2009: 253
- American Joint Committee on Cancer. Lip and Oral Cavity. In: AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed. New York, Springer: 2010; 29-35.
- Adewole RA. "Alcohol, smoking and oral cancer. A 10-years retrospective study at Base Hospital, Yaba". West Afr J Med. 2002 Apr-Jun;21(2):142-145.
- Costanzo LS. Fisiología. 1ª ed. Méjico: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur, Anatomía de la Boca, Región Bucal. Editorial Lippincott Williams & Wilkins, edición 7a. 2013: 1317.
- Fox SI. Fisiología Humana. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
- Ochoa- Carrillo FJ. Disección de cuello, niveles ganglionares y clasificación. En: Comité para el estudio de tumores de cabeza y cuello. Diagnóstico y Tratamiento. México , Mc Graw-Hill, 2000. pp. 9-10.
- Johnson NW. "Orofacial neoplasms: global epidemiology, risk factors and recommendations for research". Int Dent J. 1991 Dec;41(6): 365-75.
- World Health Organisation: the World Health Report. Geneve W. 1997.
- Acosta, S. y Padrón Y., Frecuencia del cáncer de orofaringe y factores de riesgo en pacientes del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, Enero 2008 - Diciembre 2009. Tesis de grado para optar por el título de doctor en medicina.

FRECUENCIA DE LESIONES TUMORALES DE FOSA CRANEAL POSTERIOR ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL:

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras Desde Julio 2003 a Mayo 2008

Autores:

*Dr. Whaner J. Sánchez Zabala
*Dr. Amauri J. García Silverio

Asesores clínicos:

*Dr. Osvaldo Bienvenido Martí Duran
*Dr. Cristian Ismael Montero (†)

Asesor metodológico:

**Dr. Brigido García Sánchez

*Neurocirujano
**Epidemiólogo

INTRODUCCIÓN

El tumor cerebral o intracraneal se define habitualmente como todo aquel proceso expansivo neoformativo que tiene origen en alguna de las estructuras que contiene la cavidad craneal como el parénquima encefálico, meninges, vasos sanguíneos, nervios craneales, glándulas, huesos y restos embrionarios. Podemos deducir que un tumor puede causarle daño al cerebro de dos maneras: invadiendo tejidos vecinos (tumor maligno) o presionando otras áreas del cerebro debido a su propio crecimiento. Los adelantos tecnológicos y conceptuales de la neurocirugía son continuos y han permitido diseñar formas más seguras y efectivas de tratamiento. Tumores antes considerados inaccesibles, como los situados en regiones profundas pueden abordarse con seguridad con ayuda de un microscopio quirúrgico, micro instrumentación y microcirugía. Son pocos los tumores intracraneales que escapan al acceso quirúrgico directo logrado por la actual tecnología neuroquirúrgica, aspiradores ultrasónicos, ecografía intraoperatoria, procedimientos de cirugía estereotáxica y neuronavegación.

Los tumores intracraneales primarios representan la segunda causa de muerte por enfermedad neurológica, luego de la enfermedad vascular cerebral. Se calcula que producen aproximadamente el 3% de las muertes por cáncer, los datos de incidencia pueden diferir

con relación al lugar donde fueron tomados.²¹ Aunque muchas lesiones tumorales ocurren en ambos compartimientos del cráneo, es útil separar los tumores intracraneales en aquellos que ocurren en el espacio supratentorial como infratentorial.

La extirpación quirúrgica es el método terapéutico inicial más importante en prácticamente todos los tumores cerebrales primarios. Cumple tres objetivos esenciales e inmediatos: 1) Establece el diagnóstico histológico, 2) alivia rápidamente la presión intracraneal y el efecto de masa, mejorando de esta forma las funciones neurológicas y 3) logra una citorreducción oncológica que puede prolongar la vida, mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos coadyuvantes como la quimioterapia, radioterapia, o ambas.

OBJETIVOS

Identificar el grupo etario mayormente afectado por lesiones tumorales en la fosa craneal posterior, definir la sintomatología que se presenta en los pacientes afectados por tumores en fosa posterior e identificar las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de colección retrospectiva de datos. El universo de estudio es

todo paciente con patología tumoral intracraneal de fosa posterior sin límite de edad atendido en el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras durante el periodo Julio 2003 - Mayo 2008, en Santo Domingo, República Dominicana, y cuyo expediente clínico estén accesibles para la realización de la investigación. Nos basamos en el sistema computarizado haciendo uso del programa *EPI-INFO 2002 y de las hojas electrónicas de Microsoft Word y Microsoft Excel (Microsoft Office 2007)*, a la vez, utilizamos métodos estadísticos de determinación de cálculos porcentual y proporción. **Resultados:** Se analizaron 25 expedientes médicos de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos por patológicas neoclásicas de fosa craneal posterior donde el 24 % correspondieron a la cuarta década de la vida seguido del grupo etario de 21-30 años en un 20%. Los signos de hipertensión intracraneal como las cefaleas y los vómitos (37 % y 24% respectivamente) fueron los motivos de consulta que motivaron a estos pacientes a solicitar ayuda médica. Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes en nuestra serie fueron las de origen infeccioso en un 20 %.

RESULTADOS

Se analizaron 25 expedientes clínicos de pacientes ingresados y tratados quirúrgicamente por lesiones tumorales de la fosa craneal posterior (2003-2008), en los cuales 6 pacientes (24.0 %) corresponden a los pacientes comprendidos entre los 31-40 años de edad siendo el sexo masculino mayormente afectados, donde 4 pacientes (16.0 %) fueron masculinos y 2 pacientes (8.0 %) fueron femeninos para este grupo etario. En 5 casos (20.0 %) correspondiente al grupo etario entre 21-30 años de edad siendo todos del sexo masculino. Cuatro casos (16.0 %) correspondieron a las edades comprendidas entre 1-10 y 11-21 años de edad para cada grupo de edad, donde 3 pacientes (12.0 %) corresponde al sexo femenino en la primera década de la vida y 1 paciente (4.0 %) para el sexo masculino; no obstante en

la segunda década de la vida se presentaron 3 casos (12.0%) en el sexo masculino y 1 caso (4.0 %) para el femenino. Lo mismo se comporta para el grupo etario entre los 41-50 años de edad.

Tenemos que tener presente que los síntomas que nos refiere el paciente son básicos para orientarnos acerca de la ubicación topográfica de una lesión intracraneal, de igual manera es de suma importancia tener conocimientos esenciales y prácticos sobre los signos que encontramos en los pacientes, por lo tanto hay que prestarle atención especial e interés a la información que el paciente nos pueda describir para poder hacer una interpretación adecuada de los mismos.

Figura 1. Motivos de consulta de los pacientes con lesiones tumorales de fosa posterior.

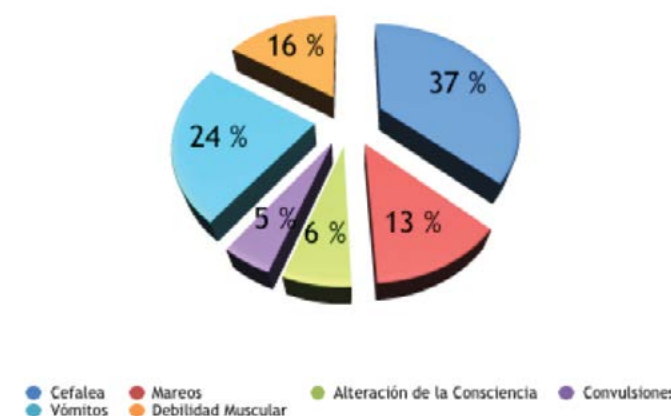


Tabla 1. Complicaciones postquirúrgicas de los pacientes intervenidos por lesiones tumorales en la fosa craneal posterior.

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCIENTO
Hematoma	3	12.0 %
Fístula de LCR	2	8.0 %
Dehiscencia de sutura	1	4.0 %
Infección *	5	20.0 %
Herniación Cerebelosa	1	4.0 %

Dos pacientes se infectaron con neumonías, 1 paciente presentó úlcera por decúbito y 2 pacientes se le infectó la herida quirúrgica.

Se pudo determinar que tanto la Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal como la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) Cerebral se realizaron en una alta cantidad de pacientes, 23 y 24 pacientes respectivamente, correspondiendo a 92.0 y 96.0 %. La Angio-TAC Cerebral se realizó en 2 pacientes (8.0 %). La Audiometría fue realizada en 4 pacientes (16.0%). Solo en 6 pacientes (24.0%) se realizaron radiografías convencionales de cráneo. Debido a la poca información que ofrece la TAC en patologías de fosa posterior, la gran mayoría de los pacientes necesitaron de RMN cerebral para complementar las investigaciones. Como se pudo apreciar que la Angio-TAC cerebral fue escasamente utilizada en nuestros pacientes ya que son estudios que incrementan los gastos y no están al alcance de la mayoría de estos pacientes.

Tabla 2. Manifestaciones Clínicas presentes en los pacientes admitidos con lesiones tumorales de la fosa craneal posterior.

MANIFESTACION CLINICA	FRECUENCIA	PORCIENTO
Ataxia	21	84.0 %
Alteración pares craneales	10	40.0 %
Nistagmus	12	48.0 %
Cefalea	23	92.0 %
Vértigos	6	24.0 %
Diplopía	3	12.0 %
Disfagia	4	16.0 %
Alteración del Habla	7	28.0 %
Síndrome Alterno	1	4.0 %
Hipoacusia	5	20.0 %
Papiledema	15	60.0 %
Hemiparesis	13	52.0%
Incoordinación Motora	3	12.0 %
Cuadriparesis	2	8.0 %
Monoparesis	1	4.0 %
Hiperreflexia	9	36.0 %

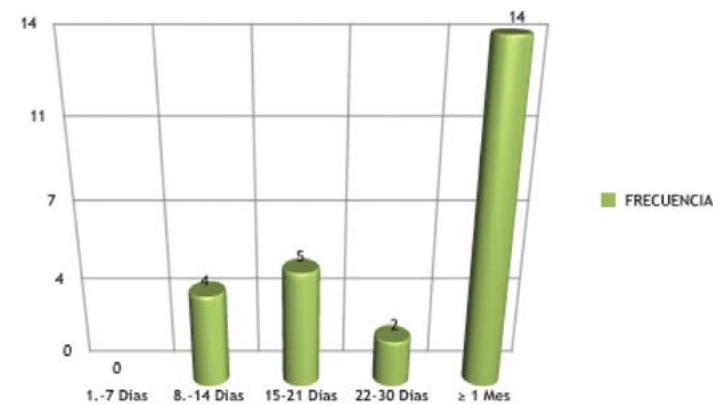
Tabla 3.- Hallazgos imagenológicos en los pacientes con lesiones de la fosa posterior.

HALLAZGOS	FRECUENCIA	PORCIENTO
Angulo Cerebelo-Pontino	5	20.0 %
Hidrocefalia	15	60.0 %
Lesión 4to. Ventrículo	1	4.0%
Lesión Hemisferio Cerebelar	11	44.0 %
Lesión Troncular	1	4.0 %
Lesión Craneo-Espinal	1	4.0 %
Lesión del Vermis cerebelar	5	20.0 %

De las lesiones encontradas en ángulo cerebelopontino el del lado izquierdo tuvo mayor frecuencia para un total de ese lado de 4 pacientes.

De las lesiones encontradas en los hemisferios cerebelosos, 7 casos correspondieron a hemisferio derecho y 4 al izquierdo.

Figura 2. Estadía hospitalaria de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos por lesiones de la fosa craneal posterior.



La estadía hospitalaria fue de largo plazo, ya que el 56.0 % de los pacientes (14 casos) estuvieron por un periodo mayor a 31 días de hospitalización. Cinco pacientes tuvo un periodo de 15-21 días correspondiendo al 20.0 %; 4 pacientes (16.0%) permanecieron por un periodo de 8-14 días. Dos pacientes (8.0 %) estuvieron de 22-30 días y es notable que ninguno de los pacientes estudiados permaneció menos de 7 días en el hospital.

Hay que tomar en cuenta que la gran mayoría de los pacientes se ingresaron inmediatamente fueron consultados, ya sea vía emergencia o vía consulta externa; por lo tanto tenían que ser evaluados por otros servicios como: Cardiología, Neumología, Pediatría, entre otros; así mismo, completar su investigaciones de estudios paraclínicos para así obtener mejor información para el tratamiento definitivo a realizar. Tomando en cuenta que muchos de los pacientes admitidos eran de escasos recursos económicos. Todo esto retrasó el procedimiento quirúrgico a realizar.

Tabla 4. Resultados histopatológicos de los pacientes operados por lesiones tumorales de fosa posterior según edad.

HISTOPATOLOGIA	EJADES (Años)							SUBTOTAL	PORCIENTO
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70		
Astrocitoma I- II	1	4	3	5	1	1	0	15	60.0 %
Medulloblastoma	2	0	0	0	0	0	0	2	8.0 %
Oligodendroglioma	0	0	1	0	0	0	0	1	4.0 %
Meningioma	0	0	0	1	2	0	1	4	16.0 %
Inespecifico	1	0	0	0	0	0	0	1	4.0 %
Hematoma	0	0	0	0	1	0	0	1	4.0 %
Shwannoma	0	0	1	0	0	0	0	1	4.0 %
Subtotal	4	4	4	6	4	1	1	25	100 %
TOTAL	25								100 %

CONCLUSIONES

Las lesiones tumorales en fosa craneal posterior representan una entidad epidemiológicamente importante, puesto que afectan a grupos etarios en edades productivas. Estas lesiones, por su naturaleza se comportan produciendo sintomatología variable, pero distintivamente hipertensión endocraneana, de ahí que:

En nuestra serie, entendiendo que en nuestro centro medico se reciben pacientes en edad adulta, reflejó que los pacientes con edades comprendidas entre 31-40 años de edad, esto es los que se sitúan en la cuarta década de la vida, fueron los más afectados, teniendo predilección en el sexo masculino en proporción

2:1. Donde el principal motivo que se llevo a la consulta a esto pacientes fue la cefalea, 92 %, seguido de vómitos en un 60 %; estas dos condiciones se asociaron en un 63 %. Debemos resaltar que dentro de las complicaciones mas frecuentes están las de origen infeccioso ya sea tanto de la herida quirúrgica como las infecciones de vías respiratorias. Fue significativamente alta la presencia de astrocitoma de bajo grado (I y II), representado el 60 % de la histopatología de esta serie y afectando predominantemente a la cuarta década (31- 40 años de vida). El 16 % de la histopatología registrada correspondió a meningiomas predominando en la quinta década de la vida (41- 50 años de edad).La estancia hospitalaria supero los 31 días en el 56 % de los pacientes admitidos y tratados quirúrgicamente, y esto es probable a que la mayor parte de estos pacientes son admitidos para completar investigaciones y evaluaciones previo tratamiento quirúrgico. La hidrocefalia obstructiva constituye una entidad importante en la en este tipo de lesiones ocupativas ya que el cerebelo constituye la estructura anatómica mas afectada obstruyendo así el flujo del LCR. Nuestras herramientas paraclínicas más significativas en orden de frecuencia fueron: RMN Cerebral en el 96 %, TAC Craneal, 92 %, la Audiometría se utilizó en el 16 % y la Angio-TAC en el 8 % de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apuzzo, Michael L. Brain Surgery. Complication, Avoidance and Management. ? Ed. New York. Churchill Livingstone. 1993. 2503 P (2 vol.)
2. Bradley, Walter G. [et al]. Neurología Clínica. Trastornos neurológicos. 4ta Ed. Madrid. Elsevier. 2005. 2635 P.
3. Burt, Alvin M. Textbook of Neuroanatomy. Philadelphia. W. B Saunders. 1993. 541 P.
4. Cotran, Ranzi S.; Kumar, Vinay; Collins, Tucker. Pathologic Basis of Disease. 6th Ed. Philadelphia. Saunders Company. 1996. 1425 P.
5. Cottrell, Jaimes E; Smith, David. Anesthesia and Neurosurgery. 4th Edition. 2001. USA, Mosby.
6. Damjanov, Ivan; Linder, James. Anderson's Pathology. 10th Ed. 1996. Mosby. 2 Vol.
7. De Font-Reaulx Rojas, Enrique. Cuidados Neuroquirúrgicos. Manual de Neurocirugía. México. McGraw-Hill Interamericana. 2002. 313 P.
8. Estrada, Rafael; Pérez, Jesús. Neuroanatomía Funcional. 1ra Edición. La Habana. Ciencia y Técnica. 1969.224 P.
9. Fenichel, Gerald M. Clinical Pediatric Neurology. A Signs and symptoms Approaches. 5th ed. Philadelphia. Elsevier Saunders. 2205. 414 P.
10. Gardella, Javier L. Et al. Conceptos de Patología Neuroquirúrgica. Introducción a la Neurocirugía Estructural y Funcional. Argentina. Biblioteca de Neurociencias. 2000. 267 P.

CASOS CLÍNICOS



PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras (H.d.u.d.d.c)

Servicio de Traumatología y Ortopedia

Presenta:

Dr. Yuly Mena. Cirujano Traumatólogo Ortopeda (H.D.U.D.D.C)

Dr. Alberto Martínez. R4 De Cirugía Traumatología y Ortopedia

FRACTURA PENTAFOCAL DE FÉMUR IZQUIERDO.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Las fracturas del fémur son un gran clásico en la traumatología y ortopedia. La edad de mayor incidencia varía según el sexo siendo los hombres el sexo más afectado en rangos de 15 a 24 años y por distribución bimodal en diferentes etapas de la vida por condiciones clínico-morbidas las mujeres a partir de los 75 años por caídas, mecanismo asociado a baja energía. Siendo en afectación de la economía del fémur las fracturas del fémur proximal las más frecuentes con un 50% de afectación, un 7% las fracturas del fémur distal.^{1,3}

Son una gran causa de morbi-mortalidad en pacientes que sufren traumatismos de alta energía. No es frecuente la mortalidad, pero puede producirse por heridas que comuniquen el foco de la fractura, la aparición del síndrome de embolia grasa, síndrome de distres respiratorio del adulto todos estos cuadros pueden disminuir con la reducción temprana y una fijación interna rígida de la fractura.¹

Revisando las literaturas no encontramos una clasificación, manejo en base a su tratamiento y pronóstico para dicha lesión bajo diagnóstico de fractura Pentafocal de fémur izquierdo un trauma combinado por lo que entendemos pertinente la publicación de dicha lesión.

ANAMNESIS

Signos y síntomas de presentación

Dolor, tumefacción, equimosis peritrocanterea, Deformidad anatomía, Crepitantes óseos, acortamiento, rotación externa y perdida de la función de la extremidad.

Historia de la enfermedad actual

Masculino de 32 años de edad que llega a la emergencia presentando dolor agudo en muslo izquierdo irradiado a pierna y pie ipsilateral, de característica pulsátil y continuo que no mejora con la medicación acompañado por aumento de la temperatura local y parestesia irradiado a la punta de los dedos del pie ipsilateral, tumefacción en cara anterolateral del muslo que se irradia a tercio proximal del muslo con áreas de equimosis peritrocanterea, deformidad anatómica en toda la región del muslo izquierdo, limitación de la función de la extremidad con disminución de los movimientos acompañado de crepitantes óseos, acortamiento de la extremidad de aproximadamente 3cm a expensas del muslo izquierdo, mas rotación externa de la extremidad, de dos horas de evolución, el cual refiere es traído de emergencia al centro por sistema de 911 con historia de accidente de vehículo de motor en calidad de conductor refiriendo haber sido impactado de manera directa en la rodilla izquierda por un vehículo tipo carro, perdiendo el control y cayendo a la vía publica en carretera de asfalto

de 2 horas de evolución a su llegada al centro. Antecedentes mórbidos y quirúrgicos negativos.

Examen Físico

-Cabeza: normocefala, pelo bien implantado, no hundimientos óseos, no masas.

-Cuello: cilíndrico, móvil, tráquea central, no adenopatías palpables, pulsos carotideos bilateral presentes +++.

-Tórax: normo dinámico, normo expansivo, no alteraciones óseas, no retracciones costales ni subcostales.

-Extremidades superiores: simétricas, móviles, no edema, pulsos periféricos bilaterales presentes +++.

-Extremidades inferiores: asimétricas a expensas del muslo del miembro inferior izquierdo, a la exploración presenta, incapacidad para la marcha, dolor, deformidad anatómica, tumefacción, equimosis peritrocanterea, acortamiento y rotación externa del miembro afectado, se toman pulsos periféricos y se comparan con el lado sano, pulsos poplíteos, tibial posterior y pedio disminuidos (++) , Llenado capilar lento, parestesia +, oximetría de pulso reporta 98%SPO2.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Estudios de laboratorio

Hemograma. 27% Htco. 8.9 g/dl
Glucemia. 165 mg/dl

Estudios de imágenes

Radiografía Anteroposterior y lateral de cadera, muslo y rodilla izquierdo.

Se evidencia en radiografía A/P de cadera edema de partes blandas mas solución de continuidad ósea no desplazada a nivel de la línea intertrocanterea de cadera izquierda, solución

de continuidad ósea no desplazada subtrocanterea de cadera ipsilateral (Figura 1.A), en radiografía A/P de muslo izquierdo se observa solución de continuidad ósea segmentaria desplazada de diafisis femoral ipsilateral, solución de continuidad ósea multifragmentaria supracondilea de femur ipsilateral, más edema (Figura 1.A, 1.B), en radiografía lateral de rodilla se evidencia fractura de polo superior de patela ipsilateral más edema (Figura 1.B).



Figura 1. Imagen diagnóstica

DIAGNÓSTICO

Fractura pentafocal de fémur izquierdo

1. Fractura intetrocanterea de cadera izquierda.
2. Fractura subtrocanterea de cadera ipsilateral.
3. Fractura segmentaria de diáfisis de fémur ipsilateral.
4. Fractura conminuta supracondilea de fémur ipsilateral.

Plan de Tratamiento

-Reducción abierta, estabilidad absoluta con principio de compresión interfragmentaria de fractura intertrocanterea de cadera izquierda. Buscando consolidación primaria, con tornillo deslizante.⁴

-Reducción cerrada más estabilidad relativa con principio de tutor interno, conservando la Biología de la fractura subtrocanterea de cadera ipsilateral, segmentaria de fémur y supracondílea de fémur ipsilateral. Buscando consolidación secundaria con clavo endomedular.⁴

Elección del implante

Clavo Gamma largo de 3era generación.

Procedimiento temporal

Inmovilización con Tracción esquelética trans-tibial izquierda. (6 días)

Tratamiento definitivo

Se lleva a cirugía al 7mo día de ingreso y bajo consentimiento informado de paciente y familiares se coloca en mesa quirúrgica, se aplica anestesia subaracnoidea y se coloca decubito lateral derecho, se realiza asepsia y antisepsia de regiones anatómicas y se inicia procedimiento quirúrgico realizando una incisión de unos 5cm de largo proximal al trocánter mayor en línea con las fibras musculares de los glúteos, rechazando los mismo anterior y posteriormente para permitir el acceso al trocánter mayor. Se realiza un orificio en el vértice del trocánter mayor con un punzón se introduce la guía flexible universal a través de la fractura. Se pesca fracturas proximales de manera cerrada con método mínimamente invasivo por medio de fluoroscopio, ante la dificultad de pescar la fractura supracondílea de fémur de manera cerrada se decide realizar un abordaje postero lateral para fémur de unos 6 cm de longitud se sigue el tabique intermuscular lateral hasta el hueso y retraemos los tejidos blandos en dirección anterior para minimizar el daño del músculo cuádriceps femoral se expone la fractura se reduce, se atraviesa la misma con la guía flexible, se introduce guía hasta fragmento distal y se comprueba estar en canal medular de los fragmento con intensificador de imágenes, inmediatamente se realiza lavado quirúrgico y

cierre primario por planos, se determina la longitud del clavo mediante la varilla guía se introduce clavo gamma largo de 3era generación 10x38 gasta escotadura intercondílea, se extrae guía metálica, se bloquea distal, se coloca tornillo deslizante N0. 90 se aplica compresión a la fractura intertrocanterea, se comprueba reducción mediante intensificador de imágenes. Se comprueba estabilidad de la reducción y se cierra por planos.^{2,4}

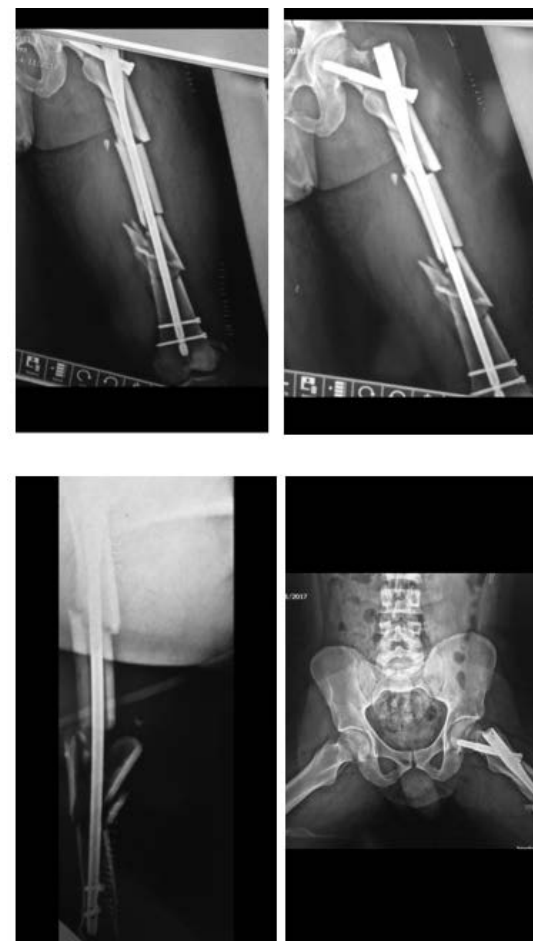


Figura 2. Imagen post quirúrgica
A. B) Rx A/P de fémur C) Rx lateral de fémur
D) Rx Lowenstein

EVOLUCIÓN

-Paciente sin eventualidades en el post operatorio inmediato, se egresa con buenos niveles hemáticos a las 24 horas post quirúrgica. se di-

fieri el apoyo. Se cita a los 7 días para evaluar partes blandas.⁵

- A los 21 días se retiran grapas y se cita al mes con radiografía control.⁵

- Al mes Se evidencia proceso de consolidación radiográfica por lo que se le da carga parcial con dos muletas y se remite a terapia física, se cita para tres meses para evaluar movilidad y proceso de consolidación. Paciente no refiere dolor y la herida se mantiene en reparación. Se agrega a la dieta Calcio y bifosfonatos.

-A los 3 meses paciente en carga parcial y flexión de 60 grados de la rodilla, se le indica radiografía control y evidenciando proceso de consolidación favorables se le retira una muleta para mayor carga, se remite a terapia física se suspenden los bifosfonatos y se continua con el calcio. Paciente no refiere dolor. se cita paciente para 6 meses.

-Cumpliendo 9 meses de post quirúrgico paciente llega a área de consulta, sin muletas con una flexión de la rodilla a 90 grados, con marcha claudicante que tolera tres cuerdas según refiere paciente.



Figura 3. Imagen post quirúrgica 9 meses

DISCUSIÓN

Las fracturas combinadas femorales han sido controvertidas incluso desde que estas lesiones se trataron por primera vez mediante fijación quirúrgica. La controversia es atribuible a la baja incidencia de fracturas ipsilaterales, la variedad de los distintos patrones de fractura y la aplicación de una amplia variedad de implantes y técnicas diferentes que han ganado, y a menudo perdido posteriormente, la aprobación con el tiempo.¹

Según Rockwood¹ las fracturas ipsilaterales de fémur descritas en el texto antes citado son relacionadas al cuello femoral y de manera ipsilateral la diáfisis del fémur representando de un 2.5 a un 5% las lesiones del cuello asociadas a una fractura de diáfisis femoral. Esta prevalencia puede ser mayor en pacientes con múltiples lesiones en accidentes de alta velocidad. Desde a primera descripción de estas lesiones realizadas por Delaney y Street en 1953 se han publicado a cerca de 100 métodos diferentes de tratamiento.¹

El mecanismo lesional consiste en un vector dirigido desde el extremo distal de fémur, con la cadera y rodilla en flexión, en el cual esta última golpea contra el tablero o alguna estructura rígida. Esto provoca una lesión conminuta a nivel diafisario, absorbiendo la mayor parte de la energía y continuando el resto de la misma hacia la cadera provocando una fractura del cuello, generalmente con mínimo desplazamiento, y muchas veces inadvertida.⁶



Mecanismo de lesión en el eje femoral combinado y fracturas de cuello. La compresión longitudinal del fémur ocurre cuando la rodilla de un ocupante del asiento delantero sin restricciones golpea el tablero. Si la fuerza no se disipa por la fractura del eje femoral, se produce una lesión en la cadera.⁶

La pseudoartrosis y la consolidación en varo son las complicaciones más frecuentes aunadas a la osteonecrosis de la cabeza femoral en una menor incidencia.^{1,3}

Una vez elegido el material para estabilizar la fractura del extremo proximal de manera absoluta se debe identificar que principio y tipo de método se dispondrá para estabilizar las fracturas que afectan la diáfisis femoral sin comprometer el resultado anatómico o funcional del paciente. Por lo que se propone estabilizarla con clavos intramedulares anterógrados o retrógrados, una placa o fijadores externos o combinación de materiales.¹

Los métodos de placas y fijadores externos están raramente indicados porque se asocian con problemas de partes blandas y de la consolidación del hueso por lo que el material ideal es aquel que biológicamente conserve en mayor proporción la vascularización y permita la movilización temprana de la extremidad.^{1,2}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Rockwood y Greens. Fractura en el adulto 5ta edición. Tomo III Capítulo 41 Página 1,716.
- 2-Campbell Cirugía Ortopédica 11va Edición. Tomo III capítulo 51. Fracturas de extremidades inferiores Pagina 2,827.
- 3-Kenneth A. Egil Et all. Manual de fracturas 5ta edición capítulo del 28 -33.
- 4-Principio de la AO en el tratamiento de las fracturas. Versión en español. Massson capítulo 3.3.1., 4.6.1,2y3 enclavado intramedular.
- 5- Master en cirugía ortopédica. Wiss Fracturas. Capítulos 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.
- 6- Swiontkowski MF, Hansen ST, Kellam J. Ipsilateral fractures of the femoral neck and shaft. A treatment protocol. Journal of Bone and Joint Surgery - Series A. 1984 Jan 1;66(2):260-268.
- 7- Swiontkowski MF. Ipsilateral femoral shaft and hip fractures. Orthopedic Clinics of North America. 1987 Jan 1;18(1):73-84.
- 8- Trauma esquelético. Ciencias básicas , manejo y reconstrucción. Volumen 2. 5ta edición. Bruce D. Browner et All. Capítulo 58 Fracturas del eje femoral.

SÍNDROME DE PUNTOS BLANCOS EVANESCENTES A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

Dra. Papiá Martínez. Jefa Dpto. Oftalmología
Dr. Dionisio Charran. Cirujano Oftalmólogo
Dra. Annerys Evangelista Franco. Cirujana Oftalmóloga

INTRODUCCIÓN

El SMPBE se describió por primera vez en 1984 por Jampol y Takeda. Es una alteración del epitelio pigmentario o de la retina profunda que afecta a adultos jóvenes. Es un cuadro benigno en la mayoría de los casos, tendiendo a la resolución espontánea.

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente de 36 años de edad acude por pérdida de la visión indolora lo cual lo describía como una sombra blanca fija del ojo izquierdo.

Al examen oftalmológico tiene una visión de 20/400 en ambos ojos, no presenta signos de inflamación del segmento anterior con presiones intraocular de 14mmHg., cristalino transparente. Vítreo transparente.

A nivel de la retina del ojo izquierdo se aprecia unas lesiones redondeadas blanco-grisáceo, planas intraretinianas en el polo posterior entre las arcadas y el ecuador. La mácula contrastada y con reflejo foveal.

Nervio óptico de bordes netos, anaranjados con una relación copa disco de OD: 0.66. OI: 0.56 con los vasos retinianos de trayecto y calibre conservado.

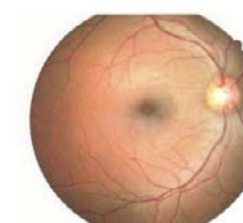
En nuestro paciente se realizó Fotos del segmento posterior, campimetría y Tomografía de Coherencia Óptica.

Se confirma la pérdida del campo visual en el Ojo izquierdo evidenciando las lesiones a nivel de la retina externa con la interrupción de la capa elipsoidea, sin diferenciar la capa interdigitiforme del complejo Epitelio pigmentado de la retina/Bruch. Coroides Normal.

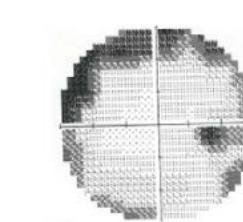
El manejo de nuestro paciente fue conservador ya que las lesiones son autolimitantes con la recuperación de la Agudeza Visual y la resolución de los defectos Campimétricos en la gran mayoría de los pacientes.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

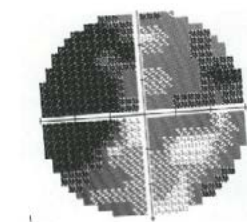
Fotografía fondo ojo derecho



Fotografía fondo ojo izquierdo

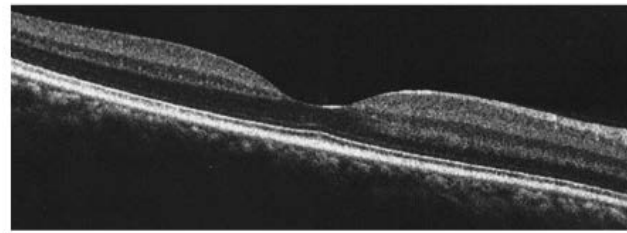


Campo visual

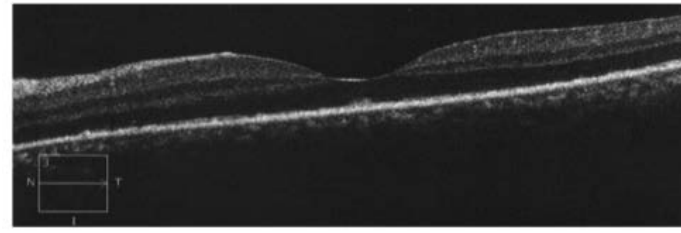


Campo visual





Tomografía coherencia óptica (OCT) OD



Tomografía coherencia óptica (OCT) OI

DISCUSIÓN

Es una enfermedad inflamatoria de presentación aguda caracterizada por múltiples puntos blanco-grisáceos a nivel de la retina externa y el EPR en el polo posterior. Algunos pacientes pueden presentar un aspecto granular a nivel de la fovea es casi exclusivo de esta enfermedad, presentado con puntos amarillos anaranjados. Puede presentar o no con vitritis.

El síntoma de presentación es pérdida o disminución de la agudeza visual en de miopía, los cuales se encuentran entre los 20-50 años de edad. Es de etiología desconocida, algunos pacientes pueden tener historia de un proceso viral. Más comunes en mujeres.

La retina es un tejido que es conformado por dos capas, una sensorial que concierne la foto-transducción y una pigmentada que provee el soporte metabólico. El origen embriológico es neuroectodérmico.

Tiene doble circulación, por los vasos retinianos adyacente a la retina sensorial y por la coroides asociado con el epitelio pigmentado de la retina (EPR).

La inflamación de la retina se puede describir como corioretinitis o retinocoroiditis, la distinción del origen del proceso inflamatorio ayuda con el manejo y probable etiología.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico es clínico y por los aspectos oftalmológicos. La angiografía puede presentar

estos puntos hiperfluorescentes wreathlike y tinción tardía de los mismos. Campo visual se puede presentar con un defecto (pérdida de la visión central), aumento de la mancha ciega. Electrorretinograma puede reportar disminución de la amplitud de la onda A.

TRATAMIENTO

Tratamiento no se requiere, la mejoría del fondo de ojo se puede presentar de 2 a 6 semanas con la consecuente mejoría de la visión central; raramente es recurrente, bilateral o persistencia del defecto en el campo visual. En el caso de nuestra paciente las lesiones retiniana desaparecieron y continuamos en seguimiento de los cambios de su agudeza visual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernandez Artola F, Garay Aramburo G, Llorca Pellicer S. Síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes: bilateralización cuatro años después. Arch Soc Esp Oftalmol. 2002 Jul; 77(7): 393-396.
2. <https://emedicine.medscape.com/article/1227778-overview?src=medscapeapp-ipad&ref>
3. Ryan Retina; 6ED; Síndrome Puntos Blancos Evanescentes By Andrew P. Schachat, MD, Charles P. Wilkinson, MD MD, David R. Hinton, MD, Srinivas R. Sadda, MD and Peter Wiedemann, MD
4. Wyhinny GJ, Jackson JL, Jampol LM, Caro NC. Subretinal neovascularization following multiple evanescent white dot syndrome. Arch Ophthalmol 1990; 108: 1384.



INFORMES DE SERVICIOS

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras. Santo Domingo Este, República Dominicana.

Autora:

Dra. Josefina Vásquez Miliano
Maestría en Salud Pública
Encargada del Departamento de Epidemiología

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades prevenibles por vacunas.²

La inmunización previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, difteria, hepatitis B, sarampión, parotiditis, tos ferina, neumonía, poliomielitis, enfermedades diarreicas por rotavirus, rubéola y tétanos.¹

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) es un esfuerzo extraordinario dirigido por los países y territorios de las Américas. Las actividades de la campaña: Fomentan la equidad y el acceso a la vacunación; Fortalecen los programas nacionales de inmunización para llegar a las poblaciones con acceso limitado a los servicios de salud regulares, como las que viven en las periferias urbanas, zonas rurales y fronterizas y en comunidades indígenas; proporcionan una plataforma para sensibilizar a la población sobre la importancia de la inmunización; y mantienen el tema de las vacunas en la agenda política.⁴

Desde su creación en el 2003, más de 700 millones de personas de todas las edades han sido vacunadas durante campañas realizadas bajo el marco de la SVA. Importante mencionar que esta iniciativa cuenta con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de Salud OPS/OMS, **Región de Europa en 2005.**

EL 23 DE ABRIL DE 2010, EN GINEBRA - Por primera vez, la Semana de Vacunación empieza simultáneamente en 112 países y territorios de tres regiones de la OMS: las Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental.³

En la Región de las Américas se celebrarán actos inaugurales de la semana de vacunación en las zonas fronterizas de Nicaragua, y también en la frontera entre Surinam y la Guyana Francesa y entre Haití y la República Dominicana. En la frontera de México con los Estados Unidos está previsto realizar un acto conjunto en Las Cruces (Nuevo México).

El 5 de abril de 2018 en Santo Domingo, República Dominicana. El Ministerio de Salud (MS), a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), inició las actividades de la XVI Semana de Vacunación de las Américas (SVA) y la VII Semana Mundial de Vacunación (SMV), que se llevo a cabo del 21 al 28 de abril del año en curso.

El lema de la campaña este año, "Refuerza tus defensas, #Vacúnate #LasVacunasFuncionan", fue elegido en el contexto de la Copa Mundial de Fútbol que se llevará a cabo en Rusia, y busca animar a la población en general y a los viajeros a vacunarse para fortalecer su sistema inmunológico y evitar enfermedades.

En el marco de la SVA, el país reforzó la inmunización contra siete enfermedades mediante las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), Difteria, Tétanos, Sarampión, Rubéola, Hepatitis B e Influenza.⁵

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DIFTERIA

La Difteria constituía una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre los niños en la era previa a la vacuna. Antes del establecimiento del Programa Ampliado de Inmunización en 1977, se estima que cada año en el mundo se notificaba cerca de 1 millón de casos y de 50,000 a 60,000 muertes debidas a esta enfermedad y sus complicaciones.

A nivel mundial, las tasas de mortalidad disminuyeron con el uso de la antitoxina diftérica y con la introducción de la inmunización activa con el toxoide diftérico disminuyendo drásticamente la incidencia de esta enfermedad, sin embargo continúa siendo endémica en muchas regiones del mundo, independientemente de la edad, Incluidos algunos países de América Latina y el Caribe.

En la Región de las Américas, entre 1993 y 2004 ocurrieron brotes epidémicos en algunos países de América Latina y el Caribe. Entre 2011 y 2014 se registró la más baja incidencia, con un promedio de 7 Casos probables notificados en todo el continente. No obstante, la incidencia ha vuelto a Incrementarse a expensa de la Republica de Haití y República Bolivariana de Venezuela a partir de los años 2014 y 2016 respectivamente.

En República Dominicana, el último brote de difteria ocurrido data del año 2004, con 122 casos probables, el 90% tenían entre 1 y 9 años de edad. Posterior al mismo, la incidencia de esta enfermedad ha experimentado una disminución considerable, mostrando una tendencia hacia la eliminación, registrándose un promedio de 1 caso por año, en los últimos 5 años. Los grupos afectados corresponden a los niños y niñas entre 1 a 4 años de edad (80%) y 5 a 9 años (20%). La cobertura óptima de vacunación es de 90% en población menor de 1 año de edad.

El país dispone de aproximadamente 1400 puntos de vacunación distribuidos en centros de salud ubicados en los diferentes municipios, donde este servicio se oferta gratuitamente.^{6,7}

El Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, cuenta con un puesto de vacunación el cual brinda servicio de calidad, con un personal capacitado en donde se aplican todos los biológicos del programa nacional de inmunización, el cual funciona de lunes a viernes en horario de 8:00 A.M. a 5:00 P.M, en el área no remodelada del hospital.

El programa va dirigido a los grupos de riesgo: menores de 5 años, no vacunados, escolares, trabajadores de la salud, personal del servicio militar, integrantes de las comunidades penitenciarias, personas que por la naturaleza de su oficio están en contacto permanente y diario con un elevado número de personas.^{6,7}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-OMS | Inmunización -WHO | World Health Organization

2-[https://www.minsalud.gov.co/salud/.../ProgramaAmpliadodelInmunizaciones\(PAI\).as](https://www.minsalud.gov.co/salud/.../ProgramaAmpliadodelInmunizaciones(PAI).as)

3- OMS/arranca la semana nacional de vacunación en 112 países. www.who.int/mediacentre/news/notes/2010-immunization-2010

4-Semana de vacunación de las Américas <https://www.who.int/news-room/feature-stories/2018-04-23-week-of-vaccination>

5- OPS/OMS Rep Dom. www.paho.org/dor

6-Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Difteria, 28 de febrero de 2018.

Disponible en: http://www.paho.org/ho/index.php?option=com_content_view=article&id=1239%3M009-Epidemiological-alerts-updates&catid=2598%3Aalert-response-epidemicdiseases&Itemid=2291&lang=es

7- Organización Panamericana de la Salud. Número de casos de enfermedades prevenibles Vacunación del PAI en las Américas. Disponible en: <http://ais.paho.org/hip/vilim/vaccinepreventable-diseases.asp>.



SERVICIO DE SALUD MENTAL

Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras

Dr. Pablo Pascual Báez

El Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras inicia la atención en psiquiatría y psicológica mediante el establecimiento de servicios de consultas ambulatorias a mediado los años 80 del siglo pasado, concomitantemente con la asistencia a los pacientes traumatológicos que requirieran de dicha atención.

A raíz de los cambios establecidos en el sistema de atención en salud mental iniciado en el año 2015 tendentes a fortalecer la asistencia cercana a los demandantes de la misma, se establece a partir del mes de abril del año 2016 la *Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras*, que aporta seis camas al sistema, adicionando a la atención ambulatoria el servicio de internamiento psiquiátrico en los casos requeridos, en un proyecto orientado a la priorización del apoyo a pacientes residentes en la zona de Santo Domingo Este. Pese a ello, han acudido pacientes de las más diversas zonas y regiones del país que se han beneficiado al día de hoy de este servicio.

La Unidad de Salud Mental al momento del establecimiento del servicio de intervención en crisis, logra también ampliar su cobertura de atención ambulatoria, mejorando significativamente su cartera de servicios a la comunidad demandante, ya que al proveerse de la infraestructura física requerida se han podido establecer de manera constante y sostenidas sus servicios de consulta externa en las áreas de psiquiatría general, psicología general, terapia familiar y la asistencia psicológica ambulatoria a la población infanto-juvenil a través del servicio de psicología destacado en la unidad de pediatría del hospital, que a su vez y con priori-

dad brinda la asistencia psicológica a niños/as que han sido víctima de traumas que le obligan a estar ingresados en área de traumatología pediátrica y sus familiares acompañantes.

La Unidad de Intervención en Crisis ha recibido el decidido apoyo del servicio de emergentología del hospital, facilitando una atención oportuna, pertinente y dignificada a los pacientes psiquiátricos que acuden en su búsqueda, los que al ser ingresados/as a la UIC, reciben el trato cálido y respetuoso de un personal de enfermería calificado y entregado a la atención de un paciente que requiere de un trato especial y personificado, así como de una atención psicológica dirigida al logro de la recuperación integral del paciente en compañía de sus familiares mediante la intervención en secciones de terapia individual y grupal que involucran a todo los usuarios de La Unidad.

Al cierre del segundo año de la etapa actual de la Unida de Salud Mental del Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras, en la misma se han ofrecido un número significativo de intervenciones formales que se reflejas en:

- **372 Ingresos en Unidad de intervención en Crisis**, lo que representa una estadía promedio de 11.61 días /cama - paciente), que es a su vez, un uso racionalmente adecuado a los estándares internacionales de Unidades de Intervención en Crisis. Teniendo adema un índice de reincidencia mínimo, por debajo de un 5%. A la fecha, como evidencia de la efectividad de la atención de consulta externa a los pacientes que aquí se asisten.
- **2746 Consultas Psiquiátricas Ambulatorias**, manteniendo un servicio de consulta activo

durante dos tandas semanales de lunes a viernes. Para una media mensual para el primer cuatrimestre 2018 de 144 consultas por mes. Esta actividad se acompaña de un número indeterminado de interconsultas que son requeridas por pacientes ingresados con otras condiciones propias de la competencia de intervención de este centro de salud.

- **Nuestro equipo de psicología totalizó para el año 2017 unas 1429 consulta, así como unas 668** en el primer cuatrimestre del 2018, para una media mensual de 167 consultas por mes, lo cual evidencia un significativo incremento para el presente año. adicionado a ello, para lo que va de este año, 64 secciones de terapia grupal, un número indeterminado de intervenciones individuales con los pacientes psiquiátricos y el apoyo requerido en interconsultas de pacientes regulares del hospital, sobre todo aquellos que por la gravedad de sus lesiones requieren de intervenciones quirúrgicas mayores, como la amputación. Todo ello en el mismo periodo. Manteniéndose también un servicio de consultas en dos tandas y de lunes a viernes.

- **La Unidad de Intervención en Crisis - UIC**, cuenta con un servicio de enfermería excepcional por sus cualidades humanas, su entrega por la calidez de la atención a los pacientes y su calificación para el tipo de servicio que brinda.

Con ello, toda la comunidad de Santo Domingo Este y del país cuenta en el Hospital Docente Universitario Doctor Darío Contreras con un eficiente servicio de atención en salud mental digno de que los beneficiarios se mantengan vigilantes por su sostenimiento y luchan por su desarrollo para continuar brindando un aporte de calidad y lleno de calidez a toda la población que demande del mismo. /PPB



Área para descanso y esparcimientos de los pacientes en crisis



TEMAS DE INTERÉS

PASADO, PRESENTE Y FUTURO, DEL DEPARTAMENTO JURÍDICO

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

*Licda. Deyanira Luna Rivera

Enc. Depto. Jurídico. Hospital docente Universitario Dr. Darío Contreras.

*Abogada

El día 21 de abril del año 1994, fue creada una Oficina de asistencia Legal y Orientación Ciudadana, acuerdo firmado entre la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) en la persona de su entonces Rector, Roberto Santana y el Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras, dirigido por el Dr. Tito Suero Portorreal.

En principio esta unidad fue instituida con la finalidad de organizar, patrocinar y auspiciar, junto con la UASD, la realización de eventos y actividades académicas y científicas, sobre las causas, las consecuencias y efectos colaterales que en lo económico y de salud producen a la sociedad los accidentes de tránsito.

Por el gran crecimiento de la población y la gran incidencia de los accidentes de tránsito producidos en nuestro país, esta unidad se ha visto en la obligación de implementar los servicios de remitir a los ciudadanos que -son atendidos en nuestro centro de salud, informes que le sirve de base para interponer las demandas en materia de tránsito y en los temas de violencia intrafamiliar, en contra de las mujeres, niños, niñas y adolescentes y casos de violencia en sentido general.

Es oportuna la ocasión para informarles, que al día de hoy, este departamento ha emitido más de Doscientas mil (200,000) certificación.

Además de los servicios antes mencionado, esta área tiene la responsabilidad de la elabo-

ración y registro de todos los contratos de bienes y servicios en lo que interviene este centro asistencial, teniendo la responsabilidad de orientar y asesora en asuntos de contrataciones de ARS, suplidores y organizaciones que, de una forma u otra tiene alguna relación comercial, Académica, social e institucional o de Cooperación.

Pensando en brindar los servicios con calidad y calidez, en un espacio más confortable para nuestros usuarios, trasladamos nuestro depto. Jurídico a las nuevas instalaciones, en el 1er. Nivel, entrando por la puerta que está al lado de la emergencia. Este departamento cuenta, con: cuatro profesionales del área del derecho, una secretaria y un auxiliar de oficina, teléfono de contacto 809-596-3686 ext. 2332.

Trabajamos para ofrecer los servicios con una mayor profesionalidad exigida por los nuevos tiempos, para que con esto el ciudadano se sienta seguro de que sus derechos no van a ser violados, empoderando a cada uno de ellos, al tiempo que puedan desarrollar resiliencia en todas las adversidades que les presente.



SERVICIO AL CLIENTE. CÓMO INSTAURAR UNA CULTURA DE SERVICIO

Elaborado por:
Servicio y/o Departamento de Enfermería.

Escrito y presentado por:
Licda. Sonia Paradis, Gerente de Enfermería.

El futuro no es un lugar al que vamos, sino uno que creamos. El camino hacia el futuro no es uno que encontramos sino uno que construimos, y el construir este camino cambia, al creador y al destino.

John Schaar
Si no cuidamos a nuestros clientes...Alguien lo hará por nosotros

ANTECEDENTES

¿Qué es un Servicio?

Un servicio se origina como una forma de diferenciar a la empresa de sus competidores a través de la creación de valor en todas sus unidades estratégicas de negocios, orientado siempre al cliente y la satisfacción máxima de sus necesidades.

Es aquella actividad que relaciona la empresa con el cliente, a fin de que éste quede satisfecho con dicha actividad.

¿Qué es un Cliente?

Es el individuo o empresa en estado potencial que pueden elegir cualquiera de nuestros productos y servicios desde la etapa de estar en perspectiva a la de ser cliente habitual.

Servicio al Cliente

Significa proporcionar asistencia a los clientes de tal forma que esto redunde en un mayor grado de satisfacción con su servicio.

¿Qué es Calidad en el Servicio?

Es exceder las expectativas del cliente, a través del conocimiento de los servicios e información en general; además de la cordialidad, respeto y empatía hacia el cliente.

¿En qué se basa el Servicio al Cliente?

Se basa en la preocupación constante por las preferencias de los clientes o usuarios.

Se basa además, en respetar los derechos del cliente o usuario.

La dedicación al servicio al cliente puede revolucionar la forma en la que opera una organización, es por eso que debe involucrar a todo el personal.

Los tipos de necesidades del cliente se corresponden con tres expectativas de calidad

- Calidad Requerida
- Calidad Esperada
- Calidad Potencial

El Cliente es:

- El que recibe un servicio.
- El que tiene una necesidad.
- Quien tiene poder de decidir.
- El que define la calidad.
- El que evalúa tu desempeño como proveedor.
- El que establece los requerimientos.
- El que tiene derecho a reclamar y exigir.
- El que busca la mejor opción y publicidad.
- El que justifica tu existencia.
- El que no siempre tiene la razón, pero va primero.

Demanda de los clientes:

- Atención
- Confiabilidad
- Efectividad
- Oportunidad
- Exactitud
- Cordialidad
- Equidad
- Prontitud
- Flexibilidad
- Estar comunicado

- Inflexibilidad
- Evasivas
- Aire de superioridad

ESPÍRITU DE SERVICIO

Una gente comprometida pone en su trabajo lo mejor de sí mismo, demostrando su espíritu de servicio.



TIPOS DE SERVICIOS

Servicio Excepcional

Existe una cultura y servicio de calidad.

Servicio Normal

El servicio cumple apenas con las expectativas del cliente.

Servicio Malo

El servicio no cumple con las expectativas del cliente.

Servicio Pésimo

El servicio no existe es desastroso.

¿Por qué perdemos clientes?

Solamente escuchamos al 4% de los clientes insatisfechos, el otro 96% simplemente se va y el 91% nunca regresa, 7 de cada 10 clientes quejosos volverán si su queja es atendida y les dirán a lo más a otras 5 personas.

Procesos de atender a los clientes insatisfechos:

- Escuchar
- Dar Seguimiento
- Disculparse
- Resolver

El éxito se obtiene si se hace cada cosa lo mejor posible y de corazón.

BIBLIOGRAFÍA

- Brumner y Saddarth, Enfermería médico quirúrgico vol. 2
- Páginas web (google)
- 2016 Medtronic Iberia, S.A.
- Manual Actualizado de Enfermería

ERRORES Y HORRORES DEL SERVICIO

- Apatía
- Desaire
- Frialdad
- Robotismo





Ministerio de Salud Pública
 Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad
 Dirección General de Habilitación y Acreditación



LICENCIA DE HABILITACIÓN PROVISIONAL

Hace constar que el Establecimiento de Salud:

HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DR. DARIO CONTRERAS
 [CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCION]

En virtud de las facultades que nos confiere el Artículo 100 de la Ley General de Salud 42-01, el Artículo 160 de la Ley 87-01 que crea el Sistema de Seguridad Social y el reglamento 1138-03, se le otorga la HABILITACIÓN PROVISIONAL, válida hasta el Veinte y siete (27) de Abril del Año Dos Mil Diez y nueve (2019), en base a la inspección y evaluación de dicho establecimiento de salud, mediante la cual se comprobó que cumple con las condiciones mínimas requeridas.

Propiedad del Sr. (a): HOSPITAL DOCENTE UNIVERSITARIO DOCTOR DARIO CONTRERAS

Código: 03201A00001 **Ubicación:** AV. LAS AMERICAS # 1020

ALMA ROSA I

Provincia: SANTO DOMINGO

Municipio: SANTO DOMINGO ESTE

Otorgado en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital
de la República Dominicana en fecha: Veinte y siete (27) día(s) del mes Abril del Año Dos Mil Diez y ocho (2018).

DR. JOSÉ ALBERTO DÍAZ PAULINO
 Director General de Habilitación y Acreditación

DR. FRANCISCO NEFTALI VASQUEZ BAUTISTA
 Viceministro de Garantía de la Calidad

7993



DIRECCIÓN NUCLEAR
LICENCIA INSTITUCIONAL DE OPERACIÓN
(LIO)

Otorgada a:

Hospital Docente Universitario Dr. Darío Contreras

En cuanto cumple con los requerimientos del Reglamento de Protección Radiológica (Decreto 244-95), la Norma para la Autorización de Prácticas Asociadas al Empleo de Radiaciones Ionizantes (Resolución 1/97) y la Norma para la Seguridad Física de las Fuentes Radiactivas, incluido su Transporte (Resolución CNE-AD-0036-2013). Se emite la presente licencia, en virtud de la Resolución No: CNE-DNU-147-2017

Para: **Radiodiagnóstico**

Práctica Tipo: II

Registro No. LIO-611 Fecha de Emisión: 09/08/2017 Fecha de Expiración: 08/08/2020

LIC. JUAN RODRÍGUEZ NINA
 Director Ejecutivo



NORMAS DE PUBLICACIÓN

NORMAS PARA PRESENTACIÓN DE ORIGINALES

Los trabajos deberán depositarse en un original impreso en papel tamaño 8-1/2" X 11", en una sola cara, en formato Microsoft Word en tipo Arial, tamaño 12, a espacios sencillo y con numeración correlativa en sus páginas, y márgenes de alrededor de 2.5 cm. Extensión máxima de 15 páginas, incluida imágenes, gráficos, diagramas, esquemas, etc. Se acompañará del mismo documento en formato digital (CD ó USV)

TRABAJOS INÉDITOS

Los resultados deberán ser inéditos; es imprescindible que los artículos no hayan sido publicados, total o parcialmente, incluyendo resúmenes, tablas, figuras, excepto los resúmenes o resultados preliminares publicados en congresos o Jornadas Científicas.

RESPONSABILIDADES

Los resultados, así como todos los datos publicados en los trabajos, son de la exclusiva responsabilidad de sus autores. Es responsabilidad de los editores y del Comité Editorial de la revista, aceptar o rechazar, así como recomendar cualquier modificación a los trabajos que recibe.

NÚMERO DE AUTORES

El número máximo de autores para un artículo será de (6), excepto en los casos de trabajos cooperativos interinstitucionales, cuyo número estará limitado por la importancia del mismo. La institución o grupo de instituciones que avalan el trabajo deben ser debidamente identificados.

ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS

Todos los artículos se presentaran en un formato acorde a la estructuración que se presenta a continuación:

1. Título: Los títulos deben ser breves, concisos y descriptivos, preferiblemente de una extensión inferior a los 80-100 caracteres.

2. Nombre del/os autor/a autores/as: deben aparecer en el orden en que habrán de figurar en la publicación. Si se indican los apellidos paternos y maternos, utilizar guion entre el apellido paterno y materno. Cargo que desempeña el autor o autores y lugar de trabajo de los mismos, precedidos del asterisco correspondiente y dirección electrónica del autor/a responsable de contactos.

3. Resumen: Cada trabajo presentará un resumen en Español y traducido al idioma Ingles, Debe ser escrito siguiendo los lineamientos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y no debe exceder las 150 palabras. Al final del resumen, deben aparecer de 4 a 6 palabras clave.

4. Introducción: Debe incluir una breve revisión de la bibliografía, definir los términos y alcance del trabajo y prever las bases necesarias para mantener la esencia del trabajo.

5. Material y Métodos: Debe incluir los detalles sobre equipo, persona, tiempo, pacientes, métodos, técnicas y procedimientos empleados, de forma que le permitan al lector reproducir la experiencia.

6. Resultados: Descripción rigurosa de los hallazgos más importantes, con cuadros y gráficos, sin entrar en interpretaciones de análisis.

7. Discusión: Análisis de los hallazgos a la luz de los conocimientos actuales, haciendo un solo análisis crítico al trabajo.

8. Conclusión: Opcionalmente, pero convenientemente; los autores podrán presentar conclusiones elaboradas de manera clara y escueta, destacando la relevancia de algún/os detalles de la investigación.

9. Bibliografía: Relación de las referencias bibliográficas ordenadas según hayan sido utilizadas en el texto y se elaborará siguiendo las normas de Vancouver.

ELABORACIÓN DE CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias bibliográficas deberán remitirse al final del trabajo y enumerada en el mismo orden en que han sido citadas en el texto, en el cual deberán llevar el mismo número que se use al final en su numeración. El formato será el mismo empleado por el Index Medicus. Si el número de autores es inferior a (6) deberán ser escritos, si fuera mayor de 6, usar la abreviatura col. A partir del séptimo.

Ejemplos:

- Goodman I, Gilman A. Bases farmacológicas de la terapéutica. 5ª. Ed. México. Ed. Interamericana, 1978: 476-478.
- Carreas E, Marin P, Cervantes F. Hepatopatía en la Enfermedad de Hodgkin. NEngl J Med. 1979; 301:168-175. Y referencias, cuadros, gráficos, imágenes, diagramas, etc.

Los gráficos deben profesionalmente confeccionados, debidamente titulados y que se expliquen por sí mismo; presentarse todas en contenido digital, acompañadas de las anotaciones debidas de identificación y explicaciones necesarias para la correcta ubicación en el marco del texto del artículo.

Los cuadros deben ser claros, con una proporción de datos lo suficiente para explicar por sí mismos, deben de estar adecuadamente enu-

merados y titulados. Los signos o símbolos incluidos, deberán ser claramente explicados al pie de los gráficos y de los cuadros. Si se remitieran ilustraciones propiedad de otros autores, deberán estar acompañadas con el correspondiente permiso escrito y firmado.

UNIDAD DE MEDIDA

Las unidades de medidas empleadas deberán ser las del Sistema Internacional (SI). Si se usaran las tradicionales deberán ser entre paréntesis.

NOMBRES DE MEDICAMENTOS O MATERIALES

Debe emplearse el nombre químico o genérico, sin empleo de nombres de registro comercial.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

Es recomendable seguir los patrones internacionales. Si se utilizan abreviaturas no señaladas se debe indicar entre paréntesis la, o las abreviaturas que serán utilizadas en el texto cuando aparezca por primera vez el término que se desee abreviar. Cuando se empleen siglas, éstas siempre deberán aparecer en el primer momento precedidas del nombre desarrollado que se quiera representar, separadas mediante un guión, a continuación se usará libremente en el desarrollo del texto.



Semblanza biográfica del Dr. Darío Contreras



El nombre completo de este gran médico dominicano era Darío de Jesús Contreras Cruzado. Nació el 27 de noviembre del año 1879. A los 17 años de edad se gradúa de Bachiller en Ciencias y Letras en el Instituto Profesional de Santo Domingo, (1896). Se graduó de Licenciado en Medicina y Cirugía en 1900, siendo su tesis sobre: "Tratamiento del Chancro Blando". En 1911 se traslada a Europa en donde realizó el Doctorado en la

Universidad de París, Francia, graduándose el 10 de julio de 1914. Realizó estudios en Cirugía y Ginecología con los profesores Pozzi, Faure, Marion y Cosset.

Era un hombre de fuertes sentimientos nacionales y de recio carácter. Una anécdota de su talante la tenemos relatada por el Doctor Joaquín Balaguer, quien contaba que en una reunión en París, en la que participaba el líder colombiano José María Vargas Vila, este último se refirió a la República Dominicana en fuertes términos despectivos como tierra de tiranos y dictadores, y al oírlo el Doctor Contreras le responde con un reto a duelo de pistolas para con ello defender el honor de su patria, lo cual motivó que Vargas Vila, pidiera excusas al Dr. Contreras por los términos expresados.

Otro ejemplo de su gran personalidad la encontramos en 1935, cuando el doctor Darío Contreras se niega a firmar un documento en el que se pedía que la ciudad de Santo Domingo se pasara a llamar Ciudad Trujillo, lo que le ocasiona durante años un aislamiento social.

El Dr. Darío Contreras tuvo una dilatada y fructífera carrera como médico y como funcionario en bien del pueblo dominicano. Ejerció como cirujano en San Francisco de Macorís, Santiago de los Caballeros y Monte Cristi; Médico Legista, Director del Hospital Padre Billini, primer Director del hospital Luis Eduardo Aybar, Ministro de Sanidad. Fue Diputado, Senador, Ministro Consejero ante las Naciones Unidas.

Ingresó a la Universidad de Santo Domingo mediante decreto del Presidente de la República Manuel de Jesús Troncoso de la Concha, de fecha 13 de noviembre de 1940 e impartió las cátedras de Semiología Quirúrgica, Clínica Quirúrgica y Patología Quirúrgica. Durante su vida académica se preocupó por la adecuada formación de los estudiantes tanto en los aspectos teóricos como en lo práctico.

Debido a su afición a los caballos y al ganado, a finales de mayo de 1940, el entonces presidente, Rafael Leónidas Trujillo Molina desarrolló, en la nuca, el bacilo del ántrax, una bacteria que se encuentra frecuentemente en animales.

El doctor Francisco Benzo, cirujano que había estudiado en Francia, reconocido galeno dominicano, que en ese momento ocupaba la secretaría de Salud Pública, era su médico personal. Cuando vio lo que tenía Trujillo dijo que no hay nada que hacer y que ya olía a cadáver.

Ante la negativa del Dr. Francisco Benzo a intervenir a Trujillo, los familiares se decidieron a buscar al doctor Darío Contreras, médico también capacitado en Francia, quien laboraba como cirujano del hospital San Rafael y quien en 1935 había caído en desgracia con Trujillo por negarse a firmar el manifiesto que pedía cambiarle el nombre a Santo Domingo por el de Ciudad Trujillo.

Fue al llegar al hospital militar Doctor Enrique W. Lithgow Ceara (Marión) cuando se enteró de quién era su paciente: en actitud amenazante los hermanos de Trujillo, Petán y Negro, le dijeron ¿Usted sabe, doctor, lo que pasaría si el paciente muere? Sin inmutarse, y pasando por alto el tono con que se dirigían a él, el Dr. Contreras respondió: Sí, que a los tres días "jiede".

Cabe señalar que la cirugía resultó ser exitosa, por lo que la vida del tirano mejoró y gobernó con mano dura por espacio de 20 años más. A partir de ese momento el Dr. Darío Contreras fue tratado con mucha deferencia y respeto por Trujillo. En 1959 Trujillo inauguró y puso su nombre a este hospital.

Luego de la muerte de Trujillo, muchos ciudadanos se refieren a él como el médico que salvó al tirano, lo que le trajo múltiples inconvenientes en su vida. El Dr. Zaglul relata que el Dr. Darío Contreras se apenaba de que, para muchos, ese acto médico hubiera sido lo único importante en su vida. Este gran cirujano, eminente médico y dedicado patriota, murió en extrema pobreza en 1973, luego de haber estado ingresado a la edad de 94 años en el Hospital que lleva su nombre.

Durante su paso por los cargos de la administración pública se manejó con honradez extrema y con el claro interés de dar a todos los actores del área de la salud una posición y unos salarios dignos, como muestra de su gran preocupación en el mejoramiento de todas las dependencias. Puso especial atención a la profesión de enfermería, elevando el sueldo de estas consagradas servidoras de los servicios de salud.

¡La gloria le corresponde!!