



**INSTITUTO
TRAUMATOLOGICO**

Dr. Teodoro Gebauer Weisser

INFORMATIVO



BOLETIN OFICIAL N° 76 - AGOSTO 2008 AÑO 6



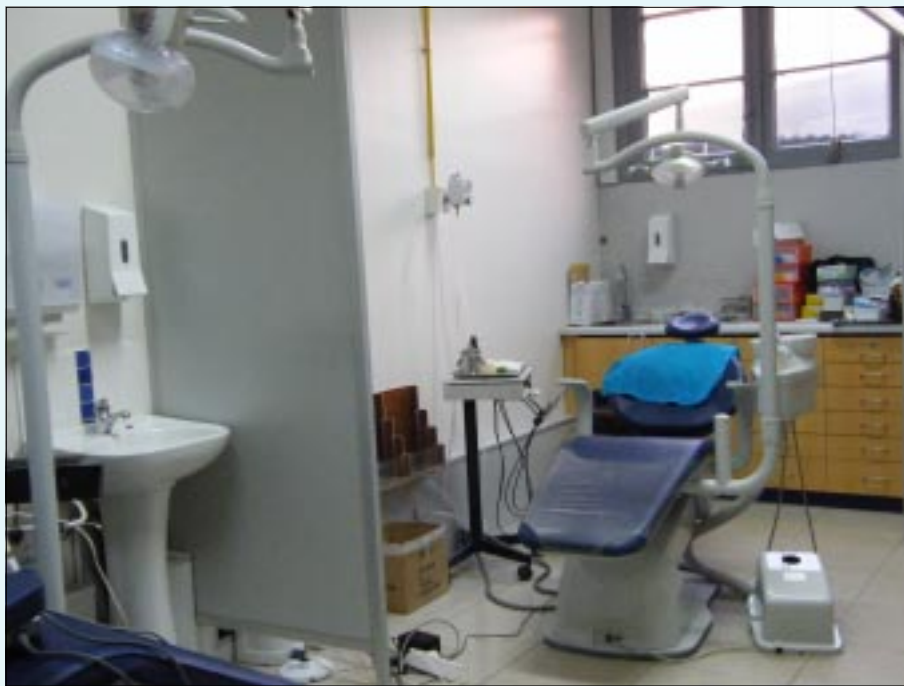
Remodelación Unidad Máxilo Facial

A fin de dar cumplimiento a las normas de acreditación sanitaria, la institución ha afrontado la normalización de diferentes áreas clínicas y de apoyo a éstas.

Es así como se remodeló totalmente la Unidad Máxilo Facial, de acuerdo a planos y especificaciones de arquitectura de especialista en la materia.

Esta remodelación incluyó la instalación de muebles clínicos y de uso administrativo, nuevas áreas limpias y sucias, mejoramiento de iluminación y calefacción, renovación de redes de alimentación de agua, aire comprimido, energía eléctrica, normalización de red de vacío, evacuación de fluidos en forma subterránea, con conexión directa a los sillones dentales, permitiendo una terminación estética y funcional de las áreas de trabajo, modernización de sillones dentales y reubicación de los mismos dentro de estructura de box individuales.

El objetivo de esta normalización, además de cumplir las normas de acreditación sanitaria, fue la de mejorar el lugar de trabajo de los funcionarios de esta especialidad.



Editorial

La tecnología computacional ha llegado a todos los niveles de nuestros hospitales. Desde hace varios años en diversos sistemas y plataformas, se ha tratado de llevar adelante la ficha médico digital y la coordinación en todos los sistemas en los hospitales, a través de la informática ordenada en los diversos procesos tanto médicos como administrativos.

En los últimos dos años, el Instituto Traumatológico ha llevado adelante en forma lenta y progresiva, el desarrollo de los procesos para crear una ficha médico digital y posteriormente, el arduo y lento procedimiento de implantar su uso.

Con gran alegría, hemos visto que se ha materializado el esfuerzo desde la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOCC), concretado la puesta en marcha del Proyecto de Sistema Informático Hospitalario que durará aproxi-



madamente tres a cinco años, abarcando todos los elementos de la informática en los distintos hospitales y consultorios del Área Occidente.

Nuestro Instituto está ya incorporado y espera colaborar en todos los procesos que signifique este avance tecnológico, para finalmente disponer de esta herramienta tan útil para el manejo clínico de nuestros pacientes, la gestión clínico administrativa y los procesos financieros.

Esperamos poder colaborar en todo lo que sea necesario, para que esta idea se concrete satisfactoriamente en un futuro próximo.

Dr. Mario Reyes Villaseca
Director Médico

Reunión Científico Hospitalaria SCHOT Instituto Traumatológico 2008

Con gran asistencia de traumatólogos de todo el país se realizó el 2 de Agosto de 2008 en el centro de Eventos D'Antan, la Reunión Científico Hospitalaria de la SCHOT correspondiente al Instituto Traumatológico.

La jornada científica se inició con la presentación del Trabajo de Ingreso a la SCHOT del Dr. Giovanni Carcuro: "Endoprótesis total de Tobillo" y su informante fue el Dr. Sergio Hernández

Dio el vamos a la Reunión Hospitalaria, el Dr. Mario Reyes, Médico Director del Instituto Traumatológico, la que comenzó con la presentación del Dr. Orlando Wevar: "Osteosarcoma: Manejo Multidisciplinario -20 años"



Dr. Reyes realizó una presentación sobre infraestructura física y recurso humano actual del Instituto Traumatológico.



"Osteosarcoma: Manejo Multidisciplinario -20 años"

El Dr. Wevar, jefe del Equipo de Tumores del Instituto Traumatológico, realizó una reseña histórica de los integrantes del Equipo –integrado hoy por los Drs. Orlando Wevar, William Hofer, Ricardo Tolosa, Patricio Duery y como asesor, el Dr. Sepúlveda-, presentó un informe estadístico sobre el trabajo multidisciplinario con que se enfrenta el abordaje de los sarcomas óseos, específicamente del osteosarcoma y también de casos clínicos.

Destacó que en el Instituto Traumatológico registra actualmente 236 osteosarcomas, de los cuales 180 están protocolizados e ingresados a un tratamiento con quimioterapia, cirugía conservadora o no conservadora y con quimioterapia postoperatoria.

"Tenemos una primera evaluación de 64 pacientes que se realizó del año 90 al 95 y una segunda evaluación, de Enero 97 a Julio del 2008 con 116 pacientes con edad promedio 25 años lo cual está un poco por sobre lo que es habitual que es un pick en la segunda década de la vida y por sexo, se mantiene lo que es la tendencia estadística internacional, 60% hombres y 40% mujeres".

Sobre el motivo de consulta, indicó que la principal es dolor seguida por aumento de volumen. "La localización alrededor de la rodilla convoca más del 70% que es lo internacional también y en cuanto a la estratificación, tenemos demasiadas metastásicas, casi 40%. Si bien entre un 15 a 20% de los pacientes que se diagnostican ya tienen lesiones pulmonares, el hecho de diagnosticar un 40% con lesiones metastásicas es por diagnóstico tardío y una derivación tardía".

Respecto al diagnóstico, precisó que todos los pacientes son diagnosti-



Drs. Orlando Wevar

cados por biopsia. "El 92% de las biopsias son por punción –explicó-, y todos los pacientes son sometidos a cirugía de resección tumoral con reconstrucción y con diferentes opciones de acuerdo a la etapa clínica y a los medios con que se cuenta. Es así como tenemos un 33% de resección y sustitución protésica, un 20% de resección con sustitución de haloinjerto y todavía, una tasa de 15% de lo que es cirugía radical".

"Todo esto –añadió-, muy relacionado con la derivación tardía, un 13% de los primeros casos en que se hacía resección y artrodesis y un 4% de haloprótesis que es algo que estamos empezando a realizar en algunos pacientes y un 15% de otras cirugías, que son fundamentalmente resecciones sin sustitución ya sea en huesos dispensables como son osteosarcomas de peroné o si se comprometió la urna por ejemplo, clavícula y también en algunos pacientes con resecciones pélvicas sin reconstrucción".

"Esto es un poco lo que ha sido la evolución de nuestro trabajo en la cual se puede destacar, que la prótesis es lo que ha ido aumentando. Se mantiene el haloinjerto más o menos estable, con una pequeña baja mientras que las amputaciones no han disminuido fundamentalmente por las derivaciones tardías".

"En cuanto al pronóstico- concluyo-, este varía según las etapas. Nuestro pronóstico de supervivencia es de 62% en las etapas 2B de y de 26% en la 3, lo cual es pesquisado un poco mejor que lo internacional que es alrededor de un 20%. La supervivencia global es de 25% y si tomamos lo que es metástasis, es muy baja".

“Luxación Recidivante de Hombro”

El Dr. Soza destacó en su exposición que los avances en la cirugía de luxación de hombro han experimentado el boom que recibió la cirugía de rodilla en la década de los '90. “Esta es una enfermedad de inestabilidad que se va a presentar por dolor por sub luxaciones o luxaciones que es el elemento final traumático o no traumático de nuestra articulación por lo que creo y considero que desde el 2000 en adelante, el entendimiento de esta patología ha aumentado considerablemente”.

El Equipo de Hombro ha comenzado un trabajo horizontal incorporando a los kinesiólogos, incluso en policlínicos en muchas oportunidades y la verdad es que ese esquema de trabajo ha dado muy buenos resultados.

La artroscopia de hombro nos ha dado una luz de poder entender muy bien estas lesiones que antes no veíamos. Ahora entendemos que esta estabilidad depende de manejar todas las lesiones asociadas y tenemos que entender también, que una inestabilidad está producida porque se produce una pérdida de esta estabilidad del anillo, por lo tanto nos queda claro lo que sucede con todas aquellas lesiones de partes blandas y óseas que se están produciendo ya sea a nivel la

glena o de la cabeza humeral.

Básicamente, operamos alrededor de 30 luxaciones de hombro al año. El 2007 operamos 648 cirugías de las cuales 144 fueron artroscopias y 27 fueron estabilidades. En estos momentos

tenemos las indicaciones artroscópicas: básicamente todas las lesiones labrales, capsulares, cierre de intervalos, reparación de manguito y la gran mayoría de las lesiones ya las hacemos artroscópicas.

Desde el 2003 todas las cirugías se hacían en forma abierta con apoyo artroscópico, pero del 2006 comenzamos a dar vuelta esta curva y empezamos a hacer básicamente el 95% de nuestra cirugía en forma artroscópica, dejando solamente aquellas abiertas que necesitaban un requerimiento de apoyo óseo.

En este momento, de los 60 pacientes que llevamos operados tenemos un promedio de 12 meses y dos episodios de reluxación que nos da un 3,3%. Estos últimos son pacientes que se reluxaron, uno jugó fútbol a las 3 semanas y al otro lo saltaron en la vía pública al tercer mes de operado, pero está dentro de la casuística internacional.



Dr. Francisco Soza

“Patología Traumática y Ortopédica de Cadera”

Esta exposición mostró la estadística de los últimos cinco años en la atención de la patología traumática y ortopédica de la cadera. Destacando que la mayor casuística nacional de prótesis AUGÉ la tiene el Instituto de más de 800 casos a partir del 2004.

En los últimos cinco años -destacó el Dr. Botello-, los casos ortopédicos de cadera fueron 1960, de los cuales 1922 son prótesis totales, 24 osteotomías femorales de centraje después de haber tenido unas 600 desde el año 1977 y 14 Osteotomías periarticulares de Ganz.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

1.650 pacientes operados: 533 fracturas mediales (promedio anual de 108), 519 laterales, 69 subtotañteas y alrededor de 78 casos de fracturas de pelvis y acetábulo.

En las fracturas mediales Garden I y II se practica OTS con canulados (96 casos 29 corresponden a Garden 3 y 4 de emergencia, 284 casos de Garden III - IV de consulta tardía o de avanzada edad; con prótesis parcial. Este tipo de prótesis han ido disminuyendo a favor de las PTC híbridas por las mejores expectativas de vida de nuestra población.

Fracturas laterales 891 con 178 de promedio anual. Se operan con DCS 876 fracturas Las Tronzo 5 que son 91 las que hemos solucionado preferentemente con el DCS. Las subcanterianas 63 casos se trataron con DCS. 5 casos tenemos con el PFN. Las 78 fracturas acetabulares y de pelvis son tratadas con placas y tornillos de osteosíntesis de Matta.

PATOLOGÍA ORTOPÉDICA.

Las PTC de cadera por artrosis son 1548, 57%



Dr. Julio Botello



Dr. Iván Radovic

en mayores de 65 años utilizamos dos líneas de prótesis híbridas, la MS-30 y la Exeter.

En los menores de 65 años, se usa una mayor variedad de PTC no cementadas pero la más frecuente es la Wagner Cónica porque las secuelas de displacia es la mayor causa de artrosis juvenil.

En cirugía de recambio, en la que sin duda hemos sido los pioneros-, 188 casos en cinco años, 109 en mayores de 65 años y 79 en menores de 65 años”.

Hemos usado toda la gama de vástagos en la historia de recambios protésicos. En la actualidad usamos los más modernos, sean estos monobloque de fijación diafisaria y modulares.

El Dr Radovic por su parte, realizó una exposición sobre una nueva alternativa en la resolución de recambios protésicos de vástagos femorales con un implante de tipo modular con el que se cuenta hace aproximadamente 1 año en nuestro país. Implante que describe como versátil y predecible en sus resultados al mostrar un informe preliminar auspicioso de los primeros 20 casos operados en el Instituto entre Julio de 2007 y Julio de 2008.

“Fractura de Escafoides: Osteosíntesis Percutánea”

El Dr. Naranjo, integrante del Equipo de Mano del Instituto Traumatológico, destacó que este Equipo surge en 1986 en la dirección del Dr. Miguel Gasic y que se conformó, con el objetivo de concentrar la patología de la mano y la muñeca para generar un grupo de profesionales altamente capacitados para el diagnóstico y manejo de estas lesiones.

“Básicamente en lo que se refiere cirugías principalmente en fracturas de muñeca- destacó-, realizamos el año recién pasado 233 siendo la gran mayoría de alta complejidad puesto que son derivadas de otros equipos o son cirugías secundarias de pacientes derivados de otros servicios”.

“Hace aproximadamente tres años que estamos desarrollando este tipo de trabajo, con osteosíntesis percutánea con abordajes mínimos. En fracturas desplazadas, la cirugía es indiscutible pero en fracturas no desplazadas, existe una serie de controversias en el sentido de que la ma-



Dr. Marcos Naranjo.

yoría de éstas son capaces de reparar si se tratan e inmovilizan adecuadamente por los períodos necesarios”.

“Sin embargo los argumentos de los distintos trabajos apuntan a que si uno es capaz de operar estas fracturas, las ventajas de la cirugía están relacionadas con los menores costos directos e indirectos relacionados tanto con la cirugía como con las prolongadas hospitalizaciones o inmovilizaciones, con los menores tiempos de consolidación ósea, con la recuperación precoz de rango de la muñeca y con un a reincorporación a la vida laboral y deportiva más precoz”.

“Operados con tornillo sin cabeza, 11 pacientes con un seguimiento de 20 semanas con excelentes resultados y con muy baja tasa de complicaciones. El abordaje usado es bastante menor se hace a través de la misma aguja que uno coloca inicialmente, se disecciona el tejido más profundo y se inserta el tornillo”.

Endoprótesis de Rodilla: Total, Unicompartamental y Patelofemoral

El Dr. Hugo González señaló que esta patología aumenta con la edad y que los factores de riesgo están asociados a herencia, obesidad, antecedentes traumáticos y probablemente también, a actividad física pesada.

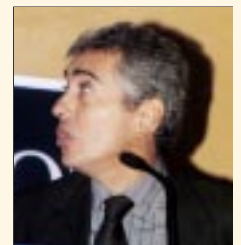
“En jóvenes que realizan actividad laboral pesada, probablemente vamos a privilegiar todas las alternativas biológicas como son la cirugía artroscópica, todo lo que tiene que ver con reconstrucciones de ligamentos ya sea cruzado anterior o posterior y las osteotomías correctoras de ejes.

Excepcionalmente planteamos alternativas protésicas en este grupo de edad. En pacientes mayores que realizan una actividad laboral más liviana, privilegiamos frecuentemente las alternativas protésicas como las prótesis unicompartamentales, patelofemorales o totales de rodilla.

Nuestro protocolo de prótesis de rodilla se inicia en 1989,

con la creación del Equipo de Rodilla y esta patología se empieza a manejar en forma protocolizada, realizándose análisis epidemiológicos en forma periódica, se incorpora el score de evaluación funcional del Hospital de Cirugía Especial de Nueva York, se realiza un análisis sistemático de las complicaciones y en los últimos años, incorporamos la evaluación de sobrevivencia de los implantes con curvas de supervivencia a diferentes eventos.

Nuestra base de datos a Junio de este año incluye 811 prótesis totales de rodilla y va a ser motivo de una presentación en el Congreso SCHOT de este año. En cuanto a etiología, fundamentalmente es osteoartritis primaria. “En un 25% tenemos osteoartritis secundaria y destaca un 20% de artritis reumatoide. Por género, un 73% son mujeres y 27% hombres”.



Dr. Hugo González

Médico internista con subespecialidad en gastroenterología. Estudió medicina en la Universidad de Chile, realizó su formación de pre y post grado y de especialidad como becado en esta casa de Estudios Superiores y en los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes y además, es médico gastroenterólogo de la Unidad de Endoscopia del Hospital de Carabineros y desde 1992 se desempeña como médico internista del Instituto Traumatológico.

-¿Cuál es su trabajo aquí puntualmente?

-Mi trabajo apunta fundamentalmente a ser un pilar de apoyo a los médicos traumatólogos en el manejo de sus enfermos, fundamentalmente haciendo una evaluación de todo lo que es la parte operatoria y con un buen control en el post operatorio, previniendo y tratando las complicaciones y enfermedades que se producen en la evolución de los pacientes, especialmente en los de tercera edad que obviamente tienen patologías asociadas y no están exentos de presentar alguna complicación médica en el curso de su hospitalización.

-¿Hace Policlínico también?

-Además me toca efectuar un policlínico en el cual también se evalúan algunos funcionarios, dando así algún apoyo a los funcionarios del Instituto en algunas patologías de manejo práctica-

Dr. Mario Ojeda Vargas



mente ambulatorio. También en ese Policlínico hacemos control de evaluaciones de los pacientes que tienen que ver con patologías AUGÉ que van a ser posteriormente operados aquí.

-¿Cómo ha sido su permanencia en el Instituto?

- Siempre me he sentido parte del equipo médico, contento y a gusto aquí porque tengo muy buena relación con el

resto de los colegas traumatólogos, una interacción directa con los becados que les corresponde evaluar en una primera etapa a los pacientes que se hospitalizan. Con el personal de enfermería también trabajamos en forma bastante directa y muy a la par para controlar y manejar adecuadamente los pacientes. Yo diría que es una experiencia bastante agradable, se hace un trabajo muy placentero y con muy buenos resultados.

¿Qué aporta a los pacientes su trabajo en el Equipo de Salud?

- A tener la tranquilidad y la confianza de que las cosas se están haciendo en forma adecuada, que se están minimizando los riesgos frente a una toma de decisiones en términos de reducir riesgos de complicaciones y frente a una determinada cirugía, apuntando fundamentalmente a tener a los pacientes en las mejores condiciones para enfrentar un acto quirúrgico.

¿Qué pasaría si no hubiera un internista en el equipo?

-Quizás significaría que los pacientes tendrían que ser trasladados en interconsulta a otros centros hospitalarios para su manejo y control, en una serie de situaciones que van mucho más allá del área traumatológica específicamente.

Con la colaboración de los doctores Miguel Sepúlveda, subdirector médico del Instituto Traumatológico y Roberto Díaz del Equipo de Tumores de este establecimiento se realizó una importante cirugía de tumor de pie en la Clínica Magallanes de esta ciudad austral.

Los detalles de la exitosa intervención que encabezó el Dr. Mauricio Díaz de la citada clínica y que fueron publicados en el Diario La Prensa Austral de Magallanes, señalan que la paciente de 41 años concurrió a consultar al traumatólogo Mauricio Díaz por un rebelde y constante dolor en la punta del pie.

El especialista se encontró con un infrecuente caso de tumor al hueso calcáneo Lde la parte posterior del pie-talón y los exámenes de rigor revelaron la presencia de un tumor de gran tamaño que había carcomido casi la totalidad del hueso del talón derecho de la mujer (calcáneo), dejando indemne sólo la "cáscara" (cortical) de la pieza ósea, bajo la piel.

La cirugía realizada por primera vez en la región y que duró dos horas, fue realizada con el apoyo de médicos especialistas del Instituto Traumatológico de Santiago: el cirujano traumatólogo y oncólogo Miguel Sepúlveda, director médico del mencionado centro, y el cirujano de pie Roberto Muñoz y consistió en un curetaje (retiro de la totalidad del tumor),

Exitosa Cirugía de Tumor de Pie

Intervención fue destacada en Diario La Prensa Austral de Magallanes

biopsia y relleno de la cavidad con injerto óseo, material que fue traído desde un banco de huesos en Santiago. Luego se le instaló una placa de sostén (de acero) para mantener el andamiaje de esta estructura nueva.

El Dr. Díaz expresó que "la cirugía fue exitosa, la placa quedó excelente y la visualización en rayos intraoperatoria fue perfecta, así que estamos muy conformes". El cirujano Roberto Muñoz indicó que hay que tomar en cuenta que este tipo de cirugías tienen complicaciones: "la zona de abordaje tiene un poco de hipovascularización, por tanto puede tener problemas de cierre de la herida. Las patologías tumorales 'per sé' dan mayor complejidad, pero a pesar de todo somos bastante optimistas y salimos muy satisfechos con la cirugía".

Los especialistas dictaron además, una charla médica a los traumatólogos y profesionales médicos de la región en torno a este caso, el cual será llevado a una publicación de divulgación científica.

