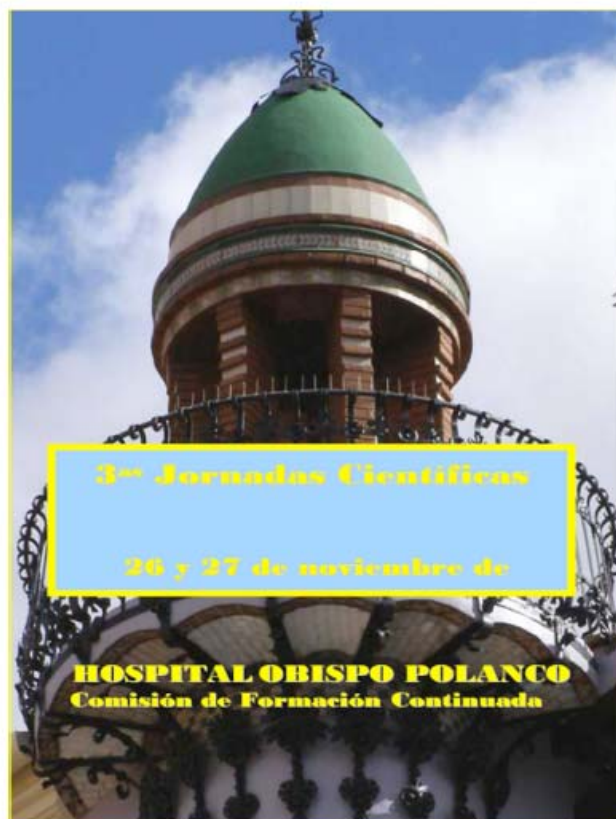


## **III Jornadas Científicas**



**Hospital Obispo Polanco**  
**SALUD. Teruel**

---

# **LIBRO RESUMEN DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS PÓSTERS Y PONENCIAS**

## ***Organiza:***

Comisión de Formación Continuada e Investigación  
Hospital Obispo Polanco  
Asociación Laín Entralgo  
Servicio Aragonés de Salud  
Ilustre Colegio Oficial De Médicos de Teruel  
Ilustre Colegio de Enfermería de Teruel  
Ilustre Colegio Oficial de Farmaceúticos de Teruel  
Ayuntamiento de Teruel  
Diputación Provincial de Teruel

## ***Colaboradores:***

Baxter. Merck Farma Química. Glaxo-Smithkline. Sanofi Aventis. Ferrer  
Farma. Bristol Myers Squibb. Abbott. Janssen-Cilag. Gilead Sciences.  
Esteve. Roche Farma. Fresenius-Kabi. Smith&Nephew.

## **DIRECTORES Y EDITORES**

M<sup>a</sup> ÁNGELES CAMACHO BALLANO  
LAURA GÓMEZ GÓMEZ  
RAFAEL GÓMEZ NAVARRO  
PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA  
FRANCISCO JAVIER LERÍN SÁNCHEZ  
M<sup>a</sup> CONCEPCIÓN VALDOVINOS MAHAVE  
IRENE VALLE GINER  
ALFONSO YUBERO ESTEBAN

## **SECRETARÍA TÉCNICA**

M<sup>a</sup> JOSE BELLIDO GALVE

## Comunicaciones Orales y Pósters

1.- TÍTULO: **¡ Y LA PIEL...LO PRIMERO!**

AUTORES: Concha Esteban Silvestre. Alicia Hernández López.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Traumatología. Hospital Obispo Polanco

2.- TÍTULO: **LAS CAÍDAS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: ANÁLISIS, INTERVENCIÓN Y RESULTADOS.**

AUTORES: Andrés Saliente, A.; Camacho Ballano, M.A.; Pérez Martínez, M.C.

CENTRO DE TRABAJO: Dirección de Enfermería. Hospital Obispo Polanco

3.- TÍTULO: **CARCINOMA COLOIDE DE MAMA.**

AUTORES: Aguado Pérez M, López Bañeres M, Pardo Martínez J.D, Balciscueta Coltell Z, Ortiz Tarín I, Sellés Dechent R, Ruiz del Castillo J.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova

4.- TÍTULO: **CARCINOSARCOMA DE RECTO**

AUTORES: Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Marta Aguado Pérez, Inmaculada Ortiz Tarín, Camilo Ernesto Rueda Alcárcer, Juan Ruiz del Castillo.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Cirugía General. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

5.- TÍTULO: **CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA.OSTEOSINTESIS PLACA LISS**

AUTORES: Fuertes Vallcorba Ariana

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Traumatología. Hospital Obispo Polanco

6.- TÍTULO: **CÓMO, CUANDO Y A QUIÉN REALIZAR UNA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

AUTORES: María Teresa Botella Esteban; María José Alcalá Escriche; María Martínez Morales; Concepción Cuervo Menéndez; Concha Thomson Llisterri; Emilio Garza Trasobares.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Endoscopias. Sección de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco

7.- TÍTULO: **CUIDADOS COMUNES DE LOS CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN**

AUTORES: M<sup>a</sup> Jesús Castellote García, M<sup>a</sup> José Goded García, Lourdes Hernández, M<sup>a</sup> Ibáñez Ortiz, Isabel Rilova, Alfonso Yubero Esteban, Ricardo Lara Lopez-Dóriga

CENTRO TRABAJO: Unidad de Oncología. Hospital Obispo Polanco

8.- TÍTULO: **DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

AUTORES: Latorre Marín, J.I., Vellisca González, M.Y., Rubiños López, C., Reboreda Amoedo, S., Escusa Julián, M., Pereyra Grustán, L.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Agudos de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

9.- TÍTULO: **DISPENSACIÓN DE AMIODARONA CON RECETA MÉDICA EN UNA OFICINA DE FARMACIA DE TERUEL**

AUTORES: Giménez Zuriaga M.A. \*, Muñoz Espílez M.F. \*\*, García García J. \*, Huesca Conejero A \*. , Botella Arenós M \*

CENTRO DE TRABAJO: Oficina de Farmacia Teruel \*. Servicio Aragonés De Salud. Sector Teruel \*\*

10.- TÍTULO: **“EL HOMBRO NORMAL EN LA IMAGEN”**

AUTORES: Roig Salgado C., Torres Nuez J., Vilar Bonacasa EY., Sánchez Santos PJ., Yago Escusa MD, Martínez Sanz G.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco

11.- TÍTULO: **EL PACIENTE EN CRISIS :DIFERENTES TIPOS DE CONTENCIÓN EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA.**

AUTORES: Milagros Escusa Julián, Pilar Alonso Pérez, Anna Mont Canela, Lorena Pereyra Grustán, Consuelo Simón Simón, JI Latorre Marín.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Agudos de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

12.- TÍTULO: **ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO**

AUTORES: Álvarez Moreno R; Alegre Soriano S; Esteban Igual A; Gómez Gómez L; Lorente Samper L; Pérez Martínez C.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco

13.- TÍTULO: **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN PACIENTES HIPERTENSOS**

AUTORES: Rafael Gómez Navarro. Médico de Familia

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Teruel Rural

14.- TÍTULO: **ESCALA DE YESAVAGE: ESTUDIO DE DEPRESIÓN EN UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.**

AUTORES: Lorena Pereyra Grustán, Cherpentier Fonseca López, Eugenia Esteban Rodríguez, Anna Mont Canela, Germán Gómez, David Saa Sendra.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco.

15.- TÍTULO: **ESTUDIO DE LA ALERGIA DERMATOLÓGICA POR CONTACTO EN PACIENTES MAYORES**

AUTORES: J.Piñol Monserrat\*, M.Navarro Lucia\*, M.D.Azua Blanco\*\*, F.Romero Cuenca\*\*\* , \*\*\*\*A.Garde Urzaiz

CENTRO DE TRABAJO: \*S. Dermatología (Sección de Alergia). H. Clínico Universitario Zaragoza \*\*Profesora titular Enfermería Geriátrica. E. Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza , \*\*\*S. Admisión. H. Clínico Universitario de Zaragoza, \*\*\*\*S. Dermatología. Hospital Obispo Polanco

16.- TÍTULO: **ESTUDIO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL CONTROL DEL TAO MEDIANTE PUNCIÓN DIGITAL**

AUTORES: Mamen Garitas Abril, Anuncia Martín Sanmiguel, Carmen Ubieto Bail, Pilar Juberias Moya, Mª Paz Lucas Hernando.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Hematología. Obispo Polanco

17.- TÍTULO: **ESTUDIO DE PACIENTES REINGRESADOS EN PLANTA DE PSIQUIATRÍA**

AUTORES L. Pereyra Grustán, A.Mont Canela, C.Fonseca López, E. Esteban Rodríguez, Sandra Reboreda Amoedo, JI. Latorre Marín.

CENTRO TRABAJO: Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

18.- TÍTULO: **EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL EN TERUEL Y ARAGON DURANTE EL PERIODO 2002-2007**

AUTORES: Muñoz Espílez María Francisca

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Aragonés de Salud. Sector Teruel. Inspección Farmacia

19.- TÍTULO: **EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PACIENTES ANCIANOS CON CANCER EN TERUEL**

AUTORES: Ricardo Lara, Alfonso Yubero, María Jesús Castellote, María José Goded, Lourdes Calvo, Isabel, María Ibáñez. Servicio de Oncología Médica.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Oncología. Hospital Obispo Polanco de Teruel

20.- TÍTULO: **EXÁMENES RADIOLÓGICOS INNECESARIOS**

AUTORES: Roig Salgado C., Vilar Bonacasa E.Y., Fernández- Bedoya I.U., Sánchez Santos P.J., Martínez Sanz G., Guillén Herrera M.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco

21.- TÍTULO: **FABRICACIÓN Y APLICACIONES DEL SUERO AUTÓLOGO EN OFTALMOLOGÍA.**

AUTORES: Cabello Miguel C., Alías Alegre EG., Navarro Casado N., Cuadrado Carballo P.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Oftalmología. Hospital Obispo Polanco

22.- TÍTULO: **FIBROMIALGIA, ¿FICCIÓN O REALIDAD?**

AUTORES: Sebastian Checa, S.; De Los Santos Juanes Arlandis, Jm.; Gutiérrez Corduente, A.; De Souza, K; Galindo Esteban, Mc.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Teruel Urbano

23.- TÍTULO: **PRESCRIPCIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES EN RECETA OFICIAL DEL SNS EN LA PROVINCIA DE TERUEL**

AUTORES: Muñoz Espílez M<sup>a</sup> Francisca

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Aragonés de Salud. Sector Teruel

24 . - TÍTULO: **LA D I S F U N C I Ó N S E X U A L E N P A C I E N T E S ESQUIZOFRÉNICOS TRATADOS CON NEUROLÉPTICOS.**

AUTORES: Esteban Rodríguez, Eugenia (1); Mont Canela, Anna (2); Pereyra Grustán, Lorena (2), Rebordea Amoedo, Alejandra (1); Saa Sendra, David (2); Fonseca López, Cherpentier (2).

CENTRO DE TRABAJO: U.M.E de C.R.P San Juan de Dios de Teruel (1) y Hospital Obispo Polanco de Teruel (2).

25.- TÍTULO: **LA IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS EN SALUD MENTAL**

AUTORES: Rebordea Alejandra, Gómez Germán, Esteban Eugenia, Pereyra Lorena, Mont Anna, Latorre José Ignacio

CENTRO DE TRABAJO: C.R.P del Hospital Psiquiátrico San Juan De Dios

26.- TÍTULO: **LESIONES ÓSEAS QUE NO HAY QUE TOCAR**

AUTORES: Roig Salgado C., Vilar Bonacasa E.Y., Torres Nuez J., Yago Escusa M.D, Fernández- Bedoya I.U., Muniesa Soriano J.A(\*).

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Radiodiagnóstico.(\*); Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Obispo Polanco

27.- TÍTULO: **“LINFOMA DE MAMA”**

AUTORES: Roig Salgado Cristina, Fernández Garrán A., Auré Casanova E., Yago Escusa; MD., Vilar Bonacasa EY., Martínez Sanz G.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco

28.- TÍTULO: **MASA ABDOMINAL: LINFOMA NO HODGKIN.**

AUTORES: De Los Santos Juanes Arlandis, J.M.; Sebastian Checa, S.; Oset García, M.; Galindo Esteban, M.C.; Gutiérrez Corduente, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro Salud Teruel Urbano

29.- TÍTULO: **DEPRESIÓN Y MENINGIOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

AUTORES: Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustán, José David Saa Sendra, Germán Gómez Bernal, Sandra Rebordea Amoedo.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

30.- TÍTULO: **MODELO NUEVO DE IMPLANTE DE ENDOMETRIOSIS EN RATA WISTAR**

AUTORES: Pedro González Ramos, Pedro Royo Manero, Francisco Javier Manero Ruiz, Ángela Pecondón Español, Jesús Gracia Romero, Pilar Bejarano Lasunción

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Unidad Mixta de Investigación. Universidad de Zaragoza

31.- TÍTULO: **NEOPLASIA APENDICULAR MUCINOSA**

AUTORES: Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Marta Aguado Pérez, Inmaculada Ortiz Tarín, Patricio A. Zumárraga Navas, Juan Ruiz del Castillo.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

32.- TÍTULO: **OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA SECUNDARIA A ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO.**

AUTORES: Yubero A., Lahoz M<sup>a</sup> T., Lara R., Castellote M<sup>a</sup> J., Goded M<sup>a</sup> J., Hernández L., Ibáñez M<sup>a</sup>, Rilova I., Valero J., Cámara F.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Oncología Médica y Servicio de Otorrinolaringología. Hospital. Obispo Polanco

33.- TÍTULO: **PACIENTES GERIÁTRICOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA**

AUTORES: C.Fonseca López, A. Mont Canela, L. Pereyra Grustán, E. Esteban Rodríguez, Fernández Alaman A.

CENTRO TRABAJO: Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

34.- TÍTULO: **“LA PARAFRENIA TARDÍA EXISTE”**

AUTORES: Anna Mont Canela, Lorena Pereyra Grustán, Eugenia Esteban Rodríguez, José David Saa Sendra, Sandra Reboreda Amoedo, Germán Gómez Bernal.

CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco.

35.- TÍTULO: **PILOTAJE E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA, EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR TERUEL : “MANTENIMIENTO DE LA HIDRATACIÓN ORAL EN PERSONAS MAYORES”.**

AUTORES: Albiñana Puerto, María; Argilés Hernández, Luisa; Carod Benedico, Etel; Escusa Anadón, Corina; Gómez Cadenas, Concepción; Martín Clemente, Manuela. Por el Grupo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud de Monreal del Campo

36.- TÍTULO: **PSEUDO-PSEUDODEMENCIAS**

AUTORES: José David Saa Sendra, Rafael Olmedillas Alvaro, Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustán, Juan Miguel de los Santos Juanes Arlandis.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Mental de Teruel.

37.- TÍTULO: **PSICOSIS E HIPERTIROIDISMO.**

AUTORES: Sebastian Checa, S.; De Los Santos Juanes Arlandis, J.M. Mont Canela, A.; Galindo Esteban, Mc; Gutiérrez Corduente, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Teruel Urbano.

38.- TÍTULO: **PULMÓN BLANCO: CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN**

AUTORES: De Los Santos Juanes Arlandis, J.M.; Sebastian Checa S.; De Pablo Cardenas, J.Mª.; Galindo Esteban, M.C.; Gutiérrez Corduente, A.

CENTRO DE TRABAJO: Centro Salud Teruel Urbano

39.- TÍTULO: **QUISTE DE DUPLICACION INTESTINAL COLONICO.**

AUTORES: Aguado Pérez M, López Bañeres M, Arlandis Palau P, Jiménez F M, Ortiz Tarín I, Balciscueta Coltell Z, Ruiz del Castillo J.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arnau de Vilanova

40.- TÍTULO: **“RETRONEUMOPERITONEO”**

AUTORES: Roig Salgado C., Torres Nuez J., Fernández-Bedoya IU., Vicario Bermúdez JM. (\*), Calpe Gil MJ. (\*), Yago Escusa MD

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Radiodiagnóstico y Medicina Interna (\*) Hospital Obispo Polanco

41.- TÍTULO: **RM DE LESIONES DEL CANAL RAQUÍDEO.**

AUTORES: Yago Escusa, M. D.; Sánchez Santos, P. J.; Roig Salgado, C.; Fernández Bedoya, I. U.; Vilar Bonacasa, E.; Torres Nuez, J.;Martínez Sanz G.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco

42.- TÍTULO: **“SÍNDROME DE LEMIERRE: TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE LA YUGULAR INTERNA SECUNDARIA A AMIGDALITIS AGUDA”**

AUTORES: Fernández Alamán, A.I.; Lahoz Zamarro, M. T.; Fonseca López, C.; Zabala López, S. I.; Sánchez Santos, P.; Uroz del Hoyo, J. J.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Interna, Servicio de Radiodiagnóstico y Servicio de ORL. Hospital Obispo Polanco

43.- TÍTULO: **SÍNDROME URÉMICO SECUNDARIO A UROPATIA OBSTRUCTIVA NO FILIADA**

AUTORES: Fonseca López, C.; Alamán Fernández, A. I.; Pereyra Grustán, L.; Zabala López, S.; Gascón Mariño A.J.; Pérez Vázquez, G.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Interna, Servicio de Nefrología y Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco.

44.- TÍTULO: **TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE UNA FÉRULA PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE UPP.**

AUTORES: Egea Forcadell E.M; Agustín Moreno A; Cañizares Gómez E; García García M.T; Latorre Sánchez Y; Serrano Enseñat L.

CENTRO DE TRABAJO: Enfermería. Hospital Obispo Polanco.

45.- TÍTULO: **TRASTORNO DISOCIATIVO VS PATOLOGÍA SOMÁTICA**

AUTORES: José David Saa Sendra, Carlos Iglesias Echegoyen, Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustán, Juan Miguel de los Santos Juanes Arlandis.

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud Mental de Teruel.

46.- TÍTULO: **TRATAMIENTOS DIALITICOS APLICADOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO.**

AUTORES: Antonio Gascón Mariño.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Nefrología. Hospital Obispo Polanco.

47.- TÍTULO: **TRIGLICÉRIDOS 4442 MG/DL**

AUTORES: Fonseca López, C.; Alamán Fernández, A. I.; Pereyra Grustán, L.; Zabala López, S.; Casanovas M.T.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Interna y Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

48.- TÍTULO: **“TROMBOSIS VENOSA YUGULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO”**

AUTORES: Fernández Alamán, A.I.; Lahoz Zamarró, M. T.; Fonseca López, C.; Vicario, J. M.; ;

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Interna y Servicio de ORL. Hospital Obispo Polanco

49.- TÍTULO: **TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE MAMA.**

AUTORES: Aguado Pérez M, López Bañeres M, Pardo Martínez J.D, Balciscueta Coltell Z, Ortiz Tarín I, Sellés Dechent R, Ruiz del Castillo J.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arnau de Vilanova

50.- TÍTULO: **“UN CASO DE CIRROSIS BILIAR PRIMARIA”**

AUTORES: Vicario Bermúdez JM., Lerín Sánchez FJ., Roig Salgado C., Botella Esteban MT., Fuertes Vallcorba A., Pérez Vázquez G.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco

51.- TÍTULO: **“UN CASO DE ESPRUE TROPICAL”**

AUTORES: Vicario Bermúdez JM., Lerín Sánchez FJ., Roig Salgado C., Fernández Alamán A., Pérez Vázquez G.,Fonseca

CENTRO DE TRABAJO: Servicio Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco

52.- TÍTULO: **UTILIDAD DE LA EPOETINA ALFA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PREDIALISIS.**

AUTORES: Antonio Gascón Mariño, Emilia Iglesias Quirós, Francisco Javier Lerín Sánchez, Gloria Pérez Vázquez, Luis García Aragón.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Nefrología y Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco

53.- TÍTULO: **VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO.**

AUTORES: B. Aguirre Alonso, M.A. Guillén Lereu, I. Escuder Arnau

CENTRO DE TRABAJO: Hospital San José.

54.- TÍTULO: **ATENCION A FAMILIARES QUE HAN PERDIDO A UN SER QUERIDO.**

AUTORES: Montserrat García Sanz. Mercedes Castellote Mengod.

CENTRO DE TRABAJO: Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Provincial de Teruel.

55.- TÍTULO: **SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE ADH (SIADH) SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS AGUDA**

AUTORES: Dolz Aspas, Raquel; Vicario Bermúdez, Juana María

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco

56.- TÍTULO: **ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MENÚS OFERTADOS POR VARIOS CENTROS ESCOLARES**

AUTORES: Muñoz Giménez Noeli; Mora Corberá Elena.

CENTRO DE TRABAJO: Oficina de Farmacia. Teruel

57.- TÍTULO: **ELABORACIÓN, EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL SECTOR TERUEL**

AUTORES: Marta C. Agudo Rodrigo, médico ESAD; Rosa M<sup>a</sup> Alegre Martín, enfermera ESAD; Montserrat García Sanz, Psicóloga AECC

CENTRO DE TRABAJO: Hospital San José Teruel

58.-TÍTULO: **ESTUDIO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

AUTORES: Mora Corberá, Elena; Muñoz Giménez, Noeli

CENTRO DE TRABAJO: Oficina de Farmacia



## **1.- TÍTULO: ¡ Y LA PIEL...LO PRIMERO!**

**AUTORES:** Concha Esteban Silvestre. Alicia Hernández López

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Traumatología. Hospital Obispo Polanco.

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:**

Explicar la importancia de retirar la piel de las flictenas producidas por la utilización del aparataje propio de las intervenciones de prótesis de rodilla.

### **MÉTODO:**

Curas en ambiente húmedo y la utilización de productos tipo "urgotul", "intrasite"... y vendaje oclusivo.

### **RESULTADOS:**

A propósito de varios casos se explica su evolución.

### **CONCLUSIONES:**

La cura en ambiente húmedo y la retirada temprana de la piel en dichas lesiones no afecta la evolución de la herida quirúrgica ni la estancia media de dicha patología en la unidad.

## **2.- TÍTULO: LAS CAÍDAS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: ANÁLISIS, INTERVENCIÓN Y RESULTADOS**

**AUTORES:** Andrés Saliente, A.; Camacho Ballano, M.A.; Pérez Martínez, M.C.

**CENTRO DE TRABAJO:** Dirección de Enfermería. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

El ingreso de un paciente en el hospital supone siempre un riesgo. Dentro de estos riesgos que afectan a la seguridad clínica, pueden suceder incidentes que originen lesiones y que destacan por su morbilidad y secuelas, como las caídas.

El índice de caídas es considerado como uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería.

En la revisión bibliográfica del Best Practice (Instituto Joanna Briggs) sobre las caídas en hospitales, se han identificado factores que pueden influir en las mismas, clasificándose como nivel III de evidencia las siguientes características: edad, estado cognitivo, historial de caídas, necesidades especiales de higiene.

Asimismo se indica que cada institución puede tener grupos de población con riesgos propios. Otros estudios se han centrado en factores asociados a las caídas, clasificándolos como nivel de evidencia IV (opinión de experto).

La Dirección de Enfermería dispone de un registro individualizado desde el año 2000 de todas las caídas que se han producido en el hospital, registro que vamos a analizar con los siguientes objetivos:

1. Identificar el perfil de riesgo del paciente que sufre caídas en nuestro hospital.
2. Valorar las consecuencias de las caídas.
3. Analizar la influencia de la intervención preventiva llevada a cabo en 2005: Cambio de camas, sillones y colocación de barras de agarre en baños.

### **MÉTODO**

Estudio descriptivo de los registros de caídas que se han producido en el Hospital los últimos cinco años (2003-2007).

Hojas de registros de caídas.

Base de datos de la Dirección de Enfermería de caídas.

Documento de la revisión del Best Practice sobre caídas en los hospitales publicado por el Instituto Joanna Briggs.

### **RESULTADOS**

1. Nº total de caídas registradas desde 2003-2007: 263 caídas. Durante la mañana 82 el 31,17% ; durante la tarde 64 el 24,33% y 117, el 44,48%, se han producido durante el turno de la noche.
2. Desde la cama se han caído 115 (43,72%), deambulando 60, en el baño 51, desde el sillón 29 y desde otro lugar, 8.
3. De los 115 que se han caído desde la cama 84 no llevaban protecciones (barandillas).
4. El 40,30% de los pacientes (106) estaban acompañados en el momento de la caída.
5. El 76,80% de los pacientes (202) estaban orientados y el 23,19% (61) estaban desorientados en el momento de la caída.
6. Las bandas de edad de los pacientes han sido:
  - Entre 70-95 años: 160 pacientes, el 60,83%.
  - Niños 0-14 años: 22
  - De 15 a 69 años: 81 pacientes
7. Las consecuencias de las caídas han sido: llesos: 168 pacientes, el 63,87%; Hematomas: 48 pacientes, el 18,25%; Heridas: 26 pacientes, el 9,88 %; Fracturas: 2 pacientes, el 0,76%; Hemorragia cerebral: 2 pacientes, el 0,76%; Otros: 2 pacientes, el 6,46%.
8. Tras la intervención se han reducido las caídas de 80 en 2005 a 43 caídas en 2007, es decir de un índice de 0,83% a un índice de 0,43%.

### **CONCLUSIONES**

1. Los factores de riesgo y perfil de los pacientes que sufren caídas son: edad entre 70-95 años, consciente y orientado, que se cae desde la cama, durante el turno de noche y a pesar de estar acompañado en muchas ocasiones.
2. Las consecuencias de las caídas van desde resultar ileso hasta lesiones graves como hemorragia cerebral.
3. El registro individualizado de las caídas nos ha permitido el análisis de las mismas, la identificación de un perfil de riesgo y la introducción de medidas preventivas que han tenido resultados positivos en la disminución del número de caídas.
4. Que el paciente esté orientado y acompañado por la familia no garantiza la ausencia de caídas, por lo que los profesionales deben concienciarse de ello y deben instruir a la familia en el uso y la importancia del mantenimiento de medidas preventivas para evitar este riesgo.

### **3.- TITULO: CARCINOMA COLOIDE DE MAMA.**

**AUTORES:** Aguado Pérez M, López Bañeres M, Pardo Martínez J.D, Balciscueta Coltell Z, Ortiz Tarín I, Sellés Dechent R, Ruiz del Castillo J.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arnau de Vilanova.

#### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma mucinoso o coloide de mama es una variedad poco frecuente de carcinoma de mama, constituyendo entorno al 3% de los mismos. Se caracteriza por la presencia de gran cantidad de moco extracelular en contacto con el estroma. Suelen presentarse en pacientes de edad avanzada, ser de cualquier tamaño, aunque normalmente bien delimitados.

Microscópicamente se puede clasificar en mucinoso puro y mucinoso mixto, siendo el primero de mucho mejor pronóstico. Rara vez tienden a metastatizar.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos 12 casos de carcinoma de mama tipo mucinoso recogidos en un intervalo de dos años (2006-2008) en nuestro hospital. Se obtienen los datos de los expedientes clínicos y de los informes de Anatomía Patológica.

#### **RESULTADOS**

Se trata de mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 88 años, con un tamaño tumoral de 1.8 a 14 cm de diámetro y de las cuales 2 tuvieron afectación axilar. Se realizaron 4 tumorectomías, 3 cuadrantectomías con vaciamiento axilar y 5 mastectomías radicales modificadas.

#### **CONCLUSIONES**

El carcinoma mucinoso de mama es una entidad poco frecuente de presentación, con un comportamiento favorable, sobre todo los puramente mucinosos, habiéndose publicado compromiso axilar en un 0-12%, con una supervivida libre a 10 años cercana al 90%, comparado con los carcinomas ductales infiltrantes, que presentan alrededor de un 30-40% de invasión axilar y una supervivida del 50%.

Dada la baja frecuencia de invasión ganglionar, recientemente se está tendiendo a realizar una cirugía más conservadora, sin disección axilar obligada, gracias al papel del ganglio centinela.

#### **4.- TÍTULO: CARCINOSARCOMA DE RECTO**

**AUTORES:** Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Marta Aguado Pérez, Inmaculada Ortiz Tarín, Camilo Ernesto Rueda Alcárcer, Juan Ruiz del Castillo.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

#### **INTRODUCCIÓN**

Carcinosarcoma es un tipo de tumor muy raro, compuesto por regiones de carcinoma y de sarcoma, cuya histogénesis es incierta. Se han descrito en varios órganos, siendo más frecuentes en cabeza y cuello, sistema urogenital femenino y pulmón. En el tracto gastrointestinal predomina en esófago, estómago y vías biliares, siendo muy raro en colon y recto. Es un tipo de tumor generalmente con comportamiento agresivo y de muy mal pronóstico.

#### **MÉTODOS**

Se presenta el caso de un varón de 67 años con antecedentes personales de vagotomía y piloroplastia por HDA, apendicectomía, peritonitis fecaloidea por perforación traumática de recto-sigma (empalamiento) que requirió intervención de Hartmann, hernia de hiato con gastritis crónica, hepatitis B postransfusional y VIH positivo en tratamiento con antirretrovirales.

El paciente consulta por tenesmo rectal, rectorragia con mucosidad casi a diario. Se realiza rectoscopia donde se objetiva LOE a 5 cm que se biopsia y se diagnostica de Carcinosarcoma. Se completa estudio de extensión con ecografía endoanal y RMN pélvica en la que se evidencia afectación de muscularis propia y de numerosas adenopatías; la ecografía abdominal descarta metástasis hepáticas y otras alteraciones. La analítica es normal, salvo leve ferropenia. CEA normal.

#### **RESULTADOS**

La propuesta quirúrgica es una amputación abdominoperineal de Miles (pT1pN0). El postoperatorio es satisfactorio y tras 7 días de ingreso, se decide alta y posterior seguimiento en consultas externas de Cirugía General y de Oncología.

#### **CONCLUSIÓN**

Tan sólo se han publicado 20 casos de carcinosarcoma en colon y recto, siendo éste el séptimo caso en recto. No existe un tratamiento específico, por tanto, se deben seguir las guías del tratamiento del adenocarcinoma de colon. La base es la cirugía radical y en algunos casos la terapia adyuvante, pero al tener un comportamiento muy agresivo, su pronóstico suele ser muy malo, siendo muy importante un estricto seguimiento por el rápido crecimiento del tumor y la alta incidencia de recurrencia local y a distancia.

## **5.-TÍTULO: CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA. OSTEOSÍNTESIS PLACA LISS**

**AUTORES:** Fuertes Vallcorba Ariana

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Traumatología. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:**

El objetivo de esta comunicación es explicar el concepto de la cirugía mínimamente invasiva aplicado al tema de fracturas traumáticas. Se centrará en las fracturas de tercio distal de fémur y en la placa Liss que a diferencia de las placas convencionales respeta el periostio óseo preservando la vascularización.

### **MÉTODO**

Se revisarán casos del hospital en los que se ha aplicado este tipo de dispositivos y también se revisará la bibliografía sobre este tema.

### **RESULTADOS**

Este tipo de dispositivo concede estabilidad angular y respeta la vascularización ósea con un mínimo daño de partes blandas.

### **CONCLUSIONES**

La colocación de dicho dispositivo tiene que ser valorada en cada caso individualmente aunque necesita de una curva de aprendizaje para poderlo comparar con el tiempo quirúrgico que se invierte en los dispositivos convencionales.

## **6.- TÍTULO: CÓMO, CUANDO Y A QUIÉN REALIZAR UNA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

**AUTORES:** María Teresa Botella Esteban; María José Alcalá Escriche; María Martínez Morales; Concepción Cuervo Menéndez; Concha Thomson Llisterrí; Emilio Garza Trasobares.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Endoscopias. Sección de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La colocación de una sonda de alimentación a través de una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un método seguro y efectivo para ofrecer nutrición enteral prolongada en pacientes que no pueden deglutir. Los objetivos son exponer con imágenes la técnica y analizar de forma retrospectiva las indicaciones y los resultados de las GEP colocadas en nuestra Unidad de Endoscopias.

### **MÉTODO**

Previo consentimiento informado, antibioterapia y sedación, se realiza en la Unidad de Endoscopias una gastroscopia y se identifica la zona de mayor transiluminación en la pared abdominal. Se realiza una incisión de 1 cm y se introduce un trócar que se visualiza en el interior del estómago. A su través se pasa una guía que se sujetará con un asa y se arrastrará hasta la boca del paciente retirando el endoscopio. La sonda se sujeta a la guía y tirando del otro extremo se consigue su salida por la incisión abdominal, donde queda sujeta mediante una fijación. Su principal indicación son los pacientes con sistema digestivo indemne incapaces de mantener sus necesidades nutricionales por vía oral y con una esperanza de vida superior a dos meses (especialmente pacientes con patología neurológica) La complicación más frecuente es la infección de los bordes del estoma y puede deberse a exceso o defecto de presión sobre éste de la sujeción. Otras complicaciones son, por ejemplo, la hemorragia digestiva, la neumonía por aspiración, la peritonitis aguda, la fuga de contenido gástrico o la extrusión de la sonda. La sonda inicial se mantiene durante 1 año tras el que se extrae por endoscopia y se sustituye por otra de balón que será recambiada vía percutánea cada 3 meses. Entre junio de 2000 y julio de 2008 se han solicitado a la Unidad de Endoscopias 46 GEP. Análisis descriptivo de los resultados.

### **RESULTADOS**

De los 46 pacientes a los que se les solicitó una GEP, 32 (69,6%) eran mujeres y 14 (30,4%) varones, con una edad media de 78,2 años (33-92) En 43 pacientes (93,5%) existía una patología de base neurológica: 26 casos (56,5%) presentaban algún tipo de demencia, 11 casos (23,9%) habían sufrido un ictus y 6 casos (13%) tenían otros tipos de enfermedades degenerativas o incapacitantes. Se intentó la realización de la técnica en todos ellos y en 8 casos no se consiguió encontrar una zona con adecuada transiluminación que indicara una buena unión de la cara anterior del estómago con la pared abdominal (por obesidad, hernia de hiato, cirugía previa o interposición del colon).

En los 38 restantes (82,6%) se logró realizar la gastrostomía con éxito. Fallecieron durante el primer mes 3 pacientes (7,9%) y entre el primer mes y antes del primer recambio (primer año) 10 pacientes (26,3%). Durante el seguimiento posterior al año y en relación a su edad y su patología de base se han contabilizado 8 fallecimientos (21%). Se mantienen actualmente en seguimiento 16 pacientes (42,1%) Entre las complicaciones observadas las más frecuentes han sido la irritación o infección alrededor del estoma con salida en ocasiones de líquido gástrico, extracciones involuntarias, fijaciones del retén a la pared gástrica y un caso de hemorragia leve de la pared abdominal.

### **CONCLUSIONES**

Nuestros resultados tienen cifras bastante aceptables si se comparan con otros estudios: la indicación ha sido mayoritariamente en pacientes neurológicos (93,5% frente al 90% en otros estudios), la mortalidad durante el primer mes del 7,9% (4-25% en otras revisiones) y las complicaciones durante el seguimiento han sido leves. Para conseguir un mayor éxito en la técnica y una disminución de la mortalidad inmediata y de las complicaciones es necesario seleccionar el momento de realización de la GEP y el paciente (enfermedad de base estabilizada, sistema digestivo indemne y estado nutricional aceptable) Además sería conveniente poder revisar y controlar estomas en una consulta especializada para un diagnóstico precoz de cualquier incidencia.

## **7.- TITULO: CUIDADOS COMUNES DE LOS CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN**

**AUTORES:** M<sup>a</sup> Jesús Castellote García, M<sup>a</sup> José Goded García, Lourdes Hernández, M<sup>a</sup> Ibáñez Ortiz, Isabel Rilova, Alfonso Yubero Esteban, Ricardo Lara Lopez-Dóriga

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Oncología. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN**

Los catéteres centrales de larga duración tienen unos cuidados comunes que tienen que ver con su implantación, mantenimiento y tratamiento de los problemas potenciales.

### **OBJETIVO**

Pretendemos conseguir que los pacientes portadores de los reservorios subcutáneos o picc (catéter central de inserción periférica), cuando acudan a cualquier unidad de la red sanitaria, encuentren los mismos cuidados respecto al uso de su catéter que en nuestro servicio.

### **MÉTODO**

Establecer criterios comunes, que deben ser la base de los cuidados, para evitar la aparición de problemas potenciales. Se plantean cuatro apartados dentro de los cuidados:

- Hemodinámicos elegimos el de menor calibre posible, a poder ser de una sola luz, que nos permita cubrir las necesidades del paciente con la menor ocupación del lumen venoso, facilitando el flujo pericatóter para evitar la formación de fibrina que se puede adherir a la capa externa del mismo, así mismo se deben utilizar con sistemas de perfusión continua, para evitar éxtasis venoso.
- Extra lumbales con técnica estéril cuidado de la zona de inserción, revisión tras la implantación a las 24h, cambio de apósito cada 48h con gasa o cada semana con apósito transparente semipermeable y siempre que se moje, fijar la aguja del reservorio para que no se salga
- Intra lumbales control a las 24h de su implantación comprobando el reflujo de sangre, lavar entre medicamentos, para conectar o desconectar cuando sea estrictamente necesario técnica estéril no dejar la infusión parado más de 5´ y cerrado sellando con heparina (20u/ml) siempre que no se esté utilizando
- Cuidados en los problemas potenciales oclusión o rotura.

### **CONCLUSIÓN**

El año 2007 se utilizaron en el servicio un total de 700 agujas de ángulo recto tanto para administrar tratamiento como para mantener permeables los reservorios, se retiraron tres reservorios, uno por desconexión dos por finalizar tratamiento, colocamos 32 picc y los mantuvimos todo el tiempo necesario con curas semanales. En la actualidad tenemos un número considerable de pacientes portadores de catéteres que deberían poder beneficiarse de ello, esperamos que con esta comunicación se consiga generalizar su uso.

## **8.- TÍTULO: DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

**AUTORES:** Latorre Marín, J.I., Vellisca González, M.Y., Rubiños López, C.,  
Reboreda Amoedo, S., Escusa Julián, M., Pereyra Grustán, L.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La depresión y la demencia son dos trastornos que afectan con frecuencia a la población adulta. Entre ambos existen altas tasas de comorbilidad. Diversas investigaciones han encontrado resultados muy dispares sobre si los síntomas depresivos aumentan o disminuyen con el avance de la demencia.

La intención de este estudio fue explorar la prevalencia de la sintomatología depresiva en sujetos diagnosticados de demencia tipo Alzheimer con un deterioro cognitivo leve o moderado, así como dilucidar si la sintomatología depresiva aumenta o disminuye en función de la gravedad de la demencia.

### **MÉTODO**

Se utilizó la escala de depresión de Hamilton para evaluar la presencia de dichos síntomas en una muestra de 75 pacientes con más de 64 años de edad de ambos sexos. Se les administró la batería neuropsicológica CAMDEX para confirmar su demencia y la escala de evaluación de la demencia (CDR) para clasificarlos en función de que el deterioro cognitivo fuese leve o moderado. Como grupo control se utilizó una muestra de 31 sujetos de similares características que no tenían ninguna demencia.

### **RESULTADOS**

La depresión es más frecuente en sujetos con demencia tipo Alzheimer que en personas sanas, y la gravedad de estos síntomas depresivos tiende (de manera no significativa) a aumentar con el deterioro cognitivo. No obstante, el incremento no es uniforme en todos los ítem del test. Los ítem que tienden a disminuir presentan un carácter principalmente cognitivo, mientras que los ítem que tienden a aumentar se corresponden con los síntomas de tipo somático.

### **CONCLUSIONES**

Con el empeoramiento de la severidad de la demencia algunos síntomas depresivos se hacen más graves y otros tienden a desaparecer. En función del tipo de aspectos a los que se preste más atención durante el proceso de evaluación, podremos obtener unos resultados o los opuestos.



## **9.- TÍTULO: DISPENSACIÓN DE AMIODARONA CON RECETA MÉDICA EN UNA OFICINA DE FARMACIA DE TERUEL**

**AUTORES:** Giménez Zuriaga M.A. \*, Muñoz Espílez M.F. \*\*, García García J. \*, Huesca Conejero A \* , Botella Arenós M \*.

**CENTRO DE TRABAJO:** Oficina de Farmacia Teruel \*. Servicio Aragonés de Salud. Sector Teruel \*\*.

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La amiodarona es un fármaco antiarrítmico indicado en el tratamiento de determinadas arritmias graves, cuando no responden a otros antiarrítmicos o cuando los fármacos alternativos no se toleran. El tratamiento inicial de estabilización debe comenzar con 600 mg/día durante 8-10 días y después la dosis debe reducirse en función de la respuesta de cada paciente, a dosis que se encuentran entre 100 mg /día y 400 mg / día. Ya que amiodarona posee una vida media prolongada, el tratamiento puede ser administrado a día alternos o bien se aconseja realizar periodos de descanso (2 días a la semana).

Los efectos secundarios del fármaco generalmente son leves, sin embargo, cabe destacar las alteraciones tiroideas frecuentes (10-18 %) y potencialmente graves, por lo que debe monitorizarse la función tiroidea durante el tratamiento y hasta varios meses después de la interrupción del mismo.

Ya que todas las reacciones adversas están normalmente relacionadas con la dosis, el objetivo de este trabajo ha sido comprobar que los pacientes que utilizan tratamientos con amiodarona, conocen el medicamento que toman, para que lo toman, la posología exacta de los mismos incluidos descansos, así como si realizan los controles de función tiroidea. Se han estudiado además los posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas.

### **MÉTODO**

Todos los pacientes que solicitaron una dispensación de amiodarona, fueron entrevistados por un farmacéutico a cerca de origen de la prescripción, duración del tratamiento, posología exacta, analíticas recientes, otros tratamientos concomitantes, posibles efectos secundarios. El periodo de estudio ha sido de tres meses

### **RESULTADOS**

A todos los pacientes entrevistados les había prescrito la amiodarona un cardiólogo. La posología siempre fue según ficha técnica del medicamento, administrado en días alternos o con periodos de descanso. Todos conocían la indicación del medicamento.

Todos los pacientes realizan controles periódicos de la función tiroidea. En los pacientes entrevistados no se ha detectado ninguna reacción adversa importante, ni interacciones medicamentosas. Siempre es el propio paciente el que retira el medicamento y todos fueron mayores de 60 años

### **CONCLUSIONES**

Todos los pacientes objeto de este estudio, que toman amiodarona, conocen para que toman el medicamento y la posología exacta, incluidos periodos de descanso. En todos los casos el fármaco fue prescrito por un cardiólogo. -No se ha detectado ningún caso de alteración de la función tiroidea. En todos los casos se realizan analíticas periódicas según ficha técnica del medicamento. -No se ha detectado ningún efecto adverso grave ni ninguna interacción medicamento-medicamento.

## **10.- TÍTULO: “EL HOMBRO NORMAL EN LA IMAGEN”**

**AUTORES:** Roig Salgado C., Torres Nuez J., Vilar Bonacasa EY., Sánchez Santos PJ., Yago Escusa MD, Martínez Sanz G.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco,

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Revisión de la anatomía del hombro normal a través de diferentes modalidades de obtención de imagen.

### **MÉTODO**

Presentación mural de imágenes seleccionadas del hombro (radiología simple, ecografía y RM) indicando las principales estructuras visibles y su correlación con esquemas anatómicos.

### **RESULTADOS**

La radiología simple identifica únicamente componentes óseos y articulares, la ecografía las partes blandas de localización más superficial, pero es la RM con su capacidad multiplanar y gran resolución de contraste la que ofrece la visión más completa.

### **CONCLUSIONES**

Las diferentes técnicas de imagen son complementarias para la valoración del hombro. Para optimizar su eficacia es necesario, como ocurre en otras áreas, desarrollar un protocolo que incluya la secuencia de pruebas más adecuada y la técnica idónea en función de cada indicación

## **11.- TÍTULO: EL PACIENTE EN CRISIS :DIFERENTES TIPOS DE CONTENCIÓN EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA.**

**AUTORES:** Milagros Escusa Julián, Pilar Alonso Pérez, Anna Mont Canela, Lorena Pereyra Grustán, Consuelo Simón Simón, JI Latorre Marín.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Agudos de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes ingresados en Psiquiatría , pueden en situaciones agudas poner en riesgo su propia integridad, la de otros pacientes o del personal que los atiende o incluso del propio entorno. Por lo que precisan diferentes métodos de contención. De ahí la importancia de priorizar los mecanismos de actuación como forma de que no se produzcan o sean lo menos agresivos posibles para el paciente.

### **OBJETIVOS**

Reflejar la estadística de contenciones en unidad de corta estancia

### **MÉTODO**

Estudio observacional ,descriptivo, retrospectivo de una muestra de 178 pacientes ingresados desde el 1 de enero y hasta 9 septiembre del 2008.Se elabora una ficha de control de los diferentes tipos de contención.

Se obtienen diferentes indicadores:

- Nº pacientes con contención mecánica/Nº total de pacientes.
- Nº pacientes con contención psíquica/Nº total de pacientes.
- Nº pacientes con contención química/Nº total de pacientes.
- Nºpacientes que han precisado dos o más contenciones/ Nº total de pacientes.

### **RESULTADOS**

- En el periodo de 1 de enero a 9 de septiembre del 2008 ha habido un total de 178 ingresos.
- Han precisado contención mecánica un 21.3% (38 pacientes).
- Han precisado contención psíquica un 48.9% (87 pacientes).
- Han precisado contención química 27.5% (49 pacientes).
- Han precisado dos o más contenciones el 27% de los pacientes ingresados.
- No han precisado ningún tipo de contención un 47.1% de los pacientes ingresados.
- En un 4% de los pacientes no se plantea la contención psíquica debido a su estado de agitación.

### **CONCLUSIONES**

En la mitad de los pacientes de una planta de agudos no son precisas medidas de contención por parte del personal sanitario más allá del tratamiento convencional.

En nuestra planta de agudos menos de una cuarta parte de los pacientes precisan de inmovilización involuntaria por presentar auto/heteroagresividad importante.

## **12.- TÍTULO: ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO**

**AUTORES:** Álvarez Moreno R; Alegre Soriano S; Esteban Igual A; Gómez Gómez L; Lorente Samper L; Pérez Martínez C

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Los catéteres intravenosos periféricos son los dispositivos usados con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados, y su utilización es imprescindible para la práctica clínica.

Como toda técnica invasiva, la cateterización venosa puede complicarse con episodios infecciosos locales o sistémicos entre los que destaca la flebitis.

Ciertos aspectos en el manejo de catéteres como su cambio periódico, el tipo de apósito, la frecuencia de cura del punto de inserción, utilización de equipos de administración, etc., continúan siendo controvertidos.

Todo lo anterior unido a la constatación de una gran variabilidad en la práctica hace necesario elaborar e implantar un protocolo basado en la mejor evidencia disponible (aprovechando el convenio de colaboración con el Instituto Joanna Briggs) con el fin de ofrecer una práctica clínica de enfermería homogénea, disminuir el riesgo de complicaciones y optimizar el uso de los recursos sanitarios.

### **OBJETIVOS**

Elaborar e implantar en el Hospital Obispo Polanco un protocolo para el cuidado de los catéteres intravenosos periféricos basado en la evidencia.

Disminuir la variabilidad en los cuidados de los catéteres intravenosos periféricos

Disminuir el riesgo de flebitis en los pacientes portadores de catéter intravenoso periférico

### **MÉTODO**

El protocolo ha sido elaborado por un grupo de trabajo formado por tres coordinadoras y trece enfermeras de los hospitales de Alcañiz, Calatayud y Teruel, con la colaboración del ICS, a partir de la Revisión de Guídelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002 C.D.C.-USA en su versión española adaptada 2006 y el Best Practice "Manejo de dispositivos vasculares periféricos" del Instituto Joanna Briggs.

Los Revisores Externos han sido la Comisión de Cuidados del Hospital Ernest Lluch de Calatayud y la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Elaboración del plan de implementación.

Implantación del protocolo en las Unidades de Urgencias, Cirugía y Medicina Interna.

Sesiones formativas para las unidades seleccionadas.

Difusión del protocolo en el resto del hospital.

### **RESULTADOS**

Elaboración y difusión del protocolo en formato electrónico y en papel

Elaboración y distribución de un póster recordatorio para todas las unidades de enfermería.

Se han impartido sesiones de formación de dos horas para las enfermeras de Urgencias, Cirugía y Medicina Interna.

Se ha realizado un corte en febrero de 2008 en todas las unidades de enfermería para medir la situación de partida, con los indicadores incluidos en el protocolo.

Se ha realizado un corte en septiembre de 2008 en Urgencias, Cirugía y Medicina Interna para medir los indicadores incluidos en el protocolo.

Seguimiento mensual de los indicadores en las unidades señaladas.

### **CONCLUSIONES**

El proceso de implementación de protocolos de cuidados requiere un gran esfuerzo por parte de la administración y de los profesionales que los desarrollan, pero la utilización de protocolos basados en la evidencia es de gran utilidad para mejorar los cuidados que prestamos y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

### **13.- TÍTULO: ENFERMEDAD RENAL CRONICA OCULTA EN PACIENTES HIPERTENSOS**

**AUTORES:** Rafael Gómez Navarro. Médico de Familia  
**CENTRO DE TRABAJO:** Centro de Salud Teruel Rural

#### **INTRODUCCIÓN**

Definimos la enfermedad renal crónica (ERC) como aquella en la que existe una disminución de la función renal expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina (CICr) estimado  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses. La ERC constituye hoy en día un importante problema de salud en las sociedades desarrolladas, indudablemente vinculado al progresivo envejecimiento de la población y a la elevada prevalencia de patologías como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes.

#### **OBJETIVOS**

Determinar y estadiar la función renal de nuestros pacientes hipertensos mediante ecuaciones predictivas y Crp. Valorar el grado de concordancia existente entre los resultados obtenidos por ambas ecuaciones. Determinar el porcentaje de pacientes con deterioro de la función renal "que se ocultan" tras valores normales de Crp. Analizar distintos factores que pueden colaborar en el deterioro de la función renal de nuestros pacientes.

#### **MÉTODO**

Estudio descriptivo transversal realizado entre el 26 de Octubre de 2007 y el 15 de Marzo de 2008. El ámbito del estudio fue el barrio pedáneo de Caudé. Su población de referencia en el momento de comenzar el estudio era de 265 usuarios. La población en estudio fueron los pacientes diagnosticados de HTA incluidos el Servicio 305: "Atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial", de la vigente Cartera de Servicios del SALUD. A todos los pacientes se les solicitó analítica con bioquímica general, se tomaron las pertinentes medidas antropométricas, se interrogó sobre el hábito tabáquico y se determinó la tensión arterial. Se registraron los años de evolución de la patología. Se determinó el FG de cada paciente estimado por las fórmulas de Cockcroft-Gault y MDRD abreviada. La interpretación y estadiaje del resultado del FG se llevó a cabo según la Guía de la National Kidney Foundation. Se realizó el análisis descriptivo de las distintas variables estudiadas reflejando los resultados en porcentajes o en medias  $\pm$  desviación estándar. La posible dependencia lineal entre variables cuantitativas se estudió mediante modelos de regresión lineal múltiple. La posible relación entre variables cualitativas se ha estudiado mediante la prueba de chi-cuadrado. El análisis de la concordancia en el diagnóstico de ERC entre ambas ecuaciones se realizó mediante el índice kappa (IK).

#### **RESULTADOS**

Se estudiaron un total de 52 pacientes (57,7% mujeres). Edad media  $72,4 \pm 10,8$ . Cumplían los objetivos de TA el 38,5%. Un 32,6% (Cockcroft-Gault) o un 21,5% (MDRD) cumplían criterio de ERC. Índice de Kappa 0,3. Predomina la ERC en las mujeres. El 21,4% (Cockcroft-Gault) y 9,5% (MDRD) de pacientes con ERC tenían valores normales de Crp. No encontramos dependencia lineal entre las cifras de TA y la FR. El cumplimiento de los objetivos de TA no supone un menor desarrollo de ERC. En los varones encontramos dependencia lineal entre la FR (MDRD) y los años de evolución de la HTA.

#### **CONCLUSIONES**

Entre 1/3 y 1/4 lo los hipertensos presentan ERC. Un porcentaje considerable presenta valores de Crp normal. Es imprescindible el uso sistemático de ecuaciones predictivas.

#### **14.- TÍTULO: ESCALA DE YESAVAGE: ESTUDIO DE DEPRESIÓN EN UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.**

**AUTORES:** Lorena Pereyra Grustán, Cherpentier Fonseca López, Eugenia Esteban Rodríguez, Anna Mont Canela, Germán Gómez, David Saa Sendra.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco.

#### **INTRODUCCIÓN**

La depresión es frecuente en la edad avanzada pero no es una parte natural del envejecimiento. Sin tratamiento puede agravar el deterioro físico, cognitivo y social del paciente.

La escala de depresión psiquiátrica (GDS) es una herramienta útil de medida de la depresión que consta de 30 ítems de respuesta dicotómica (SI, NO). Tiene una versión abreviada de 15 ítems que fue creada en 1986 y que es más útil en pacientes con afecciones físicas o demencia leve-moderada. La sensibilidad es del 92% y la especificidad del 89%. El cuestionario no reemplaza la entrevista diagnóstica realizada por profesionales de salud mental.

#### **OBJETIVO**

Observar si en la entrevista clínica se evidencia la presencia de síntomas depresivos, si éstos son objetivados en la escala de 15 ítems y si los pacientes que en la escala dan valores positivos son valorados por psiquiatría.

#### **MÉTODO**

Estudio descriptivo observacional de una muestra de 32 pacientes ingresados en la planta de medicina interna del Hospital Obispo Polanco en julio del 2008 a quien se les administra la escala de depresión geriátrica.

#### **RESULTADOS**

-Tres de los pacientes no pueden contestar a las preguntas.

-No se evidencia depresión en la escala en un 65.2%, presentan depresión leve el 30.4% y depresión moderada el 4.3%.

-La depresión moderada se presenta en un paciente ingresado por ictus.

-Ninguno de los pacientes fue valorado durante su ingreso por el servicio de psiquiatría.

-Tres de los pacientes tenían antecedentes de demencia pero ninguno fueron positivos en la escala.

-Cuatro de los pacientes son <65 años pero ninguno obtuvieron resultados positivos en la escala.

#### **CONCLUSIONES**

Los síntomas depresivos en la población ingresada tienen una proporción elevada, deberían ser observados por el clínico y evaluados por psiquiatría.

## **15.- TÍTULO: ESTUDIO DE LA ALERGIA DERMATOLÓGICA POR CONTACTO EN PACIENTES MAYORES**

**AUTORES:** J.Piñol Monserrat\*, M.Navarro Lucia\*, M.D.Azua Blanco\*\*, F.Romero Cuenca\*\*\* A.Garde Urzaiz\*\*\*\*

**CENTRO DE TRABAJO:** \*S. Dermatología (Sección de Alergia). H. Clínico Universitario Zaragoza  
\*\*Profesora titular Enfermería Geriátrica. E. Universitaria de Ciencias de la Salud. Zaragoza \*\*\*S. Admisión. H. Clínico Universitario Zaragoza \*\*\*\*S. Dermatología. H. Obispo Polanco Teruel

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Las manifestaciones alérgicas dermatológicas son una de las patologías más frecuentes de las consultas de dermatología (3-5%). Se define como una inflamación aguda crónica o subaguda de la piel producida por el contacto de determinados agentes externos. Las lesiones de eccema se desarrollan por mecanismos alérgicos o irritantes del agente contactante.

### **MÉTODO**

Se estudian pacientes registrados durante 9 años en la Sección de Alergia del H. Clínico Universitario de Zaragoza determinando los grupos etiológicos más frecuentes de esta patología y su distribución según edad y sexo, localización de lesiones, ocupación, y positividades a cada alergia.

Del total de pacientes estudiados durante este periodo de tiempo (1550 pacientes) se seleccionaron aquellos que tenían 65 o más años con lo que el grupo de análisis para este trabajo lo constituyen 50 pacientes (17 varones y 33 mujeres) lo que supone un 3,08% del total de varones diagnosticados y un 4,35% del total de mujeres diagnosticadas. El diagnóstico se hizo mediante una Historia Clínica exhaustiva y la realización a todos los pacientes de pruebas epicutáneas (series GEIDC: Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto).

Técnica, aplicación y lectura de los parches se realizaron según las indicaciones de este Grupo.

### **RESULTADOS**

El tipo de alergia más frecuentemente observada es la relacionada con la administración de medicamentos tópicos usados para el tratamiento de otras afecciones dermatológicas. En mujeres los agentes causales más frecuentes fueron el níquel, los PPD, las cainas y los perfumes mix. En varones los agentes causales más frecuentes fueron el IDU, cainas, cromo, neomicina, peróxido de benzoilo y PPD.

### **CONCLUSIONES**

Las personas mayores consultan poco por este tipo de patología y muchas veces se detecta de forma indirecta al estudiar al paciente por otras patologías: insuficiencia venosa y úlceras varicosas, alteraciones metabólicas...etc. En la práctica clínica diaria, en el momento de prescribir tratamientos tópicos al paciente geriátrico se debe evitar el uso de determinadas sustancias con elevada capacidad sensibilizante (cainas, neomicina...etc.).

## **16.- TÍTULO: ESTUDIO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL CONTROL DEL TAO MEDIANTE PUNCIÓN DIGITAL**

**AUTORES:** Mamen Garitas Abril, Anuncia Martín Sanmiguel, Carmen Ubieto Bail, Pilar Juberias Moya, M<sup>a</sup> Paz Lucas Hernando.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Hematología. Obispo Polanco. Teruel

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Tras la implantación del Control Tao mediante punción digital se planteo realizar Evaluación del nivel de satisfacción de usuarios y personal de enfermería. Los objetivos eran mejorar la confortabilidad y reducir el tiempo de espera tanto de punción como de Recogida de resultados.

### **MÉTODO**

La población han sido pacientes con tratamiento de sintrom atendidos en un periodo de dos meses

Aparatos-Protime(Izasa) EASLYNE(Izasa)

Encuestas realizadas a los pacientes y al personal de enfermería.

### **RESULTADOS**

Tras la valoración de ochenta y ocho encuestas realizadas se obtienen los siguientes resultados:

De ochenta usuarios el 93.7% percibe menos dolor, el 95% refiere menos tiempo de espera y el 100% mayor comodidad. Y de las ocho enfermeras refieren menos dificultad a la hora de pinchar y menos tiempo y más comodidad para obtener los resultados.

### **CONCLUSIONES**

Habiendo valorado los resultados de las encuestas, tanto del personal como de los usuarios, se deduce que la punción digital para control de Tao es satisfactoria respecto a la venosa por abreviar tiempo y ser menos dolorosa



## **17.- TÍTULO: ESTUDIO DE PACIENTES REINGRESADOS EN PLANTA DE PSIQUIATRÍA**

**AUTORES** L. Pereyra Grustán, A.Mont Canela, C.Fonseca López, E. Esteban Rodríguez, Sandra Reboreda Amoedo, JI. Latorre Marín. Unidad de corta Estancia de Psiquiatría, Hospital Obispo Polanco  
**CENTRO DE REBAJO:** Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN**

Los Centros de salud mental nacieron para evitar la institucionalización y la prevención de ingresos psiquiátricos. Esto llevó a aumentar la demanda de atención y el número de hospitalizaciones, con un fenómeno de saturación tras los primeros años y la tendencia a hospitalizaciones más cortas con aparición del fenómeno de “puerta giratoria”.

La provincia de Teruel cuenta con una población de aproximadamente 140.800 personas, de las cuales unas 38.000 viven en Teruel ciudad y el resto en las 236 poblaciones de la provincia.

Existen diferentes centros de salud mental (Teruel, Alcañiz, Utrillas, Calamocha) que derivan los pacientes para ingreso así como los centros de salud correspondientes.

### **MÉTODO**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría desde su creación (julio 2004) hasta la actualidad (septiembre 2008). Muestra de 921 ingresos.

### **RESULTADOS**

□ Entre los años 2004 y 2008 ha habido un total de 921 ingresos de los cuales 479 son pacientes reingresados.

□ La tasa anual de ingresados es de 14.15 por cada 10.000 habitantes.

□ Se observa que la mayoría de pacientes ha ingresado en 2 ocasiones (55.7%) o en 3 (22.8%) en estos años. Por número de reingresos se denominan pacientes de “Puerta giratoria” con más de 8 ingresos (6.1%)

□ Por edades las personas más reingresadoras se encuentran entre los 30 y 50 años (50%), los menores de 30 años son el 17.5% y los mayores de 50 años el 27.5%.

□ Los pacientes que reingresan la mayoría lo hacen en 2 (55,7%) o 3 (22,8%) ocasiones, obteniendo un valor máximo un paciente con 21 reingresos (en la actualidad fallecido).

□ Un alto porcentaje de los pacientes que reingresan por segunda vez lo hacen en el espacio menor a un mes (21.7%) y en muchas ocasiones tras haber solicitado el alta voluntaria.

□ Los pacientes que más reingresan son los Tr. Límite (19,6%) de la personalidad o los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide (14,2%).

## **18.- TÍTULO: EVOLUCION DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL EN TERUEL Y ARAGON DURANTE EL PERIODO 2002-2007**

**AUTORES:** Muñoz Espílez María Francisca

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio Aragonés de Salud. Sector Teruel. Inspección Farmacia

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

El Real Decreto 1475/2001 de 27 de diciembre, traspassa a la Comunidad Autónoma de Aragón las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. El Decreto 6/2002, de 22 de enero del Gobierno de Aragón asigna al Departamento de Salud y Consumo las funciones en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y con ello la gestión de la prestación farmacéutica. El objetivo de este trabajo ha sido conocer como ha evolucionado la prestación farmacéutica a través de receta en nuestra provincia durante este periodo, su comparación con la Comunidad Autónoma de Aragón y con el resto del Estado

### **MÉTODO**

Este trabajo ha sido realizado con los datos de facturación de recetas presentados por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en las tres provincias aragonesas, del programa de gestión Farmasalud del Servicio Aragonés de Salud y de los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El periodo de estudio ha sido el comprendido entre el año 2002 y el 2007, para tener datos de años completos

### **RESULTADOS**

El gasto a través de receta oficial del SNS en nuestra provincia durante los años del periodo postransferencial 2002-2007 ha crecido el 26.6 %. En Aragón creció el 25.9 % y en el total del Estado 24.6 %. Los dos Sectores sanitarios, Teruel y Alcañíz, crecen en la misma línea

El número de recetas facturadas creció en la provincia de Teruel el 42.6 %, 41.4 % en Aragón y 40.3 % en el Estado. El precio medio de receta creció 12.6 %, 12, % y 10.4 % respectivamente

El consumo de medicamentos Genéricos ha ido aumentado hasta un 21 % en 2007 y en Aragón pasó del 8 % al 17 %.

La prescripción por principio activo en nuestra provincia es el 18.5 % de las recetas facturadas y en Aragón el 14.4 %.

Los medicamentos genéricos en Teruel suponen el 21.1 % del total de las recetas dispensadas, mientras que en el total de la Comunidad Autónoma son 17.1 % Teniendo en cuenta los datos de población protegida y mes, se han revisado los datos de los distintos Sectores Sanitarios de Aragón. El Gasto por Persona Protegida G.P.P. en el Sector de Teruel, es de 17.95 euros/mes, el más bajo de todos los Sectores de Aragón, al igual que el Gasto medio por Receta G.P.R. El número de recetas por persona protegida R.P.P. en el Sector Teruel es de 1.49 recetas/mes.

### **CONCLUSIONES**

-El gasto farmacéutico en Teruel a través de receta oficial durante los últimos cinco años, ha evolucionado en nuestra provincia en la misma línea que en el total de la Comunidad Autónoma y que el resto del Estado. Tampoco se aprecian diferencias de crecimiento entre los dos Sectores sanitarios de la provincia.

-La prescripción por principio activo así como el consumo de medicamentos genéricos es más elevada en la provincia de Teruel que en el resto de Aragón, aumentando progresivamente en ambos casos

-Teniendo en cuenta datos de población protegida, el Sector Teruel, es el que presenta menor gasto por persona protegida y menor gasto por receta de todos los Sectores Sanitarios de Aragón.

## **19.- TÍTULO: EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCER EN TERUEL**

**AUTORES:** Ricardo Lara, Alfonso Yubero, María Jesús Castellote, María José Goded, Lourdes Calvo, Isabel , María Ibáñez. Servicio de Oncología Médica.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Oncología. Hospital Obispo Polanco de Teruel

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La SIOG (Sociedad Internacional de Oncología Geriátrica) estima que en la actualidad más del 40% de los cánceres desarrollados en los países occidentales se dan en personas mayores de 65 años. Nuestro objetivo con este trabajo es revisar el número de pacientes con cáncer mayores de 70 años valorados en el Servicio de Oncología de nuestro hospital en los últimos 24 meses, realizar una descripción del tipo y características de los tratamientos oncológicos recibidos en este subgrupo de pacientes, así como detallar las patologías más prevalentes en ellos, en comparación con el resto de pacientes oncológicos

### **MÉTODO**

Se ha realizado un estudio epidemiológico-descriptivo analizando la base de datos de los pacientes que han sido valorados dentro del Servicio de Oncología Médica de nuestro hospital en los últimos 2 años ( Septiembre del 2006 a Septiembre del 2008 ), tanto los que han recibido algún tipo de tratamiento oncológico activo ( quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia..) como los que sólo han recibido tratamiento sintomático-paliativo

### **RESULTADOS**

De un total de 476 pacientes valorados en los últimos 24 meses, 191 (40%) eran mayores de 70 años. De los 191 pacientes, 120 (63%) habían recibido algún tipo de tratamiento activo, mayoritariamente quimioterapia (102, un 54%). Exclusivamente 71 pacientes (el 37%) sólo recibieron tratamiento sintomático-paliativo. Por patologías, 67 tenían un carcinoma colorrectal, 32 carcinoma de mama, y 22 carcinoma de pulmón, que son los cánceres más prevalentes en la población occidental. Solamente 70 pacientes (un 37%) tenían otras patologías (predominando el cáncer de próstata y los tumores de cabeza y cuello).

### **CONCLUSIONES**

En nuestro trabajo se observa una concordancia de los datos obtenidos con los publicados por otras series poblacionales, quizá con una tendencia superior debido al tipo de población que atiende nuestro área sanitaria. Asimismo se deduce de los datos presentados que la edad avanzada no es el principal condicionante a la hora de acceder a los tratamientos oncológicos activos ( quimioterapia principalmente ), sino las posibles comorbilidades y otros factores inherentes a la propia enfermedad

## **20.- TÍTULO: EXÁMENES RADIOLÓGICOS INNECESARIOS**

**AUTORES:** Roig Salgado C., Vilar Bonacasa E.Y., Fernández- Bedoya I.U., Sánchez Santos P.J., Martínez Sanz G., Guillén Herrera M.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco .

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

El 30 % de las peticiones de radiografías se hacen por la preocupación del médico ante la amenaza de una mala praxis y no están diseñadas para ayudar al paciente.

Existen muchas razones por las que no es deseable hacer exámenes radiológicos innecesarios: aumento del gasto, exceso de radiación, pérdida de tiempo por parte del paciente, del radiólogo y del técnico, creación de falsas esperanzas e ilusiones basadas en el resultado del examen.

Nuestro objetivo es dar a conocer aquellos exámenes radiológicos innecesarios y evitar la solicitud sistemática de los mismos.

### **MÉTODO**

Recogemos ejemplos de exámenes radiológicos innecesarios, que se solicitan habitualmente en cualquier hospital. Exponemos cuáles son los motivos por los que se incluyen en este grupo y las circunstancias que podrían hacerlos necesarios.

### **RESULTADOS**

Dando a conocer los exámenes radiológicos innecesarios, se reduce el número de solicitudes radiológicas no necesarias para el paciente, por lo tanto se reduce la radiación que éste recibe de forma innecesaria, el gasto sanitario y la pérdida de tiempo.

### **CONCLUSIONES**

Es necesario que todos los profesionales que solicitan exploraciones radiológicas, conozcan aquellas que son consideradas innecesarias y los motivos que las hacen considerarse como tal, para mejorar la adecuación de las solicitudes radiológicas.

## **21.- TÍTULO: FABRICACIÓN Y APLICACIONES DEL SUERO AUTÓLOGO EN OFTALMOLOGÍA.**

**AUTORES:** Cabello Miguel C., Alías Alegre EG., Navarro Casado N., Cuadrado Carballo P.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Oftalmología. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La utilización de suero autólogo en colirio ha sido referida por muchos autores como una nueva forma de terapia en el manejo de enfermedades de la superficie ocular. Presenta unas propiedades mecánicas y bioquímicas similares a las de la lágrima, y como ésta contiene componentes como la fibronectina, vitamina A y factores de crecimiento que, tienen un efecto epiteliotrófico sobre las células epiteliales de la superficie ocular.

En el servicio de oftalmología del Hospital Obispo Polanco se encuentran pacientes con diversas patologías de superficie ocular; algunos presentan gran afectación de las estructuras oculares, respondiendo insuficientemente al tratamiento convencional con lubricantes comercializados.

El objetivo de este trabajo ha sido establecer un protocolo razonado, al alcance de nuestro hospital, para la preparación y manejo de la terapia con suero autólogo en la práctica oftalmológica.

### **MÉTODO**

Se ha decidido protocolarizar la elaboración del suero autólogo con la ayuda del material disponible en el servicio de Hematología (centrifugadora) y Anatomía Patológica ( campana de flujo laminar). Con sangre del propio paciente se obtiene suero autólogo al 20% que, se distribuye en botes cuentagotas. El colirio adecuadamente identificado y envuelto en papel de aluminio, que protege el contenido de la luz, se entrega al paciente.

De esta forma, disponen de tratamiento durante aproximadamente 8-12 semanas con una única extracción.

Hemos establecido su preparación en condiciones óptimas para aquellos pacientes con alteraciones o manifestaciones graves en la superficie ocular o por sequedad ocular que, responden insuficientemente a los tratamientos lubricantes existentes en el mercado.

Contamos con la grata colaboración del Servicio de Hematología y Anatomía Patológica.

### **RESULTADOS**

Los resultados, pese al poco tiempo del desarrollo de este proyecto y al aún escaso número de pacientes tratados, son muy optimistas. Se ha observado mejoría subjetiva manifestada por los pacientes, disminuyendo las molestias implícitas a la sequedad ocular y el número de aplicaciones de lágrimas artificiales, y, mejoría o no empeoramiento objetivo observado por el oftalmólogo.

Justifican el planteamiento y su utilización en casos graves de sequedad ocular.

### **CONCLUSIONES**

Podemos concluir diciendo que el tratamiento con suero autólogo es un método eficaz para estimular la viabilidad de las células del epitelio corneal y conjuntival al aportar una serie de factores de crecimiento deficitarios por la sequedad ocular que acompaña a la mayoría de procesos que cursan con defectos epiteliales o trastornos en la epitelización corneal.

El bajo coste de su elaboración, su buena tolerabilidad y las respuestas obtenidas invitan a su utilización; reduciendo la dependencia y suplementando los productos lubricantes comercializados.

Se ha abierto una nueva posibilidad terapéutica que pensamos se potenciará en nuestro hospital.

## 22.- TÍTULO: FIBROMIALGIA, ¿FICCIÓN O REALIDAD?

**AUTORES:** Sebastián Checa, S.; De Los Santos Juanes Arlandis, JM.; Gutiérrez Corduente, A.; De Souza, K; Galindo Esteban, MC.

**CENTRO DE TRABAJO:** Centro de Salud Teruel Urbano

### INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

Comentaremos a partir de un caso clínico de fibromialgia, la repercusión e importancia de dicha enfermedad en cuanto a los pacientes como a la sociedad por su impacto económico y lo inexacto de su diagnóstico.

### MÉTODO

Mediante la historia clínica de una paciente seguida en nuestras consultas durante varios años, analizaremos un caso de fibromialgia severa.

### RESULTADOS

Presentamos el caso de una paciente de 49 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas pero con intolerancia a gran cantidad de analgésicos (AINES, paracetamol, inhibidores de la COX2, pregabalina, gabapentina, ISRS, tramadoles, fentanilo en parches,...). Acude por primera vez a la consulta tras suicidio de su hijo menor por cuadro vertiginoso periférico, (con inestabilidad, giro de objetos, ampliación de la base de sustentación, nistagmus horizontal,...) y sin focalidad neurológica. Se trata con trimetazidina y reposo. El cuadro se prolonga en el tiempo sin mejoría y se deriva a Neurología, donde practican un TAC, Potenciales evocados de tronco y auto inmunidad que resulta normal. Se etiqueta de vértigo de origen sicótico.

Derivamos esta vez a O.R.L. ante la persistencia de síntomas con otoscopia normal y exploración vestibular no compatible, concluyendo con diagnóstico de vértigo de origen psicógeno. Ante la persistencia de la paciente derivamos nuevamente a Psiquiatría, con diagnóstico de clínica mixta de ansiedad y depresión (último componente leve) con inquietud y disforia. Viéndose claramente un componente funcional en forma de cefalea y mareos. Pauta tratamiento con tryptizol, alprazolam y eskazine, con leve mejoría.

La paciente muy frecuentadora de la consulta acude siempre con multitud de quejas somáticas del tipo: dolores generalizados, rigidez matutina, fatiga intensa, cefalea, insomnio,...Derivamos esta vez a Reumatología con sospecha de Fibromialgia. Allí se le realizan Anticuerpos, serologías, PCR, IC circulantes, EMG-ENG,...siendo todo negativo salvo un atrapamiento en territorio de nervio ciático dech.

Diagnóstico claro de FIBROMIALGIA por su parte. Se deriva a Unidad del Dolor, donde lleva todos los tratamientos a su alcance del tipo: iontoforesis, tens, farmacoterapia en escala de dolor grave. La paciente no encuentra mejoría. Se deriva esta vez a Rehabilitación donde se le realiza electroterapia con mejoría en esta ocasión.

Nuevamente acude esta vez por lumbalgia, que se acaba derivando a trauma y así con sucesivos síntomas donde pasa por toda la gama de especialidades que posee el Salud.( RNM lumbar con dos pequeñas profusiones en L4-5 y L5-S1 y gamma grafía normal). Incluso ella por su cuenta acude a Reumatología privada y vuelve a repetir toda al batería de pruebas coincidiendo en el mismo diagnóstico que todos: FIBROMIALGIA GRADO SEVERO.

En la actualidad la paciente se encuentra muy limitada, camina con muletas, no puede trabajar y le han concedido una incapacidad permanente. Sigue acudiendo a consulta por múltiples quejas somáticas con gran frustración suya y nuestra ante la ineficacia de tratamiento.

### CONCLUSIONES

- Existe gran desconocimiento en cuanto a etiología de la enfermedad (vímica, hormonal, genética, stress, alteración de neurotransmisores tipo Dopa, Serotonina) y por lo tanto en su prevención.
- Verdadera percepción anómala del dolor íntimamente relacionada con alteraciones en el Sistema Nervioso Autónomo.
- Gran prevalencia en mujeres ( 20 a 1 respecto a hombres) y en edades entre 20 y 50 años.
- ¿Hasta que punto una persona con toda la batería de pruebas normal puede tener una limitación tan severa?

## **23.- TÍTULO: PRESCRIPCIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES EN RECETA OFICIAL DEL SNS EN LA PROVINCIA DE TERUEL**

**AUTORES:** Muñoz Espílez M<sup>a</sup> Francisca

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio Aragonés de Salud. Sector Teruel.

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

En los últimos años ha habido desabastecimientos continuados, de algunos medicamentos insustituibles, y de elevado interés terapéutico por carecer de alternativa terapéutica. Desde el Servicio Aragonés de Salud, se ha autorizado a las Oficinas de Farmacia de Aragón para elaborar fórmulas magistrales con esos principios activos. Por otra parte, también es frecuente la realización de fórmulas magistrales con principios activos comercializados, pero a dosis no disponibles en el mercado, generalmente pediátricas. El objetivo de este trabajo ha sido conocer las prescripciones de fórmulas magistrales con cargo al SALUD que se dispensan en la provincia de Teruel, los principios activos utilizados, las formas farmacéuticas más frecuentes, así como conocer el importe de las mismas y que se adaptaran a la legislación vigente.

### **MÉTODO**

Se han revisado todas las recetas oficiales de fórmulas magistrales dispensadas y facturadas por las oficinas de farmacia de la provincia de Teruel, con cargo al SALUD durante un periodo de seis meses. Se ha comprobado que estuvieran incluidas legalmente en la prestación farmacéutica según el vigente Concierto del Servicio Aragonés de Salud con las Oficinas de Farmacia, principios activos autorizados, composición cualitativa y cuantitativa especificada y se han valorado.

### **RESULTADOS**

En la provincia de Teruel se facturan mensualmente una media de cien recetas oficiales del SNS con prescripción de fórmulas magistrales, con un importe medio 21 euros por receta, lo que supone el 0.04 % del total de las rectas facturadas y el 0.05 % del importe.

El 39 % de las fórmulas magistrales, se prescriben a Activos y el 61% a Pensionistas.

Por formas farmacéuticas son más utilizadas las tópicas, 75 %, (pomadas, emulsiones y soluciones) frente a las orales, 25 % (cápsulas, papelillos)

El número de principios activos diferentes utilizados han sido de 28, elaborando 33 fórmulas distintas

La fórmula magistral más prescrita es Bicarbonato sódico en cápsulas, seguida de Tranilcipromina cápsulas y Acido retinóico en emulsión.

En importe la fórmula que supone mayor gasto para el SALUD es la vaselina salicílica pomada, seguida de bicarbonato sódico cápsulas.

Las fórmulas magistrales de precio más elevado son las correspondientes a principios activos de medicamentos con desabastecimiento en el mercado: Primidona comprimidos, Tranilcipromina cápsulas, y Cromoglicato disódico cápsulas.

### **CONCLUSIONES**

-En la provincia de Teruel se facturan con cargo al SALUD un reducido número de recetas de fórmulas magistrales, pero gran valor en la terapéutica ya que muchas de ellas corresponden a principios activos de medicamentos desabastecidos en el mercado e insustituibles. Así mismo, se elaboran dosis de medicamentos no comercializadas, lo que facilita el cumplimiento terapéutico.

-La fórmula magistral más utilizada es el bicarbonato sódico en cápsulas, y la de precio más elevado Primidona en comprimidos.

-El precio medio de receta de fórmulas magistrales es superior al de los medicamentos comercializados, destacando las fórmulas elaboradas con principios activos desabastecidos, debido al precio de las materias primas.

-Las formas farmacéuticas más utilizadas son las tópicas, seguidas de las orales. No se ha elaborado ninguna forma farmacéutica parenteral

## **24.- TÍTULO: LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS TRATADOS CON NEUROLÉPTICOS.**

**AUTORES:** Esteban Rodríguez, Eugenia (1); Mont Canela, Anna (2); Pereyra Grustán, Lorena (2), Rebordea Amoedo, Alejandra (1); Saa Sendra, David (2); Fonseca López, Cherpentier (2).

**CENTRO DE TRABAJO:** U.M.E de C.R.P San Juan de Dios de Teruel (1) y Hospital Obispo Polanco de Teruel (2).

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Los pacientes esquizofrénicos necesitan un tratamiento crónico para el control de su enfermedad. Muchas veces estos tratamientos provocan efectos secundarios que merman la calidad de vida de estas personas y son un motivo añadido para precipitar el abandono voluntario del mismo. Entre ellos figura la disfunción sexual, tan frecuente como poco explorada por los médicos. Con el presente trabajo se pretende que el personal médico tome conciencia de la importancia de considerar el efecto secundario de la disfunción sexual entre los pacientes esquizofrénicos que toman neurolépticos.

### **MÉTODO**

Se revisan artículos científicos de los últimos 2 años para los términos disfunción sexual, esquizofrenia y neurolépticos y/o antipsicóticos para hacer una síntesis de las ideas más importantes sobre este tema.

### **RESULTADOS**

Se estima que entre el 30 y el 80 % de los pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos presenta disfunción sexual en mayor o menor grado, aunque en la clínica no está suficientemente explorado y se concede más importancia a otros efectos secundarios. Se da con más frecuencia en los hombres, y es un motivo importante de abandono del tratamiento.

Es una reacción adversa de los fármacos antipsicóticos, tanto típicos como atípicos, aunque varía en función de los principios activos. También interviene la propia sintomatología psicótica.

El mecanismo subyacente no se conoce por completo, si bien se cree debido en gran parte al aumento de los niveles de prolactina en sangre.

### **CONCLUSIONES**

La disfunción sexual entre los pacientes esquizofrénicos tratados con neurolépticos es un efecto secundario que está subestimado y conduce muchas veces al abandono del tratamiento. Dado el carácter crónico de esta enfermedad y la necesidad de un tratamiento a largo plazo, es importante que el médico explore también este efecto secundario para optimizar la calidad de vida del paciente y la consiguiente adherencia al mismo.



## **25.- TÍTULO: LA IMPORTANCIA DEL USO ADECUADO DE LOS RECURSOS EN SALUD MENTAL**

**AUTORES:** Reboreda Alejandra, Gómez Germán, Esteban Eugenia, Pereyra Lorena, Mont Anna, Latorre Jose Ignacio

**CENTRO DE TRABAJO:** C.R.P del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Delimitación de diferencias básicas entre los distintos niveles de actuación sanitaria en salud mental, subrayando el tipo de actuación hacia el que están orientados los dispositivos de carácter rehabilitador en salud mental.

### **MÉTODO**

Revisión bibliográfica de objetivos y contenidos fundamentales de los diferentes dispositivos asistenciales, centrándonos en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental grave.

### **RESULTADOS**

Experiencia clínica y documentación recogida al respecto insisten en la importancia del uso adecuado de los diferentes recursos destinados a la salud mental para asegurar un óptimo funcionamiento de los mismos por parte de todos los profesionales implicados en las gestiones de derivación.

## **26.- TÍTULO: LESIONES ÓSEAS QUE NO HAY QUE TOCAR**

**AUTORES:** Roig Salgado C., Vilar Bonacasa E.Y., Torres Nuez J., Yago Escusa M.D, Fernández- Bedoya I.U., Muniesa Soriano J.A(\*).

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Radiodiagnóstico.(\*)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Existen una serie de procesos, que tienen un aspecto radiográfico tan característico, que hace innecesario el uso de otros métodos diagnósticos adicionales incluyendo la biopsia.

Por ejemplo, cualquier zona que esté sufriendo un proceso de cicatrización puede tener una proporción alta de cromatina nuclear y un número elevado de mitosis y simular, por tanto, MALIGNIDAD.

La realización de biopsias en estos casos, puede conducir a un diagnóstico anatomopatológico erróneo y a acciones terapéuticas inadecuadas.

El objetivo es dar a conocer estos procesos, con el fin de evitar pruebas innecesarias.

### **MÉTODO**

Mostramos imágenes radiológicas de lesiones postraumáticas, variantes normales y lesiones reales pero evidentemente benignas, cuyo aspecto radiológico es tan característico que no precisa otros métodos diagnósticos.

Describimos sus características, indicamos los motivos por los que no se deben biopsiar y las alternativas a ésta, si las hay.

### **RESULTADOS**

El conocimiento de estas lesiones o variantes, evita la realización de pruebas diagnósticas innecesarias así como los diagnósticos anatomopatológicos erróneos.

### **CONCLUSIONES**

El conocimiento de los procesos con aspecto radiográfico característico, evita pruebas diagnósticas innecesarias y por lo tanto, contribuye a optimizar los recursos sanitarios.

## **27.- TÍTULO: “LINFOMA DE MAMA”**

**AUTORES:** Roig Salgado Cristina, Fernández Garrán, A., Aure Casanova E., Yago Escusa MD., Vilar Bonacasa EY., Martínez Sanz G.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Valoración clínica y formas de presentación del linfoma secundario de mama, en mamografía y ecografía. Estudio por imagen de los ganglios intramamarios y diseminación linfática del cáncer de mama.

### **MÉTODO**

A propósito de un caso visto en el servicio de Radiología se revisa historia clínica de la paciente, hallazgos radiológicos y estudio de la afectación mamaria mediante radiografías y ecografías.

Estudio de los ganglios intramamarios y axilares normales.

Técnicas de estudio en la diseminación ganglionar del carcinoma de mama.

### **RESULTADOS**

Aunque es una entidad rara, la mayoría de los linfomas de mama son del tipo no Hodgkin (LNH).

La presentación suele ser similar ala del carcinoma de mama, es decir, como una masa palpable, a veces con afectación bilateral. Los hallazgos son inespecíficos.

### **CONCLUSIONES**

Los linfomas de mama no tienen una apariencia radiológica específica, pueden presentarse como lesiones focales únicas (como en nuestro caso), otras veces como nódulos múltiples y mas raramente con afectación difusa de toda la mama. Por todo ello, se debe hacer diagnóstico diferencial con otros procesos malignos mamarios como el carcinoma inflamatorio. Tampoco son excluyentes los hallazgos en RM por lo que el diagnóstico final debe hacerse mediante biopsia y estudio histológico.

## **28.- TÍTULO: MASA ABDOMINAL: LINFOMA NO HODGKIN.**

**AUTORES:** De Los Santos Juanes Arlandis, J.M.; Sebastián Checa, S.; Oset García, M.; Galindo Esteban, M.C.; Gutiérrez Corduente, A.

**CENTRO DE TRABAJO:** Centro Salud Teruel Urbano

Paciente varón de 50 años, sin antecedentes de interés.

Acude a consulta de Atención primaria por referir dolor a nivel lumbar derecho que irradia hacia la ingle de varias horas de evolución, no disuria.

A la exploración se palpa masa en hemiabdomen derecho hasta pala iliaca, por lo que se deriva a Hospital.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Analítica: hemograma: leucocitos 12000 (neutrófilos 81.6%), resto normal. LDH 669.

### **ECOGRAFÍA ABDOMINAL**

Masa sólida de 14x11cm que comprime cava inferior.

### **TAC ABDOMINAL**

Masa en contigüidad con retroperitoneo, desplazando asas intestinales y vena renal derecha. Esplenomegalia y divertículos sigmoideos.

### **EVOLUCIÓN**

Se procede a intervención quirúrgica con extirpación de la masa más biopsia cresta iliaca.

### **ANATOMÍA PATOLÓGICA:**

Biopsia médula ósea: tejido óseo cortical y periostio.

Masa retroperitoneal: linfoma no Hodgkin, tipo B, difuso de células grandes. Estadío III-A.

Posteriormente el paciente pasa al servicio de Hematología para completar estudio y tratamiento quimioterápico tipo R-CHOP.

Actualmente el paciente se encuentra estable y con buena evolución.

**JUICIO CLÍNICO: LINFOMA NO HODGKIN TIPO B, DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES.**

## **29.- TÍTULO: DEPRESIÓN Y MENINGIOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**AUTORES:** Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustan, Jose David Saa Sendra, German Gomez Bernal, Sandra Reboreda Amoedo.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco, Teruel.

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Los trastornos mentales orgánicos se definían en el DSM-III como “disfunción transitoria o permanente del cerebro”. El término orgánico incluía dos posibles etiologías (enfermedad médica, o secundaria al consumo de tóxicos)

El conocimiento de los factores biológicos que contribuyen a los Trastornos mentales “ no orgánicos” ha hecho que la dicotomía entre orgánico- no orgánico sea obsoleta, por lo que en el DSM-IV ha desaparecido el subtipo “ orgánico”, considerándose que todos los Trastornos mentales tienen dicha etiología.

Algunas enfermedades médicas pueden causar síntomas psiquiátricos a través del efecto fisiológico directo sobre el cerebro, como es el caso de ciertos Tumores cerebrales.

### **MÉTODO**

Revisión de los trastornos mentales secundarios a causa médica, descripción de una caso clínico.

### **RESULTADOS/ CASO CLÍNICO**

Mujer de 77 años que ingresa en la UCE de Psiquiatría de forma programada desde su Psiquiatra ambulatorio al presentar cuadro depresivo de 8 meses de evolución resistente a tratamiento farmacológico. La mujer se encuentra consciente, orientada, adecuada, ánimo subdepresivo con fluctuaciones a lo largo del día y anhedonia parcial, no clínica psicótica ni ideación autolítica, juicio de realidad conservado. No antecedentes psiquiátricos previos. Como antecedentes médicos encontramos caídas ocasionales, incontinencia urinaria de larga evolución e intervención quirúrgica de ambas rodillas.

Se realiza TC craneal donde se observa probable meningioma del plano esfenoidal, solicitamos

RM cerebral para confirmar el diagnóstico: meningioma esfenoidal con importante edema y efecto masa sobre cuerpo calloso.

Durante su estancia en la unidad la paciente se muestra correcta, adaptada, sin alteraciones conductuales, se aumenta la dosis de antidepresivo y se introduce tratamiento con corticoides para disminuir el edema perilesional, apreciándose ligera mejoría en el estado anímico de la paciente al alta ( traslado a neurocirugía para valorar intervención quirúrgica).

Impresión Diagnóstica: Trastorno del estado de ánimo secundario a meningioma esfenoidal.

El tumor en cuanto a proceso expansivo impone al cerebro un conflicto de espacio por sí mismo y por el edema que implica. El cuadro clínico que aparece depende de la naturaleza histopatológica, la rapidez de instauración, crecimiento, extensión y volumen del tumor y de la personalidad previa del enfermo. En Salud Mental se atienden a pacientes que presentan tumores de crecimiento lento (no diagnosticados) en áreas cerebrales que producen efectos psicológicos pero pocos signos neurológicos, como pueden ser los meningiomas frontales. Los tumores del lóbulo frontal se asocian frecuentemente con síntomas psiquiátricos, algunos estudios han informado de cambios mentales en el 90% de los casos.

### **CONCLUSIONES**

En ciertos Trastornos mentales, con presentación, síntomas atípicos, mala respuesta al tratamiento,... es necesario la realización de pruebas complementarias completas para descartar que el trastorno mental sea consecuencia de una enfermedad médica.

### **30.- TÍTULO: MODELO NUEVO DE IMPLANTE DE ENDOMETRIOSIS EN RATA WISTAR**

**AUTORES:**1.- Pedro González Ramos 2.- Pedro Royo Manero 3.- Francisco Javier Manero Ruiz 4.- Ángela Pecondón Español 5.- Jesús Gracia Romero 6.- Pilar Bejarano Lasunción

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. Unidad Mixta de Investigación. Universidad de Zaragoza

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La endometriosis es una enfermedad ginecológica en la que entre otras causas que determinan su aparición, parece estar involucrado un factor inmunológico que permite el desarrollo de fragmento de endometrio que hipotéticamente procedería de la cavidad uterina.

Para investigar este tema estamos validando diferentes modelos de implante endometrial en rata wistar , de los que presentamos el hasta ahora estudiado y así luego poder probar fármacos que pudieran tener aplicación clínica humana.

#### **MÉTODO**

Hemos utilizado ratas reproductoras de la variedad wistar compradas en granjas autorizadas y después de presentar y pasar el comité ético para el estudio solicitado realizamos la intervención de implante endometrial con la técnica de “ hot dog “ a 10 ratas previamente anestesiadas.

Después de 8 semanas de la primera intervención, se realiza nueva laparatomía y sacrificio de las mismas describiendo los hallazgos macroscópicos y microscópicos de las mismas.

#### **RESULTADOS**

Todas las ratas operadas han sobrevivido tanto a la intervención como a las 8 semanas que se han mantenido vivas hasta la reintervención y en todas se han observado adherencias graves a pesar de utilizar técnicas microquirúrgicas. Sin embargo el implante mostraba más fenómenos de necrosis que de endometriosis

#### **CONCLUSIONES**

Modelo no satisfactorio , precisa de nueva investigación dejando la vascularización del implante

### **31. -TÍTULO: NEOPLASIA APENDICULAR MUCINOSA**

**AUTORES:** Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Marta Aguado Pérez, Inmaculada Ortiz Tarín, Patricio A. Zumárraga Navas, Juan Ruiz del Castillo.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

#### **INTRODUCCIÓN**

Neoplasias del apéndice vermiforme son raras, constituyen el 0,4- 1% de todos los tumores malignos gastrointestinales; más frecuentemente son tumores carcinoides, y en casos excepcionales adenocarcinomas. Normalmente, el diagnóstico de adenocarcinoma de apéndice suele ser difícil ya que la clínica no es patognomónica. Suele debutar con clínica de apendicitis aguda y el diagnóstico, por tanto, suele ser anatomopatológico.

#### **MATERIALES**

Presentamos el caso clínico de una mujer de 64 años con antecedentes personales de DM tipo 2, HTA, FA crónica, dislipemia, ITUS de repetición, hipoacusia marcada e intervenida por desprendimiento de retina OD.

La paciente acude a urgencias por dolor abdominal en FID irradiado a espalda de 18 horas de evolución, sin síndrome miccional, pero asociado a náuseas y pérdida de apetito. No fiebre, ni alteraciones del ritmo intestinal. A la exploración física el abdomen es blando y depresible, doloroso difusamente, pero sobre todo en hemiabdomen derecho, más intenso en FID, con Blumberg dudoso. La analítica muestra una ligera leucocitosis (13.600) con desviación izquierda (N 85%). La ecografía abdominal es compatible con una apendicitis aguda retrocecal ascendente en localización alta atípica, cerca del reborde hepático y con pequeña cantidad de líquido libre subhepático.

#### **RESULTADOS**

Se decide intervención quirúrgica urgente, en la que se evidencia un plastrón en HD a causa de una apendicitis subhepática gangrenosa con peritonitis focal y se procede a la apendicectomía. Tras seis días de postoperatorio junto antibióticos iv (ertapenem) evoluciona favorablemente y se decide alta. En la anatomía patológica se evidencia una neoplasia apendicular mucinosa de bajo grado de malignidad por lo que se realiza estudio de extensión de la paciente resultando negativo (enema opaco evidencia tan solo divertículos en colon descendente y sigma; colonoscopia normal y marcadores tumorales negativos). Actualmente, la paciente está asintomática y es controlada en consultas externas de cirugía general cada 6 meses para seguimiento.

#### **CONCLUSIÓN**

Clínicamente la mayoría de los tumores de apéndice suelen debutar con apendicitis aguda y son diagnosticados intraoperatoriamente o en el estudio histológico de la pieza.

Frecuentemente están asociados con otros cánceres sincrónicos y metacrónicos colorrectales o extraintestinales (sobre todo cavidad peritoneal, ganglios linfáticos). Además, los adenocarcinomas apendiculares frecuentemente presentan perforación, existiendo controversia de considerarlo un factor de mal pronóstico. Por todo ello, se recomienda TAC, colonoscopia y detección de marcadores tumorales. En ocasiones la apendicectomía es suficiente (tumores confinados a apéndice y < 2 cm), pero en otros es necesario una hemicolectomía derecha y quimioterápicos.

## **32.- TÍTULO: OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA SECUNDARIA A ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO.**

**AUTORES:** Yubero A., Lahoz M<sup>a</sup> T., Lara R., Castellote M<sup>a</sup> J., Goded M<sup>a</sup> J., Hernández L., Ibáñez M<sup>a</sup>, Rilova I., Valero J., Cámara F.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Oncología Médica y Servicio de ORL. Hospital Obispo Polanco.

### **INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS**

La osteonecrosis de mandíbula (ONM) es una situación poco frecuente que se ha observado en pacientes que reciben bifosfonatos como parte del tratamiento de su enfermedad ósea. Se ha observado ONM predominantemente en pacientes con cáncer, tratados con bisfosfonatos, especialmente con ácido zoledrónico ( Zometa ®).

Muchos de estos pacientes también recibían quimioterapia y corticosteroides. La mayoría de los casos descritos se han asociado con procesos dentales, tales como una extracción dental.

Muchos mostraron signos de infección local incluyendo osteomielitis. Presentamos nuestra experiencia.

### **MÉTODO**

Paciente de 50 años de edad. Antecedentes: HTA. Premenopáusica. Diagnosticada en noviembre del 2002 de carcinoma de mama izda. localmente avanzado. En estudio de extensión se constató linfangitis carcinomatosa y derrame pleural bilateral, metástasis óseas difusas y ureterohidronefrosis izda. por compresión por adenopatías a nivel de uréter pélvico.

Inició tratamiento quimioterápico y bifosfonatos i.v. en diciembre del 2002. En Noviembre del 2005 debuta con flemón dentario tras manipulación dentaria.

### **RESULTADOS**

Con la sospecha de necrosis mandibular la paciente fue remitida a S<sup>o</sup> de Cirugía Máximo-facial de referencia. Evolución desfavorable del proceso a pesar de antibioterapia endovenosa de larga duración, tratamiento en cámara hiperbárica y curetaje quirúrgico. En febrero del 2008 presentó "caída" espontánea de mandíbula. Durante toda la evolución del proceso la paciente continuó en tratamiento quimioterápico por el cáncer de mama, con evolución favorable. Falleció de junio del 2008 a consecuencia de progresión de su proceso oncológico (supervivencia 5 años y medio).

### **CONCLUSIONES**

En aquellos pacientes con factores de riesgo concomitante (cáncer, quimioterapia, corticosteroides, una higiene oral pobre), deberá considerarse un examen dental con una apropiada odontología preventiva, antes de iniciar el tratamiento con bisfosfonatos.

Durante el tratamiento, si es posible, estos pacientes deben evitar procesos dentales invasivos.

La cirugía dental puede agravar la situación en pacientes que desarrollen osteonecrosis de mandíbula durante la terapia con bisfosfonatos. No hay datos disponibles que indiquen si la interrupción del tratamiento con bisfosfonatos reduce el riesgo de osteonecrosis de mandíbula en pacientes que precisen procesos dentales. La valoración clínica del médico, debe orientar sobre cómo proceder con cada paciente según la valoración individual de la relación beneficioriesgo.



### **33.- TÍTULO: PACIENTES GERIATRICOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA**

**AUTORES:** C.Fonseca López, A. Mont Canela, L. Pereyra Grustán, E. Esteban Rodríguez, Fernández Alaman A

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco.

#### **INTRODUCCIÓN**

El paciente geriátrico tiene una edad avanzada, trastorno funcional físico y/o psíquico, pluripatología, polifarmacia y fragilidad social. Se calcula que un alto porcentaje de los mayores de 65 años cumplen estos criterios.

#### **OBJETIVOS**

Determinar los pacientes mayores de 65 años según el sexo y diferenciar cuantos pueden ser clasificados como paciente geriátrico. Observar la zona geográfica mayoritaria de origen de los pacientes, el motivo de ingreso y el diagnóstico al alta. Y comparar si existen diferencias entre el grupo de pacientes geriátricos y los que no lo son.

#### **MÉTODOS**

Realizamos estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años ingresados en la U.C.E. de Psiquiatría del H. Obispo Polanco durante el 2006 y 2007 (n=48). Los datos son analizados mediante el programa estadístico SPSS.

#### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

- ▶ Los pacientes mayores de 65 años provienen del área rural, predomina sexo femenino.
- ▶ Los motivos de ingreso mas frecuentes son las alteraciones de la conducta e ideación autolítica, predominando este último en los considerados geriátricos.
- ▶ La depresión unipolar y las demencias son los diagnósticos mayoritarios ( depresión unipolar en los geriátricos).

### **34.- TÍTULO: “LA PARAFRENIA TARDÍA EXISTE”**

**AUTORES:** Anna Mont Canela, Lorena Pereyra Grustan, Eugenia Esteban Rodríguez, Jose David Saa Sendra, Sandra Reboreda Amoedo, German Gomez Bernal.

**CENTRO DE TRABAJO:** Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco.

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La parafrenia es un delirio crónico de aparición normalmente tardía y cuyo curso no suele conllevar clínica defectual.

Es en 1955 cuando Martin Roth describe por primera vez la “Parafrenia tardía”, se caracteriza por delirios de contenido paranoide con frecuentes alucinaciones que aparecen en la vejez, principalmente en mujeres afectadas de déficits sensoriales (hipoacusia, ceguera) y con rasgos de personalidad previa paranoide o esquizoide. El síndrome parafrénico clásico se caracteriza por conservar la capacidad intelectual y de relación con el mundo exterior del paciente, conviviendo simultáneamente en él delirio y realidad.

El objetivo es diferenciar los distintos tipos de clínica psicótica en el anciano.

#### **MÉTODO**

Realizar diagnóstico diferencial de clínica psicótica en ancianos a través de una revisión bibliográfica.

Ejemplo a través de un caso clínico.

#### **RESULTADOS/ CASO CLÍNICO**

Mujer de 86 años que acude a Urgencias derivada por el Médico de Atención Primaria por presentar un cuadro de alucinaciones auditivas e ideación delirante de perjuicio desde hace aproximadamente 1 mes. Como antecedentes encontramos una hipoacusia moderada y cataratas bilaterales. En el examen mental la paciente se muestra consciente, orientada, habla en tono alto, discurso coherente con cierta tangencialidad. Presenta ideación de perjuicio poco estructurada hacia los vecinos del pueblo que se ha extendido a la familia, ideación delirante de control, delirio de “paramentos” y alucinaciones visuales, con conservación de su personalidad de base. La clínica mejora con 5 mg de risperidona manteniéndose finalmente con 3 mg/día. Las pruebas complementarias (analítica normal, TC craneal con ligera atrofia general). Diagnóstico: Parafrenia Tardía, Diagnóstico diferencial con: Esquizofrenia de inicio tardío, esquizofrenia de inicio muy tardío y trastorno de ideas persistentes.

La esquizofrenia tardía suele empezar sobre los 45-60 años, con importante desorganización de la personalidad y conductas bizarras. La esquizofrenia de inicio muy tardío es una enfermedad poco frecuente que comienza después de los 60 años, con ideación delirante poco estructurada, cuadro progresivo y con deterioro posterior. En el trastorno de ideas delirantes persistentes generalmente se trata de una ideación delirante muy bien estructurada centrada en un único tema, puede durar hasta el final de la vida. También será importante descartar un cuadro de delirium y deterioro cognitivo. La parafrenia tardía se trata de delirios de tipo paranoide con alucinaciones, una personalidad y respuesta afectiva bien organizada. Suele empezar después de los 55 años, más frecuente en mujeres con déficits sensoriales. Un fenómeno delirante típico de la parafrenia tardía es el delirio “de tabiques o paramentos”, se trata de la creencia de que alguien o algo opera arriba del techo o bajo el suelo,...respecto al tratamiento presenta buena respuesta a dosis bajas de neurolepticos.

#### **CONCLUSIONES**

En la psiquiatría actual existen varias entidades, como la parafrenia, que han sido relegadas a favor de otros diagnósticos incluidos en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades, por ejemplo la CIE-10 incluye la Parafrenia tardía dentro de las ideas delirante persistentes, cuando dicha enfermedad presenta unas características y evolución concretas. “La parafrenia tardía existe”.

### **35.- TÍTULO: PILOTAJE E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA, EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SECTOR TERUEL: “MANTENIMIENTO DE LA HIDRATACIÓN ORAL EN PERSONAS MAYORES”.**

**AUTORES:** Albiñana Puerto, María; Argilés Hernández, Luisa; Carod Benedico, Etel; Escusa Anadón, Corina; Gómez Cadenas, Concepción; Martín Clemente, Manuela. Por el Grupo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón.

**CENTRO DE TRABAJO:** Centro de Salud de Monreal del Campo

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Pilotaje e Implantación del Protocolo Basado en la Evidencia “Mantenimiento de la Hidratación Oral en Personas Mayores”, con el fin de identificar en la población mayor de 60 años los factores de riesgo de deshidratación, y mantener una correcta hidratación oral.

#### **MÉTODO**

Se consensuó mediante grupos de trabajo un documento metodológico para la elaboración de protocolos de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) común en todo Aragón. Con este documento metodológico se elaboró el protocolo “Mantenimiento de la Hidratación Oral en Personas Mayores” utilizando las Revisiones Sistemáticas del Instituto de EBE “Joanna Briggs” de Australia. Se llevó a cabo un Estudio Descriptivo Transversal en enero-08 para valorar la situación inicial. Finalizado este proceso se decidió implantarlo a la población  $\geq 60$  años en los siguientes núcleos de población: Mora de Rubielos, Noguera, Villafranca del Campo y Ojos Negros. La estrategia consistió en la detección de barreras, elaboración de material informativo para pacientes y cuidadores, y en la difusión del protocolo y formación al resto de profesionales sanitarios de los centros de salud.

#### **RESULTADOS**

En el Sector Teruel se consiguió una muestra “n” de 132 personas, de las cuales señalamos que: tenían edades  $\geq 75$  años el 75.76%, un Índice de Barthel  $\geq 60$  el 96.21%, un Pfeifer de 0-2 el 89.39%, tenían incontinencia urinaria el 22.73%, una ingesta líquida diaria  $< 1600$  cc el 54.55%, Signos Clínicos de Deshidratación el 37.12% , y una Densidad de Orina  $> 1020$  el 53.85% del total de la muestra.

#### **CONCLUSIONES**

En la consulta diaria se constata que las personas mayores no creen necesario tener que ingerir líquidos si no tiene sed y no toman la Ingesta Líquida Diaria Recomendada ( $\geq 1600$  cc).

Las personas que tenían una Ingesta Diaria de Líquidos  $< 1600$ cc, estaban menos hidratadas, con más Signos Clínicos de Deshidratación, con una Densidad de Orina  $> 1020$ , eran muy longevos y con un Índice de Barthel  $\geq 60$  en un % elevado de la muestra.

Las personas que tenían una Ingesta Diaria de Líquidos  $\geq 1600$ cc, tenían menos Signos Clínicos de Deshidratación.

De los Signos Clínicos de Deshidratación el más predominante ha sido el pliegue, seguido de mucosas secas. Hay consenso entre los autores en la subjetividad y confusión para valorar el signo del pliegue y los ojos hundidos, frente a otros Signos Clínicos de Deshidratación, y que el consejo concreto, específico y personalizado mejora la Ingesta Diaria de Líquidos.

Al hacer un seguimiento de las personas con una Ingesta Diaria de Líquidos  $< 1600$ cc y con una Densidad de Orina  $> 1020$ , observamos que si ofrecemos consejo “personalizado”, los valores de la Densidad de Orina son más bajos, siendo éste un dato objetivo de que la Ingesta Diaria de Líquidos ha mejorado.

Como reflexión de los autores: en la consulta diaria de Atención Primaria es necesario ofrecer consejo personalizado de Ingesta Diaria de Líquidos Recomendada ( $\geq 1600$ cc).

### **36.- TÍTULO: PSEUDO-PSEUDODEMENCIAS**

**AUTORES:** José David Saa Sendra, Rafael Olmedillas Alvaro, Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustán, Juan Miguel de los Santos Juanes Arlandis.

**CENTRO DE TRABAJO:** Centro de Salud Mental de Teruel.

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Las pseudodemencias han sido definidas como un síndrome en el cual existe un severo defecto cognitivo adquirido, sin que exista una lesión cerebral que lo explique y cuyo origen es un trastorno emocional o del ánimo: algunos autores las incluyen en la categoría de demencias tratables.

#### **MÉTODO**

Revisión bibliográfica. Ejemplo a través de un caso clínico.

#### **RESULTADOS**

Paciente de 57 años que acude al CSM al presentar clínica de tensión nerviosa, alteraciones del sueño, hiporexia, falta de iniciativa con retirada social, torpeza, pérdida de memoria y desorientación espacial (orientada en tiempo), siendo los rendimientos personales y laborales previos de la paciente correctos.

Con tratamiento antidepresivo y sedante mejoró la sintomatología anímica, persistiendo las dificultades de memoria e incapacidad para concentrarse.

El TAC demostró atrofia temporal de predominio derecho.

Impresión diagnóstica: pseudodemencia.

Con el paso del tiempo la clínica ha ido evolucionando llegando finalmente al diagnóstico de demencia (pseudo-pseudodemencia)

#### **CONCLUSIONES**

Los elementos que habitualmente se usan para formular el diagnóstico de pseudodemencia son la actitud del paciente, la discordancia entre los rendimientos, los antecedentes de personalidad anormal o episodios de descompensación psiquiátrica, la asociación con accidentes biográficos y la negatividad de los exámenes complementarios.

Ninguno de estos elementos tiene un valor absoluto, como se puede comprobar en muchos de los casos de pseudo-pseudodemencia, en los cuales la evolución nos demuestra el error diagnóstico inicial.

### **37.- TÍTULO: PSICOSIS E HIPERTIROIDISMO.**

**AUTORES:** Sebastian Checa, S.; DeE Los Santos Juanes Arlandis, J.M. Mont Canela, A.; Galindo Esteban, MC; Gutiérrez Corduente, A.

**CENTRO DE TRABAJO:** CENTRO DE SALUD TERUEL URBANO.

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Todos los trastornos endocrinos son potencialmente capaces de provocar sintomatología psiquiátrica. Tanto hiper como hipotiroidismo, (sobre todo este último) son potencialmente capaces de provocar casos floridos de depresión, psicosis, manía y ansiedad.

Se recomienda la petición de un perfil tiroideo a los pacientes que debutan con sintomatología psiquiátrica citada y de igual modo sospechar que un problema tiroideo nos podría derivar encuadro sicótico no con rara frecuencia.

#### **MÉTODO**

Mediante la historia clínica de un paciente que acude a consulta, se va a explicar un caso curioso de hipertiroidismo.

#### **RESULTADOS**

Presentamos el caso de un paciente varón de 22 años estudiante de telecomunicaciones, alérgico a paracetamol y sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestra consulta por palpitaciones, insomnio y pérdida de 5 kg de peso. Se solicita una analítica general, ECG, auscultación cardiopulmonar y palpación tiroidea.

En analítica destaca una TSH de 0.01 y T3L, T4L muy elevadas (3 y 7,8 respectivamente) con descenso de colesterol a 109.

En ECG: taquicardia supraventricular a 160 lpm. Resto de auscultación normal.

Palpación tiroidea: aumento del tamaño de glándula tiroidea de forma homogénea.

Impresión diagnóstica: hipertiroidismo por Graves Basedow. (luego confirmado con gammagrafía)

Se instaura tratamiento con carbimazol y propanolol y se deriva a endocrinología para estudio.

El paciente a parte de empeorar en su sintomatología tiroidea, aparecen síntomas psicológicos del tipo: nerviosismo intenso, ideación con tinte hipocondríaco ("se me para el corazón al dormir o afeitarme") y conductas de comprobación. Nuestro paciente cada vez más introvertido, con mirada ausente, nos cuenta la familia que realiza soliloquios o risas inmotivadas e ideas con tinte delirante. Por todo ello, es derivado a psiquiatría.

El endocrino realiza una gamma grafía tiroidea con resultado: hipercaptación homogénea y aumento de tamaño compatible con Graves. Se instaura tratamiento con yodo radiactivo al fallar primera línea farmacológica y el paciente mejora su sintomatología hipertiroidea y se normalizan hormonas.

En cuanto a la clínica psicológica, el psiquiatra inicia tratamiento con sertralina, risperidona y alprazolam y terapia de apoyo durante 6 meses. El paciente experimenta una lenta pero progresiva mejoría en cuanto a sus hipocondrías e ideación delirante, pero persiste la introversión y problemas para las relaciones sociales. Nunca llega a recuperar el estado funcional premórbido.

#### **CONCLUSIÓN**

Por medio de este caso vemos como el sistema endocrino y nervioso no actúan de forma autónoma sino conjuntamente constituyendo un sistema común psicoendocrino capaz de integrar y coordinar funciones metabólicas. De modo que la disfunción de uno de ellos trae como consecuencia la alteración del otro y viceversa.

### **38.-TÍTULO: PULMÓN BLANCO: CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN**

**AUTORES:** De Los Santos Juanes Arlandis, J.M.; Sebastián Checa S.; De Pablo Cardenas, J.M<sup>a</sup>.; Galindo Esteban, M.C.; Gutiérrez Corduente, A.

**CENTRO DE TRABAJO:** Centro Salud Teruel Urbano

Paciente varón de 79 años, sin alergias, HTA, EPOC, con actividad física limitada en último año cama-sillón. Enfermedad actual: tras ser visto el paciente en su domicilio por presentar deterioro del estado general, disnea de reposo y desconexión del medio, se remite a urgencias Hospital para completar estudio.

#### **Exploración física en urgencias**

Paciente que impresiona de gravedad, Glasgow 15, Taquipnea en reposo. Signos de deshidratación. Auscultación cardiopulmonar: Ruidos cardíacos rítmicos, abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, roncus en hemitórax derecho. Abdomen anodino.

#### **Pruebas complementarias**

Hemograma: 9400, Hb 12gr/dl, Hematocrito 40%. Plaquetas 362000.

Coagulación: Dímero D 395 ng/ml.

Gasometría Arterial: ph 7.36, PCO2 61mmHg, PO2 72mmHg.

#### **Rx Tórax**

Pérdida de volumen en hemitórax izquierdo con elevación diafragmática homolateral, aumento de densidad parenquimatosa sobre la base izquierda, borramiento de diafragma y probable derrame pleural más atelectasia subyacente.

#### **TC Tórax**

Gran masa parahiliar izquierda de 7.5x6 cm, en contacto con arteria pulmonar principal, con el bronquio principal y que produce estrechamiento del bronquio del lóbulo superior y de la llingula, contorno especulado mal definido y se extiende hasta la pared torácica presentando contacto con la pleura.

Masa parahiliar derecha de 5x3.5 cm, mal definida en contacto con el bronquio principal y arteria principal.

Imágenes compatibles con proceso neoplásico parahiliar bilateral.

#### **Fibrobroncoscopia**

Sangrado proveniente de bronquio principal izquierdo, por probable masa en bronquio del lóbulo inferior.

Aspirados Bronquiales: positivo para células malignas, compatible con carcinoma escamoso.

**JUICIO CLÍNICO: CARCINOMA ESCAMOSO PULMONAR.**

### **39.- TITULO: QUISTE DE DUPLICACION INTESTINAL COLONICO.**

**AUTORES:** Aguado Pérez M, López Bañeres M, Arlandis Palau P, Jiménez F M, Ortiz Tarín I, Balciscueta Coltell Z, Ruiz del Castillo J. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arnau de Vilanova.

#### **INTRODUCCIÓN**

Las duplicaciones del tracto intestinal son lesiones congénitas infrecuentes, que pueden acontecer en cualquier tramo del tubo digestivo, siendo usualmente diagnosticadas en la edad pediátrica. La forma de presentación clínica depende de la localización de la duplicación; las más habituales son dolor abdominal, masa abdominal palpable, hemorragia y oclusión intestinal. Normalmente son únicas, tubulares o quísticas y localizadas en el borde mesentérico de la estructura de la que dependen. Se hallan con más frecuencia en el ileon o recto, siendo inusuales en el colon sigmoide. Pueden asociarse a malformaciones de tipo genitourinarias o vertebrales.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de una mujer de 50 años, sin antecedentes médico- quirúrgicos de interés, que acude al servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal de presentación aguda, asociando náuseas y vómitos biliosos, sin alteración del ritmo intestinal ni fiebre. A la exploración física, la paciente presenta una masa dolorosa en fosa iliaca izquierda, con defensa y signos de peritonismo a dicho nivel. Se solicita analítica básica, donde se objetiva leucocitosis con desviación a la izquierda, y una ecografía- TAC que informa de una posible asa de intestino delgado, cerrada y dilatada, con líquido libre en la cavidad abdominal. Con el diagnóstico de abdomen agudo, se decide intervención quirúrgica urgente. Durante el acto operatorio se aprecia una masa de 9 x 4 cm de aspecto diverticular en el colon sigmoide, con signos de sufrimiento parietal, y líquido libre seroso. Se realiza una resección segmentaria y anastomosis termino-terminal. El resultado anatomopatológico de la pieza se informa como quiste de duplicación intestinal.

#### **CONCLUSIÓN**

El quiste de duplicación intestinal es una patología poco común, sobre todo en adultos, pero debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de abdomen agudo. El tratamiento de elección será quirúrgico, dado su potencial transformación cancerosa.

#### **40.- TÍTULO: “RETRONEUMOPERITONEO”**

**AUTORES:** Roig Salgado C., Torres Nuez J., Fernández-Bedoya IU., Vicario Bermúdez JM. (\*), Calpe Gil MJ. (\*), Yago Escusa MD

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Radiodiagnóstico y Medicina Interna (\*) Hospital Obispo Polanco,

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Revisar la semiología radiológica del retroneumoperitoneo (tanto en radiología simple como TC), sus diferencias con el neumoperitoneo y causas.

#### **MÉTODO**

Análisis de tres casos con signos de gas retroperitoneal libre visible radiológicamente entre junio y septiembre de 2008. En dos de ellos se practicó también estudio por TC y dos de ellos fueron intervenidos.

#### **RESULTADOS**

En los tres casos la presencia de gas retroperitoneal en radiología simple fue más evidente en los espacios perirrenales, adyacente al borde del psoas o en su extensión al mediastino.

En uno de ellos existía neumoperitoneo, reconocible por el “signo de la pared intestinal”.

La TC (dos casos) demostró colecciones de mayor tamaño no evidentes radiológicamente que sugerían preoperatoriamente la localización de la perforación.

#### **CONCLUSIONES**

Los hallazgos en la radiología simple son lo suficientemente específicos para permitir un diagnóstico de alta probabilidad de retroneumoperitoneo en la mayoría de los casos.

La TC permite confirmar el diagnóstico y sugerir la causa en dependencia de la distribución de gas ectópico.

La causa más frecuente es la perforación intestinal retroperitoneal que puede coexistir con neumoperitoneo.



#### **41.- TÍTULO: RM DE LESIONES DEL CANAL RAQUÍDEO.**

**AUTORES:** Yago Escusa, M. D.; Sánchez Santos, P. J.; Roig Salgado, C.; Fernández Bedoya, I. U.; Vilar Bonacasa, E.; Torres Nuez, J.; Martínez Sanz G.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Las lesiones del canal raquídeo se clasifican según su localización anatómica en tres compartimentos espinales: intramedulares, extramedulares intradurales y extradurales.

Las técnicas de imagen nos facilitan determinar en cual de estos espacios esta la lesión, que junto con las características radiológicas nos permiten reducir los diagnósticos diferenciales.

Presentamos los hallazgos por RM de lesiones del canal raquídeo en los tres compartimentos.

#### **MÉTODO**

Se revisan las RM de columna realizadas en nuestro centro desde la puesta en marcha del equipo de Resonancia Magnética en junio de 2.006.

#### **RESULTADOS**

Para diagnosticar las lesiones del canal raquídeo debemos clasificarlas en primer lugar según su localización en los distintos espacios anatómicos, que junto con las características radiológicas en las distintas secuencias y su comportamiento tras la administración de contraste nos permite realizar una aproximación al diagnóstico definitivo.

La RM es el principal método no invasivo para el estudio del canal espinal, y la técnica de elección en la patología medular intrínseca; se complementa con TC en los casos de patología tumoral con sospecha de afectación ósea, define mejor la transición tumoral, la integridad del hueso cortical y caracteriza la matriz tumoral.

Presentamos los hallazgos radiológicos de lesiones intramedulares (cavidad siringomiélica, lesión desmielinizante) lesiones extramedulares intradurales (meningiomas, metástasis) y lesiones extradurales (osteoblastoma, sarcoma).

#### **CONCLUSIONES**

La RM es la técnica de elección para el estudio del canal raquídeo ya que proporciona gran detalle anatómico que nos permite determinar la localización y caracterización de las lesiones. Utilizando criterios de imagen y conociendo la anatomía del canal espinal y la frecuencia y distribución compartimental de la patología podemos realizar un diagnóstico de aproximación y en algunos casos el diagnóstico definitivo, así como elegir las pruebas complementarias adecuadas.

#### **42.- TÍTULO: “SÍNDROME DE LEMIERRE: TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE LA YUGULAR INTERNA SECUNDARIA A AMIGDALITIS AGUDA”**

**AUTORES:** Fernández Alamán, A.I.; Lahoz Zamarro, M. T.; Fonseca López, C.; Zabala López, S. I.; Sánchez Santos, P.; Uroz del Hoyo, J. J.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio Medicina Interna, Servicio Radiodiagnóstico y Servicio ORL Hospital Obispo Polanco

#### **RESUMEN**

El Síndrome de Lemierre es un cuadro poco frecuente en la actualidad. Consiste en una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna, con frecuentes metástasis sépticas, secundaria a una infección faríngea u odontógena producida generalmente por gérmenes Gram-negativos anaerobios. Aunque su incidencia es escasa en la era antibiótica, debe ser conocido por tratarse de una complicación grave que requiere la instauración de un tratamiento específico precoz.

Presentamos el caso de un varón de 37 años con Antecedentes Personales de alergia a Penicilina, que ingresa en nuestro hospital para estudio de un cuadro de odinofagia, disfagia y fiebre desde hace 8 días, que no mejora tras recibir tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, con empeoramiento del estado general y con aparición de una tumefacción laterocervical derecha dolorosa, de características inflamatorias.

A la exploración ORL en Urgencias destacan una amigdalitis aguda bilateral sin signos de profusión periamigdalina, una tumefacción latero-cervical derecha dolorosa y linfadenopatías cervicales. La temperatura era de 39°C.

La Radiología simple de tórax muestra una imagen de condensación parenquimatosa bibasal con obliteración de senos costofrénicos posteriores por pequeño derrame pleural.

Practicamos TC cervical que resulta compatible con tromboflebitis de la vena yugular interna derecha.

Las determinaciones serológicas a Salmonella, Brucilla, Toxoplasmosis, Epstein-Barr, Sífilis, CMV, Micoplasma neumonie, Legionella, Psitacosis, Fiebre Q, Hepatitis B y C y VIH fueron negativas. Los hemocultivos seriados en la fase aguda también fueron todos negativos.

Se instauró tratamiento con Fraxiparina, Metilprednisolona y antibiótico empírico con Eritromicina, Vancomicina y Ciprofloxacino siendo la evolución favorable y persistiendo en el control tomográfico realizado a los 6 meses una obliteración residual completa del trayecto de la VYI como única secuela.

Fue valorado por Cirugía vascular que ante la buena evolución recomendó tratamiento anticoagulante durante 3 meses y descartó indicación quirúrgica.

#### **43.- TÍTULO: SÍNDROME URÉMICO SECUNDARIO A UROPATIA OBSTRUCTIVA NO FILIADA**

**AUTORES:** Fonseca López, C.; Alamán Fernández, A. I.; Pereyra Grustan, L.; Zabala López, S.; Gascón Mariño A.J.; Pérez Vázquez, G.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Medicina Interna, Servicio Nefrología y Unidad de Corta Estancia Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco.

#### **INTRODUCCIÓN**

En la insuficiencia renal la eliminación de productos nitrogenados y otros, se realiza de forma inadecuada produciendo alteraciones clínicas y de laboratorio; que en su conjunto se denomina síndrome urémico o uremia.

#### **MÉTODO**

Caso clínico: paciente de 77 años remitido por deterioro del nivel de conciencia. En Urgencias objetivan deterioro severo del estado general.

Al examen físico: deshidratación, taquipneico, mucosas pálidas, mala perfusión distal, a la palpación globo vesical, se observan pequeñas úlceras sacras con signos de infección y secreción purulenta. Se realiza analítica encontrando urea de 425 mg/dl y creatinina de 10.3 mg/dl.

#### **EVOLUCIÓN**

Al ingreso en urgencias se pone sonda vesical por uropatía obstructiva con eliminación de orina purulenta. Presentando una evolución tórpida por sepsis complicada de origen urinario; se inicia tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

En planta se realiza tratamiento médico teniendo una lenta y progresiva recuperación de la función renal. En el control de analítica al alta se encuentra una urea de 103 mg/dl y creatinina de 3.2 mg/dl.

#### **CONCLUSIÓN**

La insuficiencia renal secundaria a la obstrucción post-renal puede llevar a un paciente al deterioro rápido de la función renal desencadenando un síndrome urémico, con cifras de urea y creatinina que necesitarían ser tratadas con diálisis. Pero en los pacientes que mantienen la diuresis se puede ser conservador, porque con el adecuado tratamiento la recuperación de la función renal es aceptable.

#### **44.- TÍTULO: TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE UNA FÉRULA PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE UPP.**

**AUTORES:** Egea Forcadell E.M; Agustin Moreno A; Cañizares Gómez E; García García M.T; Latorre Sanchez Y; Serrano Enseñat L.

**CENTRO DE TRABAJO:**Enfermería. Hospital Obispo Polanco.

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

En la consulta de trauma se ha detectado la aparición de UPP en el 25% de pacientes mayores de 65 años, portadores de vendaje de escayola, así como la intolerancia a esta, produciendo: picor, excesiva sudoración, reacciones alérgicas al algodón, heridas y laceraciones debidas a la introducción de diversos materiales, malas manipulaciones de la escayola por ellos mismos. Ante esta situación, nos hemos planteado realizar un almohadillado diferente de la extremidad portadora de yeso para evitar estos problemas y, un seguimiento de las UPP y heridas para su resolución.

#### **Nuestros objetivos son:**

Informar al paciente de los riesgos que comporta la manipulación e introducción de objetos en la escayola. Evitar presiones en el yeso durante la manipulación. .Cura y seguimiento de las UPP hasta mejoría o cura de la piel.

#### **MÉTODO**

Durante un periodo de 5 meses, hemos hecho un registro del estado de la piel de pacientes mayores de 65 años portadores de vendaje de escayola, encontrando: alergias, UPP, maceraciones, heridas y laceraciones. Hemos aplicado las siguientes medidas prevenidas: .Información adecuada al paciente para evitar complicaciones: no apoyar la extremidad enyesada en aristas o superficies duras antes del fraguado completo de la escayola para evitar que se modifique la estructura y al secarse forme un puente de presión que pueda lesionar la piel. No introducir objetos en el interior, evitando así escoriaciones o heridas. .Protección de la piel con tejidos de algodón no compresivo, vendaje de algodón reforzando las parte mas prominentes y finalmente el vendaje de yeso.

.Colocación del yeso evitando presiones (técnica de colocación por una sola persona).

#### **RESULTADOS**

Con la aplicación de medidas preventivas en la colocación de vendajes de escayola, hemos tenido un 3% de complicaciones de UPP.

.Un buen seguimiento y cura de UPP nos ha llevado a un 97% de curación de las úlceras por presión.

#### **45.- TÍTULO: TRASTORNO DISOCIATIVO VS PATOLOGÍA SOMÁTICA**

**AUTORES:** José David Saa Sendra, Carlos Iglesias Echevoyen, Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustan, Juan Miguel de los Santos Juanes Arlandis.

**CENTRO DE TRABAJO:** Centro de Salud Mental de Teruel.

#### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:**

Los trastornos disociativos se definen como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno. La disociación es una defensa contra el trauma y supone la segregación de los procesos mentales o conductuales del resto de la actividad psíquica de la persona.

#### **MÉTODO**

Revisión bibliográfica a través de un caso clínico.

#### **RESULTADOS**

Paciente de 39 años que acude al CSM al presentar clínica de inquietud, dolor de reposo en EEII, parestesias, malestar GI, negativismo, agitación psicomotriz y desorientación.

En las siguientes visitas encontramos: tristeza, enletecimiento, hiporexia (pérdida de 16 kg), ausencia de búsqueda de beneficios atencionales evidentes, pararrespuestas, bella indiferencia y deterioro cognitivo, que no mejoran con el tratamiento farmacológico pautado (antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos). Posteriormente presenta focalidad neurológica (desviación de la comisura labial y sensación de acorchamiento, extremidad superior izquierda agarrotada) por lo que se solicitan pruebas complementarias.

**RMN:** discreta atrofia cortico-subcortical y de hipocampo derecho, alteración de la señal en la región cortical temporal y parietal derecha.

IgG: herpes simple, varizela zoster y rubeola positivas.

Impresión diagnóstica: Distonia focal segmentaria con secuela de probable encefalitis vírica subaguda.

#### **CONCLUSIONES**

Con frecuencia el diagnóstico diferencial entre trastorno disociativo y patología somática es complicado y requiere seguimiento durante largo tiempo, además de la realización de otras pruebas complementarias.

## **46.- TÍTULO: TRATAMIENTOS DIALITICOS APLICADOS EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO.**

**AUTORES:** Antonio Gascón Mariño.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio Nefrología. Hospital Obispo Polanco.

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La Unidad de Diálisis del Hospital Obispo Polanco oferta Hemodiálisis (HD) y Dialisis Peritoneal (DP) a los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de su área de salud.

En HD se puede realizar con dializadores de baja permeabilidad HD convencional que logra la depuración por mecanismo difusivo de pequeñas moléculas (< 500 D). Con dializadores de alto flujo se puede realizar biofiltración, hemodiafiltración en línea y biofiltración libre de acetato con perfil de potasio.

Estas tres últimas técnicas se han establecido progresivamente en los últimos años y además de difusión y adsorción, añaden la convección que permite una mayor eliminación de moléculas medianas y proteínas de bajo peso molecular, así como mejoran la estabilidad hemodinámica intradiálisis. La biofiltración es una técnica de hemodiafiltración en la que una solución de tres litros de bicarbonato sódico y de cloruro sódico se perfunde continuamente en la línea venosa durante la sesión de HD. Esta técnica sencilla permitió la utilización de membranas de alta permeabilidad. Utiliza una membrana de alta permeabilidad y un volumen de ultrafiltrado de 3-4 litros por sesión. La hemodiafiltración en línea se basa en la producción continua de la solución de reinfusión a partir del líquido de diálisis. Esto se consigue haciendo pasar una parte del líquido de diálisis (80-100 ml/min) a través de un sistema de doble filtro e infundiendo en la línea venosa del paciente. Un requisito indispensable es la producción de un líquido de diálisis ultrapuro y estéril, ya que a partir de él se va a generar el líquido que se infunde en la sangre del paciente. La biofiltración libre de acetato con perfil de potasio es una técnica que no contiene tampón en el líquido de diálisis (ni acetato ni bicarbonato) y emplea como líquido de reposición bicarbonato sódico en una concentración de 167 mEq/l. El volumen de líquido infundido es variable según la duración de las sesiones de diálisis, suele oscilar alrededor de 2-2.5 l/hora. Además, permite establecer un perfil de potasio que evita descensos bruscos en los niveles de potasio y disminuye la incidencia de arritmias intradiálisis. En DP se puede realizar diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automatizada con cicladora. El objetivo del estudio era analizar los tratamientos de diálisis que se aplican en la Unidad de Diálisis del Hospital Obispo Polanco en el año 2008.

### **MÉTODO**

En Octubre de 2008 reciben tratamiento sustitutivo renal con HD 42 pacientes (25 hombres y 17 mujeres) (edad media 73 años). Las etiologías de la IRC de los pacientes en HD: nefropatía vascular 12 casos, nefropatía diabética 10 casos, glomerulonefritis 9 casos, nefropatía intersticial 7 casos, poliquistosis renal 1 caso, mieloma múltiple 1 caso, causa desconocida 2 casos.

Los pacientes en DP utilizaban la técnica automatizada con cicladora: 4 mujeres (edad media 78 años).

La etiología de la IRC era nefropatía vascular en 3 casos y nefropatía IgA en 1 caso.

### **RESULTADOS**

Actualmente el 56% de los pacientes en HD son mayores de 75 años y el 32% mayores de 80 años. El tiempo medio de permanencia de los pacientes en HD es de 41 meses. Hay 18 pacientes con una permanencia superior a 3 años en HD y 12 de ellos con una permanencia superior a 5 años. De los 42 pacientes en hemodiálisis el 67% se dializaban a través de una fístula arteriovenosa interna (FAVI), el 24% con un catéter permanente tipo Tesio y un 9% con un catéter temporal. Los 4 pacientes con catéter temporal tenían la FAVI hecha y se estaba esperando su desarrollo para iniciar su punción. De los 42 pacientes en HD, tres pacientes reciben HD convencional con una membrana biocompatible de poliamida; catorce pacientes reciben HD con biofiltración (dializadores de poliacrilonitrilo, poliethersulfona y polisulfona); diecisiete pacientes reciben hemodiafiltración en línea (dializadores de poliacrilonitrilo, poliethersulfona y polisulfona), ocho pacientes reciben HD con biofiltración libre de acetato y perfil de potasio (dializador de poliacrilonitrilo). La incorporación de técnicas de HD de alto flujo como la hemodiafiltración en línea y la biofiltración libre de acetato con perfil de potasio nos ha permitido mejorar la calidad de la HD que se realiza en nuestro hospital.

La DP automatizada es una técnica dialítica que permite mejorar la autonomía del paciente y mantener el funcionamiento renal residual de los enfermos con IRC durante más tiempo. Progresivamente se va incrementando la prevalencia de pacientes en DP en nuestra área de salud.

### **CONCLUSIONES**

La oferta de técnicas dialíticas en nuestra área de salud es amplia y permite aplicar los últimos avances tecnológicos en el tratamiento sustitutivo renal de los pacientes con IRC. El conocimiento de los avances técnicos y ponerlos al servicio de nuestros pacientes es sinónimo de calidad asistencial.

#### **47.- TÍTULO: TRIGLICÉRIDOS 4442 MG/DL**

**AUTORES:** Fonseca López, C.; Alamán Fernández, A. I.; Pereyra Grustan, L.; Zabala López, S.; Casanovas M.T.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio Medicina Interna y Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco

#### **INTRODUCCIÓN**

La diabetes mellitus tipo 2 produce alteración del metabolismo de los carbohidratos y de las grasas aumentando el nivel circulante de triglicéridos y la acumulación en los tejidos.

Caso Clínico: paciente 43 años con cuadro clínico de 4 meses consistente en poliuria polidipsia, pérdida de 5 kg de peso y aparición de xantomas eruptivos en tronco y extremidades, no pruriginosos con contenido blanquesino.

Durante el ingreso fue valorado por oftalmología encontrando cristales de colesterol en vítreo de ojo derecho. El tratamiento médico con hipolipemiente e insulina controlaron las cifras de glucemia y las lesiones cutáneas desaparecieron.

#### **CONCLUSIÓN**

La diabetes descompensada provocó alteraciones en el perfil lipídico hasta el punto de producir acumulo de triglicéridos en la dermis del paciente, con una gran respuesta al tratamiento se produjo desaparición de lesiones y normalización de parámetros analíticos.

#### **48 .- TÍTULO: “TROMBOSIS VENOSA YUGULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO”**

**AUTORES:** Fernández Alamán, A.I.; Lahoz Zamarro, M. T.; Fonseca López, C.; Vicario, J. M.;  
**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Obispo Polanco De Teruel.

#### **RESUMEN**

La trombosis de la yugular interna es una entidad rara, bien conocida en la era preantibiótica, cuando se asociaba a infecciones fulminantes de cabeza y cuello. Actualmente las dos grandes causas son la cateterización venosa central y la drogadicción. Los hallazgos clínicos son los de una masa cervical inespecífica, dolorosa y mal delimitada, que con frecuencia se confunde con un absceso o una metástasis, siendo necesario realizar una TC para llegar al diagnóstico.

Presentamos un caso de trombosis de la yugular interna, tronco braquiocefálico y subclavia, secundarios a la colocación de un catéter para nutrición parenteral, aun a pesar de la hipoprotrombinemia que presentaba el paciente, en un varón de 57 años intervenido 8 meses antes de un carcinoma vesical metastatizado a hígado y hueso que ingresa en el Servicio de Urología por una gastroenteritis aguda postantibioterapia que requirió nutrición parenteral.

Avisan al Servicio de ORL ante la aparición de forma brusca de una tumoración laterocervical derecha, que aumentó progresivamente de tamaño durante el día previo, acompañada de odinofagia y disfagia importantes, con febrícula (37°C).

Inicialmente se realizan los diagnósticos diferenciales de metástasis abscesificada vs. trombosis de la VYI, siendo este último confirmado mediante TC cervical.

Iniciamos tratamiento antibiótico y anticoagulante, éste a dosis bajas, desapareciendo la sintomatología en pocos días y disminuyendo considerablemente la tumoración; sin embargo, su estado general continuó empeorando progresivamente y falleció dos meses después.



#### **49.- TITULO: TUMOR DE CELULAS GRANULARES DE MAMA.**

**AUTORES:** Aguado Pérez M, López Bañeres M, Pardo Martinez J.D, Balciscueta Coltell Z, Ortiz Tarín I, Sellés Dechent R, Ruiz del Castillo J.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Arnau de Vilanova.

#### **INTRODUCCION**

Los tumores de células granulares son lesiones benignas infrecuentes que tienen su origen en las células de Schwann. Suelen presentarse en la lengua, cavidad oral y tejido subcutáneo.

Las formas mamarias representan del 6-8 % de todos los TCG, estimándose un caso de TCG mamario por cada 1000 casos de cáncer de mama.

Es más frecuente en mujeres que en hombres, en pacientes de raza negra, con edades comprendidas entre los 30 y 50 años y la localización más común es en el cuadrante supero interno.

Los TCG mamarios pueden producir retracción de la piel o incluso del pezón, así como fijación a planos periféricos y/ o profundos, simulando clínica y radiológicamente un carcinoma de mama invasor, por lo que si el aspirado indica células granulares, la indicación de biopsia para estudio histológico es imprescindible a la hora de indicar un tratamiento quirúrgico conservador. Se recomienda escisión completa con márgenes libres de enfermedad, siendo la recurrencia local un hallazgo infrecuente. La tasa de TCG malignos se estima en 1-2 %.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con carcinoma mamario, adenosis esclerosante, histiocitosis y lesiones metastásicas.

#### **CASO CLINICO**

Mujer de 51 años de edad, sin antecedentes de patología mamaria, presenta un nódulo en cuadrante ífero interno derecho, de varios meses de evolución, ligeramente indurado, de 2 cms de diámetro, sin afectación de la piel, pezón o presencia de adenopatías. La mamografía muestra una glándula con áreas fibrosas irregulares, apreciándose aumento de densidad a nivel de la lesión nodular, aunque sin signos de malignidad, ni presencia de microcalcificaciones. Se realiza biopsias de la lesión y estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico, describiéndose como tumor de células granulares mamario. La paciente está programada para cirugía mamaria de tipo conservador.

#### **RESULTADOS**

Se aportarán tras el tiempo quirúrgico.

#### **CONCLUSIONES**

Los tumores de células granulares son entidades raras y de características benignas.

Deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de carcinoma de mama, sobre todo de cara a evitar mastectomías o disecciones axilares innecesarias.

## **50.- TÍTULO: “UN CASO DE CIRROSIS BILIAR PRIMARIA”**

**AUTORES:** Vicario Bermúdez JM., Lerín Sánchez FJ., Roig Salgado C., Botella Esteban MT., Fuertes Vallcorba A., Pérez Vázquez G.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La cirrosis biliar primaria es una hepatopatía colestásica crónica y progresiva de causa desconocida que habitualmente afecta a mujeres de mediana edad entre 40-60 años. La relación mujer-varón 10 a 1. Son frecuentes las alteraciones de la inmunidad humoral y celular.

### **MÉTODO**

Presentación mural del caso de un paciente de 63 años de edad remitido por su MAP por presentar un cuadro de pérdida de peso progresivo y anorexia de unos 5-6 meses de evolución. Sin antecedentes personales de interés, salvo VHA en la infancia, presenta una exploración física normal.

Presenta colestasis analítica, alteración del proteinograma, elevación de Inmunoglobulinas, marcadores tumorales alterados, serología negativa y elevación de los AMA. En la ecografía abdominal presenta hepatomegalia con alteración de la ecoestructura del parénquima hepático de modo difuso, con imágenes pseudonodulares difusas. En el TC abdominal presenta hepatomegalia de bordes ligeramente lobulados con hipertrofia del lóbulo caudado y signos de hipertensión portal. En la biopsia hepática se aprecia hepatopatía crónica con cirrosis micronodular en actividad. En la gastroscopia signos leves de gastropatía de la hipertensión portal y ausencia de varices esofágicas.

### **RESULTADOS**

Dada la buena situación del paciente se decide tratamiento con ácido ursodesoxicólico y control periódico en CCEE digestivo. Se desestima la posibilidad de trasplante hepático por la edad.

### **CONCLUSIONES**

Debemos tener en cuenta que la estadística es útil en muchos casos, pero nunca es determinante, como ocurre en este caso.

## **51- TÍTULO: “UN CASO DE ESPRUE TROPICAL”**

**AUTORES:** Vicario Bermúdez JM., Lerín Sánchez FJ., Roig Salgado C., Fernández Alamán A., Pérez Vázquez G., Fonseca C.

**CENTRO DE TRABAJO:** Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

El esprúe tropical es un síndrome extraño de malabsorción de causa desconocida, común en regiones tropicales, aunque puede estar relacionado con un organismo infeccioso. Este proceso afecta a residentes o visitantes de los trópicos.

### **MÉTODO**

Presentación mural del caso de un paciente de nacionalidad cubana de 48 años residente en España desde el 5 de abril de 2008. Presentando como Antecedentes Personales esofagitis, gastritis y prolapso valvular mitral, es ingresado en el Servicio de Medicina Interna por presentar cuadro diarreico de una semana de evolución con una pérdida de peso de unos 5 kg, acompañándose de disconfort abdominal. A la Exploración Física presenta palidez cutánea generalizada, hiperqueratosis palmar, abdomen excavado con aumento de peristaltismo.

Analíticamente presenta alteración de las tres series celulares con disminución ácido fólico y vitamina B12, sangre oculta en heces negativa, cultivo heces y orina negativos; Ac para enfermedad celíaca negativos. En la Anatomía Patológica de biopsia gástrica se objetiva gastritis crónica antral difusa y HP+; y en la biopsia duodenal una duodenitis crónica con atrofia vellositaria parcial en actividad.

### **RESULTADOS**

Dada la alta sospecha clínica de esprúe tropical se decide instaurar una dieta libre junto al tratamiento con tetraciclinas y vitamina B12 intramuscular cada semana con Acof.

Actualmente se encuentra asistiendo periódicamente a las Consultas Externas de Medicina Interna presentando una evolución favorable.

### **CONCLUSIONES**

Debido al aumento del número de inmigrantes en nuestra sociedad, es importante tener en cuenta enfermedades no comunes en nuestro medio, pero si en las regiones de procedencia de nuestros pacientes.

## **52.- TÍTULO: UTILIDAD DE LA EPOETINA ALFA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PREDIALISIS.**

**AUTORES:** Antonio Gascón Mariño, Emilia Iglesias Quirós, Francisco Javier Lerín Sánchez, Gloria Pérez Vázquez, Luis García Aragón.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS:** La anemia de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) es debida a una menor producción renal de eritropoyetina y en menor grado a una más corta vida media de los hematíes. La anemia puede desarrollarse antes del inicio de los síntomas urémicos. Aunque la anemia debida a deterioro de la función renal generalmente se desarrolla cuando el filtrado glomerular es inferior a 30 ml/min, puede también observarse en pacientes con mayor filtrado glomerular (60 ml/min). Si no se realiza tratamiento la anemia de la IRC se asocia con deterioro del funcionamiento cardiaco, fatiga, debilidad, letargia, deterioro mental y otros signos y síntomas. Hay también asociación con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, principalmente debido a patología cardiaca y neurológica, mayor riesgo de hospitalización, ingresos hospitalarios más prolongados, y mortalidad en pacientes prediálisis.

Inicialmente, se utilizaron transfusiones de concentrados de hematíes y, en mucho menor grado, andrógenos. Estas terapias se asociaban con efectos secundarios. Desde que se dispone de eritropoyetina humana recombinante (rHu-EPO), la administración de dosis adecuadas ha resultado en beneficios clínicos importantes. La corrección de la anemia con rHu-EPO ha mejorado la calidad de vida de los pacientes, ha eliminado la necesidad de transfusiones y la sobrecarga de hierro que condicionaban. No obstante, y a pesar de estos beneficios, un número importante de pacientes con IRC y anemia no reciben rHu-EPO. En datos publicados referentes a 2007, de pacientes de Estados Unidos, únicamente un tercio de los pacientes reciben rHu-EPO antes de iniciar diálisis. La hemoglobina (Hb) media al inicio de hemodiálisis era de 10.2 g/dl, con un 50% de los pacientes con Hb inferior a 10.0 g/dl; sin embargo, al menos el 30% de los pacientes presentaban niveles de Hb superiores a 11.0 g/dl.

Actualmente, se recomienda que se inicie el tratamiento con rHu-EPO cuando el nivel de Hb es inferior a 11.0 g/dl, teniendo en consideración las circunstancias particulares de cada paciente. Antes de iniciar el tratamiento es importante excluir y tratar la deficiencia de hierro, así como otras posibles causas de anemia distintas a IRC. El objetivo de nivel de Hb esta en el rango de 11.0 a 12.0 g/dl. Se recomienda, no superar una Hb de 13.0 g/dl. La dosis inicial debería ser aproximadamente de 50 a 100 UI/kg por semana.

La dosis de rHu-EPO se debe ajustar periódicamente en revisiones en la consulta. El objetivo del presente estudio es analizar la utilización de epoetina alfa en pacientes con anemia secundaria a IRC y controlados en una consulta de nefrología durante 2007 y 2008.

### **MÉTODO**

Se analizaron datos de 55 pacientes (30 mujeres y 25 hombres) con una edad media de 80 +/- 10 años, obtenidos en la última revisión. El criterio de inclusión era anemia secundaria a IRC que precisaba inicio de tratamiento con epoetina alfa. La distribución de pacientes en función de la etiología de la IRC: nefropatía vascular 24 casos, nefropatía diabética 18, nefropatía intersticial 8, nefropatía IgA 2, poliquistosis renal 1, vasculitis 1 caso. Los análisis estadísticos se elaboraron con el programa StatView.

### **RESULTADOS**

La mayoría de los pacientes fueron remitidos a nefrología desde atención primaria y medicina interna. En un 27% de los pacientes había sido preciso transfundir concentrados de hematíes antes de comenzar con epoetina alfa. Una vez comenzado el tratamiento con epoetina alfa únicamente fue preciso transfundir a dos pacientes. El 60% de los pacientes llevaban más de un año en tratamiento con epoetina alfa. Los pacientes del estudio presentaba una urea media de 103.3+/-48.2 mg/dl, creatinina sérica de 2.26+/-0.79 mg/dl, y aclaramiento de creatinina de 27.0+/-11.1 ml/min. El metabolismo del hierro era adecuado para el tratamiento con epoetina alfa: sideremia 63.5+/- ug/dl, ferritina 222.3+/-165.0 ng/ml e índice de saturación de la transferrina de 26.3+/-9.5 %. Al 95% de los enfermos se les pautó hierro oral y epoetina alfa.

Únicamente un 5% requirió hierro intravenoso. La dosis media semanal utilizada de epoetina alfa era de 2.856+/-2.159 UI., aplicada por vía subcutánea con jeringas precargadas. Los pacientes se administraban la epoetina alfa en distintas pautas, que oscilaban desde cada 4 días hasta cada 45 días. El intervalo medio de tiempo entre cada dosis era de 15.3+/-10.6 días. Por otra parte, las dosis utilizadas en cada inyección oscilaban desde 2.000 UI hasta 10.000 UI. Las jeringas precargadas más utilizadas fueron las de 2.000 y 4.000 UI. La dosis media utilizada en cada inyección era de 4.527+/-2.588 UI. Con estas dosis se consiguió una hemoglobina media de 12.39+/-0.84 g/dl.

Como conclusión podemos indicar que la utilización de dosis bajas de epoetina alfa ha permitido un control aceptable de la anemia. El tratamiento con epoetina alfa exige unos controles periódicos del paciente que permitan ajustar la dosis y así evitar amplias fluctuaciones de los niveles de Hb.

### **53.- TÍTULO: VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO**

**AUTORES:** B. Aguirre Alonso, M.A. Guillén Lereu, I. Escuder Arnau  
**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital San José. Teruel

#### **INTRODUCCIÓN**

Uno de los síndromes geriátricos más importantes es la desnutrición, con una prevalencia que varía entre un 15% y un 60% dependiendo del nivel asistencial que estudiemos. La evaluación precoz del estado nutricional es importante para una adecuada asistencia en los pacientes geriátricos. La malnutrición es un factor de riesgo que interfiere en la recuperación de pacientes en programas de convalecencia.

#### **OBJETIVO**

Evaluar la situación nutricional en pacientes remitidos a la unidad de convalecencia de nuestro hospital tras haberseles realizado cirugía ortopédica en un Hospital General.

#### **METODO**

Estudio retrospectivo de 40 pacientes ingresados en la unidad y que pasaron por el servicio de Rehabilitación en el año 2007.

Las variables recogidas fueron: Edad, sexo, antecedentes personales, diagnóstico principal, estado nutricional, estado cognitivo y funcional.

El Estado Nutricional de los pacientes se valoró mediante el MNA, que es un instrumento de screening que incluye parámetros antropométricos, ítems de valoración geriátrica, características de la ingesta y de percepción subjetiva de la salud. Los resultados obtenidos clasifican a los pacientes en tres categorías: Bien nutridos MNA > 24, riesgo de desnutrición MNA = 17-23,5 y desnutrición MNA < 17.

La situación funcional se midió mediante el Índice de Barthel al ingreso y al alta.

El estado cognitivo se hizo recopilando los datos de la historia clínica de los pacientes.

#### **RESULTADOS**

Del total de historias revisadas, 6 no cumplen criterios de inclusión por falta de datos.

El 65% son mujeres y el 35% son hombres, el 74% son mayores de 75 años.

Según valoración del MNA, un 18% estado nutricional satisfactorio, 59% riesgo de desnutrición y un 23% mal estado nutricional.

Según su situación funcional al ingreso el 91,2% tenían un Barthel < 60 (dependencia moderada a total) y al alta esta cifra disminuyó hasta el 32,3%

El 50% fueron pacientes con pluripatología, la más frecuente la HTA con un 70,6%

El 79% no presentaba deterioro cognitivo, el 15% deterioro cognitivo leve, y el 6% no estaban estudiados

#### **CONCLUSIONES**

La mayoría de los pacientes (82%) de las unidades de convalecencia presentan signos clínicos de malnutrición en el momento del ingreso; añadiremos que todos ellos provenían de un hospital de agudos.

- Los ancianos son especialmente vulnerables para padecer alteraciones nutricionales debido a la coexistencia de numerosos factores de riesgo (deterioro funcional, cognitivo y polifarmacia entre otros).

- La detección y el tratamiento de la malnutrición debe ser un objetivo prioritario en el plan terapéutico de los pacientes geriátricos.

- Es importante que los profesionales sanitarios nos concienciamos de la importancia del soporte nutricional de los pacientes para prevenir complicaciones derivadas de la desnutrición como por ejemplo: úlceras por presión, alteración de la respuesta inmunológica, síndromes de inmovilidad, etc.

- La valoración funcional al alta de nuestros pacientes es mejor que al ingreso; para poder establecer la relación con una mejora del estado nutricional deberíamos realizar el MNA al alta.

## **54.- TÍTULO: ATENCION A FAMILIARES QUE HAN PERDIDO A UN SER QUERIDO.**

**AUTORES:** Montserrat García Sanz y Mercedes Castellote Mengod.

**CENTRO DE TRABAJO:** Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Provincial de Teruel.

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Desde la AECC en Teruel uno de los objetivos generales de intervención es la atención a los familiares durante el periodo de duelo. Dicha intervención la realizamos en tres niveles:

- Nivel 1: Atención psicológica individualizada. Con el objetivo de valorar la fase en la que se encuentra, la existencia de trastornos psicopatológicos, de duelo patológico y de ayudar a aceptar la pérdida. Si no hay ningún aspecto que lo impida, y ya han pasado 6 meses desde el fallecimiento, se plantea a la persona la posibilidad de pasar al siguiente nivel, explicándole los beneficios que ello reporta.

- Nivel 2: Grupo de soporte emocional. Con el objetivo de crear un espacio de confianza, dar apoyo profesional y grupal, exteriorizar sentimientos y evitar el estancamiento, atendemos a su evolución por las diferentes fases del duelo en sesiones mensuales hasta finalizar el año. Está dirigido por una psicóloga. -

Nivel 3: Voluntariado Testimonial. Tras finalizar el nivel anterior, se propone la posibilidad de ser voluntarios testimoniales con el objetivo de ayudar a otras personas que estén pasando o vayan a pasar por la pérdida y ser modelos de un afrontamiento positivo.

### **MÉTODO**

Intervención: tres niveles,

Nivel 1: Counseling, Terapia psicológica

Nivel 2: Dinámica grupal.

Nivel 3: Asesoramiento profesional y formación especializada y continua.

### **MATERIALES**

Nivel 1: Entrevistas de valoración, cuestionarios estandarizados y técnicas de modificación de conducta.

Nivel 2: Técnicas cognitivo-conductuales, proyectivas, gestalticas y entrevistas de valoración.

Nivel 3: Entrevistas de valoración de aptitudes y capacidades y técnicas de formación (talleres, conferencias, lecturas...)

### **RESULTADOS**

Esta forma de intervención la hemos aplicado con l@s espos@s durante un año y medio: hemos atendido a trece familiares y han sido siete las personas que han decidido pasar al grupo de soporte emocional y de este, dos han elegido ser voluntarios testimoniales. Durante este proceso hemos extraído que es importante para ellos la comunicación en el grupo y la expresión de sus sentimientos, emociones y pensamientos, hemos encontrado un aumento en las relaciones sociales y en el interés por la vida. Los voluntarios testimoniales, además se sienten útiles, obteniendo algo positivo de su pérdida.

### **CONCLUSIONES**

Con este enfoque intervenimos desde el momento de la crisis vital, les acompañamos en el proceso adaptativo del duelo y les facilitamos una reformulación positiva de su experiencia al ayudar a otras personas en situación de duelo.

## **55.- TÍTULO: “SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE ADH (SIADH) SECUNDARIO A MENINGOENCEFALITIS AGUDA”**

**AUTORES:** Dolz Aspas, Raquel; Vicario Bermúdez, Juana María  
**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital General Obispo Polanco (Teruel)

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

El SIADH se define como un conjunto de procesos patológicos cuya característica común es la presencia de hiponatremia secundaria a la retención de agua libre debido a una secreción inadecuada de ADH inapropiadamente elevada en relación a la osmolaridad del plasma e independientemente del control osmótico. Existen múltiples procesos patológicos que pueden producir SIADH por diferentes mecanismos: un exceso de producción a nivel de la neurohipófisis, por tejidos neoplásicos, tejidos inflamatorios o por determinados fármacos.

### **MÉTODO**

Presentamos el caso de un paciente de 61 años de edad que presenta como Antecedentes Personales HTA, EPOC, úlcus gástrico e intervenido quirúrgicamente de polipectomía endoscópica, apendicectomía, suboclusión y eventración.

Tras episodio de meningoencefalitis aguda el paciente presenta hiponatremia (120mmol/l) que debido a su instauración progresiva no presenta manifestaciones neurológicas, con predominio de anorexia, náuseas y vómitos. A la Exploración Física el paciente presenta normovolemia, ausencia de edemas, hipotensión ortostática o signos de deshidratación.

### **RESULTADOS**

En la analítica realizada destaca una hiponatremia de 120 mmol/l, hipoosmolaridad plasmática (246.5 mosm/kg) con una osmolaridad urinaria aumentada. Función renal, adrenal y tiroidea normales. Na en orina 84mEq/l y urea de 4.2g/l. Tras restricción hídrica y administración de suero salino se normalizan las cifras de natremia y se procede al alta hospitalaria.

### **CONCLUSIONES**

Ante la presentación de un SIADH deben tenerse en cuenta todas sus posibles etiologías en relación a la patología previa del paciente, como en nuestro caso particular, secundaria a un cuadro de Meningoencefalitis Aguda en meses previos. Debe de corregirse la patología desencadenante para la correcta resolución de la hiponatremia.

## **56.-TÍTULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MENÚS OFERTADOS POR VARIOS CENTROS ESCOLARES (comunicación oral)**

**AUTORES:** Muñoz Giménez, Noeli; Mora Corberá, Elena  
**CENTRO DE TRABAJO:** Oficina de Farmacia

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

Las necesidades actuales hacen que en los últimos años haya aumentado el número de niños que se quedan en los comedores escolares. No hay que olvidar que los hábitos alimentarios que se adquieren en la infancia tendrán repercusiones en la salud de la vida adulta. Por lo tanto, el comedor escolar será un lugar ideal para lograr que los niños no sólo aprendan a comer, sino también a alimentarse correctamente. En las diferentes comunidades autónomas se han creado unas "Guías de Alimentación Saludable en Edad Escolar" que ayudarán tanto a mejorar la calidad nutricional de los menús escolares, como a los padres para que complementen adecuadamente la alimentación de sus hijos con el objetivo de conseguir una dieta equilibrada y variada. Nuestro planteamiento fue conocer el grado de seguimiento de estas guías por parte de los colegios.

### **MÉTODO**

Durante los 3 meses de otoño del 2007 se realizó un seguimiento a 11 centros escolares, tanto públicos como concertados, de varias provincias españolas (Alicante, Teruel y Valencia). Se evaluaron las hojas de los menús escolares que los centros distribuyen a los padres de los niños que utilizan el comedor escolar según las directivas de las guías de alimentación.

### **RESULTADOS**

#### **Evaluación de los 1<sup>os</sup> platos**

Se ofrecen principalmente 5 tipos de alimentos como primeros platos: pasta (29%), arroz (17%), verdura (21%), legumbres (16%) y sopa (15%). De las provincias estudiadas, hay que destacar la diferencia de hábitos alimentarios entre las provincias valencianas y Teruel: Teruel favorece verduras (32%) y legumbres (20%) frente al arroz (14%). Valencia ofrece más arroz (20%) frente a verduras (17%) y legumbres (16%).

**Evaluación del consumo de legumbres:** Las propuestas de las legumbres son: lentejas en el 55% de las ocasiones, garbanzos en el 30% y las alubias en el 15%. Sólo 2 colegios ofrecen los tres tipos de legumbres por igual y 2 centros, únicamente lentejas. La mitad de los centros ofrece por igual lentejas y garbanzos. Menos de la mitad de los colegios ofrece alubias, preparadas casi exclusivamente como fabada.

#### **• Evaluación de los 2<sup>os</sup> platos**

Casi la mitad de los días (49%) se consume carne, mientras que el consumo de pescado es de tan sólo un 13%. El consumo de pescado es equivalente al que se hace de fiambres y de otros alimentos mucho menos interesantes nutricionalmente (croquetas, empanadillas, etc). La oferta de fiambres sólo se da en las provincias valencianas (16%) mientras que no se observó en Teruel. Las comidas "rápidas", sin elaboración, como pueden ser frituras, fiambres, pizza, etc, se dan con una frecuencia del 38%. En algunos colegios llega a ser del 70%.

**-Análisis del acompañamiento de los 2<sup>os</sup> platos:** En el 65% de las comidas se propone ensalada y en el 11%, verdura. Las patatas fritas son presentadas en el 17% de las ocasiones. Sólo 5 colegios dan menos de un 10% de patatas fritas.

**-Análisis del tipo de cocción utilizado:** Destacan los "fritos" con un 59%. Los tipos de cocción "saludables" (Horno/Asado, Guisado/Cocido) representan un 41%.

**-Análisis del consumo de cuchara:** La utilización de cuchara ("plato de caliente") es relativamente uniforme en todos los colegios (65%).

#### **• Evaluación de los postres**

La fruta se oferta en un 63%. La fruta fresca supone un 57% y los lácteos un 32%. Dulces, cereales o gelatina son dados ocasionalmente.

### **CONCLUSIONES**

- ▶ La oferta del 77% de hidratos de carbono (HC) en los 1<sup>os</sup> platos sería correcto.
- ▶ Se debería modificar el origen de los HC, incrementando el consumo de legumbres (16%). Habría que complementar la ingesta en casa.
- ▶ Bajo consumo de pescado. Exceso de proteínas cárnicas. Doble consumo de cerdo que de ternera y de pollo.
- ▶ Las verduras complementan mayoritariamente los 2<sup>os</sup> platos, siendo su consumo adecuado.
- ▶ Se da demasiado lácteo (32%) respecto al consumo de fruta (63%). Las recomendaciones son cuatro de fruta y una de lácteo, incluso de no sustituir la fruta. La fruta en almíbar (9%) es propuesta en algunos colegios.



## **57-TÍTULO: ELABORACIÓN, EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL SECTOR TERUEL**

**AUTORES:** Marta C. Agudo Rodrigo, Médico ESAD; Rosa M<sup>a</sup> Alegre Martín, enfermera ESAD; Montserrat García Sanz, Psicóloga AECC

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital San José Teruel

### **INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS**

La evolución de un equipo de atención a pacientes paliativos le lleva a la necesidad de evaluar su actuación y detectar fallos en la calidad de su asistencia. El instrumento más generalizado para realizar dicha valoración es un cuestionario de satisfacción del usuario.

### **OBJETIVO**

: Conocer el grado de satisfacción y calidad percibida por los familiares y/o cuidadores principales de los pacientes atendidos por nuestro Equipo de Atención Domiciliaria.

### **MÉTODO**

Se realiza un estudio prospectivo, transversal y descriptivo.

Diseñamos una encuesta basada en la que actualmente usan los equipos pertenecientes a la Asociación Española Contra el Cáncer y que cumple con el modelo Servqual. La encuesta se envió en el mes de Abril del 2008 y se hizo a los domicilios de los pacientes atendidos durante el año pasado por el Equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD) de Teruel.

Se plantearon como criterios de inclusión que hubiesen sido atendidos por el EASD durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2007, ambos incluidos, que hubieran contado con un cuidador principal, por lo que los pacientes atendidos en residencias que no hubiesen tenido un cuidador claro permanente fueron excluidos.

El método utilizado fue la encuesta por escrito y enviada por correo ordinario el mes de febrero, en algún más de un año después de que el paciente hubiera fallecido y en otros el paciente sobrevive. Es de carácter anónimo, no se influyó por parte del equipo en las respuestas ya que no se ha mantenido contacto personal con los encuestados durante el estudio, así la objetividad de las respuestas se ha asegurado.

El tratamiento estadístico de los datos se ha hecho con la herramienta informática SPSS 15.

### **RESULTADOS**

Durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año 2007 se incluyeron en programa 123 pacientes. En el estudio y susceptibles de contestar a la encuesta son los cuidadores de 109 pacientes, que es el número de encuestas que se enviaron, 3 fueron devueltas por Correos por domicilio desconocido y se han recibido 50 respuestas, 3 no han sido válidas por faltar algún dato por cumplimentar, por lo que la muestra final es igual a 47, el 38,2% de los pacientes atendidos.

La edad media de los enfermos era 77,79 años, con una desviación típica de 9,21, con un rango de 46 a 90 años. Se atendieron a 29 varones (61,7%), y a 18 mujeres (38,3%). En cuanto a los cuidadores principales, 39 eran mujeres (83%) y 8 (17%) fueron hombres; y su edad media fue de 61,72 con una desviación típica de 13,94 y con un máximo de 84 y un mínimo de 39. Con respecto a la relación con el paciente, en 24 ocasiones eran el cónyuge (esposa o esposo), en 14 hija/o, en 4 hermano/a y en 5 tenían otro tipo de relación, cuidadores remunerados u otro parentesco. La mejor valoración ha sido para el trato con la familia, se ha calificado de muy satisfactorio o satisfactorio, le sigue el trato con el enfermo, el tiempo de espera y la coordinación del equipo con otros servicios sanitarios. La peor valoración la ha recibido la información de la evolución de la enfermedad seguida de la información sobre el tratamiento, el control de síntomas psicológicos y la facilidad de contacto con el equipo fuera de las consultas programadas.

### **CONCLUSIONES**

Los datos de este estudio nos indican que las valoraciones positivas hechas por los cuidadores de los pacientes atendidos por el Equipo de Soporte Domiciliaria de Teruel son más numerosas que las negativas. El hecho de que se destaque el trato humano nos indica que el personal del equipo posee las habilidades sociales necesarias para relacionarse satisfactoriamente con el enfermo y la familia. Esto contrasta con la apreciación negativa sobre la información de la evolución y el tratamiento que se recibe, la propia familia la dificulta para evitar que el enfermo maneje muchos detalles sobre su enfermedad.

No existen instrumentos estandarizados ni generalizados para medir con exactitud un concepto tan subjetivo como es la satisfacción, por lo que tenemos limitaciones para comparar estudios. Los cuidados paliativos en domicilio han demostrado que incrementan el nivel de satisfacción del usuario y disminuyen los costes, ya que disminuyen la frecuentación hospitalaria y el consumo de recursos sanitarios.

## **58.-TÍTULO: ESTUDIO DE LOS FACTORES IMPLICADOS EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

**AUTORES:** Mora Corberá; Elena; Muñoz Giménez, Noeli  
**CENTRO DE TRABAJO:** Oficina De Farmacia

### **INTRODUCCIÓN**

Debido a la gran importancia que en la actualidad están adquiriendo las campañas antitabaco realizadas desde la oficina de farmacia, el papel del farmacéutico, por su proximidad y acceso cotidiano, es clave para sensibilizar a la población en general sobre el riesgo que supone para la salud el consumo de tabaco.

### **OBJETIVOS**

- Estudiar las causas que provocan el inicio del consumo de tabaco así como aquellas que inducen su abandono.
- Evaluar el número de intentos necesarios hasta abandonar completamente el tabaco.
- Analizar la dificultad que supone el abandono de tabaco y por tanto, la posibilidad de necesitar algún tipo de ayuda.

### **MÉTODO:**

Estudio descriptivo longitudinal.

Se realizaron 82 encuestas en una población entre los 15 y 70 años de edad, tanto ex fumadora como fumadora.

Los datos se recogieron a través de una encuesta anónima estandarizada.

### **RESULTADOS:**

- El abandono del tabaco tanto en hombres como en mujeres se produce mayoritariamente (65%) entre los 41 y los 60 años.
- Un 23% de hombres que dejaron de fumar, lo hicieron motivados por una enfermedad y todos ellos se encontraban entre los 41 y 60 años.
- El 54% de los exfumadores abandonó el tabaco al primer intento. Tan sólo un 7% de éstos, encontraron mucha dificultad para dejarlo. Un 50% fumaba menos de 10 cigarrillos al día.
- De entre los que consideran que no es necesario ningún tipo de ayuda sanitaria para dejar de fumar, un 71% lo ha intentado dejar alguna vez, pero no lo ha conseguido.
- De entre los que consideran que sí es necesaria la ayuda sanitaria para dejar de fumar, un 63% considera tener mucha dificultad para dejar el tabaco. Tan solo un 17% utilizó algún tipo de ayuda (chicles, comprimidos...). El 80% de ellos, son mujeres.
- El 13% de las mujeres dejaron el tabaco motivadas por el embarazo. Todas ellas volvieron a fumar, siendo las causas mayoritarias la ansiedad y/o el estrés.

### **CONCLUSIONES:**

Hombres y mujeres mantienen un consumo más regular con el tabaco entre los 16 y 20 años. Los hombres se iniciaron antes, entre los 10 y 15 años. Las mujeres lo hicieron entre los 16 y 20 años. Ninguno de ellos se inició siendo mayor de 26 años.

- La mayoría de hombres y mujeres que decidieron dejar de fumar lo hicieron por propia iniciativa.
- El entorno de fumadores fue la principal causa de recaída de los no fumadores.
- Entre los fumadores, las mujeres son las que confiesan que encuentran mucha dificultad para dejar de fumar y que necesitarían algún tipo de ayuda.