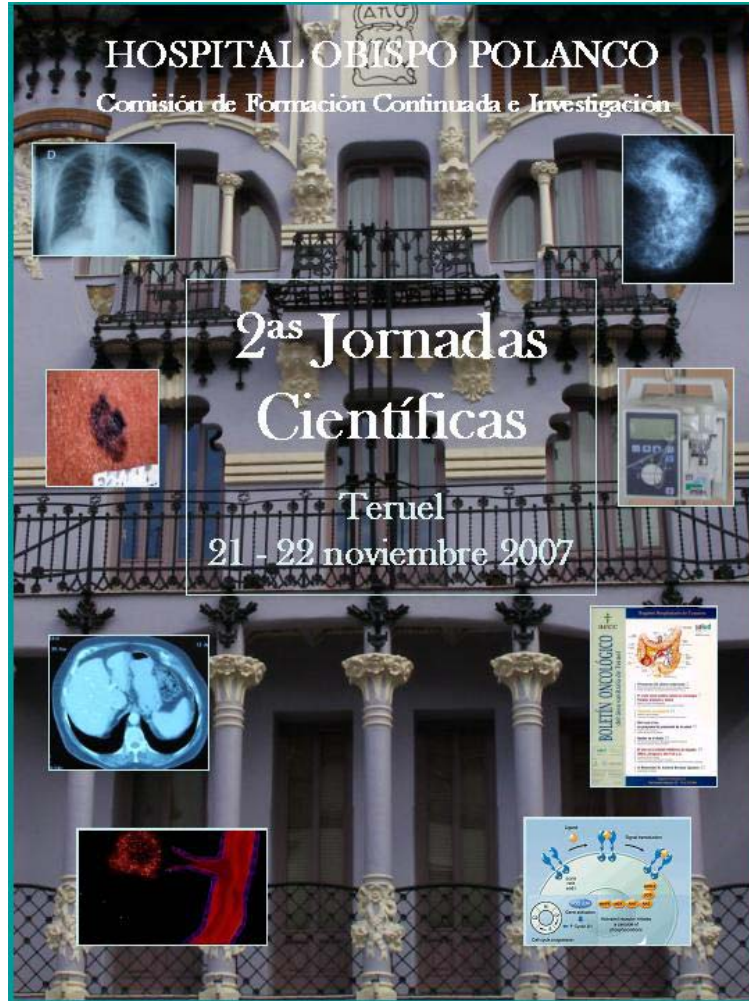


# II Jornadas Científicas



Hospital Obispo Polanco  
SALUD. Teruel

2ª Edición 2007

Hospital General Obispo Polanco  
Servicio Aragonés de Salud  
Teruel

## II Jornadas Científicas

2007

(2ª Edición)

Los datos contenido en los resúmenes de las comunicaciones científicas y póster has sido recopiladas con el máximo cuidado. La comisión de investigación y docencia no puede hacerse responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de cualquier error en el texto que haya podido pasar inadvertido.

Comisión de formación continuada e investigación.  
Hospital General Obispo Polanco. Teruel.

2º edición 2007

Deposito legal:

Imprime:

# 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

## *Patrocinadores*

Merck Farma Química. Baxter. Abbott Janssen Cilag. Wyeth  
Farma. Pfizer. Schering Plough.

## *Colaboradores*

Sanofi-Aventis. Mayne. Merck Sharp Dohme. Astra Zeneca.  
Glaxo Smithkline. Gilead Sciencies. Bristol Myers Squibb.  
Nestlé. Roche Farma.  
Diputación Provincial  
CAI  
Caja Rural de Teruel  
Ibercaja

## DIRECTORES Y EDITORES

JESÚS ÁNGEL MARTÍNEZ BURGUI

LAURA GÓMEZ GÓMEZ

FRANCISCO JAVIER LERÍN SÁNCHEZ

ALFONSO YUBERO ESTEBAN

IRENE VALLE GINER

ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ

M<sup>a</sup> ANGELES CAMACHO BALLANO

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

**PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN DE LAS JORNADAS CIENTÍFICAS  
DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO**

Constituye un motivo de enorme satisfacción realizar el prólogo para las II Jornadas Científicas del Hospital de Teruel Obispo Polanco cuando se cuenta con el notable éxito de las precedentes, datos que auguran lo mismo para éstas y objetivos de las mismas tan nobles y beneficiosos tanto para los profesionales como para la eficacia y calidad de la asistencia que prestamos.

Las Jornadas están dirigidas a todo el personal sanitario del Sector de Teruel y pensadas para facilitar la formación continuada y la investigación clínica. Somos conscientes de que mantener la excelencia profesional exige complementar la asistencia tanto con la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades como con la búsqueda de respuestas a las preguntas que plantean los problemas de salud del ser humano. Es por esto que la formación continuada y la investigación deben estar siempre presentes en la práctica clínica, cualquiera que sea la especialidad o responsabilidad asistencial, puesto que la medicina debe plantearse permanentemente nuevos interrogantes en su misión de servicio a la Humanidad.

Los temas escogidos para este año, el dolor crónico y sintomatología afectiva y la obesidad, pretenden dar respuesta a necesidades de la sociedad que inciden sobre retos muy actuales: la atención a la enfermedad crónica y la promoción de estilos de vida saludables. Nuestro agradecimiento y especial reconocimiento a los ponentes por su esfuerzo docente y a los muchos que habéis presentado comunicaciones por vuestro trabajo.

También quiero agradecer el esfuerzo y altruismo tanto de la Dirección del Sector y del Hospital, especialmente a la Dra. Thomson, verdadera impulsora de las Jornadas, como a todas las personas, instituciones y casas comerciales que con su dedicación de tiempo y apoyo económico juegan un papel decisivo en la realización de las Jornadas. El trabajo y la generosidad de todos hacen posible que se alcancen los objetivos y metas propuestas.

Deseo que todos los que participáis en las Jornadas encontréis respuesta a vuestros interrogantes, satisfacción personal y ayuda para vuestro trabajo diario; sin perder de vista que la grandeza de nuestra profesión no radica en los medios sino en su objeto: el ser humano, el hombre necesitado.

**Dr. Luís Ciprés Casasnovas**

Presidente de la Comisión de Formación Continuada e Investigación

## Comunicaciones Orales y Pósters.

### Pósters día 21

- 1.- Evaluación clínica de pacientes ingresados en un dispositivo asistencial de larga estancia
- 2.- Perfil del paciente ingresado en una unidad de media estancia de nueva creación
- 3.- Tolerabilidad local de buprenorfina t.d.s. tras la administración profiláctica de antihistamínicos antagonistas h1
- 4.- Variación de la impresión clínica global, insight y actitud ante la medicación tras un programa de psicoeducación para pacientes con trastorno mental grave.
- 5.- Estudio descriptivo del tabaquismo en un grupo de pacientes con trastorno mental grave.
- 6.- "Un caso de síndrome pseudo-meigs"
- 7.- "Hemorragia digestiva alta secundaria a adenocarcinoma de esófago sobre esófago de Barrett"
- 8.- Eficacia de la hemodiálisis con dializadores de alta permeabilidad en el tratamiento de la intoxicación aguda por litio.
- 9.- Cefalea persistente secundaria a meningitis tuberculosa.
- 10.- Tumoración glútea debido a quiste hidatídico
- 11.- Consumo de medicamentos en la zona de salud de Albarracín
- 12.- Estudio sobre declaraciones nutricionales en los alimentos
- 13.- Declaraciones saludables en los alimentos
- 14.- Programa de gestión de vacunas infantiles en atención primaria
- 15.- Neoplasia de mama infiltrante
- 16.- ¿Se puede sobrevivir a una agresión por arma blanca que incide y atraviesa el cráneo?
- 17.- ¿Es eficaz la prevención primaria frente al cáncer de mama?
- 18.- "Cáncer: progresiones y progresos"
- 19.- Intervención del farmacéutico ante la solicitud sin receta de antibióticos en oficina de farmacia.
- 20.- "Determinación por el coulter gen-s de la cinética de los cambios de volumen en muerte celular inducida por h<sub>2</sub>O<sub>2</sub>".
- 21.- Título: nuevas dianas frente a la génesis tumoral: a propósito de un caso
- 22.- Colecistitis aguda, presentación camaleónica de una gastroenteritis.

- 23.- Acogida al profesional de nuevo ingreso. Experiencia de tres años.
- 24.- Lesiones osteolíticas en la radiología simple. Hallazgo casual en los servicios de urgencias.
- 25.- Intoxicación grave por opiáceos en una paciente portadora de una bomba de liberación de morfina intratecal.
- 26.- Pseudomixoma peritoneal
- 27.- Absceso amebiano
- 28.- Utilidad del TC para el diagnóstico de diverticulitis aguda
- 29.- Utilidad del TC urgente en la obstrucción del intestino delgado
- 30.- Hernia de Amyand conteniendo apendicitis eosinofílica y cistoadenoma mucinoso
- 31.- "Quemaduras: las curas claras"
- 32.- Archivo de imágenes del TC
- 33.- Cribado de neuropatía en pacientes diabéticos
- 34.- El PECTE. plan de emergencias en catástrofes de Hop. de Teruel

#### **Pósters día 22**

- 35.- ¿Neumonía por legionella o cavitación pulmonar?
- 36.- Sarcoma de Ewing, a propósito de un caso
- 37.- Adenocarcinoma de páncreas y SIADH: una asociación excepcional.
- 38.- Utilidad de la secuencia de resonancia magnética (RM) 3d fiesta para el estudio del ángulo pontocerebeloso y oído interno.
- 39.- "Evaluación del grado de satisfacción de los pacientes tratados en el hospital de día oncológico del hospital Obispo Polanco"
- 40.- Cirugía abdominal urgente en la enfermedad de Von Recklinghausen
- 41.- A propósito de dos casos, revisión del uso de neurolépticos y riesgo tromboembólico.
- 42.- Eritrodisestesia palmo plantar. Utilización de apósitos hidrocoloides
- 43.- Insuficiencia renal aguda secundaria a gastroenteritis por salmonella enteritidis en el área de salud de Teruel (1998-2006).
- 44.- Análisis del "jamón de Teruel"
- 45.- Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental ,sector Teruel.
- 46.- "Fotodermatitis alérgica de contacto por hipersensibilidad a ketoprofeno"



- 47.- Osigas: otro sistema de información para gestión de la asistencia sanitaria
- 48.- Liposarcoma extremidades
- 49.- Agenesia de cava como diagnóstico diferencial de ascitis no cirrótica.
- 50.- Necrosis gástrica secundaria a hernia paraesofágica estrangulada.
- 51.- ¿Como duermen los pacientes con demencia?
- 52.- ¿Podemos mejorar el control de las alteraciones del sueño en nuestros e pacientes con demencia?
- 53.- Distress respiratorio en el recién nacido
- 54.- Displasia monostótica fibrosa.A propósito de un caso.
- 55.- Adecuación de medios diagnósticos en traumatología
- 56.- Enfermedad periodontal
- 57.- Factores de crecimiento en traumatología
- 58.- Título formación de la familia del paciente agónico, en el domicilio, para el manejo de la palomilla subcutánea
- 59.- Valoración geriátrica en un servicio de medicina interna
- 60.- Los pacientes geriátricos en la UCE de psiquiatría del hospital Obispo Polanco.
- 61.- Estudio de la clínica de la dermatitis de contacto en el área III de salud de Zaragoza. años 1994-2001
- 62.- Estudio sobre la indicación farmacéutica en resfriado
- 63.- Actuación de enfermería al paciente politraumatizado

#### **Comunicaciones día 21**

- 64.- Obesidad infantil en Teruel
- 65.- Hidratación subcutánea domiciliaria. Presentación de tres casos en el centro de salud de Monreal del campo.
- 66.- Papel del jamón de Teruel en las recomendaciones nutricionales actuales
- 67.- ¿Es el síndrome coronario agudo una patología de mayores?
- 68.- La impedancia bioeléctrica en consulta externa de neumología. Resultados preliminares.
- 69.- Intervención en las avd desde terapia ocupacional, a propósito de un caso
- 70.- ¿Satisfecho con la endoscopia que le hemos realizado?

71.- Diálisis peritoneal en el área de salud de Teruel (1995-2007).

72.- "Una noche para olvidar". ¡Alerta emergencia externa!

**Comunicaciones día 22**

73.- ¿Cuántas hemorragias digestivas se asocian al tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes y/o antiinflamatorios no esteroideos?

74.- Tratamiento del cáncer colorrectal: enfoque multidisciplinar

75.- Histerectomía radical en la cerda como modelo animal experimental

76.- Proyecto de cooperación en el asentamiento "nueva vida" de ciudad Sandino en Managua, Nicaragua.

## Mesa Redonda 1: OBESIDAD EN EL SIGLO XXI

### **Evaluación del Sobrepeso y Obesidad. Establecimiento de criterios de intervención terapéutica.**

Dr. Luis Cipres Casanovas

Endocrinólogo y nutricionista Coordinador responsable del área médica Hospital Obispo Polanco Teruel. Presidente de la Comisión de Formación Continuada e Investigación.

### **Obesidad y psiquiatría**

Dr. Ruiz-Lázaro, Pedro Manuel.

Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Investigador Asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS.

### **Obesidad. Enfermedad del siglo XXI**

Dr. Manuel López Bañeres.

Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Servicio de Cirugía. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

## Mesa Redonda 2: MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA.

### **Manejo práctico de fármacos opiáceos en el tratamiento del dolor crónico persistente: Algoritmo terapéutico**

Dra. Ana Minguéz Martí

Farmacéutica Adjunta Unidad de Dolor  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia

### **Dolor Osteoarticular. Estrategia diagnóstica y evaluación.**

Dr. Juan Carlos Cobeta García.

Unidad de Reumatología del Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

### **Dolor crónico y sintomatología afectiva.**

Dr. Carlos Iglesias Echegoyen

Especialista en Psiquiatría y salud mental. Coordinador de salud mental del sector de Teruel.

## Charla Magistral: REFLEXIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LOS HOSPITALES.

Dr. Julio Cortijo Gimeno

Jefe de la unidad de Docencia e investigación. Catedrático numerario de la facultad de Medicina de Valencia. Gerente de la fundación de investigación. Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## **1.- EVALUACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN DISPOSITIVO ASISTENCIAL DE LARGA ESTANCIA**

Anna Mont Canela (dirección de contacto: Avenida Ruiz Jarabo s/n, teléfono 659437663), Germán Gómez Bernal, Alejandra Reboreda Amoedo, Carmen Rueda Garfella, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pereyra Grustan.

Introducción: La enfermedad mental grave, tan desconocida para muchos miembros de la comunidad, siempre ha estado rodeada de numerosos mitos y vinculada a prejuicios y etiquetajes de connotaciones casi siempre negativas.

Objetivos: Nuestro propósito es el de aportar, mediante este trabajo, información realista y actualizada sobre las características concretas (problemática física, psicológica y social) de un grupo de pacientes ingresados en un dispositivo psiquiátrico de larga estancia.

Material y métodos: Utilizamos para este estudio la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), de fiabilidad reconocida y sensible a la mejoría, deterioro o ausencia de cambio (clínico y social) a lo largo del tiempo. Incluye 12 ítems (con una puntuación de 0 a 4); a mayor puntuación, mayor gravedad. Seleccionamos de esta escala los diez primeros ítems, excluyendo los dos últimos (*problemas con las condiciones de vida y problemas en relación con la ocupación y actividades*) por no ser de interés para nuestro estudio.

La muestra está formada por todos los pacientes ingresados en la unidad de larga estancia del Hospital Psiquiátrico de Teruel, cuyas características son: edad media de 57,6 años, porcentaje sexo (62,3% varones y 37,7% de mujeres) y mayoría de diagnóstico del grupo *Esquizofrenia* (F20 según criterios CIE-10).

Resultados: Se adjunta gráfico con los resultados obtenidos de los diez primeros ítems de la escala HoNOS (las puntuaciones más elevadas son para los ítems 6 y 9).

Conclusiones: Los ítems que han obtenido mayor puntuación son el ítem 6 (**problemas asociados a la presencia de ideas delirantes o alucinaciones**): con una puntuación muy cercana a un 2, indica que las alucinaciones e ideas delirantes están presentes en casi todos los pacientes, pero que éstas, están encapsuladas o aminoradas de tal forma, que originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, y el ítem 9 (**problemas con las relaciones**): es el ítem más puntuado en la evaluación de los pacientes, y la puntuación media se corresponde con la existencia de un problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo. Todo lo relacionado con las relaciones sociales acostumbra a ser el aspecto más deficitario en los pacientes con enfermedades mentales graves. En el resto de ítems (conductas disruptivas, autolesiones, humor depresivo, consumo de alcohol u otras drogas, etc) se obtienen bajas puntuaciones por parte de los pacientes ingresados en la unidad de larga estancia.

## **2.- PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE NUEVA CREACIÓN**

Alejandra Reboreda Amoedo (dirección y teléfono de contacto: Rambla San Julián, 32, 4º Izq; 676896970/978607221), Anna Mont Canela, Germán Gómez Bernal, José Ignacio Latorre Marín, Fernando Romero Morales, Bárbara Moles Arcos.

Introducción: El Plan Estratégico de Salud Mental (2002-2010) define a las unidades de media estancia como centros de internamiento dotados de equipos y programas específicos, capaces de prestar una atención individualizada intensiva y especialmente destinada a la rehabilitación del paciente. El plan establece que tal actividad rehabilitadora debe desarrollarse, en la medida de lo posible, en el marco de la comunidad de referencia para evitar el alejamiento del paciente de su entorno sociofamiliar.

Objetivos: El objetivo principal de nuestro estudio es conocer el perfil del paciente que ingresa en la Unidad de Media Estancia (U.M.E): características sociodemográficas, diagnósticos, nivel de estudios, estancia media en la unidad..

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que han ingresado en la UME del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Teruel desde que inició su funcionamiento.

Criterios de ingreso en la UME: edad entre 18 y 60 años, con diagnóstico en la esfera de los Trastornos mentales graves, en situación clínica de cronicidad y estabilidad. Es esperable así mismo una actitud de compromiso para aceptar y realizar actividades terapéuticas durante el ingreso, mantenimiento de la vinculación con su red social y una duración media del ingreso de 6-12 meses.

Los criterios de exclusión son: Trastorno de la personalidad disocial, toxicomanías activas, demencias y trastornos mentales orgánicos, retraso mental o elevado riesgo de hospitalismo.

La muestra de nuestro estudio está formada por 12 pacientes (8 ingresados actualmente en dicha unidad) de los que estudiaremos las variables anteriormente citadas. Los datos se han analizado mediante los programas SPSS 8.0 y Excell.

Resultados: Nuestra muestra de 12 pacientes está compuesta por 10 varones (83.3%) y 2 mujeres (16.7%) con una edad media de 36.3 años (mínima de 20 y máxima de 50 años). Respecto al estado civil, solamente el 8.3% (1 paciente) está casado y con descendencia frente al 91.7% solteros y sin hijos.

Se realiza una clasificación diagnóstica por grupos basada en la CIE-10 donde encontramos que el diagnóstico más frecuente al ingreso se ubica en el apartado de *Esquizofrenia* (F20) con un 50% (6 pacientes), seguido del *Trastorno de la personalidad y del comportamiento* (F60-69) y del *Trastorno esquizoafectivo* (F25) con 2 pacientes cada uno, y finalmente el *Retraso mental* (F70-79) y *Trastorno del humor persistente* (F34) con 1 paciente en cada grupo.

Conclusiones: A pesar de tratarse de una Unidad de Media Estancia de reciente creación y de un tamaño muestral no significativo, podemos observar que el perfil de pacientes es similar a otros estudios realizados en unidades de este tipo con un mayor tiempo de funcionamiento. Podemos observar que la mayoría de pacientes que ingresan son con diagnósticos en la esfera del Trastorno mental grave.

### **3.- TOLERABILIDAD LOCAL DE BUPRENORFINA T.D.S. TRAS LA ADMINISTRACIÓN PROFILÁCTICA DE ANTIHISTAMÍNICOS ANTAGONISTAS H1**

ROSARIO ESCARTIN MARTINEZ  
Unidad del Dolor 9786220

#### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Uno de los efectos secundarios de la buprenorfina T.D.S., en un porcentaje importante de pacientes, es su mala tolerabilidad local. El objetivo de este trabajo es evaluar su tolerabilidad local tras la administración profiláctica de antihistamínicos antagonistas H1 por vía oral durante el 1er mes de Tto y posteriormente por vía tópica, si persistía la irritación local. Así como su efectividad en el tiempo.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio observacional prospectivo de 80 pacientes (60 mujeres y 20 varones), edad media 65,08 +/- 13,5 años (R 34-87), que presentaban dolor crónico osteoarticular de intensidad moderada. Seguimiento: 6 meses. Controles: visita basal, 1,2,3 y 6 meses. Dosis: buprenorfina T.D.S. entre 17,5 y 70 microgramos/h cada 3 días. Dosis media 37,84 +/- 16,34 microgramos/h. Todos los pacientes comenzaron Tto simultáneo con Cetirizina vía oral 10 mg/día en dosis única nocturna durante un mes. Apartir del mes, Dimetindeno gel en pacientes con persistencia de exantema, eritema o prurito, al suspender la vía oral.

**RESULTADOS:** BUENO: 56 pacientes (70%) vía oral+tópica. REGULAR: 7 (8,75%) vía oral+tópica. MALO: 17 (21,25%) vía oral+tópica.

**CONCLUSIONES:** Los resultados han sido buenos sin reacción adversa local y persistiendo en el tiempo en un alto porcentaje de los pacientes al seguir con la vía tópica tras el 1er mes de la vía oral. Con la utilización de Dimetindeno gel no se ha observado alteración en la liberación del fármaco ni disminución en su efecto analgésico.

#### **4.- VARIACIÓN DE LA IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL, INSIGHT Y ACTITUD ANTE LA MEDICACIÓN TRAS UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA PACIENTES CON TRASTONO MENTAL GRAVE.**

Germán Gómez Bernal, Anna Mont Canela, Fernando Romero Morales, Alejandra Reboreda Amoedo, Eugenia Rodríguez, Isabel Va.

**OBJETIVOS:** El objetivo del siguiente trabajo es evaluar los efectos de un grupo de psicoeducación en pacientes afectados de trastorno mental grave.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccionaron de forma aleatoria 16 pacientes de los 70 ingresados en la Unidad de Larga Estancia del Hospital Psiquiátrico de Teruel. La mitad de ellos también seleccionados de forma aleatoria, fue asignado a un grupo en el que se inició un grupo de psicoeducación inspirado en el programa de S. Rebolledo; y la otra mitad, fue asignada a un grupo de espera en el que se iniciaría el mismo programa una vez concluido el primero de los grupos. No se realizaron cambios de tratamiento psicofarmacológico durante el periodo de realización del estudio. Las escalas de medida utilizadas fueron: CGI-SCH, SUMD y DAI.

**RESULTADOS:** Los 16 pacientes evaluados cumplían criterios diagnósticos DSM IV de Esquizofrenia paranoide. 14 fueron hombres y 2 mujeres repartidos homogéneamente en ambos grupos. Dos de ellos abandonaron el grupo de psicoeducación. Las puntuaciones medias de las escalas de medida fueron en el grupo sometido a psicoeducación : CGI-SCH 16.3, SUMD 8.6 y DAI 14.6. Una vez terminado el grupo de psicoeducación las puntuaciones fueron: CGI-SCH 11.3, SUMD 5.3 y DAI 16.5. En el grupo de pacientes en espera no existieron variaciones significativas durante el periodo de realización del estudio.

**CONCLUSIONES:** Los pacientes que siguieron el programa de psicoeducación, obtuvieron una mejoría en su situación psicopatológica global. Se observa también una mejor actitud hacia la medicación, así como un incremento en la conciencia de enfermedad.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Nosé m, Barbui C, Gray R, et al. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. Br J Psychiatry 2003;183:197-206.
2. Baúml J, Pitschel-Walz G, Kissling W. Psychoedukative gruppen bei schizophrener psychosen für patienten und angehörige. In Stark A, ed Verhaltenstherapeutische asätze im Umgang mit Schizophrenen Erkrankten. Germany: dgvt-Verlag; 1996:217-255.
3. Cabeza I, Amador M, Lopez C, et al. Subjective response to antipsychotics in schizophrenics patients: clinical implications and related factors. Schizophrenia research 200; 41: 349-355.

## **5.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TABAQUISMO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.**

Germán Gómez Bernal, Fernando Romero, Alejandra Reboreda Amoedo, Anna Mont Canela, José Ignacio Latorre, Lorena Pereyro.

**OBJETIVOS:** El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública en el momento actual debido a la gran cantidad de patología secundaria que genera. La prevalencia de tabaquismo esta aumentada en los pacientes psiquiátricos, habiéndose argumentado distintas causas para ello, como la ansiedad, el efecto potenciador sobre el metabolismo de los fármacos neurolépticos o la mejoría en la capacidad de concentración.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza un estudio descriptivo del consumo de tabaco en Hospital psiquiátrico de Teruel.

**RESULTADOS:** Fueron estudiados un total de 149 pacientes siendo el diagnóstico principal el de esquizofrenia paranoide. Del total, 65 (43%) fueron mujeres y el 84 (57%) hombres. El número total de fumadores en el hospital fue de 65 (El 43%), de ellos tan solo 9 eran mujeres, lo cual supone un 13% de los fumadores.

**CONCLUSIONES:** Se observa una prevalencia de tabaquismo superior a media nacional a costa del número de fumadores varones, sin embargo la prevalencia en mujeres esta disminuida.

### **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.-Alexander A. Nicotine addiction in the psychiatric hospital: A preliminary report. Psychiatr J. Univ Ottawa, vol.13, No.1, 1988.
- 2.- Sandyk R. Tobacco addiction as a marker of age at onset of schizophrenia. Int J Neurosci. 1991 Apr;57(3-4):259-62



## 6.- "UN CASO DE SÍNDROME PSEUDO-MEIGS"

Fernández Alamán, A.I.; Botella Esteban, M.T.; Pérez Vázquez, G.;  
Muniesa Soriano, J.A.; Martínez Sanz, G.; Alcalá Escriche, M.J.

Persona y dirección de contacto:

D/D<sup>a</sup>. Amalia Fernández Alamán.

C/Curadereo n° 11

Gea de Alabarracín

C.P: 44110

Provincia: Teruel

e-mail: amager\_34@hotmail.com

El Síndrome de Meigs se define como la presencia de ascitis e hidrotórax asociados a un tumor benigno de ovario. Ahora bien, si los mismos signos se asocian con tumores malignos la enfermedad se denomina Síndrome pseudo-Meigs.

Presentamos el caso de una paciente de 54 años con Antecedentes Personales de situs inversus y gastritis crónica antral difusa que ingresa en el Servicio de Digestivo por dolor abdominal tipo cólico continuo e irradiado a ambos hipocondrios que se acompaña de astenia, hiporexia, distensión abdominal y pérdida de peso no cuantificable de unos 3 ó 4 días de evolución. A la Exploración Física cabe destacar la presencia de ascitis a tensión y aspecto caquético de la paciente. El estudio anatomopatológico del líquido ascítico sugiere la presencia de células malignas sospechosas de adenocarcinoma metastásico mucosecretor que se confirma en el TAC abdomino-pélvico como probable neoplasia de origen ovárico con carcinomatosis peritoneal y derrame pleural derecho abundante.

Dada la situación clínica de la paciente se desestima la cirugía del tumor como primera opción terapéutica y se comienza tratamiento quimioterápico con buena respuesta inicial, siendo necesaria la reevaluación posterior del caso.

## **7.- "HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO SOBRE ESÓFAGO DE BARRETT"**

Fernández Alamán, A.I.; Botella Esteban, M.T.; Pérez Vázquez, G.; Garza Trasobares, E.; Torres Nuez, J.; Lázaro Maisanava, J.M.

Persona y dirección de contacto:

D/D<sup>a</sup>. Amalia Fernández Alamán  
C/Curadero n° 11  
Gea de Albarracín  
C.P: 44110  
Provincia. Teruel  
e-mail: amager\_34@hotmail.com

El adenocarcinoma de esófago y cardias es el segundo tumor maligno esofágico. Afecta entre 3 y 5 veces más a los varones. El factor etiológico más importante es el esófago de Barrett. Aunque las manifestaciones clínicas iniciales suelen ser escasas en este caso pueden debutar con los síntomas propios del Reflujo Gastroesofágico como son la pirosis, estenosis benigna y hemorragia por ulceraciones, siendo esta última el caso que nos ocupa.

Presentamos el caso de un paciente pluripatológico de base (HTA, Sd. Obesidad-hipoventilación, Bronquitis Crónica y esófago de Barrett) que ingresa en el Servicio de Digestivo por hemorragia digestiva alta en forma de melenas sin repercusión hemodinámica. Se realiza Fibrobroncoscopia objetivándose una lesión excrecente supracardial que se confirma como adenocarcinoma de esófago distal en el exámen anatomopatológico. Tras es estudio de extensión mediante TAC toraco-abdominal se descartan metástasis a distancia. Dado que el paciente sigue tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria y presente un riesgo quirúrgico elevado se deriva al Servicio de Cirugía del Hospital Miguel Servet de Zaragoza para valoración de las posibilidades terapéuticas disponibles.

## **8.- EFICACIA DE LA HEMODIÁLISIS CON DIALIZADORES DE ALTA PERMEABILIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR LITIO.**

G. Pérez Vázquez (Avda/ Sanz Gadea 9, 9ºI, Teruel, tlfno 654436914),  
(1) E.Iglesias Quirós (1) L.García Aragón (1) A.Gascón Mariño (2)  
A.Fernández Alamán (1)  
(1)Medicina Interna, (2) Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**INTRODUCCIÓN.** El carbonato de litio se utiliza de forma habitual para tratar el tratamiento del transtorno bipolar. Como catión simple, el litio se absorbe con rapidez en el tubo digestivo y no se une a las proteínas plasmáticas ni tejidos. El 95% de la dosis administrada se excreta intacta por lo riñones en el transcurso de 24 horas. Su concentración terapéutica plasmática oscila entre 0.8-1.2 mEq/l, ésto hace que en los pacientes en quienes no se realiza medición de su concentración sérica de forma seriada suele existir intoxicación. La intoxicación por litio puede ser de dos tipos: sobredosis repentina o administración crónica. **OBJETIVOS.** Describir dos pacientes con intoxicación aguda por litio que fueron tratados con éxito mediante hemodiálisis con membrana de alta permeabilidad. **METODOLOGÍA.** Las historias clínicas fueron analizadas mediante el programa HP Doctor. Se realizó estudio bioquímico, con litemia plasmática, y hematológico completo en ambos pacientes. Se decidió ingreso en unidad de cuidados intensivos para su control y seguimiento. Para las sesiones de hemodiálisis se empleó un dializador de poliacrilonitrilo de alta permeabilidad y biofiltración con bicarbonato. **RESULTADOS.** CASO A: varón de 26 años, con transtorno psicótico, en tratamiento habitual con amisulpride que había abandonado la semana previa. Ingresa por intento autolítico con ingesta de 30 comprimidos de carbonato de litio en las 12 horas previas, junto con 250 ml de detergente. En el momento de ingreso la exploración neurológica fué normal, sin afectación del nivel de consciencia, con estabilidad hemodinámica, creatinina plasmática 1.2 mg/dl, ionograma normal y litemia 3.8 mEq/l. Se instaura sueroterapia con suero salino isotónico y bicarbonato 1/6 molar en UCI. Ante el deterioro del nivel de consciencia a la 4ª hora de ingreso, se decide iniciar tratamiento hemodializador de 3 horas de duración, con lo que se obtiene un descenso de litemia a 1.7 mEq/l, con buena evolución clínica y recuperación neurológica. CASO B: mujer de 63 años, con depresión endógena de 30 años de evolución y polimeditada con carbonato de litio, sertralina, clonazepam, olanzapina, mirtazapina y topiramato. Refiere cuadro de dos semanas de evolución de aumento de somnolencia y bradipsiquia, exacerbado en los últimos 3 días con disartria, temblores y rigidez muscular. A la exploración física Glasgow 12/15 y rigidez muscular generalizada, con estabilidad hemodinámica. Creatinina plasmática 2.2 mg/dl, litemia 4.4 mEq/l, e ionograma normal. Se realiza tomografía computerizada cerebral sin hallazgos patológicos. Se decide ingreso en UCI y realización de tratamiento hemodializador a la 3ª hora de evolución, de 3 horas de duración. Tras la sesión de hemodiálisis la litemia fué de 1.2 mEq/l. Ante litemia a las 48 horas de 1.9 mEq/l se decide realizar una segunda sesión de hemodiálisis de 2 horas de duración. No precisando nuevas sesiones posteriormente, con buena evolución clínica. **CONCLUSIONES.** La hemodiálisis con membrana de alta permeabilidad y biofiltración con bicarbonato debe de ser instaurada precozmente en cualquier paciente con intoxicación por litio con una concentración sérica mayor 3.5 mEq/l, deterioro del nivel de consciencia y especialmente, si la función renal está comprometida. Las membranas de alta permeabilidad en biofiltración permiten un mayor aclaramiento de moléculas pequeñas al combinar difusión y convección, y son una terapia de elección en el tratamiento de la intoxicación aguda y severa por litio.

## **9.- CEFALEA PERSISTENTE SECUNDARIA A MENINGITIS TUBERCULOSA.**

E. Alonso Formento, F. Rodero Alvarez, C. Ros Tristán, MJ Calpe Gil, A. Garzarán Teijeiro, F. Esteban Fuentes.

E. Alonso: Plaza Playa de Aro nº 1 piso 10 puerta 3. 44002 TERUEL Teléfono: 978621489

**Introducción:** La meningitis tuberculosa es la infección de las meninges por el M. tuberculosis o bacilo de Koch. En los niños suele ser una complicación evolutiva de la infección primaria. Su interés fundamental estriba en que un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado conllevan un pronóstico favorable. Si se deja a su libre evolución, conduce a la muerte en un corto periodo de tiempo. Existen tres fases en cuanto a clínica: 1. Fase prodrómica: Alteraciones del carácter, pérdida de peso, anorexia, disminución del rendimiento escolar, febrícula, etc. Preceden 2 a 3 semanas a las manifestaciones claras de la enfermedad. 2. Fase de estado: Fiebre (100%), cefaleas (80%), vómitos, signos meníngeos, hipertensión de la fontanela, disminución del nivel de conciencia, agitación nocturna e insomnio, convulsiones, afectación de los pares craneales VI (el más frecuente), III, IV y VII, y signos motores focales. 3. Fase avanzada: El nivel de conciencia se altera progresivamente apareciendo confusión, estupor y coma profundo; Signos bulbares: anomalías del ritmo respiratorio, alteraciones de la frecuencia cardíaca, fenómenos vasomotores, etc. La sintomatología neurológica se agrava conduciendo a la rigidez de descerebración y muerte inminente.

Para el diagnóstico son útiles el Mantoux, la radiografía de tórax, la TAC cerebral, el examen de líquido cefalorraquídeo (pleocitosis discreta, con predominio de linfocitos, glucosa disminuida y proteínas elevadas), y la búsqueda del BK en sangre y LCR.

Presentamos dos casos de meningitis tuberculosa atendidos en espacio de un mes en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital. El primero estaría en fase prodrómica y el segundo en fase avanzada. El primer caso se trata de una mujer de 20 años trabajadora en un bar frecuentado por inmigrantes. Acude a Urgencias por presentar cefalea y febrícula de una semana de evolución. Al acudir por segunda vez a Urgencias se realiza punción lumbar con pleocitosis de 330 (65% de linfocitos), glucosa baja (31 mg/dl) y aumento de proteínas (155 mg/dl). El segundo caso se trata de un varón de 48 años, de nacionalidad rumana, que tras aquejar cefalea, mareos y náuseas de 2 semanas de evolución, presenta disminución del nivel de conciencia y agitación psicomotriz. En urgencias se realiza intubación orotraqueal y punción lumbar apreciándose 290 leucocitos por mm<sup>3</sup>, con un 85% de mononucleares, glucosa disminuida (32 mg/dl) y aumento de proteínas (181 mg/dl). Ambos casos no habían tenido ningún contacto previamente entre ellos, y evolucionaron correctamente con el tratamiento tuberculostático (cuatro fármacos).

### **Conclusiones:**

Si la sintomatología clínica y las características del LCR son sugestivas de meningitis tuberculosa, debe iniciarse el tratamiento. Los fármacos a utilizar son los mismos que los indicados en la tuberculosis pulmonar. Se recomienda iniciar el tratamiento con cuatro fármacos, seguido de dos, hasta completar 12 meses. Isoniacida (INH) + rifampicina (RFM) + pirazinamida (PZ) + etambutol (ETB) o estreptomycin (EM) durante 2 meses, seguido de INH + RFM durante 10 meses. La British Thoracic Society aconseja comenzar sólo con tres fármacos: INH + RFM + PZ y continuar con INH + RFM. Las dosis de los diferentes fármacos son las utilizadas en la tuberculosis pulmonar, salvo las de INH y PZ, que hay que aumentar a 10 mg/kg/día y a 35 mg/kg/día respectivamente. INH y RFM se administran habitualmente por vía oral y excepcionalmente parenteral, PZ y ETB por vía oral y EM por vía parenteral. El uso de corticoides es discutida. La opinión más generalizada es utilizarlos en todos los casos. Otros autores sólo los aconsejan en los estadios II y III de la enfermedad.

## 10.- TUMORACIÓN GLÚTEA DEBIDO A QUISTE HIDATÍDICO

E. Alonso Formento, A.C. Utrillas Martínez, P.V. López Perís, F. Galve Royo, A. Martínez Oviedo, R. Morales Herrera  
Plaza Playa de Aro, 1 piso 10-puerta 3 44002 TERUEL Telef. 978621489

### Introducción:

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*. En nuestro medio el ciclo biológico se mantiene habitualmente en perro y ovejas, con la posible intervención accidental del hombre al ingerir los huevos de la *E. granulosus* con el agua o los alimentos contaminados o más frecuentemente, por el contacto directo con perros infestados. España se encuentra entre los países de Europa con mayor incidencia de la enfermedad en humanos, con tasas variables pero especialmente relevantes en zonas rurales dedicadas a la crianza de ganado ovino, como Teruel. Aunque los órganos que con mayor frecuencia se afectan son el hígado y los pulmones, si el parásito logra atravesar estos filtros los quistes pueden asentarse en muy diversas localizaciones. La afectación musculoesquelética por *E. Granulosus* debe ser considerada como una localización atípica y muy poco frecuente de esta enfermedad, suponiendo el 1-4% de los casos de hidatidosis.

### Caso clínico:

Presentamos el caso de un varón de 68 años que acude por presentar abscesos a nivel glútea derecha con supuración de repetición. En la ecografía de partes blandas se aprecia colección tabicada. Con la sospecha de hidatidosis glútea se realiza intervención quirúrgica y quistectomía total. En la Anatomía Patológica de la lesión se observan membranas de quistes hidatídicos parcialmente necrosados.

### Conclusiones:

La afectación musculoesquelética por *E. Granulosus* es inusual. Los huevos más comúnmente afectados son las vértebras, las epífisis de los huesos largos y la pelvis. A diferencia de otras localizaciones, en la hidatidosis ósea la parasitosis no adopta forma quística, sino que provoca una infiltración multivesicular sin delimitación clara y sin enquistamiento. Los pacientes en estos casos suelen mantenerse sintomáticos durante un largo periodo de tiempo, apareciendo signos y síntomas clínicos de la enfermedad cuando aparece alguna complicación. Otros autores comunican que la afectación musculoesquelética por hidatidosis generalmente resulta en un hecho aislado, sin afectarse otras vísceras como los pulmones o el hígado. La anamnesis es de gran relevancia, y el hecho de vivir en una zona rural y dedicarse a una actividad de riesgo debe reforzar la sospecha de la enfermedad. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen como la ecografía y, especialmente, la TC y RMN. Ante la sospecha de hidatidosis debe obtenerse confirmación serológica.

La cirugía radical provoca una disminución del título de anticuerpos si ésta ha sido eficaz, llegando incluso en ocasiones a hacerse indetectable en el suero. De igual forma, la recurrencia de la enfermedad se seguirá de una elevación de éstos. Por ello se recomienda realizar controles serológicos periódicos de los pacientes que tras la intervención quirúrgica son tratados con derivados benzimidazólicos.

En los pocos casos publicados en la literatura médica, el tratamiento recomendado para el quiste hidatídico de localización muscular es la quistoperiquistectomía y albendazol.

## 11.- CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA ZONA DE SALUD DE ALBARRACÍN

Pinedo Guillén J. L., *Médico de Atención Primaria C.S. de Albarracín*;  
Hernández Torres A., *Farmacéutico de Administración Sanitaria C.S. de Albarracín*.

El interés por el creciente consumo de fármacos en las sociedades desarrolladas se centra especialmente en el anciano. El número de personas mayores de 65 años se está incrementando. En la zona objeto del estudio la población anciana supone, actualmente, un 37 % del total.

Debido a que la prevalencia de enfermedades aumenta con la edad, la polipatología es una realidad en este grupo etario, que presenta una elevada frecuencia de patologías crónicas. Esto incrementa la utilización de los servicios sanitarios y, dado que la intervención médica que más frecuentemente acompaña al acto médico es la prescripción, los ancianos consumen más medicamentos que el resto de los adultos.

### OBJETIVOS:

\* Describir la frecuencia y distribución del consumo regular de fármacos en personas de edad igual o mayor de 65 años, de una Zona Básica de Salud Rural.

\* Analizar asociaciones entre el consumo de fármacos y otras variables sociodemográficas o clínicas.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo observacional transversal.

Población rural, no institucionalizada, perteneciente a la Zona de Salud de Albarracín (Teruel).

Los datos se recogieron mediante un cuestionario estandarizado sobre edad, sexo, número y tipo de fármacos consumidos y de enfermedades crónicas padecidas.

La historia clínica de atención primaria ha constituido la principal fuente de datos.

### RESULTADOS:

\* Los fármacos más consumidos, por grupos terapéuticos, son: los del aparato cardiovascular 40%, digestivo 12%, sistema nervioso 12% y sistema endocrino 12%.

\* El 78% de las personas estudiadas consumen algún fármaco de manera continuada, estando directamente relacionado el consumo de fármacos con el número de enfermedades.

\* El consumo es ligeramente mayor en la mujer que en el hombre.

\* El consumo de UTBs (fármacos considerados de baja utilidad terapéutica) es mayoritariamente de vasodilatadores cerebrales y protectores capilares.

### CONCLUSIONES:

\* Los resultados obtenidos nos confirman los datos obtenidos en estudios de características similares.

\* Los ancianos son tributarios de recibir politerapias de larga duración con el consiguiente riesgo de que aparezcan interacciones y problemas yatrogénicos secundarios.

\* La prescripción en ancianos debe ser racional ( estudio del paciente, pauta de administración individualizada, utilización de fármacos de U.T.A. y precio razonable y revisión periódica de los tratamientos crónico).

## **12.- ESTUDIO SOBRE DECLARACIONES NUTRICIONALES EN LOS ALIMENTOS**

Ten Torrella J., Olalla Ginovés C., Gil Collado N., Hernández Torres A., Sanllehi Vila N.

Farmacéutico Comunitario Torrijo del Campo; Farmacéutica de Administración Sanitaria; Farmacéutica Comunitaria Gea de Albarracín; Farmacéutico de Administración Sanitaria; Farmacéutica C.O.F. DE TERUEL.

### **RESUMEN:**

Reglamento Europeo 1924/2006 del Parlamento y del Consejo relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos. Esta norma constituye un importante avance y una mejora indudable en la regulación de la publicidad y etiquetado de los alimentos, ampliamente demandada por los consumidores y la propia industria alimentaria.

### OBJETIVOS

Evaluar si los alimentos con declaraciones nutricionales, se ajustan a los principios del nuevo Reglamento Europeo.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal.

Se revisan las etiquetas de 88 productos con declaraciones.

Se evalúan las declaraciones nutricionales

### RESULTADOS

El 21,5 % de las declaraciones nutricionales no se ajustan a las condiciones del Reglamento.

Las principales desviaciones de la norma encontradas son:

- En el 13,8% no se especifica la cantidad del nutriente, objeto de la declaración, aportado por el alimento.
- En el 4,6 % aparece la indicación de "sin colesterol", que no es una declaración nutricional contemplada.
- En el 87,7 % de las 65 no se indica la ración de alimento a consumir para obtener la cantidad de nutriente necesaria para conseguir el beneficio esperado

### CONCLUSIONES

- Existen productos en el mercado con declaraciones nutricionales o declaraciones de propiedades saludables en los que dicha alegación no va asociada a un determinado nutriente.
- En algunos productos, el nutriente o nutrientes responsables de la alegación se comercializa mediante una marca registrada de la que el consumidor no sabe su composición exacta.
- Se imprimen frases que resultan engañosa.

### **13.- DECLARACIONES SALUDABLES EN LOS ALIMENTOS (POSTER)**

Ten Torrella J., Olalla Ginovés C., Gil Collado N., Sanllehí Vila N.  
Farmacéutico Comunitario Torrijo del Campo; Farmacéutica de  
Administración Sanitaria; Farmacéutica Comunitaria Gea de Albarracín;  
Farmacéutica C.O.F. DE TERUEL

#### **RESUMEN:**

Las Autoridades Sanitarias se plantean nuevos retos tanto en materia de educación nutricional de la población como en materia legislativa (Reglamento Europeo 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos) para garantizar que los alimentos no se promocionen con propiedades que no tienen realmente.

#### **OBJETIVOS**

Evaluar si los alimentos con declaraciones de propiedades saludables (las que dan a entender que existe una relación entre una determinada categoría de alimentos y la salud), se ajustan a los principios del nuevo Reglamento Europeo.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal.

Se revisan las etiquetas de 87 productos.

Se evalúan las declaraciones saludables.

#### **RESULTADOS**

En el 25 no aparece el nutriente responsable del efecto en el etiquetado nutricional,

En el 12% ocasiones nombra el componente encargado de producir el efecto pero no aclara que es realmente ni la cantidad en que esta presente.

En el 60,6% no se indica la cantidad de alimento a consumir para obtener el beneficio.

En el 66,6 % de las declaraciones de propiedades saludables no hay mención expresa de la importancia de una dieta variada y equilibrada.

#### **CONCLUSIONES**

- Existen productos en el mercado con declaraciones de propiedades saludables en los que dicha alegación no va asociada a un determinado nutriente.

- En la mayoría de los casos no se indica la cantidad del alimento que se debería consumir para obtener el beneficio deseado, pudiendo resultar que en ocasiones sea necesario un consumo excesivo del mismo que desatienda unas buenas practicas dietéticas o incluso representar un riesgo para su salud.

- En los casos en que no se hace referencia a la población a la que va dirigido el producto, podría entenderse que este está dirigido a la población en general y que su consumo habitual no conllevaría efectos adversos.



#### **14.- PROGRAMA DE GESTIÓN DE VACUNAS INFANTILES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Hernández Torres A., Gil Collado N., Muñoz Nadal P., Armengot M.J., García Lozano C., Laorden Esteban M.

Puestos respectivos de trabajo: Farmacéutico de Administración Sanitaria; Farmacéutica Comunitaria Gea de Albarracín; Enfermera de Administración Sanitaria, Subdirección de Salud Pública de Teruel; Matrona de Atención Primaria; Enfermera de Atención Primaria, C.S. Cella; Enfermera de Atención Primaria, C.S. Albarracín.

##### **RESUMEN:**

La vacunación de la población infantil de forma generalizada ha supuesto uno de los mayores avances de la medicina.

Los recursos económicos de que dispone nuestro sistema sanitario son limitados. La gestión en los centros de salud puede conseguir una mayor implicación de los equipos de salud, una participación más flexible, centrando las estrategias en la eficiencia y la calidad.

##### **RESULTADOS**

Se ha personalizado cada vacuna para aumentar la seguridad y elevar la cobertura vacunal.

La intervención ha mejorado el porcentaje de utilización de vacunas (vacunas puestas/ vacunas pedidas).

Se ha incrementado la seguridad en la administración con la realización de un triple filtro de control

##### **OBJETIVOS**

- ▶ Mejorar la gestión de la vacunación infantil.
- ▶ Disminuir el número de vacunas caducadas.
- ▶ Elevar la seguridad en la vacunación.
- ▶ Personalizar la distribución de las vacunas.
- ▶ Potenciar la calidad del trabajo en equipo.
- ▶ Controlar la vacunación en inmigrantes

##### **CONCLUSIONES**

- Hemos conseguido con acciones puntuales bien gestionadas, un mayor aprovechamiento de los recursos.
- Para conseguir una adecuada cobertura vacunal y minimizar riesgos es fundamental una buena gestión vacunal.
- Este trabajo nos ha permitido aumentar la calidad y coordinación en la atención multidisciplinar al paciente.

## 15.- NEOPLASIA DE MAMA INFILTRANTE

DE LOS SANTOS JUANES, J.M.; SEBASTIÁN CHECA, SONIA; MARTINEZ OVIEDO, ANTONIO; CALPE GIL, M.J; GARZARÁN TEJEIRO, ANA.

Dirección: Meson de Jativa nº11 2ªA 44003 Teruel

### RESUMEN

Mujer de 87 años de edad con antecedentes personales de prolapso vesical y uterino con pesario colocado hace varios años, sin tratamiento habitual y alérgica a aspirina. Es traída por los familiares al detectar olor pútrido en domicilio. Al descubrirla se observa lesión excavada en tórax con desaparición de la mama, infectada y con exudado purulento. Refiere que se inició hace aproximadamente hace 12 años como un absceso purulento no doloroso que se fue curando ella misma hasta llegar a esta situación.

**Exploración física:** Tensión Arterial:120/70, Saturación de oxígeno 92%, Temperatura axilar 37,5°, estado general afectado, consciente y orientada. Tórax: gran ulceración de mama izquierda que afecta a pared costal y sobrepasa región intermamaria. Auscultación pulmonar: crepitantes bilaterales con predominio derecho. Miembro superior izquierdo con linfedema. Miembros inferiores sin edemas, no signos de TVP, pulsos periféricos simétricos.

**Pruebas complementarias:** Bioquímica: PCR 71 y resto normal. Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda, VSG 117. Coagulación normal. RX Tórax: derrame pleural derecho.

**Anatomía patológica:** carcinoma ductal infiltrante grado III de SCARFF-BLOOM (9 sobre 8), que infiltra y ulcera piel suprayacente. Receptores para estrógenos y progesterona positivos.

**Juicio clínico:** NEOPLASIA DE MAMA INFILTRANTE.

**Evolución:** se comenta el caso con Oncología y dado el estadio de la lesión se desestima cirugía y/o RT. Es valorada por Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos y se instaura tratamiento domiciliario.

**Discusión:** a pesar de la insistencia en la importancia de la detección y tratamiento precoz del cáncer de mama, todavía nos encontramos casos como éste en medios rurales y alejados del hospital de referencia.

## 16.- ¿SE PUEDE SOBREVIVIR A UNA AGRESIÓN POR ARMA BLANCA QUE INCIDE Y ATRAVIESA EL CRÁNEO?

M<sup>a</sup> José Calpe Gil, Ana Garzarán Teijeiro, Fernando Galve Royo, Carmen Ros Tristán, Fernando Roderó Alvarez, Enrique Alonso Formento

**RESUMEN:** ante el aumento progresivo de conflictos sociales y agresiones de todo tipo, los servicios de urgencias se ven sometidos a situaciones difíciles, tanto a nivel clínico como médico-legal. En los últimos años, hemos asistido a un aumento del número de agresiones que llegan a nuestro servicio, de todo tipo: sexuales, físicas, de género... Son múltiples los factores que han influido en el incremento y es por ello por lo que ha sido necesario mejorar la seguridad del servicio.

Caso clínico: paciente de 37 años, con antecedentes de enolismo crónico, traído por múltiples heridas incisivas en cara, tronco y abdomen. Tras la exploración, se observa una hoja de un arma cortopunzante incrustada en la región temporal izquierda, que atraviesa el arco cigomático hasta la arcada dental superior. Tras las pruebas complementarias presenta hematoma de partes blandas en región cervical con enfisema subcutáneo supraclavicular y en hemotórax izquierdo, bajo el cual se halla un hemo-neumotórax con contusión pulmonar. En abdomen, pequeño neumoperitoneo con escasa cantidad de líquido libre secundario a perforación puntiforme de intestino delgado.

Tras la extracción del arma, resultó ser una hoja de un cuchillo de cocina y tras las intervenciones quirúrgicas de urgencia, el paciente ingresa en UCI donde presentó múltiples complicaciones (SDRA, broncoaspiración, infección de catéteres...) lo que prolongó su estancia en la unidad durante un mes. Finalmente, tras el alta hospitalaria, el paciente permaneció con algunas secuelas como parálisis de cuerda vocal izquierda y un síndrome de Horner sin déficit visual.

Conclusiones: los instrumentos punzantes penetran en los tejidos actuando a modo de cuña, disociando y rechazando lateralmente los elementos anatómicos del tejido atravesado. Lo fundamental del arma, es la acción lesiva del extremo distal puesto que es donde se concentra la fuerza viva en una superficie muy limitada. Múltiples factores agravan el pronóstico: penetración en una cavidad, afectación de órganos vitales, objeto cortante contaminado que provoca una infección en profundidad... todos ellos presentes en nuestro caso y por lo cual la evolución fue tórpida y con secuelas. Sin embargo, en muchas ocasiones, las agresiones finalizan en tragedia, ya que el grado de lesiones es tal que pese al esfuerzo y la rapidez de actuación, es imposible conseguir el resultado deseado, ya sea por el fallecimiento del paciente o por sus secuelas.

## 17.- ¿ES EFICAZ LA PREVENCIÓN PRIMARIA FRENTE AL CÁNCER DE MAMA?

M<sup>a</sup> José Calpe Gil, Ana Garzarán Tejeiro, Carmen Ros Tristán, Fernando Rodero Alvarez, Antonio Martínez Oviedo, Jesús Angel Martínez Burgui

**RESUMEN:** El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer y el tumor que mayor número de muertes produce en nuestro país. Supone el 18% de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte entre 40 y 50 años. Su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados, sin embargo, la tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos años, estos beneficios se atribuyen a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento sistémico. Una de cada diez mujeres, sufrirá un cáncer de mama a lo largo de su vida. La supervivencia media es del 3% a un año y del 73 % a los cinco años.

Caso: Mujer de 92 años, independiente para las actividades de la vida diaria, traída por sus familiares al descubrir la lesión de la imagen en cara anterior del hemotórax izquierdo. Todo comenzó doce años antes, con una pequeña lesión ulcerosa y supurativa que trató en su domicilio con lavados diarios de agua e infusiones de tomillo y por la que jamás había consultado.

Progresivamente, la úlcera fue avanzando hasta conseguir la desaparición completa de la glándula mamaria y excavando el tórax, sin referir la paciente dolor alguno. Tras la exploración, además de la lesión neoplásica infiltrante e infectada, se apreció derrame pleural contralateral y linfedema en la extremidad superior izquierda. Dado el avanzado estado de la lesión tumoral, ingresó en el Servicio de Cirugía para tratamiento antibiótico y paliativo. El servicio de Anatomía Patológica, confirmó un carcinoma ductal infiltrante grado III.

**Conclusiones:** Pese a las campañas de screenig para la detección precoz del cáncer de mama, existen casos aislados detectados en estadios avanzados, bien por el desconocimiento de las pacientes o bien por el temor al posible diagnóstico.

## 18.- "CÁNCER: PROGRESIONES Y PROGRESOS"

Alfonso Yubero, Ricardo Lara, M<sup>a</sup> José Goded, M<sup>a</sup> Jesús Castellote, María Ibáñez, Myriam Beneyto, Anabel Gimeno, Lourdes Hernández .  
Unidad de Oncología.

**Introducción:** El cáncer es un problema de salud pública de primer orden. El envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia de muchos tumores malignos y la mejor supervivencia de los enfermos de cáncer debida a los avances diagnósticos y terapéuticos han supuesto un aumento significativo del número de pacientes con cáncer. En España diagnosticamos 162000 casos nuevos al año y constituye la primera causa de muerte en nuestro país (25,6% en año 2000). La supervivencia es del 57% para los hombres y del 44% para las mujeres, discretamente superiores a las de los países de nuestro entorno. Estos resultados mejoran año a año gracias al esfuerzo colectivo de los profesionales sanitarios y de la industria farmacéutica y a la batalla individual de los pacientes.

**Método:** Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de un carcinoma avanzado de mama hace 4 años, con factores de mal pronóstico.

**Resultados:** La paciente fue diagnosticada de un carcinoma locorregional avanzado de mama en diciembre del 2003, con afectación cutánea, ósea y pleuro-pericárdica extensa. Acudió al S<sup>o</sup> de Urgencias por presentar disnea de instauración progresiva, de varias semanas de evolución, al diagnóstico de reposo. Refería tumoración mamaria izda. de más de 10 años de evolución. A la exploración física destacaba ECOG 3; tumoración torácica anterior (fétida), con destrucción de ambas mamas e infiltración cutánea que sobrepasaba ambas líneas axilares posteriores; letálides múltiples a nivel cervical, torácico (supraclavicular, escapular) y abdominal superior; linfedema en EESS (> izdo.); AP: derrame pleural bilateral (> izdo.); AC: Tonos apagados. Dado su mal estado general se descartó tratamiento quimioterápico de inicio - recibió hormonoterapia - y fue incluida en programa de ESAD. La mejoría clínica inicial - que permitió a la paciente salir del programa del ESAD - fue discreta, motivo por el que tras 10 meses de tratamiento hormonal (Tamoxifeno y Exemestano) inició quimioterapia oral (Capecitabina). Tras una respuesta clínica y radiológica importante se decidió iniciar 3<sup>a</sup> línea de hormonoterapia (Fulvestrant). En la actualidad la paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad.

**Conclusiones:** El trabajo coordinado de los servicios de Urgencias, M. Interna, Cardiología, Dermatología, Cirugía, Anatomía Patológica y Oncología del HOP, del equipo de A. Primaria del CS de Villel y del ESAD de Teruel permitió diagnosticar y tratar de forma precoz los síntomas de la paciente. Los nuevos fármacos de los que disponemos han permitido a la paciente llevar una vida normal durante 4 años y tener la esperanza de disfrutar de muchos más.

## **19.- INTERVENCIÓN DEL FARMACEUTICO ANTE LA SOLICITUD SIN RECETA DE ANTIBIÓTICOS EN OFICINA DE FARMACIA.**

**Giménez Zuriaga, Mariano,** Muñoz Espílez Maria Francisca, García García Joaquina, Huesca Conejero Abrahan, Botella Arenós Mónica, Gimenez Muñoz Maria Pilar.

C/ Ramón y Cajal, 10; 44001 Teruel; 978 610 478

**INTRODUCCIÓN:** En nuestro medio se produce actualmente un hecho paradójico: mientras que el mercado de "medicamentos publicitarios" (de libre dispensación en las farmacias) se mantiene muy por debajo de otros países desarrollados, alguna de los "medicamentos éticos" (que requieren prescripción médica para su dispensación) son adquiridas directamente por la población con relativa frecuencia, siendo los antibióticos uno de los grupos mas representativos de este fenómeno.

Ante este hecho, todas las farmacias de la ciudad Teruel capital decidieron extremar su celo, y no dispensar nunca un antibiótico sin la preceptiva receta, pero la realidad es que se siguen solicitando muy frecuentemente dichos antibióticos.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar los motivos por los que se solicitan dichos antibióticos, cuales son los mas demandados, para que patologías y valorar el resultado de la intervención del farmacéutico, que ha sido, aconsejar al paciente y dispensar un medicamento publicitario (EFP), o derivar al médico.

### **METODOLOGÍA:**

Durante el periodo de un mes, toda solicitud de antibióticos sin receta, se registró. El farmacéutico, aconsejó una EFP, o bien derivó al médico. Se valoró el resultado de la intervención. Se recogieron también datos sobre el origen de la demanda, antibiótico solicitado y patología a tratar.

### **RESULTADOS:**

- Las patologías mas frecuentes para la que se pidieron antibióticos fueron: molestias de garganta (40.6 %), molestias dentales (15.6 %), sin especificar (12.5 %) y dolor de oído y molestias al orinar (9.4 %) cada una de ellas y otras diferentes como acné, ojos, congestión nasal, uso veterinario, envío a país de origen por inmigrantes, el resto .

- Los antibióticos más demandados fueron: Amoxicilina-Clavulánico (28 %) Amoxicilina (25 %) sin especificar (15.6%), Cefaclor (9.4%) Minociclina (9.4%) Eritromicina (6.25 %) Fosfomicina (3%) y Tobramicina (3%).

- Preguntados los motivos por los que solicitaban el antibiótico respondieron: Otra vez lo habían tomado y les había ido bien (46.9 %), insuficiente dosis para terminar tratamiento (15.6 %) prescripción telefónica del dentista (12.5 %), desconocido por ser encargo (6.25 %).

- Ante la intervención del farmacéutico, el 46.7% de los pacientes fueron derivados al médico por la severidad de los síntomas. Al resto se les recomendó un medicamento publicitario, aceptándola sólo el 30 % de los mismos, el resto no admitió la recomendación y se fue sin nada.

- El 41 % de las personas que solicitan un antibiótico en la Oficina de Farmacia, lo demandan para otra persona y no para ellos mismos, todos ellos en activo laboralmente.

### **CONCLUSIONES**

- Existe una elevada demanda de antibióticos sin receta en la Oficina de Farmacia.

- El motivo principal aducido para solicitarlo fue el haberlo usado en ocasiones anteriores con buen resultado.

- Ante la intervención del farmacéutico, para sustituir por una EFP, aceptaron el cambio menos de la mitad de los pacientes, el resto se fue sin ningún medicamento.

- La patología para la que más se demandan antibióticos es la garganta y molestias dentales, y el antibiótico más solicitado amoxicilina-clavulánico.

- El 100% de los pacientes que solicitaron antibióticos sin receta eran activos laboralmente.

**20.- "DETERMINACION POR EL COULTER GEN-S DE LA CINETICA DE LOS CAMBIOS DE VOLUMEN EN MUERTE CELULAR INDUCIDA POR H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>".**

Lou Bonafonte JM<sup>1</sup>, Andrés MJ<sup>1</sup>, Puente JJ<sup>2</sup>, and Escanero JF<sup>1</sup>

RESUMEN

En la muerte celular se produce siempre una alteración del volumen, mientras que en la apoptosis las células se encogen y en la necrosis se hinchan.

Usamos el modelo celular de hematias de codorniz (QRBC) (Lou 2003) e inducimos la apoptosis mediante H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, que provoca la apoptosis mediante la producción de especies reactivas de oxígeno.

Al producirse la muerte programada, pudimos estudiar los cambios de volumen y los flujos iónicos durante la apoptosis.

Según la concentración de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> el cambio se producía más o menos rápidamente y la diferencia de volumen era mayor.

Conclusiones

El peróxido de hidrógeno induce la apoptosis siguiendo un modelo típico de "shrinkage-swelling-shrinkage" arrugamiento- hinchazón-arrugamiento.

Nuestros experimentos nos inducen a pensar que ni los canales de potasio, ni NKCC ni calcio, los canales de flujo iónico, están implicados en los cambios de volumen. Podría intervenir proteínas intracelulares contráctiles o el citoesqueleto. El patrón de ruptura del DNA que mostraban las células no era el modelo típico de la apoptosis.

## 21.- NUEVAS DIANAS FRENTA A LA GÉNESIS TUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ricardo Lara López-Dóriga, Alfonso Yubero Esteban, M<sup>a</sup> Jesús Castellote, M<sup>a</sup> José Goded, María Ibáñez, Anabel Gimeno, Myriam Beneyto y Lourdes Hernández.

Servicio Oncología Médica Hospital Obispo Polanco

**Introducción:** El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país y la primera en ciertos grupos de edad, a pesar del notable incremento de supervivencia en las dos últimas décadas gracias a los avances en la prevención y la terapéutica de los tumores. Ha sido en los últimos 10 años cuando se han desarrollado más y mejor número de nuevos tratamientos, en especial los nuevos fármacos específicos antidiana.

**Material y Métodos:** Se presenta el caso de una paciente mayor de 79 años de edad diagnosticado hace 10 mese en nuestro hospital de un hipernefroma metastásico.

**Evolución y Resultados:** El paciente fue diagnosticado en Enero de este año tras presentar clínica de anemia microcítica asociada con cuadro constitucional moderado de un hipernefroma izquierdo en metástasis en retroperitoneo y pulmonares bilaterales en "suelta de globos". Comentado el caso con el Servicio de Urología, el día 8/02/07 se le practica una nefrectomía izquierda paliativa. Dado el estado general del paciente deteriorado y la edad, se decide en un primer momento una actitud expectante tras periodo de recuperación postquirúrgica y reevaluación mediante TAC y clínica en Abril 2007, objetivando un rápido crecimiento del número y tamaño de las lesiones pulmonares, por lo que el día 14/05/07 se decide iniciar tratamiento paliativo de primera línea con el fármaco Sunitinib (Sutent), un inhibidor multikinasa, en dosis de 1cp de 50 mg oral diario durante 4 semanas y 2 semanas posteriores de descanso. En TAC de valoración de respuesta de Septiembre 07 se objetiva disminución de la enfermedad pulmonar y retroperitoneal, con importante mejoría clínica asociada.

**Discusión:** Los pacientes diagnosticados de hipernefroma en estadios avanzados tienen un pronóstico ominoso a corto plazo. Durante décadas sólo la inmunoterapia con Interleukina-2 e Interferón ha demostrado cierta actividad pero con mejorías muy pobres en supervivencia global. A día de hoy disponemos de 2 inhibidores multikinasa que multiplican por 2 la expectativa de vida y por ende la calidad de vida de estos pacientes, incluso en los más mayores.



## **22.- COLECISTITIS AGUDA, PRESENTACIÓN CAMALEÓNICA DE UNA GASTROENTERITIS.**

Martínez Oviedo A., Martínez Burgui JA., Morales Herrera R., Alonso Formento E., Calpe Gil MJ., Minguillón Serrano A.  
Hospital Obispo Polanco

### **RESUMEN**

La colecistitis aguda constituye uno de los cuadros de urgencia de origen abdominal más frecuentes superado sólo por la apendicitis aguda. La sintomatología habitual incluye el dolor que no cede con analgésicos menores, localizado en epigastrio y/o hipocondrio derecho, nauseas o vómitos, fiebre y en algunos casos ictericia. La exploración muestra dolor a la palpación en punto cístico con maniobra de Murphy +. Las presentaciones atípicas son, según la bibliografía, esporádicas siendo más frecuentes en las primeras horas del cuadro. La similitud a un cuadro de gastroenteritis (GEA) sin otra sintomatología es excepcional.

### **Caso clínico:**

Paciente varón diabético de 51 años que acude a urgencias por dolor abdominal en epigastrio de varias horas de evolución sin defensa, acompañado de vómitos, nauseas, diarreas y febrícula. En el estudio analítico inicial presenta leucocitosis leve, bioquímica normal (amilasa 42, LDH 437). El dolor cedió con omeprazol iv y paracetamol por lo que es etiquetado el cuadro de gastroenteritis aguda. Dos horas después acude de nuevo por aumento del dolor que focaliza en hipocondrio derecho y con defensa local. Se repite estudio analítico encontrando: Leucocitosis con desviación izquierda, aumento de amilasa (390 UI) y LDH (1227 UI) con respecto a estudio previo. Ante estos hallazgos se realiza ecografía abdominal que es sugestiva de colecistitis aguda gangrenosa. Se procedió a intervención quirúrgica urgente que confirmó el diagnóstico ecográfico

### **CONCLUSIÓN:**

La colecistitis aguda gangrenosa tiene un periodo de evolución muy corto, siendo los factores predictores de este tipo de complicación poco conocidos aunque se relacionan sobre todo con diabetes mellitus y leucocitosis > 15.000. La presentación inicial como un cuadro gastroenteritis sin alteraciones analíticas ni radiológicas y con mejoría tras el tratamiento instaurado es poco frecuente. La ecografía abdominal es de gran ayuda a la hora de definir la patología aguda de la vesícula biliar. Sin embargo, la GEA con dolor en epigastrio es un cuadro clínico tan frecuente en urgencias que no esta protocolizado la realización de la ecografía urgente en todos estos pacientes. Quizás sea aconsejable establecer un periodo de observación hospitalaria en pacientes diabéticos con dolor en hemiabdomen superior para detectar precozmente este tipo de patologías potencialmente graves.

## **23.- ACOGIDA AL PROFESIONAL DE NUEVO INGRESO. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS.**

**A. Andrés Saliente;** M.A. Camacho Ballano; C. Pérez Martínez; P. Martín Villarroya; B. Moya Vicente.

**Introducción:** La comunicación es una herramienta de gestión que contribuye a la consecución de los objetivos de la organización. Uno de éstos objetivos estratégicos en nuestro Hospital es facilitar la integración del profesional de nuevo ingreso.

Nuestro plan de comunicación contempla tres líneas de acción preferentes para cubrir este objetivo: facilitar la integración, velar por la salud del profesional y prevenir riesgos e informar de la actuación ante una posible catástrofe interna o externa.

El acto de acogida al profesional de nuevo ingreso es una actividad que se lleva a cabo previo al periodo vacacional de verano por ser el momento de mayor contratación de profesionales nuevos. En el mismo participan la Dirección de Enfermería, el Servicio de Medicina Preventiva y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, y se abordan los siguientes temas:

1. Información general acerca del sector Sanitario: misión Visión y valores del SALUD.
2. Normas generales. Derechos y deberes del trabajador.
3. Líneas generales del contrato de gestión
4. La infección hospitalaria: medidas preventivas
5. Gestión de residuos: reciclaje y eliminación.
6. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Derechos y deberes del trabajador.
7. Accidente biológico y accidente laboral. Protocolo de actuación
8. Guía de actuación ante emergencias y catástrofes.

### **Objetivos:**

- 1- Facilitar la integración del profesional de nuevo ingreso.
- 2- Conocer la utilidad y satisfacción del profesional de nuevo ingreso con el acto de acogida.

### **Resultados:**

1. Los profesionales que han asistido al Acto de Acogida en los tres años han sido 136, de los cuales 47 han sido enfermeras, 48 auxiliares de enfermería, 10 técnicos especialistas, 27 celadores, 3 administrativos y 1 limpiadora. Para el 66% era su primer trabajo y en su mayoría eran de Teruel y provincia, aunque también acuden de otros lugares de la geografía española.
2. El 95,8% consideran que la información recibida por la Sección de Personal para formalizar su contrato ha sido adecuada.
3. El 98,52% consideran que el Acto de Acogida les va a facilitar la integración en el centro y además el 97,5% considera que la información entregada durante el mismo les va a ser de utilidad.
4. El 88,23% considera que las tres partes de que consta la acogida han sido del mismo interés.
5. De la realización del mismo se han enterado fundamentalmente por parte de la Dirección de Enfermería y el 94,85% nunca había asistido a un acto como este.
6. La valoración general del Acto de Acogida ha sido en una escala de 1-10 de 8,06 en 2005; 8,36 en 2006 y de 8,39 en 2007.
7. Las observaciones siempre han sido positivas.

### **Conclusiones:**

1. Consideramos que el acto de acogida cubre los objetivos de las tres líneas de acción que se plantean para la integración del profesional de nuevo ingreso.
2. La gestión de la información por parte de la Sección de Personal es considerada satisfactoria por parte de los profesionales.
3. La integración del profesional debe continuar en las Unidades con la aplicación del resto del protocolo de acogida que considera aspectos concretos según el destino del profesional y que su cumplimiento se evalúa dentro del contrato de gestión.

## **24.- LESIONES OSTEOLITICAS EN LA RADIOLOGIA SIMPLE. HALLAZGO CASUAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.**

Martínez Oviedo A, Morales Herrera R, Esteban Fuentes FJ, Garzarán Teijeiro A, Mouronval Morales L, Martínez Burgui JA.  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.

### **RESUMEN**

Las lesiones osteolíticas suelen pasar desapercibidas en los servicios de urgencias en muchas ocasiones, máxime si son mínimas y asintomáticas. Se producen generalmente por destrucción de zonas de hueso produciendo unos huecos visibles en la radiografía simple como áreas hipodensas con márgenes más o menos esclerosos según el proceso causante. Los síntomas dependen del proceso primario y la localización, y comprenden dolor, fracturas patológicas, compresión medula espinal, hipercalcemia, fiebre o un síndrome constitucional, no siendo raro que sean asintomáticas. Los diagnósticos posibles son múltiples siendo los más frecuentes: metástasis, mieloma, tumores óseos primarios, leucemias y linfomas, histiocitosis, enfermedad de Paget así como enfermedades infecciosas como Tuberculosis, leishmaniasis y micosis.

### **Caso clínico:**

Mujer de 62 con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento, es remitida por su médico por dolor en la muñeca derecha de varios meses de evolución con aumento del diámetro de la muñeca, no refiriendo otra sintomatología ni traumatismo previo. En la exploración no se aprecian signos inflamatorios ni deformidad. Se le realiza una radiografía de la zona donde se observan lesiones osteolíticas en 1/3 distal de radio derecho. El resto de estudios complementarios de urgencias son normales. Se procede a su ingreso hospitalario para estudio en medicina interna. En la serie ósea no se aprecian otras lesiones, siendo los marcadores tumorales y el proteinograma normales, así como la mamografía y la ecografía abdominal. Se le realiza gammagrafía ósea en la que no se aprecian signos sugestivos de metástasis. El TC de muñeca y la RMN no aportan nuevos datos con respecto a la radiología simple. No teniendo actualmente diagnóstico de certeza.

### **Conclusiones:**

Las lesiones osteolíticas dolorosas en pacientes adultos obligan a un estudio en profundidad para descartar malignidad, siendo más frecuente las metástasis (próstata, mama, pulmón, riñón y tiroides) que los tumores primarios óseos, por lo que es aconsejable un diagnóstico precoz. El gasto realizado en este tipo de pacientes en pruebas diagnósticas suele ser alto, no encontrando en un porcentaje de casos un diagnóstico de certeza. Creemos que la realización de una biopsia de la lesión ósea, además de más barata podría ayudarnos a clarificar dicha patología.

## **25.- INTOXICACIÓN GRAVE POR OPIÁCEOS EN UNA PACIENTE PORTADORA DE UNA BOMBA DE LIBERACIÓN DE MORFINA INTRATECAL.**

Martínez Oviedo A., Martínez Burgui J.A., Rodero Álvarez F., Ros Tristán C., Galve Royo F., Valdovinos Mahave C.

### **RESUMEN**

El control del dolor crónico es uno de los principales objetivos de la medicina moderna, incrementándose el número de fármacos, técnicas y dispositivos a nuestra disposición para este fin de forma importante en los últimos años. La infusión intratecal de fármacos para el control del dolor se conoce desde hace décadas. En el mercado han surgido dispositivos que liberan una cantidad constante de fármaco en el espacio intratecal con implantación subcutánea y que se pueden manipular mediante telemetría. Estos dispositivos son usualmente bien tolerados aumentando el bienestar y confort del paciente. La reciente introducción de estas bombas de infusión, así como la especificidad en el uso y manejo de las mismas, plantea importantes problemas en los servicios de urgencias en caso de mal funcionamiento.

### **Caso clínico:**

Mujer de 79 años con antecedentes de HTA, EPOC y lumbociática crónica con estenosis de canal portadora desde hace 1 año de un dispositivo subcutáneo de liberación de morfina intratecal. Remitida a urgencias por presentar desde hace 3 días coincidiendo con estancia en balneario somnolencia excesiva, náuseas y vómitos. En la exploración Glasgow 12, afebril, pupilas mióticas y otros signos compatibles con intoxicación por opiáceos que confirmó la buena respuesta a naloxona. En el estudio analítico destacamos una hiperpotasemia (6.1) e Insuficiencia renal leve (Creatinina 1.8). A pesar de la mejoría inicial con naloxona iv presenta horas después dificultad respiratoria creciente y aumento de la somnolencia diagnosticándose de Edema Agudo de Pulmón no cardiogénico confirmado en la Rx simple. Se procede a intubación endotraqueal y se remite a unidad de cuidados intensivos de su centro de referencia para ajuste mediante telemetría de la bomba intratecal de morfina probablemente malfunctionante causante el cuadro clínico descrito.

### **Conclusiones:**

Las causas que pueden afectar al mal funcionamiento de este dispositivo son escasas. En nuestro caso el dispositivo no mostró ninguna alarma de error, lo que nos hace suponer que la intoxicación por opiáceos de esta paciente estuvo probablemente en relación con factores medioambientales (calor y deshidratación) y personales (edad avanzada, EPOC, cifoescoliosis, obesidad). La aparición de estas bombas de infusión intratecal subcutáneas supone un gran avance en el tratamiento del dolor crónico, sin embargo creemos que deben extremarse las precauciones y seleccionar cuidadosamente los pacientes que pueden beneficiarse de esta técnica de forma más segura.

## **26.- PSEUDOMIXOMA PERITONEAL**

Fonseca López CH.; Dolz Aspás R.; Utrillas Martínez A.; Aure Casanova M.E.; Martínez Sanz G.

### **INTRODUCCION**

El pseudomixoma peritoneal es una entidad clínica poco frecuente que se caracteriza por la ocupación de la cavidad peritoneal por grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis que envuelve la superficie peritoneal y el omento.

### **CASO CLINICO**

Paciente de 57 años sin antecedentes de interés con hipertensión de novo valorado en el servicio de Nefrología presenta como hallazgo ecográfico ocupación de espacio peritoneal por material hipocogénico con tabicaciones múltiples.

Al interrogatorio el paciente refiere cuadro de dolor abdominal de tres meses de evolución en región periumbilical con aumento de estreñimiento habitual, hiporexia y emisión de sangre roja ocasionalmente en heces. A la exploración física presenta abdomen globuloso con ascitis, sensación de masa periumbilical, hernia umbilical no complicada. Obtenemos por paracentesis diagnóstica una sustancia filante de alta viscosidad y de difícil extracción con estudio anatomopatológico no concluyente el TAC de abdomen realizado, sugiere Pseudomixoma peritoneal de origen apendicular.

Se realiza laparotomía abdominal en la que se objetiva una coraza que cubría todo el epiplón mayor, se extraen 5,5 litros de material mucinoso y se encuentra masa cerebroides en región cecocecal; con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma mucinoso de origen apendicular.

### **DISCUSIÓN**

El pseudomixoma peritoneal es un proceso muy raro, con 2 casos por 10.000 laparotomías, de predominio en mujeres, con una edad media de presentación de 55 años. En la mayoría de los casos se describe la existencia de un tumor primario, generalmente un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma ovárico o de apéndice cecal como es en nuestro caso. Patología con una elevada mortalidad, la supervivencia a los cinco años se estima en un 54 % y a los diez en el 18-34 % con una tasa de recurrencia de hasta el 76 % de los casos.

## 27.- ABSCESO AMEBIANO

DOLZ ASPAS, R.; BOTELLA ESTEBAN, M.T.; MARTINEZ SANZ, G.; ALCALÁ  
ESCRICHE, M.J.; TORRES NUEZ, J.P.

### INTRODUCCIÓN

En nuestro medio son frecuentes los abscesos piógenos, mientras que los abscesos amebianos se relaciona con un viaje reciente a zonas endémicas o contactos con portadores sintomáticos o no.

Una serología positiva para Entamoeba hystolítica con una titulación alta en nuestro medio es suficiente para hacer el diagnóstico de absceso amebiano.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un paciente de 44 años de edad sin antecedentes médico quirúrgicos de interés.

Ingresa por cuadro de una semana de evolución de astenia, mialgias, fiebre y dolor en hipocondrio derecho.

Sin alteraciones en la exploración física salvo hepatomegalia y dolor a la palpación en hipocondrio derecho.

Entre las pruebas complementarias destaca:

Hemograma: Leucocitosis 18.700 (73% pmn) Hb 13,7, Hto 41,4%, Plaquetas 289.000, VSG 26 mm/1ª h.

Bioquímica: AST 24 UI/L, ALT 29 UI/L, GGT 73 UI/L Fosfatasa Alcalina 98 UI/L.

Serología Entamoeba Hystolítica: positiva 1/400

Hemocultivos, Coprocultivos y Parásitos en heces: negativos

Cultivo del aspirado: negativo.

Tomografía axial computerizada (TAC): Lesión expansiva hepática de 4,5 x 4 cm en segmento VI . Hipodensa. Heterogénea en su contenido.

Durante su ingreso hospitalario el paciente persistió con fiebre a pesar de tratamiento antibiótico por lo que se procedió al drenaje percutáneo del absceso.

Se drenó material purulento con aspecto característico de " paté de anchoa" . Se sustituyó antibioterapia de amplio espectro por Metronidazol 500 mg cada 8 horas durante 10 días y cefditoren 400mg cada 12 horas.

### CONCLUSIONES:

El progresivo aumento de la población inmigrante en Aragón, tanto en ambiente rural como urbano, nos obliga a tener en cuenta la etiología amebiana en un absceso hepático.

Debemos considerar esta etiología aunque el paciente no presente antecedentes epidemiológicos característicos como viaje a una zona endémica o contactos conocidos.

## **28.- UTILIDAD DEL TC PARA EL DIAGNÓSTICO DE DIVERTICULITIS AGUDA**

Laura Comín Novella\*, Mónica Oset García\*, Eva Vilar Bonacasa\*\*, Jose M<sup>a</sup> Del Val Gil\*, Gloria M<sup>a</sup> Martínez Sanz\*\*

(\*) Servicio Cirugía General . Hospital O.Polanco. (\*\*) Servicio Radiología . Hospital O.Polanco.

### **Introducción:**

La diverticulitis aguda (DA) es la complicación infecciosa de la enfermedad diverticular al diagnóstico de la cual se puede llegar mediante la historia clínica, analítica y pruebas diagnósticas (radiografía, ecografía, enema opaco y TC). Las ventajas del TC sobre el resto de pruebas diagnósticas, reside en la valoración de la afectación pericolónica, mayor especificidad en el diagnóstico diferencial con el cáncer de colon y ausencia de residuos baritados que pueden dificultar pruebas sucesivas.

### **Material y métodos:**

Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados y tratados por DA en nuestro Servicio de Cirugía General durante los años 2002-2006, analizando la edad, sexo, estancia hospitalaria, realización de TC para el diagnóstico y presencia de signos radiológicos característicos de dicha enfermedad (engrosamiento parietal, infiltración de la grasa pericólica, absceso, aire extraluminal, divertículos y neumoperitoneo), tratamiento y correlación quirúrgica-radiológica, tipo de ingreso urgente o programado, complicaciones postoperatorias e ingresos previos por dicha patología. Se analizan los datos mediante SPSS 12.0

### **Resultados:**

Durante estos 5 años han ingresado en nuestro Servicio 66 pacientes. 8 de los cuales tienen ingresos previos por la misma patología. La clínica al ingreso fue dolor en fosa ilíaca izquierda, leucocitosis y/o fiebre. El 53% (35) eran varones. La edad media fue 61'7 años  $\pm$  16 Desviaciones Estándar (DE), la estancia media fue 9'32 días  $\pm$  6'55 DE, el 81'8% de los ingresos fueron urgentes. A 31 pacientes (47%) se solicitó TC en el ingreso, encontrándose en el informe radiológico 1 de los signos característicos en 7 personas, 2 en 8 casos, 3 en 9 casos, 4 en 6 casos y en 1 caso, a pesar que era sugestivo de DA, no se definía ninguno de los signos citados y, en 1 paciente la TC enfocaba como diagnóstico más probable una neoplasia de colon en vez de una DA. El 59'1% de los pacientes se trataron médicamente por no ser una DA complicada y el resto fue intervenido quirúrgicamente. El 60% de las intervenciones quirúrgicas fueron de urgencia (15 casos) y la indicación de ello fue el neumoperitoneo visto en la RX o TC, el aire extraluminal en TC o el empeoramiento clínico y analítico y la defensa abdominal.

### **Discusión Conclusiones:**

EL TC confirmó la sospecha clínica de DA en el 90%de los casos estudiados con esta técnica.

## **29.- UTILIDAD DEL TC URGENTE EN LA OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO**

Laura Comín., Mónica Oset, Eva Vilar Bonacasa, Pedro Sánchez Santos, Julio Torres Nuez, Lola Yago Escusa

### **INTRODUCCIÓN**

Hasta la introducción del TC en el estudio del intestino delgado, la mayoría de las obstrucciones intestinales agudas eran intervenidas de urgencia sin diagnóstico causal y sin conocer con exactitud el nivel de obstrucción. El conocimiento previo de estos datos, puede variar tanto la técnica como el tiempo empleado en la intervención, mejorando por tanto la asistencia.

La utilidad del TC en el diagnóstico de la obstrucción intestinal, nivel y causa, queda demostrada en numerosos estudios.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de obstrucción intestinal mediante TC urgente durante el último año. El número total de pacientes con confirmación quirúrgica y/ o endoscópica fue de 10. Analizamos los hallazgos de imagen, fundamentalmente si orientan al diagnóstico de la causa obstructiva y del nivel de obstrucción. Analizamos las causas de la obstrucción y su relación con antecedentes quirúrgicos previos.

### **RESULTADOS**

De los 10 casos estudiados con TC urgente, en el 100 % de los casos el nivel de obstrucción coincidió con el diagnosticado mediante TC. En el 50% de los casos hubo correlación radiológica-quirúrgica respecto a la causa de obstrucción.

De los casos sin diagnóstico causal mediante TC: uno de ellos, con sospecha de neoplasia de la 3ª porción del duodeno, resultó ser infiltración duodenal por cáncer de páncreas. En otro de los casos, coexistían 2 focos neoplásicos en colon, uno de ellos dudoso entre neoplasia y diverticulitis aguda, que resultó neoplásico. En otro de los casos, no se evidenciaba causa, y resultó ser una brida en paciente sin antecedente quirúrgico.

Hubo otro caso en el que la causa era adherencias sin motivo aparente y sin antecedentes quirúrgicos (hay que tener en cuenta que el diagnóstico de adherencias, se realiza por exclusión de otras causas, en pacientes con antecedente quirúrgico previo)... El último caso, era un ileo biliar, con litiasis invisible en el TC, que se sospechó por la presencia de los otros dos signos de la triada clásica.

### **CONCLUSIONES**

Pese a que el estudio mediante TC urgente no es el idóneo para el diagnóstico en general (en la mayoría de las ocasiones no se les puede administrar contraste oral y en numerosas ocasiones no se les puede administrar contraste I.V por falta de ayuno), en el 100% de los casos estudiados, señaló con exactitud el nivel obstructivo y en el 50 % de los casos, la causa obstructiva. En el resto de los casos orientó sobre las posibles causas obstructivas.

En todos los casos resultó útil para el Cirujano, por indicar el nivel obstructivo.

El TC abdominal es la prueba de elección en el estudio de las obstrucciones de intestino delgado, previo a la intervención.



### 30.- HERNIA DE AMYAND CONTENIENDO APENDICITIS EOSINOFÍLICA Y CISTOADENOMA MUCINOSO

Ana Cristina Utrillas Martínez, Jose Angel Muniesa, Pedro López Peris, Antonio Minguillón Serrano, Mónica Oset, Jose M<sup>a</sup> Del Val Gil.  
C/Jaca, n°6,5C. Tfno 978611281

**Introducción:** La presencia del apéndice en un saco herniario se conoce con el nombre de Hernia de Amyand, y se trata de una patología poco frecuente, aproximadamente un 1%, mientras que la apendicitis en ésta sólo se presenta en un 0,3%. Presentamos un caso de Hernia de Amyand que contenía una apendicitis eosinofílica y un cistoadenoma mucinoso.

**Caso clínico:** Varón de 44 años sin alergias conocidas, DM insulino dependiente, intervenido de hernia inguinal izquierda en la infancia. Consulta por presentar hernia inguinal derecha, dolorosa, no complicada. Se realiza preoperatorio sin contraindicación quirúrgica y se interviene. Durante la operación se observa hernia inguinal indirecta que contiene apéndice cecal congestiva y larga. Se realiza apendicectomía con electrocoagulación de la base y hernioplastia según Lichtenstein. La Anatomía Patológica revela un saco herniario normal y una apendicitis eosinofílica junto a un cistoadenoma mucinoso, por lo que aconsejan descartar infestación intestinal parasitaria u otras causas de gastroenteritis eosinofílica y colonoscopia para descartar otros adenomas. El paciente niega alergias alimentarias, así como el consumo de pescado crudo. Se solicita serología para Anisakis que es negativa; la PCR es de 74 mg/L (n=0-8). El postoperatorio transcurre sin incidencias y se solicita Gastroscofia ambulatoria que revela linfangiectasia intestinal y gastritis crónica astral difusa y H. Pylori+++; iniciándose tratamiento contra el mismo. Se realiza colonoscopia completa en la que no se observan lesiones.

**Discusión:** La importancia de este caso radica en la asociación de tres patologías independientes entre sí. Por un lado presenta una Hernia de Amyand, bastante rara y cuya sospecha preoperatoria es muy difícil. Normalmente estos pacientes suelen presentar dolor en la región inguinal o fosa iliaca derecha, que suele atribuirse a la propia hernia. Cuando se trata de una incarceration herniaria no debe realizarse taxis, sino herniorrafia y apendicectomía; el uso de malla para la reparación estará contraindicado cuando haya perforación apendicular o absceso. En cuanto al cistoadenoma apendicular se trata de un tipo de tumor englobado en los mucocelos apendiculares, que tienen una prevalencia de 0,2-0,4% de las apendicectomías, siendo el cistoadenoma mucinoso el más frecuente, que se observa en un 50% de los mucocelos. Se ha descrito la presencia de otros tumores asociados al mucocelo apendicular, llegando a asociarse en un 20% a neoplasias colorrectales, pero también en ovario (4-24%), mama e hígado; de ahí la importancia de descartar enfermedad tumoral en otras localizaciones. Ambas patologías suelen ser un hallazgo quirúrgico y el cistoadenoma presenta un pronóstico excelente, con una supervivencia del 90-100%, pues las complicaciones son raras; no así en el cistoadenocarcinoma o el pseudomixoma peritoneal. Respecto a la apendicitis eosinofílica puede estar en el contexto de una enteritis eosinofílica, resultado de una infestación parasitaria (Ancilostoma, Strongiloides, Anisakis..), enfermedad del colágeno, alergia o de causa desconocida (Idiopática). Las manifestaciones gastrointestinales pueden ser muy variadas, incluyendo un abdomen agudo similar a una apendicitis. En el estudio patológico se suelen observar granulomas eosinófilos, y aunque en ocasiones existe eosinofilia en el análisis sanguíneo, este dato no siempre está presente. En el caso que presentamos no llegamos a filiar la etiología de la apendicitis eosinofílica, pero el paciente ha evolucionado bien del postoperatorio, encontrándose asintomático en este momento.

### **31.- "QUEMADURAS: LAS CURAS CLARAS"**

Concha Esteban Silvestre

Alicia Hernández López

(D.U.E .Unidad de Traumatología H.O.Polanco.Teruel)

#### **METODOLOGIA**

##### **Objetivo:**

- Crear un ambiente de confianza y seguridad.
- Curación.
- Minimizar el dolor.
- Educación Sanitaria.

##### **Material y Métodos:**

- Curas convencionales.
- Apósitos de nueva generación.
- Selección de sujetos sobre varios casos tratados en la Unidad de Traumatología.

##### **Conclusiones:**

- La calidad de vida de los pacientes mejoró como consecuencia de la elección adecuada en cada caso particular.

##### **Resumen:**

- Demostrar la evolución de un nuevo tratamiento en quemaduras de 1º grado y 2º grado superficial y profundo, con los nuevos apósitos de cura oclusiva en ambiente húmedo. La gestión del suministro de dichos apósitos ha tenido resultados positivos en dichas curas.

## **32.- ARCHIVO DE IMÁGENES DEL TC**

**Eva Y. Vilar Bonacasa**, Pedro J. Sánchez Santos, Julio Torres Nuez, M<sup>a</sup> Dolores Yago Escusa, Gloria M<sup>a</sup> Martínez Sanz.  
Servicio Radiodiagnóstico Hospital Obispo Polanco ( 978 621150 (ext 1648))

### **INTRODUCCIÓN:**

Explicamos cómo realizar un archivo de imágenes procedentes de estudios realizados con TC, con los instrumentos que disponemos actualmente, con vistas a la docencia.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Por un lado se hace revisión y archivo de los estudios realizados con anterioridad, y por otro, se establece la sistemática de archivo para los estudios futuros.

Diferenciamos dos fases:

- una , obtención y archivo de imágenes desde la estación de trabajo , con soporte CD asociado a hoja Excel y
- una segunda fase con archivo de las imágenes en carpetas generales ,según órganos y sistemas, y subcarpetas según el tipo de patología , en el ordenador de la "sala de residentes", situado en nuestro Servicio de Radiología , área de la Resonancia.

### **RESULTADOS**

Hemos revisado los estudios realizados de abdomen con TC en el último año. De un total de 350 estudios, hemos seleccionado 154 estudios con hallazgos, de los cuales 139 está confirmados y 5 están pendientes de confirmar. Las imágenes más representativas se han guardado con el número de historia clínica y hallazgo, con formato JPEG, en soporte CD. A su vez en un archivo Excel, donde figura el n° de historia clínica, órgano y patología, apellidos y nombre del paciente, n°. de disco dónde se archiva. Por cada tipo de estudio hay un archivo Excel con dos hojas, una para estudios confirmados y otra para estudios pendientes de confirmar.

Posteriormente se han archivado en el ordenador de la sala de residentes de nuestro Servicio en carpetas y subcarpetas según órganos y sistemas y patología.

### **CONCLUSIONES**

Nuestro objetivo es obtener un archivo de imágenes de TC que abarque el mayor número de variantes anatómicas y patologías confirmadas, fácil de manejar, que esté a disposición de los residentes que se forman en nuestro hospital.

### 33.- CRIBADO DE NEUROPATÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Rafael Gómez Navarro. Médico de Familia. EAP Teruel Rural

**OBJETIVO:** Estudiar la prevalencia de la neuropatía en los pacientes diabéticos del barrio pedáneo de Caudé.

#### METODOLOGIA

- Los pacientes han sido citados en consulta programada en el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2007.
- A todos ellos se les ha explorado los siguientes aspectos:  
Neuropathy Disability Score (NDS)

1.- *Exploración del reflejo aquileo*

2.- *Exploración de la sensibilidad térmica*

3.- *Exploración de la sensibilidad algésica*

4.- *Exploración de la sensibilidad vibratoria*

Exploración con monofilamento

- Se han analizado otras variables como edad, género, tipo diabetes, años evolución, tipo de tratamiento, grado de cumplimiento de los criterios de control y antecedentes de afectación micro o macroangiopática,

#### RESULTADOS

Se han estudiado 17 pacientes (9 varones y 8 mujeres). Edades comprendidas entre 42 y 89 años. Media de edad 70. 1 caso DM Tipo 1 y 16 DM Tipo 2. Años de evolución de la DM: mínimo: 1 año; máximo: 20 años; media 8.4 años: desviación estándar 5.8. Cuatro (23.5%) tenían antecedentes de macroangiopatía (enfermedad cerebrovascular o coronaria).

Cumplían los criterios de control Hgb<sub>A1c</sub>=64.7 %; Col Total=88.2%; LDL-Col=76.5%; HDL-Col=52.9%; Triglic=70.6%; no son fumadores el 76.5%; T.A= 76%. Sólo un paciente cumplía todos los criterios de control

Los valores medios de los 17 pacientes fueron : Col 174mg./dl.; LDL-Col 100 mg./dl.; HDL-Col 50 mg./dl.; Tgc 123 mg./dl.; Hgb<sub>A1c</sub> 6.8; T.A. 115/78 mm.Hg.

En la valoración del NDS se encontraron dos casos con más de 6 puntos que les catalogaría como de riesgo. Los mismos dos pacientes presentaron más de 4 déficits de sensibilidad en la exploración con monofilamento de ambos pies.

### **34.- El PECTE . Plan de Emergencias en Catástrofes de HOP de Teruel**

Amparo Torres, Laura Gómez, Adoración Esteban, Inmaculada López, Dolores Lozano, Aurora Conejos.

#### **COLABORADORES**

Sara Alegre, Ester Remón, Ana Cortel, Remedios Clérigues, Jesus Alpuente, Pilar Benedicto, Simón Benito, Alberto Tellez, Pilar Corral, Inmaculada Burgues, Marta Pinedo, Isabel Castellote, Pilar Fluder, Matilde Galvez, Angela Martinez, Pilar García, Isabel Ortíz, Rosa Mena, Dolores García.

**INTRODUCCIÓN** Se consiguió hacer el simulacro. Aquí un mero recordatorio animado por la práctica.

**CATÁSTROFE:** Situación en la que se produce un importante nº de víctimas graves que sobrepasa la capacidad asistencial disponible.

**Definición** : Conjunto de acciones a realizar ordenadamente ante una situación catastrófica que involucra al hospital.

**Objetivo** : adecuar estructuras y personal para garantizar una respuesta eficaz

#### **METODOLOGÍA**

***Subcomité catástrofe: Dtor hospital y enfermería Cirujano, Intensivista, Traumatologo***

***Aviso centralita + 1 Telefonista , Personal subalterno, Serv. Mantenimiento***

***Catástrofe (confirmación)Jefe de la guardia y personal de guardia: 061 / 112 , Protec civil, Bomb, G.Civil, C.Roja, otros Hospitales***

***Urgencias:Supervisora Urgencias y de guardia, personal facultativo ,***

***personal enfermería de urgencias y centros de salud***

***Punto de Reunión .....Salón de actos***

***Puerta de entrada para personal de ayuda ..... Puerta principal***

***Si se presisa acudirán a lugar de siniestro equipos de trabajo del hospital***

***Por cada 5 pacientes Corresponde 1 equipo Emas (1 Enfermero, 1 Médico 1 TTS 1 Conductor) y equipos de relevo***

#### **Cometidos del Servicio Urgencias :**

1) Proveer continuidad de cuidados a los pacientes que no se les pueda dar de Alta.

(no se debe modificar el funcionamiento del Hospital de forma radical, sino adaptarlo a la nueva situación).

2) Clasificar e informar a los pacientes que quedan por atender.

3) Proveer de equipos humanos y materiales cada box

4) Aprovisionar La Zona de Recepción de pacientes a la entrada de Urg de un Médico y una enfermera para distribuir cada paciente al equipo correspondiente

### 35.-¿NEUMONIA POR LEGIONELLA O CAVITACIÓN PULMONAR?

**Sebastián Checa, s;** de los Santos Juanes Arlandis jm; Alonso Formento, e; Martinez Burgui, j; Martinez Oviedo, a; Calpe Gil, mj.  
dirección: c/ mesón de jativa, 11 2ª 44003 teruel

#### **RESUMEN:**

Mujer de 78 años, institucionalizada y dependiente para su aseo y cuidado personal con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo y psicosis paranoide, carcinoma epidermoide en mejilla derecha y extremidad inferior izquierda, escoliosis de concavidad izquierda, anemia microcítica e hipercolesterolemia. Es derivada a urgencias por fiebre de 39°C, disfagia a líquidos y semisólidos, tos productiva, postración y taquipnea de 3-4 días de evolución que no evoluciona adecuadamente a tratamiento antibiótico y antifúngico prescrito por su médico.

**Exploración física:** MEG, consciente y orientada (poco colaboradora).

-AC: rítmica, sin soplos.

-AP: hipoventilación generalizada, con crepitantes bibasales más llamativos en base derecha.

-Abdomen y extremidades inferiores anodinas.

#### **Pruebas Complementarias:**

-Bioquímica: glucemia 180, función renal e iones normales, LDH 1379.

-Gasometría arterial: alcalosis respiratoria compensada y saturación 02 94%.

-Hemograma: leucocitosis importante con desviación izquierda (21.000, N:91'9%), Hemoglobina de 10, Hto de 32 y coagulación normal.

-ECG: taquicardia sinusal a 115lpm, extrasístole aislado.

-RX Tórax: masa ovalada en base pulmonar derecha y se aprecia otra masa redondeada a nivel del segmento posterior del lóbulo superior izquierdo.

-TAC torácico y abdominal: lesiones pulmonares cavitadas bilaterales, una en segmento apical del LSI de 4,5x 3cms y otra basal antero lateral de 5x7 cm. en LID, ambas en contacto con pleura y medialmente área de consolidación parahiliar derecha con broncograma que sugiere dado el contexto clínico una bronconeumonía. Hígado y bazo con varias lesiones nodulares hipodensas y heterogéneas, con numerosas imágenes ganglionares en contexto de enfermedad infecciosa que precisarán seguimiento posterior.

-Serologías: antígeno legionella en orina positivo y resto (-).

#### **Juicio Clínico: NEUMONÍA POR LEGIONELLA.**

**Evolución:** se instaura tratamiento AB, corticoideo y broncodilatador y la paciente alcanza mejoría clínica tras mes y medio de ingreso, pero la madrugada del 20 de abril comienza con dolor abdominal, vómitos e hipotensión. Se avisa a médico de guardia instaurando tratamiento pertinente y seguimiento exhaustivo pero la paciente fallece una hora después por insuficiencia cardiorrespiratoria tras broncoaspiración.

**Discusión:** debemos tener en cuenta la gravedad de este tipo de patologías sobretodo en ancianos e institucionalizados y derivarlas al hospital de referencia sino ceden a tratamiento ambulatorio. También estudiar las imágenes radiológicas nodulares sospechosas de malignidad a pesar de tener patología infecciosa previa que podría justificarlas.

### **36.- SARCOMA DE EWING, A PROPÓSITO DE UN CASO**

M<sup>a</sup> Teresa Espallargas Doñate (C/ La Ermita, 28, CP:44003, Teruel; tlf: 696227727), J.J Ballester Giménez, A. Fuertes Vallcorba, R.E.  
Lumbreras Virgós, J.C Roncal Boj

#### **RESUMEN**

##### **Caso clínico:**

Paciente mujer de 18 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro clínico consistente en dolor en región glútea derecha irradiado por cara posterior de muslo derecho de 6 meses de evolución que no cede a pesar de tratamiento médico analgésico y rehabilitador. Se decide su ingreso en el servicio de traumatología con el diagnóstico de síndrome del piramidal con compresión del nervio ciático derecho para completar estudio.

Durante su estancia la paciente continuó con importante cuadro álgico que necesitó ser tratado por la Unidad del Dolor. En la RM de pelvis y TC abdomino-pélvica se apreció una masa presacra sólida polilobulada de 11,5 x 8,5 cm de diámetro y unos 9 cm. en sentido craneocaudal, localizada asimétricamente en la línea media con mayor crecimiento hacia la derecha y con apariencia radiológica agresiva asociada a varios focos de osteolisis en sacro, pelvis y cuerpos vertebrales lumbares. Ante este hallazgo se realizó punción de la masa bajo control radiológico siendo informado como cuadro citológico compatible con tumor maligno de células pequeñas redondas, por lo que se remitió a la paciente a centro de referencia para efectuar biopsia de la masa y poder llegar así a un diagnóstico definitivo. La biopsia confirmó el origen maligno de la lesión compatible con tumor de Ewing. La paciente se encuentra en la actualidad recibiendo tratamiento quimioterápico de la lesión tras ser valorada por el servicio de oncología médica.

Discusión: El sarcoma de Ewing constituye la segunda neoplasia primaria de hueso en los pacientes menores de 30 años, situándose su incidencia en menos de 1 caso por cada millón de habitantes. La localización más frecuente es en la metáfisis de los huesos largos y en los huesos planos del hombro y cintura pélvica y suele manifestarse en forma de dolor de aparición insidiosa lo que retrasa su diagnóstico. La RM es la principal prueba a realizar para conocer la extensión local de la lesión, y la biopsia la que nos establece el diagnóstico definitivo. El tratamiento debe incluir quimioterapia para tratar las metástasis a distancia y en cuanto al tumor primario existe cierta controversia, ya que tanto la cirugía como la radioterapia son dos opciones válidas, por lo que son las características globales de la lesión las que determinarán el mejor método en cada caso; en nuestra paciente dada la localización y el tamaño de la lesión se optó por iniciar el tratamiento con quimioterapia.

### 37.- ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS Y SIADH: UNA ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL.

G. Pérez Vázquez (Avda/ Sanz Gadea 9, 9ºI, Teruel, tlfno 654436914),  
L. García Aragón, AI. Fernández Alamán, FJ. Lerín Sánchez, A. Gascón  
Mariño, E. Iglesias Quirós.  
Sección de Medicina Interna y Nefrología. Hospital Obispo Polanco.  
Teruel.

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) es una complicación bien conocida del carcinoma microcítico de pulmón, sin embargo su asociación con el adenocarcinoma de páncreas es rara, sólo se han descrito hasta el momento 10 casos en la literatura. **METODOLOGÍA.** Varón de 49 años con antecedentes personales de pancreatitis idiopática en 2005, con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas metastático (estadio IV), sin otro antecedente médico-quirúrgico de interés. En tratamiento domiciliario con fentanilo 50 mg transdérmico, morfina 10 mg oral y dexametasona 2 mg oral. Ingresa en planta de Medicina Interna con cuadro de malestar general de más de 48 horas de evolución, vómitos biliosos en últimas 24 horas, disnea en reposo, descompensación edematoascítica y dolor generalizado. En estudio analítico urgente destaca leucocitosis con desviación izquierda (24000 L/l, 89.6% Ne), anemia de trastorno crónico y trombocitosis, acidosis metabólica compensada (pH 7.37, bicarbonato 20.8 mmol/l, exceso de bases - 4.0 mmol/l), función renal preservada (urea 78 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl), hiponatremia severa con hiperpotasemia (sodio 116.0 mEq/l, potasio 5.3 mEq/l), bilirrubina total 4.0 mg/dl, GOT 669 UI/l, amilasaemia 30 UI/l, LDH 3378 UI/l, CPK 66 UI/l, CK-MB 2.7 mg/ml, mioglobina 126 ng/ml, troponina I 0.17 ng/ml, tiempo de protrombina 18.1 sg, actividad de protrombina 51.7%, fibrinógeno 284 mg/dl, dímero D 4532 ng/ml. La radiografía de tórax urgente muestra patrón intersticial bilateral con múltiples nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de linfangitis carcinomatosa. Ante el cuadro de hiponatremia severa sintomática se inicia corrección de la misma con restricción hídrica y suero salino, junto con incremento de corticoterapia a 12 mg/24 h endovenoso y medidas de soporte respiratorio no invasivo. No fué posible completar el estudio por traslado del paciente a hospital de referencia. **CONCLUSIÓN.** La hiponatremia normo/hipervolémica es el trastorno electrolítico más frecuente en la práctica clínica, suele estar producida por insuficiencia cardíaca, gastroenteritis y SIADH. En los pacientes oncológicos es debida a lisis tumoral postquimioterápica ó a la producción ectópica de ADH. Para el diagnóstico etiológico del SIADH en el adenocarcinoma de páncreas juega un papel importante la detección de ADH en el jugo pancreático y las pruebas inmunohistoquímicas. Su tratamiento requiere la corrección de sus niveles a velocidad  $\leq 15$  mEq/l/día, pero en presencia de factores de riesgo para mielinolisis (hipokaliemia, hepatopatía, malnutrición, quemaduras) la corrección no debe exceder a 10 mEq/l/día, para ello se requiere suero salino, administración de urea endovenosa (que consigue una rápida reducción del edema cerebral) e incluso antagonistas de los receptores de ADH (lixivaptan, tolvaptan y conivaptan) que incrementan la secreción de agua libre, con la consiguiente corrección de natremia. Si no se trata adecuadamente puede conllevar serios trastornos neurológicos por edema cerebral e incluso la muerte.



### **38.- UTILIDAD DE LA SECUENCIA DE RESONANACIA MAGNÉTICA (RM) 3D FIESTA PARA EL ESTUDIO DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO Y OÍDO INTERNO.**

G. Pérez Vázquez (Avda/ Sanz Gadea 9, 9ºI, Teruel, tlfno 654436914),  
L.García Aragón, D. Yago Escusa, P. Sánchez Santos, E. Villar  
Bonacasa, J. Torres Núñez y G. Martínez Sanz.

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

INTRODUCCIÓN. El oído interno y el conducto auditivo interno contienen líquido: perilinfa y líquido cefalorraquídeo (LCR). Esto permite el uso de novedosas secuencias de RM con alta potenciación en T2 como la 3D Fiesta (Fast Imaging Employing STeady-state Acquisition) de General Electric (GE), ofreciendo evidentes ventajas para el estudio de esta zona anatómica. OBJETIVOS. El propósito de esta comunicación es exponer visualmente la utilidad de la secuencia 3D FIESTA en el estudio anatómico y valoración de patología tumoral más prevalente en nuestra región (schwanoma del VIII par craneal). METODOLOGÍA. Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes atendidos, con sospecha clínica de neurinoma del nervio acústico, en nuestro servicio durante el año 2007. Para ello se empleó el equipo GE. Sigma Ovation de 0.3T, aplicando el protocolo de estudio con secuencias de pulso axiales y coronales (SET1 y 3D FIESTA). Posteriormente se procesaron las imágenes en consola independiente mediante reconstrucciones MIP y 3D Volume Rendering. RESULTADOS y DISCUSIÓN. Las imágenes realizadas con 3D FIESTA proporcionan un contraste óptimo entre los nervios del paquete acusticofacial y el LCR; y entre el laberinto óseo y membranoso, que contiene perilinfa. El procesado de las imágenes permite la reconstrucción de las imágenes en cualquier plano del espacio, definiendo la anatomía de forma precisa. Los schwanomas son neoplasias benignas de la vaina nerviosa, y del VIII par craneal (n. acústico). Es la neoplasia más frecuente del ángulo pontocerebeloso (85%) y el segundo tumor extraaxial más frecuente. Pueden depender de la división vestibular del nervio vestibulococlear, tener componente en el ángulo pontocerebeloso, ser intracanalicular o intracisternal, y con escasa frecuencia se desarrollan en la cóclea o el vestíbulo. La secuencia 3D FIESTA también puede ser de utilidad evaluar defectos de replección congénitos o inflamatorios cocleares y laberínticos. CONCLUSIÓN. La obtención de imágenes 3D FIESTA del oído interno y ángulo pontocerebeloso ofrece una excelente precisión de las estructuras anatómicas y posee una alta sensibilidad para descartar y diagnosticar patología. Esto unido al hecho de que su duración es menor que la de otras secuencias T2, y que no requiere la administración de contraste paramagnético hace que sea un gran avance en el estudio del oído interno y neurinomas, fundamentalmente intracanaliculares, inaccesibles a la Tomografía Computerizada (TC).

### **39.- "EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO"**

Alfonso Yubero, M<sup>a</sup> Jesús Castellote, Ricardo Lara, M<sup>a</sup> José Goded, Myriam Beneyto, María Ibáñez, Anabel Gimeno, Lourdes Hernández. Unidad de Oncología.

**Introducción:** La actividad en el hospital de Día de Oncología implica una relación estrecha entre profesionales y usuarios (paciente y familiares). El paciente es sometido a técnicas y tratamientos complejos, molestos y ocasionalmente dolorosos. Por este motivo todo el personal de la Unidad de Oncología debe cumplir con su misión, transmitiendo seguridad y proporcionando confort e información adecuada a cada paciente. La percepción que tienen los pacientes del servicio que reciben puede ser muy variada y la única forma que tenemos de evaluarla es mediante la realización de una encuesta de satisfacción.

**Método:** Como proyecto de calidad diseñamos una encuesta de satisfacción para el paciente atendido en el Hospital de Día de Oncología. La encuesta constaba de 20 preguntas con respuesta múltiple, más un espacio libre para recoger propuestas de mejora. Presentamos los datos recogidos, de forma anónima, durante 3 meses, tras validación de la encuesta.

**Resultados:** Durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2007, entregamos encuestas a 50 pacientes de la Unidad (25 mujeres y 25 hombres). Contestaron a la misma 48. Todos los pacientes estaban en curso de quimioterapia (76% paliativa y 24% adyuvante o neoadyuvante). Todos habían recibido al menos 3 ciclos de quimioterapia. Los pacientes valoran mayoritariamente como excelentes o muy buenos los cuidados recibidos, la competencia profesional, la información que reciben de su enfermedad y tratamiento, la accesibilidad a los profesionales, la organización de citas y el apoyo emocional. Peor valoradas son las instalaciones del Hospital de Día y de la Sala de Espera. El 92% de los pacientes valoran positivamente la presencia de algún familiar en la Unidad durante su tratamiento (el 80% considera que el n<sup>o</sup> adecuado es 1). Entre las propuestas de mejora presentadas por los pacientes destacan: Ampliación y mejora de la sala de tratamiento del Hospital de Día, aumento de personal, aumento del n<sup>o</sup> de aseos, ampliación de la sala de espera, creación de un Servicio de Radioterapia en Teruel.

**Conclusiones:** La opinión que tienen los pacientes sobre el servicio que reciben en el Hospital de Día de Oncología es, en general, muy positiva. La realización de la encuesta nos ha aportado información sobre aspectos susceptibles de mejora. Se tomarán las medidas oportunas para paliar dichas deficiencias.

#### 40.- CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE EN LA ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN

Utrillas Martínez AC, Moreno Muzas C, Lázaro Maisanava JM, Sanz Gómez M, Sánchez P, Del Val Gil JM

**Introducción:** La Neurofibromatosis se trata de un conjunto de trastornos hereditarios de transmisión autonómica dominante en la que se distinguen dos formas; la más frecuente es la NF-1 o Enfermedad de Von Recklinghausen, caracterizada por las manchas de café con leche, múltiples neurofibromas en piel y alteraciones óseas. La forma acústica bilateral ( NF-2) se caracteriza por neurinomas bilaterales del nervio acústico. La NF-1 afecta a 1 de cada 3000 personas y parece estar relacionado con una mutación en el cromosoma 17. Los neurofibromas son tumores derivados de los elementos de sostén del nervio y pueden surgir en cualquier parte del cuerpo.

**Caso clínico:** Mujer de 82 años sin alergias conocidas, antecedentes de hemiplejía derecha, glaucoma y Neurofibromatosis tipo I controlada en consulta de Dermatología sin lesiones neurológicas asociadas. Acude a urgencias por dolor abdominal de 3 horas, difuso y continuo, sin emisión de heces y gases y con afectación del estado general así como obnubilación. La paciente permanece afebril con tensiones mantenidas. A la exploración el abdomen está distendido con sensación de masa en fosa iliaca derecha. Las pruebas complementarias revelan leucocitosis con neutrofilia, LDH de 449 y una RX abdominal en la que se observa un quiste calcificado de unos 8 cms en pelvis derecha, aire en colon ascendente y transversal y casi nulo en descendente. Se realiza ecografía abdominal que demuestra una masa en FID de 10 cms con calcificación periférica y contenido interno mixto predominantemente de alta ecogenicidad, con zonas anecógenas y algunas calcificaciones periféricas, sugiriendo teratoma ovárico, aunque recomiendan realizar TC abdominal programado. Sin embargo, ante el empeoramiento de la paciente y el diagnóstico de abdomen agudo, se decide cirugía urgente. Durante la misma se observan múltiples tumores en todo el tubo digestivo, de diversos tamaños; uno de ellos de unos 10 cms de diámetro, con perforación adyacente del intestino delgado y consiguiente peritonitis difusa en el piso abdominal inferior. Se realiza resección intestinal de unos 13 cms de longitud y enteroanastomosis término-terminal. La Anatomía Patológica reveló 4 tumores estromales tipo GIST, de diversos tamaños; el mayor de 9x8x6 cms que infiltra la muscular y la submucosa, con una perforación puntiforme. El estudio inmunohistoquímico presentó positividad para CKIT, CD34, Vimentina y bcl-2; positividad moderada para Actina músculo específica y S100 y negatividad para Desmina. El p53 fue negativo y el Ki67 mostró positividad en menos de un 5%. Desde el punto de vista abdominal la paciente evolucionó satisfactoriamente, aunque presentó deterioro del estado general y aumento de la obnubilación, que pese a la colaboración del Servicio de Medicina Interna no superó, siendo exitus a los 13 días de la intervención.

**Discusión:** En más del 25% de pacientes con NF-1 el tracto gastrointestinal está implicado, siendo los órganos más afectados el estómago y el yeyuno; sin embargo, sólo un 5% suelen ser sintomáticos cursando con sangrado y obstrucción. Por otro lado también se han descrito tumores estromales, endocrinos y otros no pertenecientes a estas categorías, como el adenocarcinoma. Los GISTs pueden darse de forma esporádica ( solitarios y los más frecuentes), familiar o en el contexto de una NF-1. Hoy en día los dos parámetros más aceptados para valorar la agresividad son el tamaño del tumor y el número de mitosis, y la localización (el intestino delgado tiene peor pronóstico); sin embargo, en un paciente con NF-1 los GISTs son múltiples y localizados mayoritariamente en intestino delgado, siendo su comportamiento en general favorable.

**41.- A PROPÓSITO DE DOS CASOS REVISIÓN DEL USO DE NEUROLÉPTICOS Y RIESGO TROMBOEMBÓLICO.**

L. Pereyra Grustán, E. Esteban Rodríguez , A. Mont Canela, G. Gómez Bernal, M. Lorenzo del Buey, JI Latorre.

**RESUMEN**

Se ha constatado en diferentes estudios que los pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos a dosis altas presentan un riesgo aumentado en la incidencia de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar respecto a la población general. En ellos se hace referencia a posibles interferencias en los mecanismos de la agregación plaquetaria o a circunstancias favorecedoras como la obesidad, hiperprolactinemia o la inmovilización entre otros, sin existir un consenso claro al respecto.

## **42.- ERITRODISESTESIA PALMO PLANTAR. UTILIZACIÓN DE APÓSITOS HIDROCOLOIDES**

M<sup>a</sup> Jesús Castellote García, M<sup>a</sup> Jose Goded García Maria Ibañez Ortiz, Ana Isabel Gimeno, Lourdes Hernandez García, Myriam Beneyto Moya Alfonso Yubero Esteban, Ricardo Lara Lopez-Dóriga

### **Introducción:**

La eritrodisestesia o síndrome mano-pie, es una toxicidad dermatológica caracterizada por la aparición en las palmas de las manos y en las plantas de los pies de enrojecimiento de la piel, acompañado por tumefacción, dolor, descamación, pequeñas vesículas y en un grado más avanzado grietas, sobre todo en la zona de pliegue y pequeñas ulceraciones.

La eritrodisestesia cuando aparece puede limitar las dosis de tratamiento e incluso originar la suspensión del mismo. A la persona que la padece le limita la movilidad. Los fármacos que producen con más frecuencia esta toxicidad son: Dosurrubicina liposomal (Caelix) en un 37 % de los casos, Capacitabina (Xeloda) en un 20% de los casos y con menor incidencia Docetaxel (Taxotere)

### **Plan de cuidados:**

#### Objetivos:

- Conseguir la mejoría de los síntomas, eliminando el dolor, acelerar la cicatrización reducir el riesgo de infección y la incapacidad funcional
- Prevenir la aparición de la toxicidad, valorando los factores de riesgo, recomendando al paciente como prevenirlo.

#### Material y método:

Cuando nos planteamos como aliviar a los pacientes afectados de esta toxicidad, buscamos información y no encontramos ninguna pauta de tratamiento enfermero descrito. Decidimos tratarlo como úlceras de otra etiología utilizando apósitos oclusivos hidrocoloides. Este tipo de apósitos está indicado para tratar úlceras por presión y quemaduras. Su acción es generar un medio húmedo que acelera la regeneración celular e a la vez que reducen o eliminan el dolor al aislar las terminaciones nerviosas de la zona afectada del medio ambiente, reducen el riesgo de infección y pueden utilizarse sobre lesiones infectadas con un seguimiento más estricto. Su retirada no es traumática ya que no se adhiere a la lesión

### **Procedimiento**

En condiciones estériles y previa desinfección de la zona con povidona, colocaremos el apósito que tengamos elegido superando la lesión en al menos 1cc en toda su extensión, para adaptarlo mejor se recomienda realizar pequeños cortes en toda su periferia y evitar el contacto con la zona adhesiva al retirar el papel siliconado que la recubre. Si lo colocamos en zona de roce se recomienda colocar sobre los bordes lámina adhesiva tipo Mepore. Revisaremos la cura cada 3-4 días.

### **Conclusiones**

La utilización de este tipo de apósito en el tratamiento local de la eritrodisestesia palma plantar ha demostrado ser eficaz ya que aun en lesiones severas tras una semana de aplicación las lesiones mejoran, permitiendo continuar el tratamiento de quimioterapia correspondiente. Además desde la primera cura mejoran la calidad de vida del paciente al permitirle llevar su actividad normal y le evita

el sufrimiento que supone este tipo de toxicidad.

#### 43.- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A GASTROENTERITIS POR SALMONELLA ENTERITIDIS EN EL ÁREA DE SALUD DE TERUEL (1998-2006).

Antonio Gascón Mariño\*, Gloria Pérez Vázquez, Emilia Iglesias Quirós, Luis García Aragón. Sección de Nefrología\* y Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. 978621150 (Ext. 1762).

**Introducción:** En nuestro medio, *salmonella enteritidis* (*SE*) es un germen frecuentemente implicado en el desarrollo de gastroenteritis aguda. Existen descripciones de casos clínicos aislados de insuficiencia renal aguda (IRA) secundaria a gastroenteritis por *SE*, aunque prácticamente no hay publicaciones de series de pacientes que analicen esta complicación extraintestinal. En el año 1994 se publicó una serie de 7 pacientes en la revista Nefrología. Objetivo: describir el perfil epidemiológico de los pacientes adultos ingresados en nuestro hospital en los últimos 9 años por IRA secundaria a gastroenteritis por *SE*.

**Metodología:** 29 pacientes ingresados con IRA por gastroenteritis (todos los casos con coprocultivo positivo: *SE*). Estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo. Distribución por sexo: 20 hombres y 9 mujeres. Edad media 67±18 (rango 19-92) años. El 55% de los casos eran mayores de 70 años. Se definió la IRA como cifras de creatinina superiores a 2.0 mg/dl.

**Resultados:** 19 casos ingresados en Medicina Interna, 7 en Nefrología y 3 en UCI. Incidencia por años: siete casos en 2002; cinco en 2003; cuatro en 1999, 2001 y 2004; dos en 2000 y 2005; uno en 1998 y ninguno en 2006. Distribución por serogrupos de *SE*: 19 casos del D, 6 del B, 2 del C, y 2 sin filiar. Los días de evolución del síndrome diarreico antes de acudir a urgencias 3.4±2.1 (rango 1-10). Tensión arterial sistólica media al ingreso 101±23 mmHg, la diastólica 63±13 mmHg, la frecuencia cardiaca 97±18 lpm. Cifras medias de urea y creatinina al ingreso 145±66 (rango 66-334) mg/dl y 4.4±2.3 (rango 2.1-10.1) mg/dl, respectivamente. Sodio y potasio séricos al ingreso 136±5 (rango 123-145) mEq/l y 3.9±0.6 (rango 2.3-5.3) mEq/l. Bicarbonato en sangre 18.5±5.0 mmol/l. El 41% de los pacientes presentaron cifras de potasio igual o inferior a 3.8 mEq/l. El 83% de estos pacientes eran mayores de 70 años. Urea y creatinina al alta 52±25 (rango 21-120) mg/dl y 1.2±0.3 (rango 0.6-2.0) mg/dl, respectivamente. La media de días de ingreso fue de 9.4±3.8 (rango 4-17) días. Siete pacientes (24%) presentaron bacteriemia secundaria a la gastroenteritis por *SE*. Uno de estos pacientes (3.4%) fue exitus. Ninguno de los pacientes presentó rhabdomiolisis. Se realizó tratamiento antibiótico con ciprofloxacino en todos los casos y todos recuperaron la función renal sin precisar hemodiálisis. Al realizar un estudio comparativo entre los pacientes menores de 70 años (n=13) y mayores de 70 años (n=16): los primeros se caracterizaron por presentar una mayor tendencia a la hiponatremia al ingreso 134.3±4.9 versus 138.7±4.6 mEq/l, p=0,0208; y estos últimos por una mayor tendencia a la hipopotasemia 4,2±0,4 versus 3,6±0,6 mEq/l, p=0.0052. Al comparar los pacientes que presentaron bacteriemia (n=7) con aquellos que no la presentaron (n=22), los primeros se caracterizaban por ser de mayor edad: 75±15 versus 65±19 años, p=0.2071.

**Conclusiones:** Un posible daño endotelial a nivel de la vascularización renal puede explicar la patogénesis de la IRA causada por la toxina de la salmonella. Son necesarios nuevos estudios epidemiológicos que permitan conocer los mecanismos etiopatogénicos de la IRA en pacientes con gastroenteritis aguda por *SE*.

#### 44.- ANALISIS DEL " JAMON DE TERUEL"

Luis Ciprés Casasnovas. Endocrinología del Hospital Obispo Polanco.  
Fernando Guillén Pérez. Consejo Regulador de la Denominación de Origen

**Introducción:** El jamón curado es el producto más antiguo y emblemático del cerdo: el jamón de Westfalia, salado con sal de gema y luego ahumado, hacia felices a los romanos y ricos a los germanos; también el jamón de Renania fue muy apreciado en el Imperio Romano. Hoy día se puede afirmar que es un producto alimenticio de una calidad insuperable en cuanto a propiedades y valor nutritivo se refiere .

En el mes de mayo del año 1982 un grupo de personas, en representación de los ganaderos e industriales jamoneros así como de la Diputación Provincial de Teruel, viajaban a la región italiana de Parma para visitar el Consorcio del conocido Prosciutto. El Jamón de Parma y su Reglamentación, que por aquel entonces llevaba ya más de veinte años de andadura, fueron el modelo a seguir para la cimentación de lo que en 1983 empezaría a ver la luz como la Denominación de Origen Jamón de Teruel.

**Objetivos:** Tras 25 años de trabajo la Denominación de Origen "Jamón de Teruel" se ha consolidado y la producción se incrementa año tras año. Llegados a este punto conviene documentar, desde el punto de vista científico, la calidad del producto sobre todo desde el punto de vista nutricional pero sin olvidar las características microbiológicas y sensoriales.

**Material y Metodo:** Se analizó, desde el punto de vista nutricional, una muestra de 25 jamones pertenecientes a la Denominación de Origen Jamón de Teruel procedentes de diferentes secaderos. Los análisis se realizaron mediante los métodos oficiales o más habituales para cada parámetro. Fueron analizados, la humedad, proteínas, grasa (tanto porcentualmente como su composición detallada en ácidos grasos), carbohidratos, cenizas, cloruro sodico, hierro y contenido energético de las muestras procedentes de la maza de los 25 jamones conteniendo los músculos Semimembranoso, Semitendinoso y Bíceps Femoral. Los análisis nutricionales han sido realizados en la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Zaragoza: Departamento de Producción Animal y Ciencia de los Alimentos

#### **Resultados**

Entre los minerales destaca el elevado porcentaje de hierro (2,39 mg/100g) y la moderada proporción de ClNa 4,81 g/100g ( que corresponde a un aporte de Na de 1,89 g/100g)

El contenido en colesterol es de 73,40 mg. por 100 g. de producto analizado.

#### **Conclusiones:**

Podemos destacar que el "Jamón de Teruel" ofrece unas aportaciones que podemos calificar de **"muy relevantes"** y que serían las siguiente:

Un moderado aporte lipídico con un perfil de ácidos grasos muy saludable. Recordemos que la grasa de infiltración representa 9'13 g. por cada 100 g. de producto y que su composición es muy favorable: 53'13% de ácidos grasos monoinsaturados; 36'88% saturados; 8'30% poliinsaturados y un 2'07% de colesterol.

Un, muy importante, aporte de proteínas (33'5 g. por 100 g. de producto) de alto valor biológico por su proporción en aminoácidos esenciales.

Un aporte de hierro muy significativo: 2'39 mg. por 100 g. y de muy alta biodisponibilidad.

Un aporte de Zinc importante: 2'2 mg. cada 100 g. Una cantidad apreciable de Fósforo: 180 mg. por 100 g.

Un significativo aporte de vitaminas del grupo B (B1 - B2 - B6) y de Niacina. También habría otras aportaciones que podríamos calificar de **"complementarias"** y que serían:

Un moderado aporte calórico: 218'88 calorías por 100 g.

Un moderado aporte de sal (4'81 g. de ClNa en cada 100 g.) y potasio (180 mg. por 100 g.)

Un moderado aporte de calcio (12'7 mg. por 100 g.) y magnesio (17'1 mg. por 100 g.).

#### **45.- CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERIA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL ,SECTOR TERUEL.**

D<sup>a</sup> Milagros Escusa Julian. D<sup>a</sup> Rosa López Hernández. D<sup>a</sup> Ana Cristina Navarro Martinez. D<sup>a</sup> Dolores Serrano Torres. D<sup>a</sup> Consuelo Simon Simon

##### **RESUMEN**

Se trata de un estudio realizado por un grupo de profesionales pertenecientes a diferentes Centros de Unidades de Psiquiatria en la C.A. de Aragon , sobre un grupo de pacientes con " Trastorno Mental Grave " ya que realizan un alto número de "estancias hospitalarias " en las U.C.E y con mala vinculación a su Centro de Salud Mental de referencia.

Nuestro principal objetivo es captar pacientes con T.M.G., para poder prestarles cuidados más específicos.

Para lo cual se ha llevado a cabo la siguiente metodología :

-Recogida sistemática de toda la información en cada Sector , por medio de las fichas de recogida de datos ,creada con anterioridad.

-Reuniones de coordinación de los responsables del proyecto para análisis de datos y puesta en común.

Los resultados que se han obtenido, teniendo en cuenta los criterios de selección de pacientes ,y habiendo evaluado los datos obtenidos .Fueron los siguientes:

-Total de pacientes revisados según criterio de T.M.G./ Total de pacientes ingresados: 36/109

-Total de pacientes T.M.G. con cita al alta /Total de pacientes clasificados con T.M.G.: 13/16

Con todo esto se ha conseguido tener un censo de pacientes con T.M.G. desde que se comenzó el estudio en el año 2005.Y se ha preparado a todos los usuarios desde la U.C.E., coordinándonos con el C.S.Mental, para que al alta salgan con cita , con el fin de facilitar la continuidad de cuidados.De esta manera conseguiremos :

-Aumentar los beneficios derivados de los servicios proporcionados.

-Aumentar la satisfacción de nuestros clientes/usuarios con los servicios recibidos.

-Aumentar la eficiencia y eficacia en la utilización de recursos.



#### **46.- "FOTODERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR HIPERSENSIBILIDAD A KETOPROFENO"**

José Luis Cubero Saldaña, Juan Fraj Lázaro, Garde Urzaiz, Angel, Campos García Esther, M<sup>a</sup> Jesús Bosque Luna, Carlos Colás Sanz

##### **OBJETIVOS:**

Se describe el caso clínico de una paciente de 30 años, diagnosticada, previamente, de dermatitis alérgica de contacto por hipersensibilidad a la mezcla de perfumes, que acude a nuestra consulta, por haber presentado un brote eczematiforme muy pruriginoso, con intenso edema y eritema, localizado en cuello y cara. Solamente recuerda la aplicación el día anterior de un desmaquillante (que había utilizado con anterioridad) y haber acudido a un centro de bronceado.

##### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizan pruebas epicutáneas de alergia retardada para la batería estándar de fotoalergenos más el desmaquillante aportado por la paciente con lectura a las 48 y 96 horas.

##### **RESULTADOS:**

Las pruebas epicutáneas con exposición a radiación U.V.A. fueron positivas al ketoprofeno. Sin radiación resultaron positivas a la mezcla de perfumes.

##### **CONCLUSIONES:**

La paciente admite haber utilizado varios días antes, un gel de ketoprofeno para tratar un dolor en el tobillo sin ningún tipo de problema. Probablemente la reacción cutánea de la paciente fue debida a una transferencia inadvertida a ciertas partes del cuerpo después de la aplicación.

Se ha descrito que el ketoprofeno es el AINE de uso tópico que causa un mayor número de dermatitis fotoalérgicas de contacto (81,9% de las dermatitis fotoalérgicas causadas por AINEs tópicos) y dermatitis alérgica de contacto (28,6% de las dermatitis alérgicas de contacto causadas por AINEs tópicos). En ocasiones la reacción se produce después de varias semanas de haber dejado de aplicar ketoprofeno y a menudo aparece una fotodermatitis crónica durante semanas o meses.

Las reacciones cruzadas son muy frecuentes con otras moléculas de estructura similar a la benzofenona, pero también se han descrito reacciones con otras sustancias.

#### **47.- OSIGAS: OTRO SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

Fructuoso Romero Cuenca, Félix Serna Fortea, Mariano Ubé Sanjuan,  
J.Miguel Chopo Alcubilla, Angel Garde Urzaiz, M<sup>a</sup> Jesús Bosque Luna.

##### **RESUMEN**

Presentamos una aplicación informática concebida como prototipo académico en la Escuela Universitaria Politécnica de Teruel en colaboración inicialmente con el Servicio de Admisión del H.Obispo Polanco de Teruel y actualmente con la Unidad de Admisión de Consultas Externas del H. Clínico Universitario de Zaragoza.

Se trata de un software (grupo de aplicaciones) que puede utilizarse desde cualquier ordenador conectado a internet.

El modelo ha sido diseñada para poder ser utilizado por:

- el personal de admisión de los distintos Centros de Salud.
- el personal de admisión de Atención Especializada
- los facultativos de Atención Primaria
- los facultativos de Atención Especializada

##### **La Génesis**

Un aspecto mejorable en la gestión de las Consultas Externas de cualquier Hospital lo constituye el proceso de cita desde A. Primaria a A. Especializada así como el retorno a A.Primaria de la Hoja de Interconsulta con el informe realizado por el facultativo de A.Especializada debidamente cumplimentado.

Aspectos de implementación considerados a la hora de diseñar el sistema:

- Acceso rápido y cómodo a la aplicación desde todos los C. de Salud.
- Que el sistema a desarrollar fuese fácilmente escalable.
- Posibilidad de uso en una variedad de entornos de hardware y software.

##### **Objetivos del Sistema:**

- Mejorar la satisfacción del paciente especialmente en el aspecto de la citación.
- Desarrollar e integrar los Sistemas de Cita e Información de Atención Primaria y Especializada.
- Conseguir que todos los facultativos, tanto especialistas como de Atención Primaria, tengan acceso a la misma información acerca de sus pacientes.
- Actualizar y unificar la información administrativa disponible en Centros de Salud y en Atención Especializada.
- Minimizar el uso de las historias clínicas "en papel".
- Facilitar una visión clara y resumida de la situación del paciente: medicación actual, alergias, patología reciente y patologías crónicas, así como fácil acceso al histórico de episodios anteriores.

##### *El Prototipo OSIGAS:*

En las imágenes que se presentan se pueden observar algunas de las funciones implementadas en esta aplicación informática. Existen una serie de usuarios autorizados a acceder al sistema (clave) y según su nivel, se accede a un tipo de menú principal distinto.

#### **48.- LIPOSARCOMA EXTREMIDADES**

Ariana Fuertes Vallcorba, Carlos Roncal Boj

##### **RESUMEN**

##### **Caso clínico**

Mujer de 52 años que acude a urgencias por un aumento notable del muslo izquierdo. No presenta ningún otro síntoma.

Es remitida a consultas externas de cirugía donde se realiza analítica con bioquímica, coagulación, hemograma y marcadores tumorales que resultan dentro de la normalidad.

Se realiza una ECO Doppler color venoso de la extremidad con la que se descarta trombosis venosa superficial y profunda.

Se realiza un TAC de extremidades con resultado de tumoración bien delimitada, contornos ligeramente lobulados con diámetro máximo en corte axial de 6x10x22 cm de diámetro longitudinal.

Se plantea el diagnóstico diferencial entre lipoma y liposarcoma por lo que se recomienda RMN: Lesión focal de morfología oval de aproximadamente 23x11x6,5cm, heterogénea, predominantemente intensa en T1 y T2. Con este resultado se recomienda **PAAF**

La paciente es derivada al servicio de oncología del Hospital Miguel Servet para exéresis de la lesión y estudio histológico para descartar liposarcoma bien diferenciado.

Conclusión: Toda tumoración aunque asintomática debe ser estudiada llevando a cabo una serie de pruebas de imagen y por supuesto con una biopsia que acabará determinando la naturaleza de la tumoración y posterior tratamiento.

#### **49.- AGENESIA DE CAVA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITIS NO CIRRÓTICA.**

Aguado Pérez, M; López Bañéres, M; Balciscueta Coltell, Zutoia; Ortiz Tarín, I;  
Arlandis, P; Ruiz del Castillo, J. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Arnau de Vilanova, Valencia.

#### **RESUMEN**

Introducción: La agenesia de vena cava inferior es una malformación congénita poco frecuente, que suele cursar de forma asintomática. Cuando da clínica, ésta suele ser insuficiencia venosa y /o TVP. Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 24 años de edad que ingresa por hemorragia digestiva alta de origen no cirrótico. Como antecedentes personales, refiere un episodio de trombosis venosa profunda a los 14 años, que no recibió tratamiento ni fue estudiado en su momento.

En la exploración física destaca una marcada ascitis, ingurgitación yugular, importante circulación abdominal y edemas en miembros inferiores, sin palpase hepato ni esplenomegalia. La analítica de urgencias evidenció leucocitosis y anemia, la radiografía de abdomen era compatible con la normalidad, la ecografía abdominal informaba de la existencia de abundante líquido libre en todos los espacios y la ecodoppler venosa apreciaba trombosis de la porta, riñón izquierdo hipoplásico, derecho aumentado de tamaño y posible trombosis mesentérica. Se decide realizar TAC abdominopélvico, hallándose gran aumento de circulación colateral, sobre todo perivesicular, peripancreática y periesplénica y trombosis en porta principal y derecha, con porta izquierda permeable, esplenomegalia, así como trombosis de vena mesentérica superior y agenesia de vena cava inferior, con desembocadura de venas suprahepáticas en aurícula derecha, con marcada dilatación de la vena hemiácigos, haciéndose estudio de las arterias pulmonares que descarta trombosis de las arterias y venas pulmonares, y demuestra trombosis de la vena subclavia derecha, hasta la confluencia de la vena cava superior, aumento del cayado de la ácigos asociado a derrame pleural izquierdo.

Se realiza paracentesis, siendo la ascitis estéril y negativa para células malignas.

Tras instaurar tratamiento anticoagulante, antibiótico de amplio espectro, nutrición parenteral total, la paciente mejora clínicamente quedando pendiente el estudio de trombofilia; Se solicita estudio vascular mediante RM para control evolutivo, que confirma los hallazgos de la TAC, y demuestra vasos espinales prominentes. Conclusión: Ante un paciente joven sin hepatopatía y antecedentes de trombosis venosa que debuta con un cuadro de hipertensión portal, se debe realizar diagnóstico diferencial que incluya la agenesia de cava.

## **50.- NECROSIS GÁSTRICA SECUNDARIA A HERNIA PARAESOFÁGICA ESTRANGULADA.**

Marta Aguado Perez, Manuel López Bañeres, Zupoia Balciscueta Coltell, Inmaculada Ortiz Tarín, Rafael Sellés Dechent, Juan Ruiz del Castillo. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Arnau de Vilanova, Valencia.

### **INTRODUCCIÓN**

El vólvulo gástrico es una entidad poco frecuente. Puede ser agudo o crónico. Cuando se presenta en ausencia de anomalía anatómica o enfermedad asociada a la cavidad abdominal, se denomina idiopática. El 75% se asocia a hernia de hiato, hernia diafragmática resultante de traumatismo o defectos congénitos, eventración de diafragma izquierdo o por obstrucción pilórica. Existen dos tipos de vólvulos gástricos: organoaxial, el más frecuente, y mesentéricoaxial.

La incidencia máxima de presentación es la quinta década de la vida.

### **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Varón de 69 años de edad, con antecedentes personales de HTA, EPOC y operado de hernia inguinal izquierda, apendicitis aguda y hernia hiatal, acude a urgencias por presentar, tras la ingesta de agua, un dolor epigástrico intenso, irradiado a hipocondrio y escápula izquierda, acompañado de náuseas, sudoración profusa, tapuipnea, taquicardia, y desaturación. La analítica sanguínea está dentro de los parámetros de la normalidad, incluidos enzimas cardíacos, el ECG muestra taquicardia sinusal, con repolarización normal, la rx de abdomen descarta neumoperitoneo y en la rx de tótax se evidencia posible hernia paraesofágica, con derrame pleural y neumotórax izquierdo. Se procede a realizar toracocentesis y se traslada a Medicina Intensiva.

En su estancia en UCI, se analiza el líquido pleural, siendo negativo para células malignas, aunque sí existen aparentemente restos vegetales. Con la sospecha de perforación gástrica, se realiza TAC toraco-abdominal; se aprecia una perforación gástrica que fistuliza a pleura. Se indica la realización de gastroscopia, informándose de cuerpo gástrico edematoso, eritematoso y con múltiples úlceras, saco herniario dilatado y con signos de sufrimiento, sin hallarse trayecto fistuloso.

### **RESULTADOS.**

Tras empeoramiento del cuadro clínico del paciente tras gastroscopia y objetivándose salida de azul de metileno por el drenaje pleural, se decide intervención quirúrgica urgente, apreciándose una gran hernia paraesofágica estrangulada, en cuyo saco se encuentra estómago necrótico y perforado, con afectación fundamental del fundus y del cuerpo, con múltiples adherencias a cirugía hiatal previa. Se realiza gastectomía total y gastroyeyunostomía en Y de Roux.

El paciente fue dado de alta un mes después.

### **CONCLUSIÓN.**

La presentación aguda del vólvulo gástrico constituye una emergencia quirúrgica.

El compromiso vascular y la consecuente gangrena ocurren en 5-28% de los pacientes con vólvulo gástrico agudo, siendo la mortalidad reportada entre un 30-50 % de los pacientes.

## 51.-¿COMO DUERMEN LOS PACIENTES CON DEMENCIA?

Lopez R.\*, Fuertes de Gilbert Rivera B., Rivera A.∞, Montero Cercós P, Vicente Romero MJ, González García P. Geriatria, Hospital San José, Teruel. Neurofisiología Clínica, Clínica MAZ\*, Teruel. A. Primaria ∞.

**OBJETIVOS:** Describir los síntomas o quejas de sueño más frecuentes en los pacientes con demencia. Analizar el perfil de trastornos de sueño según la comorbilidad, tipo y grado de la demencia.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio descriptivo transversal en varios tiempos. Pacientes >65 años con diagnóstico de demencia según criterios DSM-IV que refirieran alteraciones del sueño valorados en una consulta externa de Geriatria. Variables demográficas, funcionales, cognitivas, sociales, clínicas, síntomas relacionados con el sueño, tratamiento, respuesta y evolución. Análisis estadístico SPSS 12.0 ( $p < 0.05$ ). **RESULTADOS:** N=61. Edad media: 81 años (DE  $\pm 4,7$ ); 51% mujeres; puntuación media del Barthel 65/100, puntuación media del MEC-Lobo=19 ( $\pm 6,2$ ). Polifarmacia 82%, pluripatología 33%, depresión 28%. Perfil de la demencia: degenerativa-tipo Alzheimer=41%, vascular=20%, mixta=18%, demencia-Parkinson=8%, demencia por cuerpos de Lewy=5%, demencia frontotemporal=2%. Grado leve 36%. Síntomas relacionados con sueño: 54% referían insomnio de conciliación, 41% fragmentación del sueño, 33% agitación psicomotriz, 25% somnolencia diurna, 25% inversión del ritmo sueño-vigilia, 23% vagabundeo, 18% ronquido-apnea, 18% alucinaciones, 12% despertar precoz, 10% sueños vívidos, 7% movimientos anormales. Diagnósticos sueño: Insomnio=64%, trastorno conductual nocturno=39%, inversión ritmo=26%, causa psicoambiental=18%, causa medicamentosa=10%, otras parasomnias-RBD=15%, causa orgánica=7%, sdme piernas inquietas=5%, SAOS=2%. Existía diagnóstico de trastorno sueño en 60% de los casos, y pauta de medidas de higiene del sueño en 16%. Se objetivó asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) de demencia-Parkinson con sueños vívidos, parasomnias y trastorno medicamentoso; demencia por cuerpos de Lewy con parasomnias y RBD; demencia tipo Alzheimer y mixta con vagabundeo e inversión de ritmo; demencia vascular con somnolencia, depresión e insomnio. Los pacientes con *depresión o demencia en grado leve* presentan en mayor medida insomnio, aquéllos con *demencia moderada o severa* tienen con mayor frecuencia inversión de ritmo, vagabundeo y agitación psicomotriz nocturna ( $p > 0.001$ ), y los *parkinsonismos* presentan sueños vívidos, movimientos anormales y sospecha de parasomnias ( $p < 0.001$ ). **CONCLUSIONES:** 1) La patología del sueño es una queja muy frecuente de la población anciana con demencia. 2) La frecuencia y tipología de los trastornos del sueño varía según la patología de base, tipo de demencia y grado. 3) El trastorno de sueño más frecuente es el insomnio, tanto de conciliación como de mantenimiento. 4) Las demencias degenerativas presentan con frecuencia inversión de ritmo vigilia-sueño y trastorno conductual-perceptivo nocturno, mayor conforme avanza la demencia; las demencias Parkinson y Lewy se asocian con parasomnias; y la vascular con somnolencia diurna. 5) Los factores ambientales y psicosociales, la comorbilidad y la polifarmacia juegan un papel importante en el origen de estos trastornos de sueño. 6) Las medidas de higiene de sueño son aún poco aplicadas en nuestro medio.

## 52.- ¿PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN NUESTROS E PACIENTES CON DEMENCIA?

Fuertes de Gilbert Rivera B., Lopez R.\*, Gonzalez García P., Perez Zuazo R., Quílez N., Rivera A.∞  
Geriatría, H.San José, Teruel. Neurofisiología Clínica, Clínica MAZ, Teruel\*.  
∞A. Primaria.

**OBJETIVOS:** Describir los trastornos de sueño más frecuentes en los pacientes con demencia y analizar el tratamiento específico y evolución posterior de dichos trastornos.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio descriptivo transversal en varios tiempos. Pacientes >65 años con diagnóstico de demencia según criterios DSM-IV que refirieran alteraciones del sueño valorados en una consulta externa de Geriatría. Variables demográficas, funcionales, cognitivas, sociales, clínicas, síntomas relacionados con sueño, tratamiento y respuesta y evolución. Análisis estadístico SPSS 12.0 ( $p < 0.05$ ).

**RESULTADOS:** N=61. Edad media: 81 años (DE  $\pm 4,7$ ); 51% mujeres; puntuación media del Barthel 65/100, puntuación media del MEC-Lobo=19 ( $\pm 6,2$ ). Polifarmacia 82%, pluripatología 33%, depresión 28%. Perfil de la demencia: degenerativa-tipo Alzheimer=41%, vascular=20%, mixta=18%, demencia-Parkinson=8%, demencia por cuerpos de Lewy=5%, demencia frontotemporal=2%. Grado leve 36%. Tipo de trastorno del sueño: Insomnio=64%, trastorno conductual nocturno (alucinaciones/agitación psicomotriz/vagabundeo)=39%, inversión ritmo vigilia-sueño=26%, causa psicoambiental=18%, origen medicamentoso=10%, otras parasomnias-RBD=15%, causa orgánica=7%, síndrome piernas inquietas=5%, SAOS=2%. Tratamiento: el 87% tomaba medicación hipnótica; 38% > 2 psicofármacos; 80% > 6 meses de tratamiento. 43% tomaba BDZ, 51% antidepresivos, 79% IACES-memantina, 38% neurolepticos, 2% hipnóticos no BDZ, otros 5%, medidas de higiene del sueño (MHS) 16%. Evolución: refería eficacia del tratamiento previo el 51%, el 26% aquejaba efectos secundarios, se modificó el tratamiento en el 57% de los casos (a todos se les recomendaron MHS, al 56% un nuevo fármaco, se ajustó la dosis del previo al 17%). Número revisiones:  $5 \pm 2,7$ . Distinta frecuencia de síntomas relacionados con sueño según comorbilidad, tipo de demencia y grado y tratamiento. Las demencias degenerativas reciben más tratamiento, en especial neurolepticos; las demencias vasculares más antidepresivos. Asociación ( $p < 0.05$ ) de agitación psicomotriz y alucinaciones nocturnas e inversión del ritmo de sueño con tratamiento con neurolepticos; y de insomnio de conciliación y mantenimiento con BDZ. Eficacia significativa en tratados con neurolepticos, antidepresivos hipnóticos y no BDZ. Mayor porcentaje de efectos secundarios e ineficacia en tratados con BDZ. CONCLUSIONES: 1) Los trastornos del sueño son muy frecuentes en ancianos con demencia, aunque no siempre son bien diagnosticados o tratados. 2) El consumo de psicofármacos es elevado en esta población y las medidas de higiene de sueño poco frecuentes. 3) Se deben tener en cuenta la polifarmacia, pluripatología, tipo y grado de demencia y los factores sociales y ambientales al elegir el tratamiento más adecuado. 4) Los antidepresivos de perfil hipnótico y los neurolepticos son eficaces en un amplio grupo de pacientes ancianos con demencia y determinados trastornos de sueño.

### **53.- DISTRESS RESPIRATORIO EN EL RECIEN NACIDO**

Cote Saez, B., Ruiz Alonso, P., Pomar Martín, L.  
Avda Ruiz Jarabo 6 6ºB Tfno. 650982238

#### **INTRODUCCIÓN:**

El síndrome del distress respiratorio (SDR) es una de las situaciones que se ven con bastante frecuencia en la Unidad de Pediatría, y que por su gravedad es necesario tener los conocimientos suficientes para lograr una rápida actuación que permita un rápido restablecimiento de la salud del RN y/o minimizar posibles secuelas.

#### **METODOLOGÍA:**

- Revisión bibliográfica del SDR
- Revisión de trabajos realizados en otras unidades de cuidados intensivos neonatales
- Experiencia adquirida en la Unidad

#### **RESULTADOS:**

- Actualización en los cuidados de los RN con Distress respiratorio
- Valoración de los factores de riesgo. Los más frecuentes son: Parto prematuro, RN con peso inferior a 1000gr., madre diabética, antecedentes de hermanos con membrana hialina, gestación múltiple, malformaciones fetales, rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, parto prolongado, aspiración de meconio, parto instrumental.
- Valoración y registro de los parámetros que lo definen. (Test de Silverman): Frecuencia respiratoria superior a 60x', cianosis, aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, polipnea.
- Prevención de los riesgos que conlleva el desconocimiento de la situación. Los más habituales e inmediatos son: Neumotorax, hemorragia intracraneal, insuficiencia respiratoria, sobreinfecciones.

#### **CONCLUSIONES:**

- El conocimiento previo de los factores de riesgo nos ayuda a poner en marcha la actuación precoz, con la preparación del material necesario y la coordinación del equipo.
- La 1ª valoración del RN en base a los parámetros definidos, es fundamental para la planificación de los cuidados necesarios, pues nos ayuda a prevenir y/o minimizar posibles secuelas.
- Es necesaria la actuación rápida y coordinación del equipo asistencial para la buena evolución del RN.



54.-**DISPLASIA MONOSTÓTICA FIBROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

RONCAL BOJ J.C, BALLESTER GIMÉNEZ J.J, ESPALLARGAS DOÑATE M.T, FUERTES VALLCORBA A.

RESUMEN

Se trata de una enfermedad infrecuente que tratamos de explicar presentando un caso en un PÓSTER de una chica joven que la padece.

## 55.- ADECUACIÓN DE MEDIOS DIAGNÓSTICOS EN TRAUMATOLOGÍA

ESPALLARGAS M.T, FUERTES A., BALLESTER J.J, RONCAL J.C, TORRES J.,  
VILAR E.

### RESUMEN

Los criterios de idoneidad de las diversas técnicas de radiodiagnóstico en distintas patologías en traumatología.

## 56.- ENFERMEDAD PERIODONTAL

Juan José Ballester Giménez

### ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. La bacteria presente en la placa causa la enfermedad periodontal. Si no se retira, cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y porosa llamada cálculo (también conocida como sarro).

Las toxinas, que se producen por la bacteria en la placa, irritan las encías. Al permanecer en su lugar, las toxinas provocan que las encías se desprendan de los dientes y se forman bolsas periodontales, las cuales se llenan de más toxinas y bacteria.

Conforme la enfermedad avanza, las bolsas se extienden y la placa penetra más y más hasta que el hueso que sostiene al diente se destruye. Eventualmente, el diente se caerá o necesitará ser extraído.

Síntomas y señales de alerta

En ocasiones la enfermedad periodontal puede progresar sin ningún síntoma ni dolor. Durante una revisión dental regular, el dentista busca señales de la enfermedad periodontal, por lo que la enfermedad aún no detectada puede ser tratada antes de que avance.

Encías blandas, inflamadas o rojizas.

Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.

Encías que se desprenden de los dientes

Dientes flojos o separados

Pus entre la encía y el diente

Mal aliento continuo

Cambio en la forma en la que los dientes se encajan al morder

Cambio en el ajuste de dentaduras parciales.

Prevención y diagnóstico de la enfermedad periodontal

Un cepillado apropiado dos veces al día, así como hilo dental diariamente ayudarán a prevenir la enfermedad periodontal.

Una limpieza profesional, cada tres o seis meses, realizada por un dentista o un experto en higiene dental removerá la placa y el sarro en áreas difíciles de alcanzar, y consecuentemente son susceptibles a la enfermedad periodontal.

Durante una revisión dental regular, el dentista o el experto en higiene inspeccionará las encías y el espacio entre el diente y la encía para descartar la enfermedad periodontal. Si las señales de la enfermedad han progresado hasta un cierto punto, el dentista aconsejará que el paciente visite a un periodoncista - dentista que se especializa en el tratamiento de la enfermedad periodontal.

## **57.- FACTORES DE CRECIMIENTO EN TRAUMATOLOGÍA**

Juan José Ballester Giménez

La búsqueda y desarrollo de nuevos materiales y métodos de reparación y/o sustitución ósea representa una punta de lanza en el tratamiento actual de los defectos óseos. El objetivo del presente trabajo es la revisión del estado actual del conocimiento sobre los materiales actualmente disponibles para ser utilizados en la reparación y/o sustitución ósea, la aplicación en la Cirugía Ortopédica y Traumatología de los factores de crecimiento conocidos en la actualidad, y de la osteoinducción mediante tratamiento genético.

**58.- FORMACIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE AGÓNICO, EN EL DOMICILIO, PARA EL MANEJO DE LA PALOMILLA SUBCUTÁNEA**

MARTA C. AGUDO RODRIGO (médico ESAD, Dirección:Urb. San Cristóbal, nº 6, 3ºD, Teruel, Tfno: 617518128)  
ROSA MARIA ALEGRE MARTIN (DUE ESAD)  
CARMEN MARIA VICENTE PÉREZ (DUE ESAD)  
MONTSERRAT GARCÍA SANZ (Psicóloga ESAD)  
MARIA ANGELES PERIBÁÑEZ MAÍCAS (Psicóloga ESAD)

**INTRODUCCIÓN:** La medicina paliativa ofrece al paciente una alternativa diferente, el enfoque multidisciplinar e integral de la asistencia tanto para el paciente como para su familia, así como la coordinación de los diferentes niveles sanitarios para la consecución de un objetivo común: *aliviar los síntomas y el sufrimiento, asegurando una buena calidad de vida al paciente terminal y conseguir una muerte digna en su propio entorno familiar.* Para ello es muy importante enseñar y adiestrar a la familia, al cuidador principal, en el manejo de la palomilla en la vía subcutánea cuando se pierde la vía oral.

**METODOLOGÍA:**

*Objetivos:*

- a) Capacitar al cuidador en el uso de la vía subcutánea con palomilla en el domicilio del paciente.
- b) Proporcionar un apoyo visual a la educación verbal para otorgar seguridad al cuidador en el uso de esta vía.
- c) Formentar el uso de la vía subcutánea en domicilio entre los profesionales sanitarios.

*Método:*

Diseñar un tríptico con los pasos que tiene que seguir el cuidador para administrar correctamente la medicación por la palomilla.

**CONCLUSIONES:**

De los 152 pacientes nuevos atendidos desde Enero del año 2006 a Septiembre de este año por el ESAD, 24 (15,7%) de ellos precisaron el uso de la vía subcutánea para administrar la medicación, lo que indica la importancia de esta vía y la necesidad de un correcto adiestramiento en su uso, así como de la supervisión del mismo por el equipo instructor.

## **59.- VALORACIÓN GERIÁTRICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

R.Dolz Aspas, M.J.Calpe Gil, L.Mouronval Morales, G.Pérez Vázquez, A.Fernández Alaman, L.García Aragón, P.Gracia Sanchez. Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel (Teruel)

### **RESUMEN**

#### **OBJETIVOS**

Conocer las características poblacionales de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital.  
Conocer la valoración geriátrica básica de los pacientes ingresados en el Hospital.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en especialidades médicas del Hospital Obispo Polanco de Teruel, durante un mes. Se realizó una valoración geriátrica mediante 3 escalas (el estado funcional mediante el índice de Barthel, el estado cognitivo mediante el mini examen cognoscitivo de lobo (MEC) y la comorbilidad mediante el índice de Charlson). Se analizaron además las variables demográficas y el motivo de ingreso.

#### **RESULTADOS**

Del total de 194 pacientes ingresados, 134 (el 81,3%) fueron mayores de 65 años, de los que el 38,8% tenían más de 80 años. El 38,8% eran mujeres. La edad media fue de 78 años (DS 6,84). El 81,3% vivían en su domicilio y el 18,7% en residencia. Un 27,6% presentaban deterioro cognitivo previo, con una puntuación inferior a 24 en el MEC, y un 36,6% alguna alteración de la visión y/o audición. El índice de Barthel 2 semanas antes del ingreso era mayoritariamente independiente, pese a la avanzada edad de los pacientes ingresados. El índice de comorbilidad de Charlson era de 2,44 (SD 2,19). Las enfermedades que propiciaron el ingreso fueron bronconeumonía en un 23,8%, insuficiencia cardíaca en un 14,2% y cardiopatía isquémica en un 11,2%. El 59,7% eran ya considerados al ingreso pacientes pluripatológicos.

#### **CONCLUSIONES**

Como conclusión, destacar la buena calidad de vida previa de nuestros pacientes pese al alto porcentaje de pluripatología previa. El elevado porcentaje de deterioro cognitivo en los ancianos ingresados se relaciona con la elevada edad media, un alto porcentaje de ellos procedentes de centros geriátricos, y un deterioro en hospitalizados coincidiendo con una fase de descompensación aguda y cuadros confusionales durante el ingreso.

## **60.- LOS PACIENTES GERIÁTRICOS EN LA UCE DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO.**

Esteban Rodríguez, Eugenia (MIR4 de psiquiatría). Mont Canela, Anna (MIR3 de psiquiatría). Pereyra Grustán, Lorena (psiquiatra adjunta UCE Hospital O.Polanco). Gómez Bernal, Germán (psiquiatra CRP San Juan de Dios). Reboreda Amoedo, Alejandra (psicóloga clínica CRP San Juan de Dios). Latorre Marín, José Ignacio (psicólogo clínico UCE y consultas externas).

### **RESUMEN**

Introducción: El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados conlleva el desplazamiento de la pirámide poblacional hacia edades más avanzadas. Sin embargo son pocos los trabajos que estudien las características de estos pacientes ingresados en una planta de psiquiatría. Objetivos: El presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo, con el que podamos conocer información acerca de estos pacientes. Material y métodos: Tomamos una muestra de los 70 pacientes de 65 años o más, ingresados en la UCE de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel en el periodo comprendido entre Octubre de 2004 y Octubre de 2007. Valoramos en este grupo de paciente las variables de sexo, edad, días de estancia en el hospital, motivo de ingreso, existencia de antecedentes psiquiátricos previos, antecedentes médicos, complicaciones médicas en el ingreso, aplicación de TEC y diagnóstico al alta. Resultados: Mayoría de hombres, edad media superior a los 70 años, larga estancia, alteraciones conductuales como motivo de ingreso, sin antecedentes psiquiátricos previos, con antecedentes médicos, frecuentes complicaciones, se aplica TEC a una minoría, y diagnósticos más frecuentes la demencia y los trastornos afectivos. Conclusiones: Este grupo de pacientes presenta particularidades que le hace diferir del resto de los grupos etarios.

## **61.- ESTUDIO DE LA CLÍNICA DE LA DERMATITIS DE CONTACTO EN EL ÁREA III DE SALUD DE ZARAGOZA. AÑOS 1994-2001**

M. Navarro<sup>1</sup>, J. Gil<sup>2</sup>, R. Benito<sup>2</sup>, JP. Carapet<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Medicina, Psiquiatría y Dermatología. <sup>2</sup> Servicio de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### **INTRODUCCIÓN**

La dermatitis de contacto (DC) es una reacción inflamatoria de la piel mediada inmunológicamente, que aparece después del contacto vía percutánea con diversos agentes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se han estudiado 1435 pacientes con DC a los que se les realizó tests percutáneos de acuerdo con la clínica que presentaban y se hizo seguimiento del número de brotes.

El estudio se llevo a cabo entre los años 1994 y 2001 en el Servicio de Dermatología, Sección de Dermatitis de Contacto, del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

### **RESULTADOS**

La clínica más frecuente de la DC es el eccema con 966 casos que representan un 67,32%, seguido de 98 casos con prurito (6,83%), eccema dishidróxico en 79 casos (5,51%) y eccema pulpitis en 54 pacientes (3,76%).

El 58,26% (836) de los pacientes presentaron un solo brote de DC, seguido en orden de frecuencia por la presencia de 5 brotes de lesiones (21,53%) y tres brotes en un 9,27% de los pacientes.

### **CONCLUSIONES**

La forma clínica más frecuente de presentación de la DC es el eccema. El número de brotes más común es de uno solo.



## **62.- ESTUDIO SOBRE LA INDICACION FARMACEUTICA EN RESFRIADO**

N. Sanllehí Vila, M. Tena Ledesma, N. Gil Collado, B. Hernández Carmona.

**INTRODUCCION:** La indicación o consulta farmacéutica es la actuación profesional prestada ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué tratamiento debe adquirir, y solicita el remedio más adecuado para aliviar o resolver un problema de salud concreto, considerado autolimitado. Este, al margen de la dispensación es el servicio más demandado por la población al farmacéutico comunitario.

El resfriado común es un problema de salud considerado banal por la población, en general, y relacionado con una demanda estacional muy habitual en la farmacia comunitaria.

### **METODOLOGIA:**

Se trata de un estudio observacional descriptivo en el que participaron 23 oficinas de farmacia de la provincia de Teruel. El estudio se prolongó durante enero a marzo de 2006. Y los datos se obtuvieron de los usuarios de las farmacias participantes en el estudio.

### **RESULTADOS:**

Los resultados responden a las siguientes preguntas:

Quien solicita la indicación: El propio paciente, familiar o cuidador

Edad de la persona que necesita el tratamiento

Sexo

Embarazo, lactancia, otras condiciones

Motivo de la consulta: a) consulta por el medicamento

b) consulta por los síntomas que refiere (cuadro de síntomas)

Duración del problema de salud

Intervención del farmacéutico

Tratamientos

### **CONCLUSIONES:**

-Respecto a los solicitantes de la indicación en este caso (resfriado común):

En la mayoría de ocasiones es el propio paciente quien solicita la consulta (64%)

La mayoría se encuentran en la franja de edad de 36-65 años, seguido por los de 27-35 años.(27%)

-Sexo: 49% hombres y 51% mujeres

-Motivo de la consulta: 25% sobre un medicamento concreto

75% informan de sus síntomas

-8% de las personas que solicitaban la indicación presentaban alguna patología de base.

-El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario que tiene su papel en la resolución de problemas de salud autolimitados.

### 63.- ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Laura Gómez Gómez. Inmaculada López López. Remedios Clérigues Amigó Dolores Lozano Vicente. Ana Cortel Vicente. Adoración Esteban Igual.

**COLABORADORES :** *Aurora Conejos, Sara Alegre, Ester Remón, Matilde Galvez, Angela Martinez, Rosa Mena, Isabel Castellote, Pilar García, Pilar Corral, Simón Benito, Inmaculada Burgués, Jesús Alpuente, Marta Pinedo, Dolores García, Amparo Torres, Isabel Ortíz, Alberto Tellez, Pilar Benedicto.*

**INTRODUCCION:** Por la alta frecuencia de politraumatizados, en nuestro servicio de urgencias, enfermería ha creído necesario recordar la secuencia de su actuación en este tipo de pacientes.

#### **METODOLOGÍA :**

- **Recepción del paciente:**
  - Llegada de politraumatizado.
  - Traslado a box. Urgencias específico.
  - Recogida datos de interés paciente.
  - Designar equipo que le atienda (2 enfermeras y 1 tcae).
  - Ejecutar órdenes claras y sencillas.
  - Valoración inicial de enfermería.
- **Esquema de actuación:**
  - Enfermera A :
    - . Vía aérea y ventilación.
    - . Valoración neurológica breve.
  - Enfermera B :
    - .Control circulatorio y hemorragias.
    - .Colocación de sondas.
- **Reevaluación continuada.**

**RESULTADOS :** 868 politraumas en un año.

-Leves 677	-----77,97%.
-Graves 126	-----14,51%.
-Críticos 3	-----0,34%.
-Exitus 1	-----0,11%.
-No consta 61	-----7,02%.

**CONCLUSIONES :** Debido a la complejidad del paciente politraumatizado creemos necesario, seguir una guía de actuación, para ser objetivos en la actuación con dichos pacientes.

#### **64.- OBESIDAD INFANTIL EN TERUEL**

Carmen Gallardo Ganuza, Inmaculada Arévalo Martínez, Ramón Hernández Lahuerta, José Galán Rico, María Pilar Arnal Clemente, Jorge Silvestre Adivinación

Centro de Salud Teruel Urbano, C/Miguel Vallés, 1  
Tfno.: 978 609710

**Introducción:** Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso han alcanzado carácter de epidemia a nivel mundial. Especialmente alarmante ha sido el incremento de la obesidad en niños y adolescentes, constituyendo el desorden nutricional más frecuente en países desarrollados. En el informe "la alimentación en Aragón a examen" existe un porcentaje de sobrepeso / obesidad del 26% en niños de 2 a 17 años, por lo que nos planteamos conocer cuál era la situación en nuestro medio.

**Material y métodos:** Durante el curso escolar 2006/07 se realizaron revisiones a todos los niños de 6, 11 y 14 años asistentes a los colegios e institutos de Teruel capital. Estas revisiones fueron hechas por un solo equipo, formado por un médico, un enfermero y un estudiante de enfermería, que valoraron diversos parámetros: peso, talla, visión, dentición y tensión arterial. Se realizaron con especial cuidado las determinaciones de peso y talla, hallando después por gráficas el índice de masa corporal (IMC) y valorando, según el mismo, normalidad o  $IMC < 85$ , sobrepeso de 85-95 y obesidad  $> 95$ . Fueron valorados 960 niños: 335 de 6 años (34'9%), 332 de 11 años (34'6%) y 293 de 14 años (30'5%). De ellos, 484 (50'4%) eran varones y 476 (49'6%) mujeres, siendo su distribución por edades similar.

**Resultados:** El 80'1% de los niños están en un IMC normal, 9'5% sufren sobrepeso y 10'4% obesidad. Cuando se separa por sexos, 23'7% de los varones y 16% de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad, resultando estadísticamente significativa la diferencia con un valor de  $p=0'002$ . También se realiza el estudio por grupos de edad y centros escolares.

**Conclusiones:** En la ciudad de Teruel, en las edades de estudio, encontramos un 20% de sobrepeso u obesidad, siendo significativa la diferencia entre varones y mujeres. Ciertos centros educativos tienen índices de sobrepeso / obesidad superiores a la media, por lo que se debería insistir en la realización de programas para la prevención de la obesidad infanto - juvenil.

**65.- HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA DOMICILIARIA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO.**

CAROD BENEDICO E., GOMEZ CADENAS C., ESCUSA ANADÓN C., ASCOZ HERRANDO C., MONREAL ALIAGA I., PALOMAR MARZO P.

Resumen:

La hipodermocclisis es una técnica sencilla y efectiva utilizada habitualmente en hospital para el tratamiento de la deshidratación en pacientes paliativos con pérdida de la vía oral y sin posibilidad de tratamiento intravenoso. Dicha técnica ha sido puesta en funcionamiento en domicilio en pacientes pertenecientes al centro de salud de Monreal del campo dentro del proyecto de mejora de calidad del 2007.

se presentan tres casos.

## 66.- ¿ES EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO UNA PATOLOGÍA DE MAYORES?

Ros Tristán, Carmen María (1); Rodero Álvarez, Fernando (1); Pérez Vázquez, Gloria (2); García Aragón, Luis (3); Calpe Gil, María José (1); Alonso Formento, Enrique (1).

1. Servicio de Urgencias Hospital Obispo Polanco.
2. Servicio de Medicina Interna Hospital Obispo Polanco.
3. Medicina Familiar y Comunitaria Unidad docente de Teruel.

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes jóvenes con infarto de miocardio (IAM) presentan una serie de características diferenciales, suelen ser pacientes varones, fumadores, con historia familiar de cardiopatía isquémica y presentan escasas lesiones arterioscleróticas coronarias obstructivas, lo que explica el buen pronóstico de los supervivientes. Varios estudios han sugerido que una mayor trombogenicidad, p. ej la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF), desempeña un papel importante en los pacientes jóvenes con infarto agudo de miocardio.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se determinó la concentración plasmática de los siguientes anticuerpos: AAF, anti- $\beta 2$  glucoproteína I ( $\beta 2$ -GPI), anti- $\beta 2$ -GPI/unidos a fosfolípidos y los valores de colesterol, colesterol HDL, triglicéridos y fibrinógeno. Así mismo se realizó estudio electrocardiográfico, ecocardiográfico, test de esfuerzo y coronariografía diagnóstica terapéutica.

**RESULTADOS.** Paciente varón de 23 años, sin antecedentes personales de interés, con antecedentes familiares en segundo grado de cardiopatía isquémica. Acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de dolor en extremidad superior izquierda, punzante, irradiado a hemitorax izquierdo proximal, sin cortejo vegetativo, con estabilidad hemodinámica, sin disnea ni otra sintomatología concomitante, de veinte días de evolución, de aparición durante el esfuerzo que remite con el reposo. Siendo atendido la semana previa por médico de atención primaria realizándose estudio electrocardiográfico (ECG) sin hallazgos patológicos con diagnóstico de dolor osteomuscular. Durante el estudio de urgencias se realiza ECG donde se objetiva inversión de la onda T en derivaciones precordiales izquierdas sugestivas de alteración de la conducción intraventricular, por lo que se solicita estudio enzimático cardíaco, que evidencia Troponina I 0.6 ng/ml. Por lo que se procede a ingreso hospitalario en planta de Cardiología para proseguir estudio cardíaco. Se realiza ECG permaneciendo la alteración conducción intraventricular; ecocardiograma sin cardiopatía estructural con fracción eyección del ventrículo izquierdo preservada; test de esfuerzo interrumpido a los 4 minutos de ejercicio por reaparición de dolor compatible con cardiopatía isquémica y descenso del segmento ST en derivaciones inferiores con elevación convexa en cara lateral, por lo que se decide remitir a hospital de referencia para completar estudio mediante coronariografía. La coronariografía objetiva estenosis subtotal de la descendente anterior con buen vaso distal por lo que se implanta stent con rifampicina. Previamente se solicita estudio de hipercoagulabilidad, síndrome antifosfolípido e hiperhomocisteinemia, obteniéndose anticoagulante lúcido positivo.

**DISCUSIÓN.** La aparición de un infarto de miocardio es fruto de la interrelación entre los factores medioambientales y la predisposición individual de cada paciente. Aquellos que sufren un IAM en edad prematura han estado expuestos durante un menor tiempo a los factores de riesgo cardiovascular y presentan, además, una menor afección arteriosclerótica en el estudio angiográfico. Por ello, el papel de los factores protrombóticos podría tener una mayor relevancia en esta población. El estudio de estos factores en el IAM prematuro permitiría conocer la posible implicación de un estado de hipercoagulabilidad en la patogenia de los síndromes coronarios agudos.

## 67.- LA IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA EN CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA. RESULTADOS PRELIMINARES.

Mateo Lázaro ML, Berisa Losantos F, Plaza Bayo A, Rilova Fernández, I, Luca Simón, AM<sup>a</sup>.

Centro: Sección de Neumología. Hospital O. Polanco, Teruel.

### RESUMEN

**Introducción:** El estado nutricional (EN) tiene valor pronóstico en el enfermo respiratorio, especialmente en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC). La Impedancia Bioeléctrica (IB) permite conocer la composición corporal y detectar, mejor que el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de masa muscular que puede acontecer a pesar de mantener un peso adecuado. Esta técnica se está recomendando como método de evaluación por los especialistas en nutrición en la práctica clínica

**Objetivo:** Evaluar el EN por IB en pacientes que por diversos motivos acuden a consulta externa de Neumología.

**Metodología:** Se incluyen en el estudio a todos los pacientes que consultan por diversas causas respiratorias y se realiza una espirometría. No han de tener otras enfermedades o tratamientos que puedan influir en el estado nutricional. En el caso de enfermedad neumológica, ha de estar en situación clínica estable. Se recogen las siguientes variables: Se tallan y pesan con tórax desnudo y sin zapatos para el cálculo del índice de masa corporal (IMC). La espirometría se realiza con Ergoespirómetro Sensormedics VMAX según normativa de las Sociedad Española Española de Neumología y Cirugía Torácica. La fuerza de la mano (FM) se determina con el dinamómetro y se anota la media, calculando el porcentaje con respecto a edad y sexo según las tablas teóricas para nuestra población. La composición corporal se determina con IB (TANITA, TBF 300MA-GS), que permite el cálculo del IMC, porcentaje de grasa (%G), masa libre de grasa (MLG). Calculamos el índice de masa libre de grasa (IMLG =  $MLG / talla^2$ ) y para pacientes EPOC se utilizan fórmulas específicas a partir de la resistencia. Seguimos los criterios de Schools y consideramos desnutrición si el IMLG es  $\leq 16$  para hombres y  $\leq 15$  para mujeres. Para el IMC consideramos desnutrición si  $< 20$  y sobrepeso-obesidad  $> 25$ .

**Resultados:** En un año se han evaluado 489 casos, 313 hombres y 176 mujeres. Por diagnósticos predomina la EPOC (157 casos), asma bronquial (98) sin patología respiratoria (111). El resto son diagnósticos diversos. Las características generales de estos tres grupos se muestran en la tabla. Destaca: en los diagnósticos de asma un mayor IMC y % de G. La FM se correlaciona con el IMC y con MLG en varones con EPOC ( $r = 0.21$ ,  $p 0.019$ ). Existe un grupo de pacientes con pérdida de masa magra que se clasificarían como normonutridos si solo se valoran con el IMC, especialmente en el caso de la EPOC.

	Edad media	IMC	% G	IMLG	IMC<20 %	IMLG bajo %	% FM
EPOC	70.2± 11	27.7±5	28.9±7	18±12	5	14	93.7±29
Asma	60.1±16	29.4±5	32.9±8	19.3±3	2	4	92.1±29
Normal	49.3±18	27.2±5	30.5±9	18.6±3	7.3	9	87.3±28

### Conclusiones:

El análisis la MLG por Impedancia Bioeléctrica permite detectar un número significativo de casos con desnutrición que habrían sido clasificados como normonutridos por el IMC especialmente en la EPOC. La desnutrición en nuestra serie es del 4 % en el grupo de asmáticos frente al 14 % de los pacientes con EPOC. Por su rapidez y facilidad de ejecución, consideramos que esta técnica puede ser de gran ayuda en la evaluación del paciente neumológico estable.

Estudio subvencionado en parte por la IX Beca 2007 SADAR.

## **68.- INTERVENCIÓN EN LAS AVD DESDE TERAPIA OCUPACIONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO**

M<sup>a</sup>Pilar Enguita Flórez  
C/ Agustina de Aragón, 2, 4ºB  
44002- Teruel  
978608648/667960891

### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Esta comunicación pretende dar luz e informar acerca de las funciones de la figura del terapeuta ocupacional en el área de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), enfocada en este caso dentro del campo de la geriatría. Para ello mostraremos un caso real de intervención para la recuperación funcional en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), desde el departamento de Terapia Ocupacional en la Residencia de Monreal.

**METODOLOGÍA:** Se mostrará la valoración inicial de la paciente, datos sobre la intervención y su evolución, y la valoración final, en la que observaremos los resultados obtenidos. Estos datos incluyen:

- presentación de la paciente
- escalas de AVD: Índice de Barthel y Escala de Lawton
- Escala de la Cruz Roja
- Mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC)
- valoración psicoafectiva y conductual
- objetivos y actividades en Terapia Ocupacional

**RESULTADOS:** Mejoría en la funcionalidad, derivada de la recuperación de la capacidad física y del mantenimiento de la función cognitiva. Todo ello asociado a una evolución positiva de su autoestima y a una progresiva adaptación al centro residencial, favorecida por una mayor socialización.

**CONCLUSIONES:** La importancia de la figura del terapeuta ocupacional dentro del Equipo Multiprofesional de los diferentes recursos sociosanitarios y la necesidad de intervenir en la recuperación de la capacidad funcional en las personas mayores, para favorecer su autonomía y disminuir la carga sobre los cuidadores (familiares, auxiliares,...)

## 69.- ¿SATISFECHO CON LA ENDOSCOPIA QUE LE HEMOS REALIZADO?

María Teresa Botella Esteban, María José Alcalá Escriche, Emilio Garza Trasobares, María Martínez Morales, Concepción Cuervo Menéndez, Concha Thomson Llisteri.

Sección de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** La satisfacción de los pacientes se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de la calidad en los hospitales.

**Objetivo:** Detectar oportunidades de mejora en la endoscopia digestiva basándonos en la opinión del paciente

**Material y Métodos:** Durante 3 meses se les entregó a los pacientes que acudían a la Unidad de Endoscopias Digestivas un cuestionario sobre satisfacción, de fácil cumplimentación, que utilizaba una escala ordinal de 5 ítems (malo=0, regular=1, bueno=2, muy bueno=3, excelente=4), recomendado por la Sociedad Americana de Endoscopia y validado en su versión al castellano, con algunas modificaciones adaptadas a nuestro medio. Incluía la valoración de 6 aspectos (espera para la cita, espera el mismo día, cortesía del médico, cortesía de la enfermera, explicaciones, molestias) y una última pregunta de puntuación global. A partir del cuestionario se calcularon tres indicadores: la media de puntuación en todas las preguntas, el porcentaje de problemas percibidos por los pacientes (número total de preguntas respondidas malo/regular dividido por el número total de preguntas contestadas) y el porcentaje de pacientes insatisfechos en la puntuación global

**Resultados:** Un total de 194 pacientes (50,5% de mujeres, edad media 59,9+/-16,6 años) respondieron a la encuesta.

Pregunta	Media	Porcentaje insatisfacción (% malo o regular)
Demora en la cita	2,78	4,7%
Demora el día de la prueba	2,88	8,8%
Cortesía del endoscopista	3,44	2,1%
Cortesía enfermería	3,56	1%
Explicaciones del médico solicitante	2,83	7,3%
Explicaciones del endoscopista	2,94	6,2%
Molestias durante la prueba	1,74	44,8%
Gastroskopias	1,66	50,7%
Colonoscopias	1,80	40%
Molestias con la preparación del colon	1,60	50%
PUNTUACIÓN GLOBAL	2,79	7,9%

**Conclusiones:** El aspecto más problemático desde el punto de vista de los pacientes es en relación a las molestias que perciben durante la exploración, sin existir diferencias entre la gastroscopia y la colonoscopia. Este hecho debe llevarnos a plantear en un futuro la sedación en endoscopias. Otro tema es la preparación del colon que llega a ser más molesta que la propia exploración. Por otro lado, hay que reseñar que el buen trato de los que trabajan en endoscopias es valorado muy positivamente por los pacientes y eso favorece a que el porcentaje global de pacientes insatisfechos sea muy escaso, aunque siempre mejorable.



## 70.- DIÁLISIS PERITONEAL EN EL ÁREA DE SALUD DE TERUEL (1995-2007).

Antonio Gascón Mariño\*, Laura Comín Novella, José María Del Val Gil.  
Sección de Nefrología\* y Servicio de Cirugía. Hospital Obispo Polanco.  
978621150 (Ext. 1762).

**Introducción:** Con el término Diálisis Peritoneal (DP) se engloban todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal, que es una membrana biológica que se comporta funcionalmente como una membrana dialítica. En la actualidad, cuando la DP está reconocida como una técnica consolidada en el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada, aún existen grandes hospitales de la red pública sin unidad de DP. Se dispone de dos técnicas de DP: diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) y diálisis peritoneal automatizada (DPA). Aragón es la comunidad autónoma de España con una menor incidencia y prevalencia de pacientes en DP. En el último informe de situación de diálisis y trasplante en España correspondiente al año 2004, y publicado en 2007: la incidencia de pacientes en Hemodiálisis (HD) era de 165 y de DP 2 casos; la prevalencia de pacientes en HD era de 472 y en DP 5 casos. **Objetivo:** describir la actividad de la unidad de DP de Teruel desde 1995 al 2007. **Metodología:** 17 pacientes han iniciado DP en los últimos doce años. Cinco mujeres y doce varones. Edad media: 52 años. Hasta el año 2006 todos los pacientes incluidos eran menores de 50 años. En el año 2007 iniciaron DP: 4 pacientes mayores de 70 años y 2 menores de 55 años. **Resultados:** Incidencia por años: un caso en 1995, 1997, 2001, 2003, 2004 y 2005; dos en 2002; tres en 2006, seis en 2007. Desde el año 2001 los catéteres de DP se colocan en quirófano por el servicio de cirugía. Se han colocado 16 catéteres en los últimos siete años. Se utiliza el catéter autoposicionante, con doble cuff. Este catéter incorpora un mecanismo gravitatorio que dificulta su migración en el peritoneo. Para mantener el catéter permeable durante el asiento del mismo (4 semanas) basta con realizar lavados con solución de DP y heparina dos veces por semana. Durante estos doce años se han producido tres episodios de peritonitis en tres pacientes diferentes. Distribución por técnica de DP: cuatro pacientes iniciaron CAPD y posteriormente pasaron a DPA; seis en CAPD; siete casos desde el inicio han empleado DPA. Evolución de los pacientes en DP: en dos casos no hubo adherencia a DP y volvieron a HD; un caso por problemas de ultrafiltración en su membrana peritoneal volvió a HD; un cuarto paciente después de dos años en DPA y por una peritonitis pasó a HD; un paciente pudo retirarse de CAPD al mejorar su función renal después de 7 meses en CAPD; un enfermo diabético falleció por un problema vascular cuando llevaba 6 meses en CAPD; ocho pacientes en DP (2 en CAPD y 6 en DPA) recibieron un trasplante renal. En el año 2007, hasta el mes de octubre, habían iniciado diálisis con HD 16 pacientes y otros 6 pacientes habían optado por DP. Actualmente, se mantienen en DP tres pacientes (1 en CAPD y 2 en DPA).

**Conclusiones:** La DP hoy día está consolidada como la técnica dialítica domiciliaria preferente. La DP en cualquiera de sus dos modalidades, potencia la autonomía de los pacientes, con buenos resultados de integración social y de satisfacción personal. En Teruel, en el último año se aprecia una clara tendencia a incrementarse la incidencia de pacientes que optan por DP. Son los factores no médicos los más influyentes en la elección de la técnica dialítica: actitudes y recomendaciones del nefrólogo, la opinión de otros enfermos, determinados aspectos psicológicos, costumbres sociales, la información y educación recibida en las consultas de pre-diálisis, y la preferencia del propio paciente. La elección informada y razonada por parte del paciente debe ser el elemento fundamental de decisión.

## **71.- "UNA NOCHE PARA OLVIDAR". ¡ALERTA EMERGENCIA EXTERNA!.**

E. Alonso Formento, A. Torres Celda, F. Galve Royo, L. Gómez Gómez, Concha Thomson Llisterri, L. Palacios Negueruela.

E. Alonso Formento. Plaza Playa de Aro nº 1 piso 10 puerta 3. 44002 Teruel.  
\*Ver listado que se adjuntará de personal perteneciente a Hospital "Obispo Polanco", 061, Ambulancias AmbuIberica, Policía Local, Cruz Roja Española, Escuela de Enfermería, y grupo de Teatro " Albishara Recreacion Medieval" de Teruel.

### **RESUMEN**

**Introducción:** Entendemos por catástrofe externa, a aquella situación o acontecimiento en el que se produce en un breve periodo de tiempo un aumento del número de pacientes a ser atendidos por los servicios sanitarios, fundamentalmente a través del servicio de urgencias, afectados de una determinada patología médica o quirúrgica, adquirida conjuntamente. Las consecuencias sanitarias de una catástrofe, van a estar determinadas por la eficacia de una serie de actuaciones multidisciplinares, que han de estar estandarizadas. Dependerá fundamentalmente de una asistencia previamente planificada y de una organización en la que podrán intervenir numerosas organizaciones. Se habla principalmente de tres fases: 1.Fase Previa en la que se realizará la creación del Subcomité de catástrofes, un catálogo de riesgos potenciales, un catálogo de recursos disponibles, la formación del personal del centro, la difusión del Plan, el diseño de los mecanismos de revisión, actualización y simulacros periódicos. 2. Fase Inmediata, donde se realizará la valoración de la situación, la asistencia sanitaria en el propio lugar de la catástrofe, mediante la clasificación de las víctimas, la estabilización de las lesiones, y la evacuación hacia el Hospital u otros centros. 3. Fase Tardía que comprende la vigilancia y control Epidemiológico y la restauración sanitaria del entorno.

**Metodología:** Basándonos en el plan de actuación en catástrofes realizado en 1998 en nuestro Hospital, y expuesto en nuestra página de Intranet, realizamos un simulacro real de la asistencia en el Hospital Obispo Polanco de Teruel de una catástrofe tipo III por emergencia externa (colisión en la autovía mudéjar de un camión con un autobús con 46 pasajeros). En el simulacro interviene personal de todo el Hospital, personal externo como actores de los posibles pacientes, policía y personal del 061.

Resultados: Presentamos el vídeo de dicho simulacro. En este vídeo se muestran las diferentes fases en la asistencia de este tipo de catástrofes.

**Conclusiones:** El personal implicado en atender la catástrofe, dependerá del tipo que se trate, según el número de accidentados: Las catástrofes tipo I, hasta 15 accidentados, cuyo tratamiento lo asume el Equipo básico de Urgencias y/o de Guardia. Las catástrofes tipo II, entre 15 - 25 accidentados, que se asume por el equipo de guardia, el 50% de la plantilla de anestesia, el 50% de la plantilla de intensivos, el 50% de la plantilla de traumatología, todos los y el jefe de servicio/sección del resto de servicios. Las catástrofes tipo III, con más de 25 accidentados, asumido por el equipo de Guardia, toda la plantilla de anestesia, toda la plantilla de intensivos, toda la plantilla de traumatología, toda la plantilla de cirugía, el 50% de la plantilla de radiología, el 25% de la plantilla de laboratorio, todos los quirófanos y el jefe de servicio/sección del resto de servicios.

El objetivo de este vídeo-simulacro es la formación del personal del centro, la difusión de nuestro Plan de actuación en catástrofes realizado en 1998, la actualización del mismo y realizar el primer simulacro en nuestro Hospital. Somos de la convicción de que en una situación de catástrofe tan importante es la organización como la atención.

## **72.- ¿CUÁNTAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS SE ASOCIAN AL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES, ANTIAGREGANTES Y/O ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS?**

Amalia Fernández Alamán; María Teresa Botella Esteban; María José Alcalá Escriche; Emilio Garza Trasobares; María Martínez Morales; Concepción Cuervo Menéndez  
Sección de Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

### **RESUMEN**

**Introducción:** Las hemorragias gastrointestinales son una de las reacciones adversas a medicamentos más frecuentes y potencialmente más graves. El uso de antiagregantes, anticoagulantes y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ha ido en aumento en los últimos años junto al envejecimiento de la población.

**Objetivo:** Analizar los casos de hemorragias gastrointestinales ingresados en nuestro hospital durante los primeros 6 meses de 2007 y su asociación a dichos fármacos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de hemorragia gastrointestinal ingresados durante el primer semestre de 2007 en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

**Resultados:** Un total de 59 pacientes ingresaron por una hemorragia gastrointestinal (30 varones y 29 mujeres) con una edad media de 73,5 +/- 14,7 años. Presentaban una hemorragia digestiva alta (HDA) 47 pacientes (79,7%), una hemorragia digestiva baja (HDB) 10 pacientes (16,9%), la hemorragia procedía de intestino delgado (ID) en 1 paciente (1,7%) y quedó sin aclarar en otro paciente (1,7%). De los 59 pacientes llevaban tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes y/o AINE 33 (56%) y no llevaban dichos tratamientos 26 pacientes (44%). Los pacientes sin tratamientos previos fueron diagnosticados en 10 casos (38,4%) de una lesión de origen péptico y en 4 casos (15,4%) una neoplasia.

De los 33 pacientes con tratamientos de base, 9 (27,3%) llevaban anticoagulación, 12 (36,4%) estaban con antiagregantes, 11 (33,4%) llevaban tratamiento con AINE y 1 caso combinaba el tratamiento anticoagulante con un AINE. Es de resaltar que de los 23 pacientes con tratamiento antiagregante o con AINE no se había asociado inhibidor de la bomba de protones (IBP) en 14 de ellos, siendo 13 (56,5%) mayores de 60 años. El diagnóstico fue una lesión péptica en 19 casos (57,6%), una lesión vascular en 3 casos (9%) y sólo un caso de neoplasia (3%)

**Conclusiones:** Más de la mitad (56%) de las hemorragias gastrointestinales que ingresaron en nuestro hospital durante el periodo estudiado correspondieron a pacientes que llevaban de base tratamientos que pueden favorecer o causar la hemorragia. En ellos, el diagnóstico más frecuente (56,7%) es la úlcera y la esofagitis. Además del riesgo que conlleva la toma de estos fármacos, un 56,5% de pacientes en tratamiento con AINE o antiagregantes no llevaban IBP pese a estar indicado por la edad. Todas las angiodisplasias fueron también diagnosticadas en este grupo de pacientes. En cambio, el origen péptico de la hemorragia en pacientes sin tratamientos previos ocurre en el 38,4% de los casos, seguido del diagnóstico de patología maligna en el 15,4%

### 73.- TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

R. Lara, A. Yubero, J. M<sup>a</sup> Del Val, M. Botella, J.A. Muniesa, J.M Lázaro, M<sup>a</sup> C. Juyol, G. Martínez. Comité de Tumores Digestivos.

#### RESUMEN

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales. En España es el segundo tumor maligno en incidencia en el hombre tras el cáncer de pulmón y tras el de mama en la mujer. Cuando se consideran ambos sexos conjuntamente ocupa el primer lugar en incidencia y representa la segunda causa de muerte por cáncer. Debido a su alta incidencia es una de las neoplasias donde la colaboración entre los diferentes servicios del hospital que tratan el cáncer ( cirugía, digestivo, oncología, anatomía patológica..) es considerada fundamental. Desde hace más de 3 años todos los casos de tumores de origen digestivo son presentados y revisados en el Comité de Tumores Digestivos del Hospital Obispo Polanco de Teruel

**Material y Métodos:** Se presenta el caso comentado en el Comité de Tumores Digestivos de nuestro hospital de un paciente de 54 años de edad diagnosticado en Mayo 2007 de un Adenocarcinoma de recto con metástasis hepáticas múltiples

**Evolución y Resultados:** El paciente al diagnóstico presentaba clínica de alteración del ritmo intestinal de meses de evolución con episodios de dolor abdominal autolimitados y en las últimas semanas deposiciones líquidas con hematoquecia. Se realizó una FCC demostrando una tumoración desde los 4 a los 14 cmts del margen anal ( Biopsia: Adenocarcinoma intestinal) y en TAC múltiples metástasis hepáticas. El paciente es valorado en el Comité de Tumores Digestivos, decidiendo realizar quimioterapia de inducción y en función de la respuesta planificar rescate quirúrgico en un segundo tiempo. El día 28-3-07 inicia primer ciclo de quimioterapia esquema FOLFOX-4 ( Oxaliplatino + Leucovorin + 5-Fluoracilo) recibiendo un total de 6 ciclos antes de realizar un primer TAC de valoración de respuesta en Junio 07 ( se objetiva desaparición parcial de las LOES hepáticas y del tumor rectal primitivo) y una rectoscopia ( sin evidencia de tumor ni signos de displasia en biopsia). Presentado nuevamente en sesión del Comité de Digestivo, se decide valorar resección hepática en un primer momento y cirugía o radioquimioterapia sobre el tumor primitivo en una segunda fase. Comentado con el Servicio de Cirugía digestiva del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, se descarta realizar la resección hepática por el momento, por lo que se decide continuar con 6 ciclos más de quimioterapia, que finaliza en Septiembre. En TAC valoración de respuesta: desaparición casi completa de las LOES hepáticas excepto una de 8 mm, y desaparición completa de la tumoración primaria rectal. El día 18-10-2007 va a ser intervenido quirúrgicamente a nivel hepático en el HMS de Zaragoza y posteriormente se valorará el tratamiento del tumor primario

**Discusión:** El tratamiento óptimo de los pacientes con CCR avanzado no es todavía hoy bien conocido. En los últimos años pacientes que habían sido descartados para un tratamiento curativo por presentar al diagnóstico metástasis a distancia, se ha visto que con los nuevos fármacos en Oncología, al menos una parte de ellos han podido ser " rescatados quirúrgicamente" en un segundo tiempo, mejorando la supervivencia global y el pronóstico vital. De ahí la importancia de la colaboración interdisciplinaria a la hora de aplicar el tratamiento más individualizado posible a nuestros pacientes que se ofrece dentro de los Comités de Tumores.

#### **74.- HISTERECTOMÍA RADICAL EN LA CERDA COMO MODELO ANIMAL EXPERIMENTAL**

Pedro Gonzalez Ramos. Tanit Corbacho Garza. Marta Escrich López-Davalillo. Nadia Nassar Melic. Joaquín Medrano Peña. Fructuoso Romero Cuenca

##### **RESUMEN**

Presentamos el manejo de la cerda, como modelo animal experimental, para realizar una histerectomía radical laparoscópica. Se extirpan úteros, ovarios, trompas, ganglios pélvicos, ilíacos y obturadores.

Se describe la anestesia y la anatomía del aparato genital interno, así como la técnica quirúrgica laparoscópica.

Esta práctica quirúrgica nos servirá de entrenamiento para mantener una técnica aprendida, mejorar los tiempos quirúrgicos, aprender a solucionar posibles complicaciones y enseñar a los que se inicien en este tipo de cirugía cada vez más extendida, tanto en el ámbito hospitalario como en el quirúrgico, donde gracias a las mejoras continuas de imagen y material, se han ido extendiendo las indicaciones. Así que la mejor manera de aprender es empezar en modelos animales, para una vez dominada la técnica quirúrgica en animales, poder desarrollar con más seguridad y confianza en la patología humana.

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.

**75.- PROYECTO DE COOPERACIÓN EN ASENTAMIENTO "NUEVA VIDA" SITUADO EN CIUDAD SANDINO. MANAGUA. NICARAGUA**

Gloria Martínez Sanz. Marisol Muñoz Albillos. José Maria Montón Dito

**RESUMEN**

Proyección de video.

## **Mesa Redonda: Evaluación del Sobrepeso y Obesidad. Establecimiento de criterios de intervención terapéutica.**

**Luis Cipres Casasnovas**

### **Introducción**

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial fruto de la interacción entre genotipo y ambiente.

Aumenta sustancialmente el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades (1) Se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable después del tabaco (2)

Desde el punto de vista económico, según un estudio prospectivo del 2002 del Gabinete Bernard-Krief, la obesidad en España supone un coste de, al menos, 2.500 millones de euros anuales; casi el 7% del gasto sanitario.

### **Etiología**

1. **Causas genéticas**, (excepcionales)  
176 casos descritos debidos a mutaciones genéticas puntuales en 11 genes que tienen efecto sobre la ingesta de nutrientes, las señales saciantes, el gasto energético, la termogénesis inducida por la dieta etc.  
<http://obesitygene.pbrc.edu>
2. **Causas endocrinas**, (excepcionales)  
Hipogonadismos  
Hiperkortisolismo (Cushing)  
Hipotiroidismos severos no tratados.  
Hiperinsulinismos.
3. **Causas endocrino-metabólicas**  
El adipocito con su papel endocrino, por medio de la leptina, y su papel paracrino; autorregula la capacidad de almacenamiento de la grasa e interviene en el control hipotalámico de la ingesta.

#### **Insulina**

Regula la saciedad. Esto hace que exista una mayor interrelación entre este control y el metabolismo intermediario.

#### **Cortisol**

Regula la diferenciación del adipocito. Parece que puede ser el efector del incremento de peso en situaciones de estrés.

#### **Andrógenos - Estrógenos**

Conocemos que su disminución se traduce en un incremento de obesidad visceral. Parece que ejerce un efecto inhibitorio sobre la leptina.

#### **Enzimas implicadas**

En la síntesis de lípidos: Acetil Co A carboxilasa.

En la oxidación de sustratos: Aconitasa.

En el almacenamiento de triglicéridos: Glicerol-3-fosfato aciltransferasa mitocondrial.

#### 4. Interacción entre genes y ambiente.

Este es el consenso actual sobre la causa de la obesidad ante la imposibilidad de establecer una única causa. (4) ya que el peso corporal tiene una regulación muy compleja (y muy desconocida) pues interaccionan elementos:

- Genéticos
- Hormonales
- Metabólicos
- Enzimáticos
- La acción de los nutrientes
- Hasta desequilibrios nutricionales de la madre

#### Diagnóstico y clasificación (4-5)

La obesidad es una enfermedad que se caracteriza por el **exceso de grasa corporal**. Se consideran valores normales : un porcentaje sobre el peso total de 12- 20% en varones y 20-30% en mujeres.

#### **Índice de Masa Corporal** (peso/talla<sup>2</sup>)

Es el más usado internacionalmente para clasificar el peso aunque no sea un buen marcador de adiposidad para deportistas y ancianos.

#### **Criterios SEEDO 2007 para clasificar el peso en adultos**

<b>Categoría</b>	<b>IMC</b>
Peso insuficiente	< 18'5
Normal	18'5 – 25
Sobrepeso Grado I	25 – 27
Sobrepeso Grado II	27 – 30
Obesidad de tipo I	30 – 35
Obesidad de tipo II	35 – 40
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 – 50
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50

Para la población infantil y juvenil se utilizarán como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo del percentil 85 y 97 del IMC utilizando las tablas de Cole y col. (6)

#### **Epidemiología de la obesidad en España**

En la Tabla 1 se describe la prevalencia de la obesidad en España por grupos de edad y sexo tomando datos de los estudios DORIDA (7) y enKid (8). La prevalencia de obesidad entre 2 - 24



años se estima en un 13'9% y el sobrepeso en un 12'4%. En conjunto el sobrepeso y la obesidad suponen el 26'3%. La obesidad, en estas edades es más prevalente en varones (15'8%) que en mujeres (11'9%).

En la población adulta (25 - 64 años) la prevalencia de la obesidad es del 16'8% con un predominio de las mujeres (19'4%) sobre los varones (14'3%).

Datos provisionales del estudio DRECE (Dieta y Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares en España) (9) ponen de manifiesto un incremento del 34'5% en la prevalencia de la obesidad en 14 años:

1992 → 17'4%  
2006 → 24 %

**Tabla 1: Prevalencia de obesidad en la población española por grupos de edad y sexo**

<b>Población infanto-juvenil</b>			
<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
2 - 9	16,3	11,6	14,0
10 - 17	18,5	9,1	13,9
18 - 24	12,6	14,9	13,7
<b>Población adulta</b>			
<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
25 - 34	7,1	4,8	5,9
35 - 44	11,7	12,2	11'9
45 - 54	16,9	26,4	21'6
55 - 64	21,5	34,2	27'8
<b>Población mayor de 65 años</b>			
<b>Grupos de edad (años)</b>	<b>Hombres (%)</b>	<b>Mujeres (%)</b>	<b>Total (%)</b>
Ancianos no institucionalizados	31,5	40,8	36
Ancianos Institucionalizados	20,5	21,7	21

El estudio enKid (Obesidad infantil y juvenil) pone de manifiesto que la obesidad infantil y juvenil en España está adquiriendo una dimensión muy relevante sobre todo en la población escolar prepuberal por: elevado consumo de bollería, bolsas y

chucherías; bajo consumo de frutas y verduras y un estilo de vida sedentario (TV y ordenador más de 3 h/día).

Algunas características de la obesidad en adultos:

- Mayor prevalencia en las mujeres.
- Mayor prevalencia en personas con menor nivel educativo (Encuesta Nacional de Salud).
- Globalmente tasas intermedias entre los países con prevalencia más baja (norte Europa - Francia - Australia) y más alta (países del Este europeo y EE.UU.).

### **Valoración de la obesidad**

**Anamnesis** - Historia Clínica (como en cualquier otra enfermedad)

#### **Antecedentes familiares:**

- De obesidad.
- De enfermedades cardiovasculares.
- De diabetes mellitus.

#### **Antecedentes personales:**

- De diabetes mellitus.
- De hiperlipemia.
- De hipertensión arterial.
- Tabaquismo.
- De bebidas alcohólicas.
- Toma de fármacos:
  - o Insulina
  - o Antidiabéticos orales
  - o Antidepresivos/Antipsicóticos
  - o Glucocorticoides
  - o Estrógenos
  - o Valproato/carbamacepina
  - o Betabloqueantes
- Contexto familiar y profesional:
  - a) Como afecta la obesidad a la familia y al trabajo.
  - b) Situaciones que impiden hábitos de vida saludables.
  - c) Apoyo externo.
  - d) Motivación del paciente.
- Descartar causas de obesidad secundaria (Tabla 2)

**Tabla 2: Características clínicas de obesidad secundarias**

<b>Síndromes Genéticos</b>	Síndrome de Prader Willi  Síndrome de Down Síndrome de Lawrence-Moon-Bieldt Síndrome de Alstrom	Se acompañan de alteraciones somáticas muy evidentes desde el nacimiento y, en muchos casos, retraso mental
<b>Alteraciones Hipotalámicas</b>	Traumatismos Neoplasias Patología inflamatoria	Alteraciones neurológicas, cefaleas, trastornos de la visión
<b>Alteraciones hormonales</b>	Hipotiroidismo  Síndrome de Cushing  Síndrome de ovarios poliquísticos	Incrementos de peso modestos, sobre todo por retención de líquidos Cansancio, estreñimiento pertinaz  Obesidad troncular, cara de luna llena, estrías rojovinosas, hipertensión arterial, hiperglucemia  Trastornos menstruales, infertilidad, hirsutismo, acné
<b>Fármacos</b>	Insulina y antidiabéticos orales  Antidepresivos Otros psicofármacos Corticoides Anticonceptivos orales	Aumento de peso muy modestos, aunque a veces importantes, que pueden desaparecer tras la discontinuación del tratamiento.
<b>Abandono hábito tabáquico</b>		Aumento de peso variable (2-10 kg)

Fuente: SEEDO 2007

- Revisar complicaciones de la obesidad:
  - Cardiacas.
  - Apnea del sueño.
  - Insuf. Respiratoria.
  - Alteraciones menstruales.
- Evaluación de la obesidad
  - Edad de inicio.
  - Posibles causas desencadenantes (trabajo; embarazo; tabaco; fármacos; estados depresivos etc.)
  - Tratamientos utilizados y su eficacia.
- Entorno relacionado con la alimentación:
  - Como come, con quien, en que tiempo.
  - Comer por ansiedad (bulimia)
  - Costumbre de picar.
- Actividad física.

#### **Exploración física**

- Observar signos de obesidad secundaria: Hipotiroidismo / Cushing / Ovarios Poliquisticos.

- Observar consecuencias de la obesidad: HTA / Diabetes / Insuf. Cardíaca - resp. alteraciones osteo-articulares.
- Evaluación de la adiposidad global y regional
  - Peso / Talla / IMC
  - Perímetro de cintura (encima cresta iliaca en espiración) es un buen indicador de la grasa visceral. Normal hasta 102 cms en varones y hasta 88 en mujeres.
  - Porcentaje de grasa (impedanciometría)
- Tensión arterial
- Analítica: general con T4L - TSH y lo específico que precise.
- Otras: → Estudio del sueño  
Eco abdominal etc.

### **Alteraciones asociadas a la obesidad**

**Tabla 3:** Trastornos asociados a la obesidad

#### **Enfermedad cardiovascular arteriosclerótica**

- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular

#### **Otras alteraciones cardiorrespiratorias**

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Insuficiencia ventilatoria
- Síndrome de apneas obstructivas del sueño

#### **Alteraciones metabólicas**

- Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2
- Hipertensión arterial
- Dislipemia aterógena
- Hiperuricemia

#### **Alteraciones de la mujer**

- Disfunción menstrual
- Síndrome de ovarios poliquísticos
- Infertilidad
- Aumento del riesgo perinatal
- Incontinencia urinaria

#### **Digestivas**

- Colelitiasis
- Esteatosis hepática
- Esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis
- Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato

#### **Músculo-esqueléticas**

- Artrosis
- Lesiones articulares
- Deformidades óseas

### Otras alteraciones

- Insuficiencia venosa periférica
- Enfermedad tromboembólica
- Cáncer (mujer: vesícula y vías biliares, mama y endometrio en posmenopausia; hombre: colon, recto y próstata).
- Hipertensión endocraneal benigna
- Alteraciones cutáneas (estrias, acantosis nigricans, hirsutismo, foliculitis, intertrigo)
- Alteraciones psicológicas
- Alteraciones psicosociales
- Disminución de la calidad de vida
- Trastornos del comportamiento alimentario

---

Fuente: SEEDO 2007

### Síndrome metabólico

Es una entidad clínica que confiere un alto riesgo de enfermedad cardiovascular y/o diabetes.

La obesidad central y la resistencia a la insulina son los ejes centrales del síndrome.

Definición ó Criterios de Síndrome metabólico:

**Definición de síndrome metabólico según los criterios del ATP-III (National Cholesterol Program)**

#### ATP-III

3 ó más de los siguientes factores:

**Obesidad central**, definida por una medición del perímetro de la cintura ( $\geq 102$  cm en varones y  $\geq 88$  cm en mujeres)

**Aumento de los triglicéridos:**

$\geq 150$  mg/dL (1,7 mmol/L)

**Colesterol HDL reducido:**

$< 40$  mg/dL ( $< 1,03$  mmol/L) en varones

$< 50$  mg/dL ( $< 1,3$  mmol/L) en mujeres

**Aumento de la presión arterial:**

PAS  $\geq 130$  y/o PAD  $\geq 85$  mmHg, o toma de tratamiento antihipertensivo.

**Aumento de la glucosas plasmática en ayuno:** glucemia  $\geq 100$  mg/dl (6,1 mmol/L)

El síndrome se acompaña de otras alteraciones no incluidas en la definición: **lípidos:** aumento de Apo B y Apo C III; partículas LDL pequeñas y densas; **factores protromboticos:** incremento de PAI-1, de fibrogeno, de viscosidad.

**Factores proinflamatorios:** Aumento de Prot C reactiva.

### Riesgo que confiere la obesidad

a) **Riesgo relativo en función del peso y perímetro cintura para desarrollar comorbilidades metabólicas; enfer. cardiovasculares y otras enfer. asociadas a la obesidad.**

- Un  $IMC \geq 30 \Rightarrow \uparrow$  entre 50 - 100% en mortalidad total y debida a enfer. cardiovasculares.
- Riesgo relativo de presentar comorbilidades mayores que confiere el exceso de peso y la distribución del tejido adiposo

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo relativo a partir del perímetro de la cintura		
	Hombres $\leq$ 102 cm	Hombres $>$ 102 cm	
	Mujeres $\leq$ 88	Mujeres $>$ 88 cm	
Peso normal	18,5-24,9	Ninguno	Ligeramente aumentado
Sobrepeso	25,0-29,9	Ligeramente aumentado	Aumentado
Obesidad	30,0-34,9	Aumentado	Alto
	35,0-39,9	Alto	Muy Alto
Obesidad Mórbida	$\geq$ 40	Muy Alto	Muy Alto

Fuente: SEEDO 2007

b) **Riesgo absoluto de morbilidad**

**Muy Ato**  $\longrightarrow$  Obesidad  
 +  
**Enfer. cardiovascular arteriosclerótica**  
 (IAM; ACV; periférica etc.)  
 + **Diabetes ó Apnea obstructiva sueño**

**Alto**  $\longrightarrow$  Para riesgo cardiovascular (Dos ó más de los siguientes factores):  
 Historia Familiar  
 Tabaquismo  
 TA  $\geq$  130/85  
 C-LDL  $\geq$  130; c-HDL  $<$  40 o 50 o  
 Glucemias alteradas/Trigl  $>$  150  
 Proteína C reactiva aumentada  
 Edad  $\geq$  45 años en varones y 55 en mujeres

**Para cáncer**

Serían por un lado las mujeres posmenopáusicas con antecedentes personales de cáncer de mama y por otro los pacientes de ambos sexos con antecedentes familiares de cáncer de colon, endometrio u otro cáncer de origen epitelial; tabaquismo y quizás aumento de peso importante durante la menopausia, hiperinsulinismo, resistencia a la insulina o diabetes.

**Factores emergentes:** (a considerar cuando se asocian a exceso de peso y/o obesidad abdominal).

- ↑ Ac. úrico
- ↑ homocisteína
- ↑ lipoproteína (a) partículas LDL pequeñas y densas.
- ↑ fibrinogeno

Una pérdida del 5-10% del peso corporal se asocia a una mejoría de la mayoría de los factores de riesgo modificables.

**Criterios de intervención**

- A) Prevención
- B) Terapéutica

**Tabla 4:** Criterios de intervención terapéutica en función del índice de masa corporal

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )		Intervención
18,5-22	No justificada	Consejos sobre la alimentación saludable y actividad física
22-24,9	No justificada, salvo en caso de aumento superior a 5 Kg/año y/o FRCV asociados	Reforzar consejos sobre alimentación saludable Fomentar la actividad física
25-26,9	No justifica si el peso es estable, la distribución de la grasa es periférica y no hay enfermedades asociadas. Justificada si hay FRCV y/o distribución central de la grasa.	Consejos dietéticos Fomentar la actividad física Controles periódicos
27-29,9	<b>Objetivo:</b> Pérdida del 5-10% del peso corporal	Alimentación hipocalórica Fomentar la actividad física Cambios estilo de vida Controles periódicos Evaluar asociación de fármacos si no hay resultados tras 6 meses
30-34,9	<b>Objetivo:</b> Pérdida del 10% del peso corporal. Control y seguimiento en unidad de obesidad si coexisten comorbilidades graves.	Alimentación hipocalórica Fomentar la actividad física Cambios de estilo de vida Controles periódicos Evaluar la asociación de fármacos si no hay resultados tras 6 meses
35-39,9	<b>Objetivo:</b> Pérdida > 10% del peso corporal Control y seguimiento en unidad de obesidad	Actuación terapéutica inicial similar al grupo anterior Si no hay resultados tras 6 meses: evaluar DMBC y/o cirugía bariátrica si hay comorbilidades graves
≥ 40	<b>Objetivo:</b> Pérdida ≥ 20% del peso corporal Control y seguimiento en unidad de obesidad	Actuación terapéutica inicial similar al grupo anterior Si no hay resultados tras 6 meses: evaluar DMBC y/o cirugía bariátrica

Fuente: SEEDO 2007 \*FRCV: Factores de riesgo cardiovascular \*DMBC: Dietas de bajo contenido calórico

**Normopeso** ; vigilar cuando:

- a) Haya antecedentes familiares de obesidad
- b) En el último año el peso haya aumentado más de 5 kgs.
- c) Exista mucha grasa abdominal
- d) El individuo sea muy sedentario

- e) Existan alteraciones en tensión arterial, lípidos y/o glucemia.

**IMC 25 - 27** (20% población española)

- a) Fomentar la alimentación saludable
- b) Fomentar el ejercicio físico

**IMC 27 - 30:** Se asocia a un ligero incremento de comorbilidad, especialmente si la acumulación adiposa es central.

**IMC 30 - 35**

Presenta un alto riesgo de comorbilidad.  
El tratamiento es obligatorio.

**IMC 35 - 40**

Similar al anterior.

**IMC >40**

Situación de alto riesgo.

### Pautas de tratamiento de la obesidad

#### **Objetivos**

- Mejorar o eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad.
- Disminuir el impacto de futuras complicaciones.
- Conseguir pequeñas pérdidas de peso (5-10%) pero mantenidas a largo plazo.

#### **Herramientas**

- Cambios en el estilo de vida:
  - Alimentación
  - Ejercicio físico
  - Modificación conductual
- Medicación
- Cirugía

#### **Plan de alimentación**

- o La disminución entre 500 - 1000 cal/día respecto a la dieta habitual se traduce en una pérdida de 0'5 - 1 Kg/semana.
- o La restricción calórica no debe estar por debajo de:
  - 1000 - 1200 cal. en mujeres
  - 1200 - 1600 cal. en varones
- o El **objetivo** es conseguir que se sea **constante** en la alimentación y se adquieran **buenos hábitos**.
- o Proporciones de energía y nutrientes:



Energía → Déficit de 500 cal. sobre dieta habitual  
Hidratos de carbono → 50%  
Proteínas → 20%  
Grasas → 30%  
Fibra → 20 - 40 grs.

distribuidos en 5 comidas.

o Dietas ricas en grasa

La cetosis asociada a estas dietas conduce a anorexia y a una diuresis excesiva por pérdida de sodio.

o Dietas ricas en proteínas

Tienen un mayor efecto saciante pero son desaconsejables por su asociación a pérdidas urinarias de calcio.

o Planes individualizados

Sobre la base de una dieta equilibrada se pueden emplear estrategias para lograr los objetivos: ir variando comidas, periodos de descanso, ensaladas, cenas distintas etc.

o Dietas de muy bajo contenido calórico

Son preparados comerciales que aportan entre 400-800 cal. con un contenido proteico adecuado y cubriendo necesidades de minerales y vitaminas.

Se pueden emplear en la obesidad mórbida y en un periodo no superior a 16 semanas.

#### **Plan de actividad física**

Las diferentes sociedades científicas recomiendan que cada adulto realice 30' o más al día de actividad física moderada. (10)

En general muchas personas manifiestan un escaso interés por la actividad física. Por esta razón hay que plantear una estrategia **progresiva**: (11)

- Actividades ordinarias (escaleras, trabajo)
- Caminar
- Actividad moderada o intensa

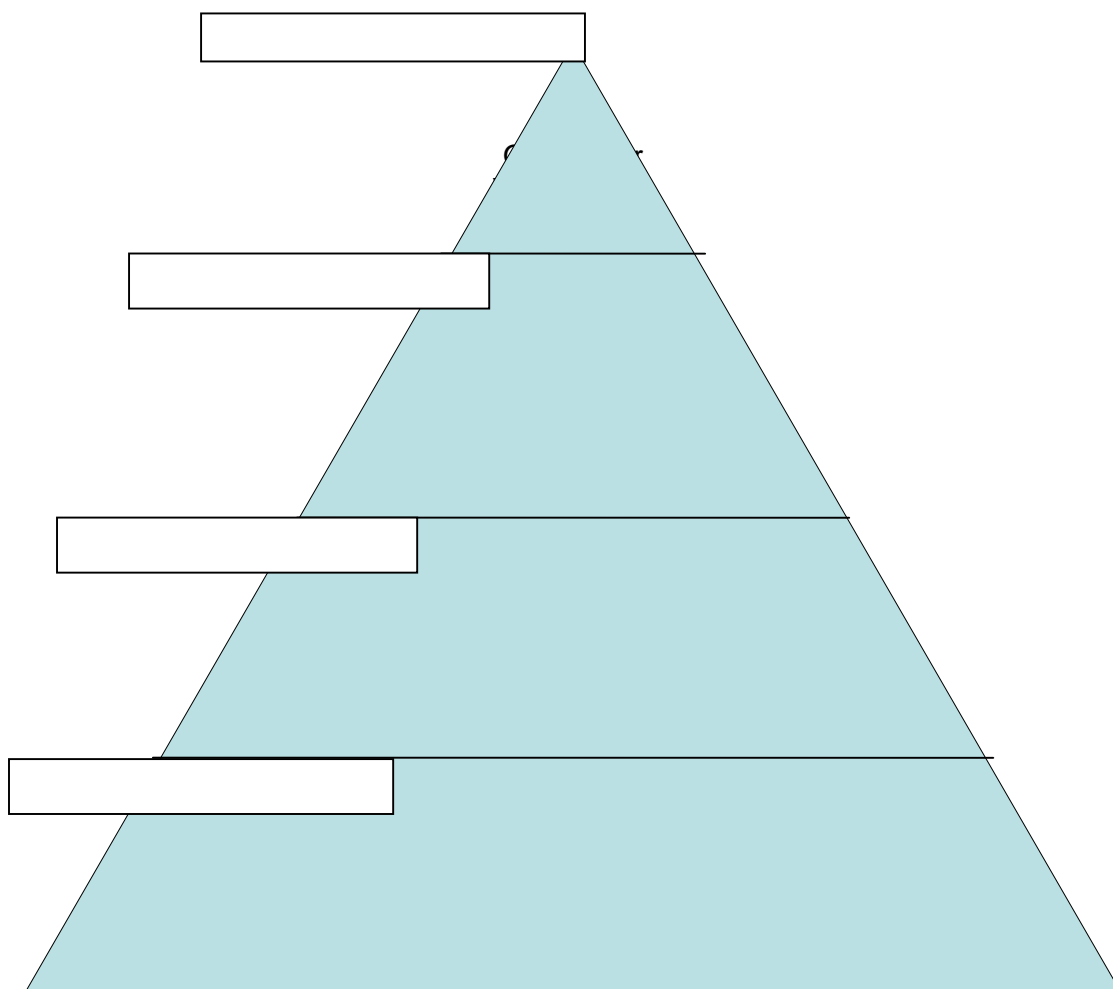
Además de la actividad aeróbica también es conveniente ejercicios de resistencia que aumenten la masa muscular: al aumentar la masa magra se aumenta la actividad termogénica del organismo y la fuerza muscular muy conveniente para la persona mayor y el anciano

Beneficios de la realización de actividad física

- Favorece la pérdida de peso junto a un programa de alimentación adecuado.
- Ayuda a mantener el peso perdido.
- Contribuye a la prevención del sobrepeso y la obesidad, tanto en niños como en adultos.

- Mejora el perfil lipídico, disminuyendo las concentraciones de triglicéridos, cLDL e incrementando las de c-HDL
- Mejora la sensibilidad a la insulina, el metabolismo de la glucosa y el control metabólico de las personas con diabetes.
- Previene las enfermedades cardiovasculares.
- Mantiene la integridad de la densidad ósea.
- Mejora el control de la presión arterial en sujetos hipertensos.
- Tiene efectos psicológicos positivos: aumenta la autoestima, disminuye la ansiedad y la depresión.
- Disminuye el riesgo de enfermedad biliar asintomática.
- Disminuye el depósito de grasa abdominal.
- Mejora la capacidad respiratoria.

Propuesta de pirámide de actividad física en adultos.



Fuente: SEEDO 2007

## La pirámide de la actividad física para niños



FUENTE: J. L. Serra, J. Aranceta, Kellog's.

D.S. / EL MUNDO

## Tratamiento Farmacológico

- Los fármacos son complementarios a la dieta y ejercicio físico.
- Su uso ha de ser individualizado.

### Orlistat (Xenical®)

- Es un potente inhibidor de las lipasas gástrica y pancreática que impide la hidrólisis de los triglicéridos provenientes de la dieta reduciendo su absorción en un 30%. (12)
- Los estudios de metaanálisis indican que produce una pérdida de peso entre 2'8 a 3'2 Kgrs. más que el placebo. (13)
- Su eficacia es mayor en:
  - o la diabetes mellitus tipo 2: → mejora sensibilidad insulina  
→ incrementa GLP-1
  - o en la hiperlipemia: → inhibe absorción colesterol (23%)
  - o en la esteatosis hepática
  - o para disminuir la grasa visceral (44%) (14-15-16)
- Efectos 2º: → digestivos; derivados de su propio mecanismo de acción (flatulencia; urgencia fecal; deposiciones oleosas; aumento del número de deposiciones). No suelen ser causa de abandono del tratamiento.
- Aprobado por la FDA para su uso en niños a partir de los 12 años (17).

### Sibutramina (Reductil®) 1997

Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina. Aumenta la saciedad y disminuye el apetito a dosis de 10 - 15 mgrs. A dosis de 20 mgrs/día tiene un efecto termogénico de un 3-5% del gasto energético. (18)

Los estudios de metaanálisis agrupados, unidos a dieta y ejercicio, demuestran una pérdida de peso superior al placebo en 4'5 Kgrs. También se ha demostrado eficaz en los trastornos compulsivos. (19)

Se ha mostrado eficaz en adolescentes (20)

La pérdida de peso asociada a Sibutramina se acompaña de incrementos significativos de cHDL, disminución de triglicéridos y no modificación del colesterol total. (21)

#### Precauciones:

- Incremento leve de TA (2mm de media)
- Incremento leve de pulso (4 latidos de media)
- Contraindicada en glaucoma/HBP/eferm.coronarias/arritmias/ACV e HTA.

## Rimonabant (No comercializado)

- Antagonista de los receptores de cannabinoides de tipo 1. Hay receptores de este tipo en: SNC; tej. adiposo; músculo; hígado; intestino; corazón; vejiga urinaria; sistema simpático.
- En la obesidad estos receptores están sobreexpresados y **su bloqueo:** a nivel hipotalámico y núcleo accumbens así como en el tracto gastrointestinal induce a una disminución del apetito. El bloqueo a nivel de tejido adiposo hepático y músculos aumenta la sensibilidad a la insulina y mejora la dislipemia.
- Ensayos en Fase III (RIO = Rimonabant in Obesity) 6.600 pacientes.
- RIO-Europe (22): al año el 67% perdió >5% de peso.  
49% perdió >10%  
mejoró el perfil lipídico.  
mejoró la sensibilidad a la

insulina

- RIO-Lipids (23) (1.036 sujetos):  
Peso - 6'9 Kgrs. Circunferencia cintura -7'1 cms.  
cHDL +23'4% Triglicéridos -15'8%  
Prot C reactiva -27% (11% placebo)  
Adiponectina -57'7%
- RIO-Diabetes (24): Diabéticos tipo 2 en monoterapia (1.047 pacientes) 12 meses  
Peso -5'3 (1'4 Placebo)  
Hb A1c -0'6% (+0'1% el placebo)
- RIO-Nort América (25): 2 años de Rimonabant vs placebo.
  - grupo rimonabant -7'4 Kg.
  - grupo placebo recuperación del peso
- Efectos adversos, en principio escasos: náuseas; vómitos; diarreas y alteraciones del ánimo.

## Prevención de la obesidad

### Consejos dietéticos

- o Incremento de consumo de fibra.
- o Disminución de consumo de alimentos altamente calóricos y/o abundantes grasas y azúcares.
- o Aumento de consumo de frutas y verduras.
- o Fomentar la dieta Mediterránea.
- o Fomentar la dieta hogareña y ordenada.

### Fomentar el ejercicio físico

- 30' de actividad/día de moderada a intensa.

## Sugerencias para la prevención de la obesidad (SEEDO 2007)

### **Embarazo**

- o Intentar normalizar el IMC antes de quedarse embarazada
- o No fumar
- o Ejercicio moderado
- o En diabetes gestacional, control meticuroso de la glucemia para evitar macrosomía y/o malformaciones fetales

### **Lactantes**

- o Fomentar la lactancia materna durante un período mínimo de 3 meses
- o Retrasar el inicio de bebidas azucaradas

### **Familia**

- o Comer en un lugar fijo con la dedicación de tiempo necesaria
- o No saltarse comidas, en especial el desayuno
- o No ver la televisión mientras se come
- o Utilizar platos pequeños para servir las raciones
- o Evitar beber refrescos o zumos azucarados a diario
- o Restringir a < 2-3 horas el tiempo dedicado a ver televisión, videojuegos y ordenador
- o Restringir el consumo de bollos, helados, palomitas, golosinas, aperitivos, etc.
- o Fomentar un mayor consumo de frutas y hortalizas (5 al día)

### **Colegios**

- o Revisar las máquinas expendedoras para que sirvan sólo productos saludables, agua y refrescos sin azúcar
- o Evitar contratos comerciales con empresas que sirvan refrescos, golosinas, bollos, chucherías, etc.
- o Instalar fuentes de agua en diferentes lugares del recinto escolar
- o Instruir a los profesores en educación nutricional, incorporando estos conocimientos en el *currículum* escolar del alumno
- o Control de la calidad nutricional de los comedores escolares
  
- o Realización diaria de ejercicio físico (mínimo 30-45 min), no competitivo, fomentando los deportes de grupos y explicando los beneficios saludables de la práctica regular de actividad física
- o Educar a los niños desde la etapa preescolar hasta el bachillerato acerca de una alimentación saludable y estilos de vida apropiados
- o Favorecer el empleo de transporte público para acudir al colegio, con rutas seguras para viandantes o carril bici
- o Controlar los puestos de golosinas, helados, etc, en las proximidades de los colegios

### **Comunidad**

- o Incrementar los espacios de recreo para los niños y adultos de todas las edades
- o Desaconsejar siempre que sea factible el empleo de ascensores o escaleras mecánicas

- o Proporcionar información de cómo aprender a comprar y seleccionar los alimentos más saludables, aprendiendo a interpretar la información nutricional de las etiquetas

### **Personal sanitario**

- o Explicar los condicionantes genéticos y ambientales que pueden predisponer a la obesidad del niño
- o Consejos adecuados sobre la introducción progresiva de alimentos
- o Controlar adecuadamente las curvas de crecimiento-peso, observando cualquier desviación del percentil correspondiente
- o Instrucciones a los padres sobre alimentación y estilo de vida saludables
- o Identificación de situaciones de riesgo de obesidad: embarazo, lactancia, menopausia, abandono del tabaco, cese de actividad deportiva, fármacos relacionados con la ganancia de peso, situación vital estresante
- o Identificación de trastornos del comportamiento alimentario y de la imagen corporal
- o Incorporación de protocolos de detección de sobrepeso y obesidad, fomentando la medición directa de peso, talla, perímetro de la cintura, así como la identificación de factores de riesgo asociados a la obesidad

### **Industria**

- o Etiquetado nutricional adecuado, en especial de aquellos alimentos dirigidos a la población infantil, con colores que indiquen graduación de contenido en grasas o azúcares
- o Fomentar juegos interactivos para niños para que aprendan seleccionar alimentos
- o En celebraciones, aportar también recursos de alimentos saludables

### **Autoridades sanitarias**

- o Reconocer a la obesidad como una enfermedad crónica de primera magnitud
- o Incluir en la cartera de servicios de la Atención Primaria los programas de detección, diagnóstico y tratamiento del exceso de peso
- o Encontrar fórmulas para ayudar a establecer programas saludables: tasas a alimentos que fomenten la obesidad y subvenciones a los más saludables
- o Promocionar el consumo de frutas y hortalizas frescas
- o Controlar la publicidad engañosa

**Estrategia NAOS** (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.

“Fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuibles a las enfermedades crónicas”



## **Objetivos principales de la estrategia NAOS.- (26)**

- o Fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población. Estas políticas deberán ser sostenibles, integrales y buscar una amplia participación de la sociedad.
- o Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tienen una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.
- o Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.
- o Estimular la práctica de la actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares.
- o Propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada.
- o Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.
- o Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la Estrategia.

### **Niveles de Prevención de la Obesidad**

#### **a) Prevención Universal** (Dirigido a toda la población)

- o Información coherente sobre hábitos de vida sanos y fomento del ejercicio físico.
- o Campañas educativas.
- o Legislación (etiquetados, maquinas expendedoras, etc.)
- o Carriles bici.
- o Actuaciones en:
  1. La familia: comer sano, hacer ejercicio, ver menos TV.
  2. Los médicos de Atención Primaria
  3. El Colegio: desde el profesor hasta el comedor, el deporte.
  4. Las administraciones locales/Autonomicas/Nacional.
  5. La industria alimenticia.
  6. La industria de la moda.
  7. La sociedad civil.

#### **b) Prevención Selectiva** (Sobre grupos de riesgo)



- ↑ Progresivo de peso.
- distribución central de la grasa.
- obesos que han perdido peso.
- cambios cíclicos de peso.
- patologías predisponentes.
- algunos tratamientos (corticoides; ansiolíticos).
- predisposición familiar a la obesidad y sedentarismo.
- Circunstancias predisponentes (embarazo, adolescencia).
- Abandono del tabaco.

**c) Prevención Indicada** (Sobre pacientes obesos o individuos con comorbilidades que empeoran con la ganancia de peso)

### **Colaboración entre Atención Primaria - Especializada**

**a) Conclusiones del Foro ACTUA: mensajes clave para Atención Primaria (27)**

1. El exceso de peso es un exceso de grasa corporal
  - La estrategia terapéutica debe ir enfocada a disminuir la masa grasa.
  
2. Tratar el paciente motivado
  - Tanto por razones de salud como por otras razones (estéticas, sociales, etc.).
  - Identificación de parámetros básicos: IMC y circunferencia cintura.
  
3. Plantear objetivos asumibles/realistas y pactados con el paciente.
  
4. Utilizar todos los recursos terapéuticos al alcance
  - Cambios en los hábitos alimentarios pactados con el paciente: reducir ingesta grasa, no saltarse comidas... huir de dietas fotocopiadas.
  - Aumento de la actividad física adaptada al paciente.
  - Usar fármacos cuando estén indicados: orlistat/sibutramina. Aprovechar todos los beneficios que pueden ofrecer a los pacientes: hace que la pérdida de peso, mantenimiento y mejora de comorbilidades sean más alcanzables y fáciles de seguir.
  
5. Reconocer el logro
  - Aprovechar cualquier oportunidad para reforzar la motivación del paciente

**b) Criterios de derivación a Atención Especializada (28).**

#### **Aconsejable:**

- IMC > 35
- IMC > 30 + 2 factores de riesgo
- Circunferencia cintura > 95 cm. en varones y > 82 en mujeres + 2 factores de riesgo.

#### **Necesario:**

- IMC > 40
- IMC > 35 + 2 factores de riesgo
- Circunferencia cintura > 102 cm. en varones y > 88 en mujeres + 2 factores de riesgo.

Factores de riesgo: diabetes; hipertensión; dislipemia; síndrome de apnea del sueño.

### **Priorizar la pérdida de peso**

Debido a la alta prevalencia del exceso de peso y a la escasez de recursos disponibles es conveniente priorizar la atención a las situaciones siguientes:

- Pacientes con IMC  $\geq$  30
- Pacientes con IMC 25 -30 y comorbilidades asociadas.
- IMC  $\geq$  25 y "cintura de riesgo"  $\geq$  102 cms. en varones  
 $\geq$  88 cms. en mujeres
- Cualquier sujeto con:  
"cintura de riesgo" + comorbilidades

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. JAMA 1999; 282: 1523-9.
2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291: 1238-45.
3. Meier U, Gressner AM. Endocrine regulation of energy metabolism: review of pathobiochemical and clinical chemical aspects of leptin, ghrelin, adiponectin and resistin. Clin Chim 2004; 50: 1511-25.
4. Consenso SEEDO 2007 para Evaluación del Sobrepeso y la Obesidad y el Establecimiento de Criterios de Intervención Terapéutica. Rev. Esp. Obesidad. Marzo 2007.
5. Bray G, Bouchard C, James WPT. Definitions and proposed current classifications of obesity. En: Bray G, Bouchard C, James WPT (eds). Handbook of obesity. New York: Marcel Dekker; 1998:31-40.
6. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1240-3.
7. Aranceta Bartrina J, Sella Majem LL, Foz-Sala M, Moreno Estaban B y grupo colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc) 2005; 125: 460-6.
8. Aranceta Bartrina J, Serra Majem LI, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C. Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J (eds). Obesidad infantil y juvenil. Estudio en Kid. Barcelona: Editorial Masson; 2001: 109-28.
9. Rubio MA, Gómez de la Cámara A, Del Campo J, Jurado C, García ID, Gómez-Gerique JA, et al. Prevalencia de obesidad en España tras 14 años de seguimiento de la cohorte DRECE. Endocr Nutr 2006; 53 (supl 1): 86.
10. Jakicic JM, Otto AD. Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. Am J Clin Nutr 2005; 82 (suppl):226S-9S.
11. Robles F, Escobar K, Cano J. Andar es vivir +. Madrid: Ediciones Tutor S.A; 2004.
12. Guerciolini R. Mode of acting of orlistat. Int J Obes Relat Metab Disord 1997; 1 (Supl1): 12S-23S.

13. Toplak H, Ziegler O, Keller U, Hamann A, Godin C, Wittert G, et al. X-PERT: weight reduction with orlistat in obese subjects receiving a mildly or moderately reduced-energy diet. Early response to treatment predicts weight maintenance. *Diab Obes Metabol* 2005; 7: 699-708.
14. Kelley DE, Kuller LH, Mc Kolanis TM, Harper T, Mancino J, Kalhan S. Orlistat on insulin resistance, regional adiposity, and fatty acids in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2004; 27: 33-40.
15. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) Study: A randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004; 27: 155-61.
16. Mittendorfer B, Ostlund RE, Patterson BW, Klein S. Orlistat inhibits dietary cholesterol absorption. *Obes Res* 2001; 9: 599-604.
17. Chanoine JP, Hampl S, Jensen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents. A randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2873-83.
18. Hansen D, Toubro S, Stock M, MacDonald I, Astrup A. Thermogenic effects of sibutramine in humans. *Am J Clin Nutr* 1998; 68:1180-6.
19. Arterbum DE, Crane PK, Veenstra DL. The efficacy and safety of sibutramine for weight loss: a systematic review. *Arch Intern Med* 2004; 164: 994-1003.
20. Berkowitz RI, Fujikova K, Daniels SR, Hopping AG, Owen S, Perry AC, et al. Effects of sibutramine treatment in obese adolescents. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 81-90.
21. James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rossner S, et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM Study Group (Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance). *Lancet* 2000; 356: 2119-25.
22. VanGaal LF, Rissanen AM, Scheen AJ, Ziegler O, Rossner S, for the RIO-Europe Study Group. Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe study. *Lancet* 2005; 365: 1389-97.
23. Despres JP, Golay A, Sjostrom L, for the Rimonabant in Obesity-Lipids Study Group. Effects of rimonabant on metabolic risk factors in overweight patients with dyslipidemia. *N Engl J Med* 2005; 353: 2121-34.
24. Scheen AJ, Finer N, Hollander P, Jensen MD, Van Gaal LF, for the RIO Diabetes Study Group. Efficacy and tolerability of rimonabant in overweight and obese patients with type 2 diabetes: a randomised controlled study. *Lancet* 2006; 368: 1660-72.
25. Pi-Sunyer FX, Aronne LJ, Heshmati HM, Devin J, Rosenstock J, for the RIO-North American Study Group. Effect of rimonabant, a cannabinoid-1 receptor blocker, on weight and cardiometabolic risk factors in overweight or obese patients: RIO-North America: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295:761-75.
26. Agencia española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad Madrid 2005, Ministerio de Sanidad y Consumo.
27. Bellido D. El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria. *Rev. Esp Obes* 2006; 4: 5-16.
28. Mories MT, Astorga R, Soler J, et al. Criterios de derivación desde primaria a atención especializada de pacientes con obesidad. Criterios de buena atención especializada. *Endocrinol Nutr* 2005; 52 (Sup11): 38-9.

## MESA REDONDA: OBESIDAD, ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI

### OBESIDAD Y PSIQUIATRÍA

Ruiz-Lázaro, Pedro Manuel (MD, PhD)

Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Investigador Asociado del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS.

Dirección: Avda. San Juan Bosco, 15. 50.009. Zaragoza.

e-mail: [pmruiz@aragon.es](mailto:pmruiz@aragon.es)

Nuestra sociedad opulenta, estresada (cada vez más acelerada e impulsiva) y sedentaria unida al diseño evolutivo de nuestro organismo (genotipo ahorrador) explica la epidemia de obesidad de este siglo XXI (Campillo, 2004).

En nuestro entorno las cifras encontradas de sobrepeso y obesidad en la población general son cuando menos preocupantes. Y a todas las edades constituye uno de los problemas más relevantes de salud pública en el mundo (Grillo, 2006). En una muestra representativa de la población general estudiada de 4.047 adolescentes zaragozanos de 12-18 años es el 12,34% (IC 95%: 11,4% a 13,4%) la prevalencia de obesidad (Pc > 97 Quetelet o I.M.C.) como se puede ver en la siguiente Tabla I (Ruiz-Lázaro PM, 2002; Ruiz-Lázaro PM et al, 2005; Ruiz-Lázaro PM, 2007).

Tabla I. Prevalencia de obesidad entre adolescentes zaragozanos

<i>Age</i>	<i>N</i>	<i>Prevalence (%) BMI &gt;P97</i>	<i>95% CI</i>
<b>12</b>	64	16.08	12.7% to 19.9%
<b>13</b>	78	15.20	12.3% to 18.5%
<b>14</b>	72	9.96	7.9% to 12.3%
<b>15</b>	81	10.11	8.2% to 12.3%
<b>16</b>	79	11.38	9.2% to 13.9 %
<b>17</b>	56	10.18	7.9% to 12.9%
<b>18</b>	66	19.47	15.5% to 23.9%

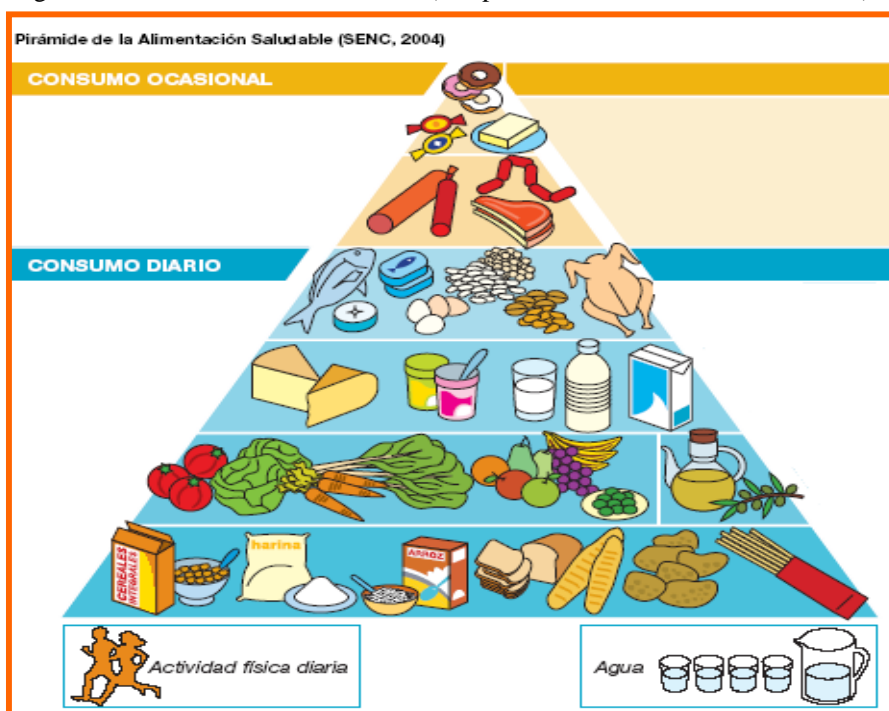
La obesidad es una condición compleja y multifactorial en la que la impulsividad parece tener particular importancia (Mobbs, Van Der Linden, Golay, 2007). La impulsividad puede relacionarse con los

trastornos por sobreingesta compulsiva, la obesidad (Nederkoorn et al, 2006; Nederkoorn et al, 2006), el sobrepeso infantil (Braet et al, 2007). Además, es un predictor de recaída en el tratamiento (Nederkoorn et al, 2007).

Pero, no parece existir una psicopatología marcada y distintiva de la obesidad ni una personalidad específica, aunque no está tan claro en obesos graves, dónde se ha encontrado a alta tendencia a los rasgos orales (duda, inseguridad, sensibilidad, dependencia, inestabilidad emocional, obediencia y conformidad) especialmente entre los hombres (Ruiz-Lázaro et al, 1995). Obesos y no obesos difieren poco en su funcionamiento psicológico y psiquiátrico (Grillo, 2006).

Existe un amplio rango de intervenciones y tratamientos para la obesidad. No es aceptable tratar la obesidad sólo con farmacoterapia (Grillo, 2006). La modificación de la dieta es un poderoso y necesario componente de la pérdida de peso. La actividad física con ejercicios aeróbicos es otro componente central del tratamiento de la obesidad. El manejo efectivo del sobrepeso consiste en: dieta (Pirámide de los alimentos Figura I), con programas similares al Traffic Light Diet Intervention (Epstein et al, 2001), actividad física y cambios de la conducta, el estilo de vida (reducir las actividades sedentarias, las horas de visión de pantallas, TV...) (Cooperberg J and Faith M S, 2004).

Figura I. La Pirámide de los alimentos (una parte del tratamiento de la obesidad).



Con estrategias de modificación de conducta como los contratos conductuales, el control de estímulos (con modificación del ambiente con acceso más fácil a alimentos saludables y menor accesibilidad en el hogar a alimentos con alto contenido calórico en grasas y azúcares) y el empleo del refuerzo positivo (Cooperberg J and Faith M S, 2004) con aparente superioridad en la eficacia de los tratamientos en los niños respecto a los adultos. El tratamiento de la obesidad pediátrica ha demostrado en los estudios publicados mejores resultados a corto y largo plazo, quizás por ello debemos redoblar nuestros esfuerzos en estas edades más agradecidas.

En nuestro tiempo existen pocos acercamientos farmacológicos para el tratamiento de la obesidad y la mayoría son insatisfactorios (De Simone y Supuran, 2007). Están ahora sólo aprobados por las agencias reguladoras el orlistat y la sibutramina para el tratamiento a largo plazo (Sidhaye, Cheskin, 2006).

Un posible nuevo enfoque se basa en la inhibición de la anhidrasa carbónica isoforma VA, enzima implicada en la novo lipogénesis, con efecto anorexígeno. Se ha encontrado que topiramato y zonisamida dos fármacos antiepilépticos inducen pérdidas persistentes de peso en pacientes obesos pero su mecanismo de acción no es del todo conocido (De Simone y Supuran, 2007).

El topiramato se ha encontrado es útil como agente antimpulsivo y es una posible nueva terapia para la obesidad (Astrup y Toubro, 2004). Es efectivo en el tratamiento de adultos con binge eating disorder y para la obesidad en niños con Prader Willi (Aarsen et al, 2006). Su uso en el tratamiento del binge eating disorder asociado a obesidad es una alternativa terapéutica viable a corto y largo plazo (Tata y Kockler, 2006), es bien tolerado y eficaz en un ensayo controlado con placebo multicéntrico (Mc Elroy et al, 2007). Su eficacia en el tratamiento de obesos a largo plazo se ha probado, con pérdida de peso clínicamente significativa frente a placebo (Wilding J et al, 2004), con mantenimiento de las pérdidas de peso inducidas por dieta hipocalórica a largo término (Astrup et al, 2004).

Ha demostrado su utilidad asimismo en obesos diabéticos tipo 2 (no insulino dependientes) con su forma de liberación controlada (Rosenstock et al, 2007) y su forma habitual en combinación con metformina (Toplak et al, 2007).

Produce mayor pérdida de peso que el placebo de forma significativa y la mayoría de esta pérdida se explica por un descenso de las reservas grasas corporales (Tremblay et al, 2007).

La zonisamida sola (Gadde et al, 2003) o con bupropion (Gadde et al, 2007) también reduce peso en adultos obesos y es efectiva en reducir la frecuencia de ingesta compulsiva con obesidad (McElroy et al, 2004; McElroy et al, 2006), atracones (García et al, 2007).

Lograr la prevención de las recaídas y el mantenimiento de los resultados son los mayores desafíos del tratamiento de la obesidad (un problema crónico, no lo olvidemos) en las pasadas dos décadas (Grillo, 2006). Áreas emergentes en el tratamiento de la obesidad son el tratamiento de la comorbilidad y la cirugía bariátrica (Cooperberg J and Faith M S, 2004). En la obesidad mórbida (más del 100% de sobrepeso) se emplea como tratamiento de elección la cirugía bariátrica. En la selección de candidatos se valora la estabilidad psíquica (Ruiz-Lázaro PM et al, 1995).

#### BIBLIOGRAFÍA

Aarsen FK, van der Akker ELT, Drop SLS, Catsman-Berrevoets CE. *Neurology* 2006; 67: 1307-1308.

Astrup A, Toubro S. Topiramate: a new potential pharmacological treatment for obesity. *Obes Res* 2004; 12 suppl: 167S-173S.

Astrup A, Caterson I, Zelissen P et al. Topiramate: Long-Term Maintenance of Weight Loss induced by a Low-Calorie Diet in Obese Subjects. *Obes Res* 2004; 12 (10): 1658-1669.

Braet C, Claus L, Verbeken S, Van Vlierberghe L. Impulsivity in overweight children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 14.

Campillo JE. *El mono obeso*. Barcelona: Crítica, 2004.

Cooperberg J, Faith M S. Treatment of obesity II: Childhood and adolescent obesity. In: Thompson JK, editor. *Handbok of Eating Disorders and Obesity*. Hoboken: John Wiley&Sons, 2004.pp.443-460.

De Simone G, Supuran CT. Antiobesity carbonic anhydrase inhibitors. *Curr Top Med Chem* 2007; 7 (9): 879-884.

Gadde KM, Franciscy DM, Wagner HR, Krishnan KB. Zonisamide for Weight Loss in Obese Adults. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2003; 289 (14): 1820-1825.

Gadde KM, Yonish GM, Foust MS, Wagner HR. Combination therapy of zonisamide and bupropion for weight reduction in obese women: a preliminary, randomized, open-label study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (8): 1226-1229.

García JM, Justo M, Casanova N et al. Zonisamida en el tratamiento del trastorno por atracón. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 (Nº Extraordinario 1): 110.

Grillo CM. *Eating and Weight Disorders*. New York: Psychology Press, 2006.

McElroy SL, Kotwal R, Hudson JI et al. Zonisamide in the treatment of binge-eating disorder: an open-label, prospective trial. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (1): 50-56.

McElroy SL, Kotwal R, Guerdjikova AI et al. Zonisamide in the treatment of binge eating disorder with obesity: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (12): 1897-1906.

McElroy SL, Hudson JI, Capece JA et al. Topiramate for the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a placebo controlled study. *Biol Psychiatry* 2007; 61 (9): 1039-1048.

Mobbs, Van Der Linden, Golay. Impulsivity-is one of the factors responsible for obesity? *Rev Med Suisse* 2007; 4; 3 (105): 850-853.



Nederkoorn C, Braet C, Van Eijs et al. Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eat Behav* 2006; 7 (4): 315-322.

Nederkoorn C, Jansen E, Mulkens S, Jansen A. Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behav Res Ther* 2007; 45 (5): 1071-1075.

Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC et al. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006; 47 (2): 253-256.

Ruiz-Lázaro PM, Ruiz-Lázaro PJ, Lobo A, Dourdil F. Obesidad mórbida: una aproximación a su personalidad y psicopatología. *Nutrición Clínica* 1995; 15; 6: 42-48.

Ruiz-Lázaro PM. Bulimia y anorexia. Guía para familias. Zaragoza: Certeza, 2002.

Ruiz-Lázaro PM. Trastornos alimentarios y género. Una visión feminista. En: Elósegui M, González Cortés MT, Gaudó C, editoras. *El rostro de la violencia*. Barcelona: Icaria editorial, 2002.pp.145-181.

Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Comet P, Lobo A, Velilla JM. Prevalence of Eating Disorders in Spain: A Survey on a Representative Sample of Adolescents. In: Swain PI, editor. *Trends in Eating Disorders Research*. Hauppauge, New York: Nova Publishers, 2005. pp.85-108.

Ruiz-Lázaro PM. Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y promoción de la salud. 3ª ed. Zaragoza: Gobierno de Aragón, 2007.

Rosenstock J, Hollander P, Gadde KM et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study to assess the efficacy and safety of topiramate controlled release in the treatment of obese type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2007; 30 (6): 1480-1486.

Sidhaye A, Cheskin LJ. Pharmacologic treatment of obesity. *Avd Psychosom Med* 2006; 27: 42-52.

Tata AL, Kockler DR. Topiramate for binge-eating disorder associated with obesity. *Ann Pharmacother* 2006; 40 (11): 1993-1997.

Toplak H, Hamann A, Moore R et al. Efficacy and safety of topiramate in combination with metformine in the treatment of obese subjects with type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled, study. *Int J Obes* 2007; 31 (1): 138-146.

Tremblay A, Chaput JP, Bérubé-Parent S et al. The effect of topiramate on energy balance in obese men: a 6-month double-blind randomized placebo-controlled study with a 6-month open-label extension. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63 (2): 123-134.

Wilding J, Van Gaal L, Rissanen A et al. A randomized double-blind placebo-controlled study of the long-term efficacy and safety of topiramate in the treatment of obese subjects. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28 (11): 1399-1410.

## **Mesa Redonda: OBESIDAD. ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI**

**Dr. Manuel López Bañeres.** Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Servicio de Cirugía. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

### **INTRODUCCIÓN**

Hoy en día la sociedad está siendo constantemente alertada sobre el riesgo de la obesidad tanto desde el punto de vista estético como desde el punto de vista médico. Hay múltiples comentarios en los telediarios y en la prensa escrita que advierten del constante aumento de personas obesas, incluso entre la población infantil, parece que, como reza el título de la mesa, se está convirtiendo en una enfermedad del Siglo XXI, casi en una epidemia, sobre todo en países industrializados y en vías de desarrollo.

¿Qué ha cambiado? Es cierto que existen personas obesas, pero ¿estamos realmente ante un problema sanitario tan importante como nos quieren hacer creer?, ¿es un problema exclusivamente estético?, los cánones de belleza cambian de forma cíclica y estamos viviendo una época en la que la estética juega un papel muy importante en la sociedad, hasta el punto que el número de intervenciones quirúrgicas realizadas para conseguir ese "ideal de belleza" son cada vez más frecuentes y más accesibles para el público en general, cada vez más la gente se apunta a los gimnasios, no ya solo para estar en forma sino para conseguir el "cuerpo danone". ¿Ocurre algo parecido con la obesidad?

Personalmente, creo que el de la obesidad es un problema más amplio en el que juegan varios factores además del puramente estético. Hay componentes genéticos cada vez mejor estudiados que convierten a la obesidad en una Enfermedad crónica y no en un capricho alimentario; si no enfocamos a los pacientes desde este prisma, es posible que todos los esfuerzos por tratar dicha enfermedad sean baldíos.

Sin embargo, si es cierto que actualmente existen cerca de 250 millones de adultos obesos en el mundo. En España, la prevalencia de obesidad se estima en el 15% y el sobrepeso está presente en el 38% de la población; por lo que respecta a los niños, el 26% presentan sobrepeso y casi el 14% son obesos.

### **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD**

Aunque han existido diferentes épocas en la Cirugía de la obesidad con técnicas tan poco creíbles como la sutura de los labios del paciente, la Cirugía Bariátrica como hoy la conocemos apenas tiene un lustro. En 1952, Heriksson describe la primera resección de intestino que perseguía como objetivo la pérdida de peso, tras las múltiples complicaciones derivadas de esta intervención, Scott en 1973 describe su by-pass termino-terminal y Payne y De Wind en 1986 el by-pass termino-lateral, en 1980 Scopinaro introduce el by-pass bilio-pancreático y De Meester en 1987 describe el cruce duodenal, por su parte, Mason en 1980, introduce la gastroplastia vertical anillada y Kuzmak, en 1986, realiza las primeras intervenciones con banda ajustable. Desde entonces se han descrito infinidad de técnicas y modificaciones de las mismas, habiéndose realizado intervenciones mediante cirugía robótica. Parece bastante claro que cuando para una patología hay múltiples intervenciones, ninguna es del todo eficaz; esto es totalmente aplicable a la Obesidad Mórbida, no solo por el hecho de la técnica en sí, influye sobre todo el hecho que existen diferentes tipos de pacientes obesos.

## **CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD**

En función del índice de masa corporal (IMC):

IMC (BMI): peso (Kg)/talla (m)<sup>2</sup>

Tipo I: 30-34.9 (leve)

Tipo II: 35-39.9 (moderada o preobesidad)

Tipo III: 40-49.9 (obesidad mórbida)

Tipo IV: 50-59.9 (superobesidad)

Tipo V: > 60 (super-superobesidad)

Existen igualmente diferentes planteamientos desde el punto de vista del cirujano.

## **TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD**

Técnicas malabsortivas.

Técnicas restrictivas.

Gastroplastia vertical anillada (5% de todas las intervenciones realizadas).

Banda gástrica ajustable (24%).

Gastrectomía tubular laparoscópica (sleeve gastrectomy).

Técnicas mixtas o derivativas.

By-pass gástrico (65%)

Mini by-pass gástrico.

By-pass biliopancreático (2%).

Cruce duodenal (3%).

La cirugía laparoscópica ha favorecido el desarrollo de modificaciones técnicas y de mecanismos como la banda que suponen un alto porcentaje de las intervenciones realizadas hoy en día.

También influye en la decisión sobre la técnica a aplicar el tipo de obesidad, no tanto por el IMC como por los hábitos alimentarios del paciente, así se describen diferentes trastornos de la conducta alimentaria:

Sweet eater (comedor de dulces).

Binge eating (atracones)

Nigth eating disorder (comedor nocturno).

Algunos de ellos son una contraindicación relativa para la realización de técnicas restrictivas.

Aunque la pérdida de peso y sobre todo el porcentaje de exceso de peso perdido mediante cualquiera de estas técnica es inicialmente muy satisfactorio en la mayoría de los pacientes, la cirugía tampoco es la panacea y los resultados de las diferentes técnicas varían mucho en función del periodo de seguimiento, con un porcentaje de fracasos para la gastroplastia a los 10 años en torno al 80%, igualmente la morbilidad es importante (8-10%) y existe un porcentaje de mortalidad de hasta un 2-3% para algunas técnicas, la tasa de reintervenciones varia, en función de la técnica, desde el 2 al 10%.

No obstante, en muchos casos la cirugía es la única alternativa tras el fracaso de otros tratamientos y debemos tener muy presente que cada paciente debe ser enfocado de forma individualizada y ser subsidiario de la técnica más adecuada en función de su tipo de obesidad y su patrón alimentario.

## Mesa Redonda: "Manejo práctico de fármacos opiáceos en el tratamiento del dolor crónico persistente: Algoritmo terapéutico"

Dra. Ana Minguez Martí

Farmacéutica Adjunta Unidad de Dolor

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

El dolor crónico está frecuentemente originado por procesos degenerativos de larga evolución. La dependencia que puede provocar en el individuo, genera una gran demanda asistencial y de recursos, con elevado impacto socioeconómico, que puede deteriorar significativamente la calidad de vida del paciente y entorno familiar.

Entre los síndromes de dolor crónico más frecuentes, la patología del aparato locomotor es la causa orgánica más común de dolor crónico severo no maligno (DCSnM) sobre todo en pacientes ancianos, siendo motivo del 65 % de las solicitudes de atención médica en las unidades de tratamiento del dolor.

El enfermo en fase avanzada, presenta dolor intenso sobre todo al movimiento y aunque puede acompañarse de amplias expectativas de vida futura, sin embargo, siente mermada su salud, no solo por la percepción del dolor, sino por la pérdida que ello implica sobre el control y autonomía de su vida.

El objetivo del tratamiento siempre persigue en primer lugar disminuir la intensidad del dolor, lo que permite ampliar la actividad física cotidiana realizada por el enfermo y favorecer de este modo su rehabilitación. La mejora del cuadro algíco también puede disminuir la depresión y el estrés que frecuentemente acompañan a la enfermedad y la estabilización o mejora de otras patologías concomitantes y el consumo de los medicamentos necesarios para su tratamiento.

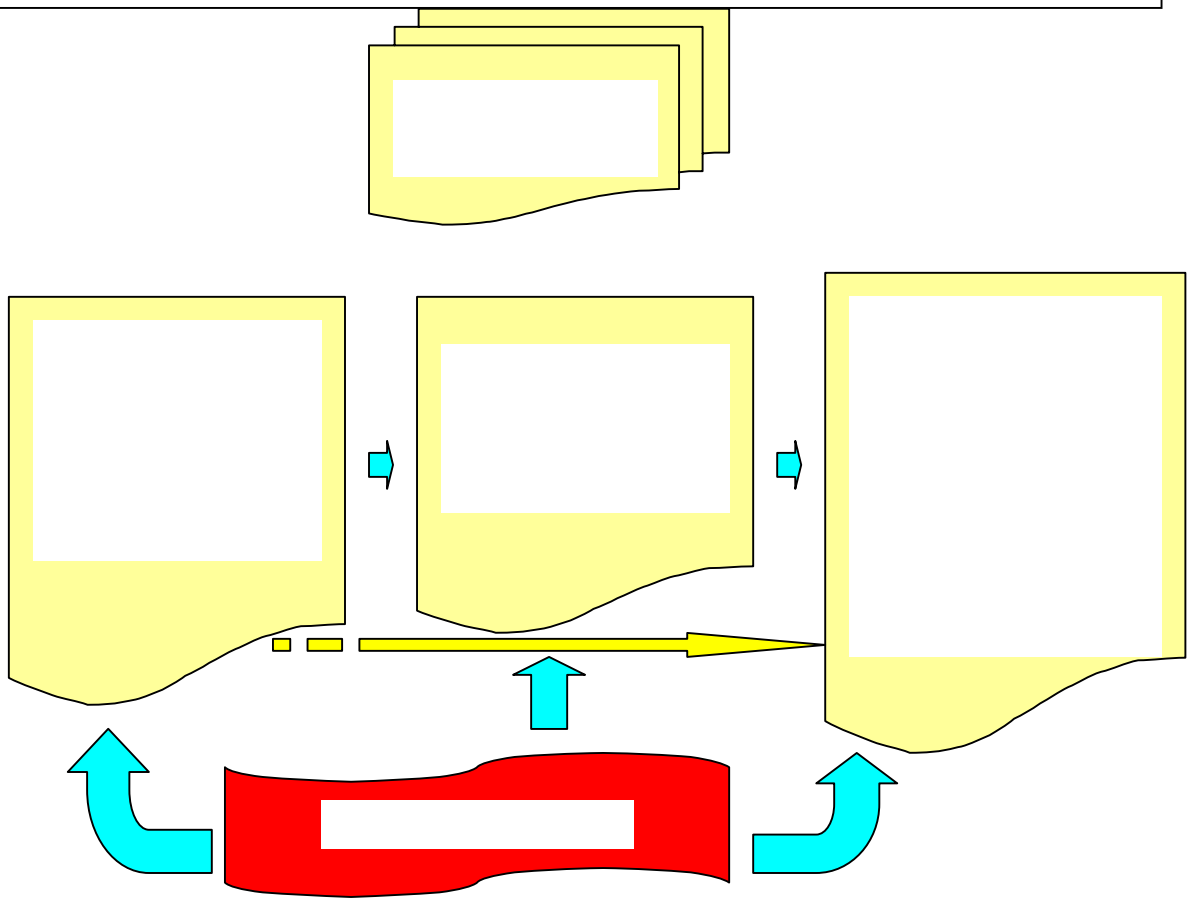
El paciente con DCSnM, puede requerir la utilización de analgésicos opioides para cumplir estos objetivos, pero dado el perfil del enfermo, con frecuencia pluripatológico y polimedicado, se requiere un estrecho seguimiento para garantizar una analgesia de calidad y libre de efectos secundarios.

Así, el tratamiento analgésico debe plantearse con unos **objetivos escalonados**, que de forma progresiva nos permitan llegar al mejor control del dolor posible (Tabla 1) y el diseño de una estrategia terapéutica global Tabla 2

Tabla 1: Control adecuado del Dolor.

- ☉ Intensidad EVA\* < 4
  - ☉ Menos de tres crisis de dolor/día
  - ☉ Sueño reparador
- \* Escala Visual Analógica

Tabla 2: Estrategia terapéutica en paciente con dolor crónico benigno



que junto con unos criterios rigurosos de selección del paciente, la titulación y control de las dosis hasta la estabilización del dolor y las revisiones posteriores efectuadas en el paciente, puedan garantizar una analgesia eficaz, la utilización racional del medicamento opiáceo y la identificación precoz de efectos secundarios no deseados en su utilización clínica.

## **Mesa Redonda: DOLOR OSTEOARTICULAR. ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA Y EVALUACIÓN**

**Dr. Juan Carlos Cobeta García. Unidad de Reumatología del Hospital royo Villanova. Zaragoza**

La IASP definió en 1994 el dolor como una experiencia sensorial desagradable asociada a daño tisular real o potencial o bien descrita en términos de dicho daño.

El dolor agudo producido por lesiones internas o externas tiene una función fisiológica de aviso y protectora, mientras que el dolor crónico persiste después de la lesión que lo originó, carece de misión alguna y se asocia a deterioro de la capacidad funcional, abuso de fármacos, trastornos del sueño y del ánimo y otras comorbilidades por lo que constituye en sí mismo una enfermedad.

En un estudio de prevalencia realizado en España mediante 5000 entrevistas telefónicas casi un 30% habían tenido dolor el día anterior y en un 23% de toda la población el dolor duraba más de 3 meses. El 18,3% atribuían la causa de su dolor a problemas reumáticos.

El estudio epidemiológico EPIDOR se realizó sobre 1130 pacientes de consultas externas de Reumatología de varios hospitales. A la pregunta ¿Ha tenido usted dolor musculoesquelético en la última semana? un 96% respondieron afirmativamente y un 79% refirieron dolor crónico. El origen más frecuente fue el articular(65%) seguido del muscular(26%) y del periarticular (14%). Los diagnósticos más habituales fueron artrosis (30%), artritis (23,5%), reumatismo extraarticular (16%), algias vertebrales (14%) y fibromialgia (12%).La intensidad media del dolor actual mediante EVA fue mayor en la fibromialgia (67mm).

En la evaluación del dolor distinguimos varios tipos: nociceptivo (somático o visceral), neuropático (caracterizado por alodinia e hiperalgesia), psicógeno y mixto. En Reumatología es frecuente encontrar pacientes con dolor de todas las características.

El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis de las características, localización, factores agravantes, etc del dolor, así como en la exploración física y determinadas pruebas complementarias. Debe dirigirse a detectar la causa que lo ocasiona, las comorbilidades físicas o psíquicas que puedan existir e influir en su evolución y tratamiento y como afecta a la calidad de vida del paciente.

En Reumatología solemos utilizar una estrategia diagnóstica en dos etapas. En una primera aproximación hacemos un diagnóstico sindrómico general para finalmente llegar al diagnóstico definitivo del problema del paciente.

Podemos distinguir 9 grandes síndromes generales:

Síndromes regionales

Síndromes de dolor generalizado

Dolor cervical y/o lumbar

Síndrome articular

Síndrome óseo

Síndrome muscular

Síndrome osteoporótico

Síndrome constitucional o sistémico

Síndromes pediátricos

Síndromes regionales.

Distinguimos los de origen extraarticular o articular y los de tipo neuropático o referidos. En los primeros el dolor procede de estructuras periarticulares, se desencadena o empeora con los movimientos en los que interviene la estructura afecta, la movilidad activa es más dolorosa que la pasiva y la movilidad resistida es muy

dolorosa. La movilidad pasiva no está limitada y los signos clínicos de inflamación son raros.

En los de origen articular la movilidad activa y pasiva son igualmente dolorosas, el dolor aparece con todos los movimientos articulares y la movilidad resistida no aumenta el dolor. Pueden apreciarse signos inflamatorios, crepitación, deformidades etc.

El dolor neuropático se caracteriza por ir acompañado de disestesias, alodinia e hiperalgesia con exploración osteomuscular normal y neurológica anormal. El dolor referido se localiza a distancia de su origen visceral o de otra articulación y la exploración articular es normal.

Síndromes de dolor generalizado.

El dolor afecta diferentes zonas del cuerpo de forma difusa e imprecisa. La causa más frecuente es la fibromialgia, caracterizada por dolor generalizado crónico y dolor a la palpación en más de 11 puntos sensibles predefinidos. En numerosas ocasiones el dolor se acompaña de otra constelación de síntomas orgánicos y psicológicos que comparten muchas veces mecanismos de sensibilización central. El tratamiento se basa en ejercicio físico, una correcta higiene del sueño y fármacos analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos y anticomociales.

Dolor cervical y/o lumbar.

Son muy frecuentes. Hasta un 80% de la población los padecerá en algún momento de su vida, aunque en la mayoría de los casos siguen un curso benigno y no se logra hacer un diagnóstico etiológico. Es importante recordar que existe una mala correlación clínica con las técnicas de imagen y que se conocen unos signos de alarma que nos alertaran sobre patologías graves.

Síndrome articular.

Distinguimos entre el dolor mecánico que aumenta con el uso de la articulación, cede con el reposo, se acompaña de escasa rigidez y es típico de las artropatías degenerativas primarias o secundarias; y el dolor inflamatorio que aumenta en reposo, mejora parcialmente con el ejercicio, se acompaña de intensa rigidez y es característico de las artritis de cualquier etiología. En éste caso es muy importante conocer el número de articulaciones afectadas, su curso evolutivo, su simetría o asimetría y si se asocian con dolor lumbar o con otras manifestaciones extraarticulares y así diferenciar un grupo de patrones que nos orientaran en el proceso de diagnóstico diferencial: monoartritis, oligo/poliartritis asimétrica, poliartrosis simétrica, oligoartritis proximal, artritis de cinturas, artritis aguda febril con manifestaciones mucocutáneas, lumbalgia inflamatoria y poliartrosis con manifestaciones sistémicas.

Síndrome óseo.

El dolor óseo es profundo, difuso, nocturno, no relacionado con los movimientos y localizado en columna, pelvis y segmentos proximales de las extremidades. Nos debe hacer pensar en enfermedades metabólicas óseas, periostitis, osteomielitis o tumores.

Síndrome muscular.

Las miopatías cursan sobre todo con debilidad proximal y simétrica. El dolor es poco frecuente y puede aparecer en miopatías inflamatorias, distiroideas, por fármacos o tóxicos y metabólicas.

Los síndromes osteoporóticos, constitucionales y pediátricos se escapan de los objetivos de esta disertación.

El tratamiento del dolor osteomuscular debe ser multidisciplinar e incluye educación del paciente, medidas no farmacológicas, farmacológicas (de la enfermedad de base y sintomáticas del dolor nociceptivo y neuropático), psicológicas, rehabilitadoras y quirúrgicas.

Existen numerosas guías clínicas y documentos de consenso nacionales e internacionales, basados en la evidencia científica, sobre el tratamiento de multitud de enfermedades que están disponibles en internet.



## **Mesa Redonda: "DOLOR CRÓNICO Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA"**

**CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN**

### **1) COMPONENTE PSICÓGENO EN EL DOLOR CRÓNICO**

El dolor según la International Association for the study of pain consiste en: "Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial"

Independientemente del componente afectivo-cognitivo-conductual (de cómo los procesos algícos irrumpen en nuestras psiques y trastocan nuestras vidas) el dolor y la depresión coexisten muy frecuentemente en las poblaciones clínicas, se agravan mutuamente, responden en parte a tratamientos similares y comparten neurotransmisores (alteraciones en noradrenalina y serotonina afectan tanto al estado de ánimo como al umbral nociceptivo), vías y áreas de representación neural (principalmente sustancia gris periacueductal, núcleo dorsal del rafe y locus ceruleus) (1) (2).

Hay autores que proponen considerar la fibromialgia, el colon irritable, la fatiga crónica, el trastorno por crisis de angustia, los trastornos afectivos mayores y otros trastornos somatomorfos y psiquiátricos dentro de una gran "superfamilia" de trastornos afectivos que compartirían caminos patológicos comunes (3)

### **2) EL DOLOR CRÓNICO EN LAS CONSULTAS DE SALUD MENTAL**

Los pacientes atendidos en nuestras consultas en los cuales el dolor crónico es foco principal de su malestar, habitualmente quedarán encuadrados en alguno de los siguientes diagnósticos de la CIE-10 o del DSM-IV:

"Factores psicológicos que afectan al estado físico", "Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica"

En no pocas ocasiones pacientes con dolor crónico contactan con servicios de salud mental presentando únicamente síntomas psiquiátricos aislados o síndromes subclínicos que no precisan de intervención especializada más allá de cierto apoyo simple o actividades psicoeducativas.

"Trastornos de adaptación"

La prevalencia de trastornos afectivos diagnosticados entre las personas físicamente enfermas es el doble del de la población general (entre 30 y 50% según estudios). De ellos 2/3 son tr. Adaptativos (4) Son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. Las manifestaciones clínicas son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, deterioro en su rutina diaria.

"Trastornos somatomorfos"

Síndrome crónico con múltiples síntomas somáticos (dolores erráticos, molestias gastrointestinales y de la esfera sexual, síntomas pseudoneurológicos...) que no se explican de manera suficiente por patología somática de base y que se asocian a malestar psicosocial y a la búsqueda reiterada de ayuda médica a pesar de las explicaciones dadas.

"Trastorno por dolor"

Dolor no explicado por un proceso fisiológico o una patología médica, que provoca malestar significativo o deterioro social, laboral o de

otras áreas importantes de la actividad del individuo y que se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que los factores psicológicos son muy importantes en el debut, la severidad, la exacerbación o el mantenimiento del dolor, al margen o no de su asociación con posibles factores orgánicos.

"Trastorno hipocondríaco"

Preocupación desproporcionada a padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación subjetiva de las señales que le envía el organismo.

### **3) ABORDAJE PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPEÚTICO DEL DOLOR CRÓNICO**

El abordaje del paciente afectado de algias crónicas y sintomatología afectiva debe de ser multidisciplinar: si bien es cierto que el modelo biopsicosocial está en la actualidad ampliamente aceptado en medicina, no son pocos los profesionales que siguen tratando a sus pacientes en el dualismo mente-cuerpo. La evaluación psiquiátrica debería ser una más y en ningún caso plantearla como una "evaluación de la realidad de los síntomas"(5)

#### **A) TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO**

Principales afrontamientos mal adaptativos: catastrofizar, hipervigilancia señales fisiológicas, culpabilizarse, manipular, disminuir nivel de actividad, tender al aislamiento y la pasividad.

Principales afrontamientos adaptativos: sentido del humor, racionalizar, buscar información adecuada sobre la enfermedad, expresar emociones, mantener actividad laboral y ocio mientras sea posible, modificar hábitos hacia más saludables

Más proclives a ellas personalidades con adecuado locus de control interno.

#### **B) MODELO PSICOEDUCATIVO**

Pertinente en todo dolor crónico, especial énfasis en aquellos con componente somatizador-hipocondríaco.

-Reatribución de síntomas: que el paciente sea consciente de la importancia que los factores emocionales tienen en la génesis y el mantenimiento de sus dolores.

-Intentar centralizar revisiones somáticas por un solo y mismo profesional que planificará citas regulares en las cuales se explorará al paciente con interés, se evitará la información ambigua y se remitirá a otros especialistas o nuevas pruebas complementarias sólo ante signos clínicos suficientes, intentando evitar visitas a servicios de Urgencias.

-Evitar polifarmacia, "productos milagro" y generar expectativas excesivas

-Intervención familiar: evitar extremos (sobreprotección vs. ausencia empatía)

-Se ha visto utilidad de los Grupos educacionales y de discusión en patologías específicas (oncología, fibromialgia)

#### **C) PSICOFÁRMACOS.**

##### **C1) Antidepresivos**

C1-1 Con estudios concluyentes de que poseen poder analgésico per se:

-Tricíclicos: el más usado es amitriptilina a dosis baja (10-25mg en dosis única nocturna). Útil en insomnio, el problema son los efectos adversos en dosis altas.

-Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: venlafaxina (75-300mg/día), duloxetina (60-120mg/día).

Menos efectos adversos que tricíclicos, con elevado poder antidepressivo.

C1-2 Con estudios de posible poder analgésico per se:

-Mirtazapina (15-30mg/día). Buen perfil ansiolítico e hipnótico pero provoca significativo aumento de peso.

C1-3. Sin estudios que demuestren que poseen poder analgésico per se.

-Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, escitalopram, sertralina, fluvoxamina). Su uso en el tratamiento del dolor crónico cuando no coexiste trastorno afectivo no estaría plenamente justificado (6)

#### C2) Anticonvulsivantes

Útiles en dolor neuropático por su efecto estabilizador de membrana y modificar el tono neurotransmisor impidiendo la propagación de la descarga (7).

Desde las consultas de psiquiatría cada vez son más usados algunos de ellos (oxcarbazepina, gabapentina, topiramato, pregabalina) dado que asocian otras indicaciones-usos en síntomas psiquiátricos que en ocasiones también aparecen en estos pacientes (Trastorno por ansiedad generalizada, impulsividad, inestabilidad emocional, dependencia alcohol y ansiolíticos)

#### C3) Benzodiacepinas

Sin poder analgésico per se. Únicamente pueden presentar utilidad en dolores cuyo componente de espasmo muscular sea importante (8). En dicho caso es recomendable usar las de vida media larga (clonacepam, diazepam), que poseen menor poder de generar tolerancia y dependencia.

### D) PSICOTERAPIA

#### D1) Intervenciones cognitivo-conductuales

Las conductas evitativas y las limitaciones conductuales secundarias al dolor favorecerían un ánimo depresivo que cerraría el círculo favoreciendo las cogniciones negativas, una mayor inhibición de la conducta y un déficit de habilidades de afrontamiento. La terapia cognitivo-conductual actuaría sobre los componentes de este círculo para paliar o evitar la retroalimentación asociada. (9)

#### D2) Psicoterapia dinámica

Los pacientes somatizadores han padecido distorsiones en la función de cuidador que sus padres tenían que ejercer, lo que produce una incapacidad del individuo para autorregularse. Para compensar se aferran emocionalmente, a otras personas pero no son capaces de establecer relaciones auténticas y estables. Cuando surgen pérdidas, aparece la sintomatología somática.

#### D3) Relajación

Pretende, a través de una serie de ejercicios, alcanzar un estado de regulación del sistema nervioso autónomo, actuando sobre variables psicofisiológicas (10)

Técnicas más comunes: jacobson, entrenamiento autógeno, relajación respiratoria, yoga

#### D4) Distracción

Desviar el foco de atención del dolor hacia estímulos neutros o agradables.

### E) OTRAS TERAPIAS E INTERVENCIONES

-Ejercicio físico

De éste grupo, es el único con datos concluyentes de ser útil en dolor crónico

Aumenta endorfinas, fortalece autoestima al aumentar sensación de dominio sobre nuestro propio cuerpo, favorece aumento aminas en SNC, puede mejorar interacción social evitando el sedentarismo y la obesidad..

-Biofeedback

-Hipnosis

-Musicoterapia

-Acupuntura

#### BIBLIOGRAFÍA

(1) Luís Caballero en "Dolor y depresión" Ed Adalia 2006

(2) Esther Berrocoso y cols "Antidepresivos y dolor" Ed SPA. 2006

(3) Luís Caballero "Trastornos somatomorfos, en "Trastornos neuróticos" Ars medica, 2002

(4) Javier García Campayo en "Dolor y depresión" Ed Adalia 2006

(5) Clark MR en "Text-book of psychosomatic medicine". American Psychiatric Press. 2005

(6) Antonio Pernia y cols en "Antidepresivos y dolor" Ed SPA. 2006

(7) (8) Emilio García Quetglas y José Ramón Azanza en "Dolor y depresión" Ed Adalia 2006

(9) (10) Beatriz Rodríguez y cols en "Dolor y depresión" Ed Adalia 2006

## **Charla Magistral: Reflexiones sobre la investigación Clínica en los hospitales**

**Julio Cortijo Gimeno**

Jefe de Unidad de Docencia e Investigación.  
Consortio Hospital General Universitario Valencia.  
Catedrático de Farmacología.  
Facultad de Medicina y Odontología.  
Universitat de Valencia.

La investigación biomédica es una actividad necesaria para mejorar la salud de los ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. No es posible desarrollar investigación de calidad sin una práctica médica de calidad, y viceversa

En los últimos años, la situación de la investigación en España ha mejorado de forma notable. El número de investigadores se ha incrementado y la inversión en investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) global ha crecido proporcionalmente más que el producto interior bruto. Se puede decir que esta aportación ha aumentado a lo largo del periodo 1995-2004, llegando a superar el 1% en los tres últimos años. En cuanto a los recursos humanos, el número de investigadores empleados en actividades de I+D ha crecido en un 113%. Por otra parte, la participación de la mujer en actividades de I+D en sectores de alta tecnología no supera el 30%, pero en el sector de la industria farmacéutica es del 61%.

En el contexto internacional, España ha pasado de publicar 11.228 documentos con visibilidad internacional en 1990 a 35.790 documentos en 2004, lo que supone que duplica su producción con creces, con una tasa promedio en el periodo cercana al 9%. Según los resultados del National Science Indicators para el periodo 1992-2002, ocupa el décimo puesto del ranking de producción de 151 países (séptimo lugar en Europa) y el decimosegundo más citado. Su aportación a la ciencia mundial se corresponde con un 1,77% para el año 1995 y llega a alcanzar un 2,16% en 1998 y un 2,44% en 2002. El crecimiento español en este periodo representa un 54,5%, muy por encima del que se registra para los grandes productores europeos (Reino Unido, Alemania, Francia e Italia).

A nivel autonómico se aprecia una clara desigualdad regional, podemos considerar la existencia de tres grandes grupos de comunidades autónomas. Un primer grupo formado por las comunidades de Madrid y Cataluña, que acumulan más del 50% de las inversiones y más del 40% de los investigadores. El segundo grupo lo forman Andalucía, Valencia y País Vasco, que acumulan casi el 30% de las inversiones y casi el 40% de los investigadores, y un último grupo con las doce comunidades restantes. En cuanto a producción científica, reducimos los dos primeros grupos (exceptuando el País Vasco) que acumulan más de tres cuartos del total nacional y el 25% restante se distribuye entre el resto de comunidades.

El volumen de producción científica en revistas internacionales no sólo refleja la actividad científica de un país, sino también su especialización temática. Las áreas temáticas que acumulan los mayores valores de producción a nivel nacional son: medicina, biología

molecular, física y química (más del 75% de la producción total). La biomedicina y ciencias de la salud representan el 40,3% del total de documentos indexados y el 50,6% de todas las citas recibidas. La producción científica por sectores institucionales en el ámbito biomedicina se distribuye, fundamentalmente, entre los sectores universitarios, sanitarios y organismos públicos de investigación, con un 65,3; 47,2 y 15,6% respectivamente. El 24,8% de todos los documentos biomédicos citables se han realizados en colaboración internacional y han recibido el 45,5% de las citas. Aunque España ha multiplicado por 4 el fenómeno de la internacionalización en el ámbito de la biomedicina, esta sigue siendo inferior al de la mayoría de los países europeos, que osciló entre el 30 y el 40%.

A la vista de estos datos, se puede decir que los centros sanitarios son actualmente considerados como el centro de gravedad sobre el que se apoya la investigación biomédica, esta situación se da por múltiples razones: proximidad de la actividad asistencial, efectos positivos de la integración de la investigación básica sobre el personal asistencial, características adecuadas para interconectar distintos sectores de la investigación biomédica (universidad, industria y otras instituciones), posibilidades de comunicación con la sociedad, etcétera.

Sin embargo, el panorama es complejo en los centros hospitalarios debido a la convivencia en estos de tres subsistemas (asistencial, docente e investigador), donde la presión asistencial es percibida como limitadora de actividades de investigación. Por ello, se ha sido necesario concebir y diseñar estrategias de investigación apoyadas en elementos de gestión independientes, flexibles, motivadores e innovadores, adaptados a la realidad de cada centro, con capacidad para generar, asimilar e integrar la investigación y la innovación transformándolo en un activo tangible para el paciente, en realidades de salud.

Estas estrategias que se han materializado en diversidad de acciones que han sido establecidas en mayor o menor medida en los centros sanitarios.

Gestión de la investigación de manera diferenciada

La investigación consume recursos de los centros, que no se identifican como tales (se estima que el efecto de la docencia e investigación varía entre un 7 y un 15% de los costes de los hospitales universitarios). La gestión diferenciada de la investigación puede añadir transparencia al proceso, mejorando la cultura de dar cuenta del empleo de los recursos. Igualmente debe, a través de la mejora de los procedimientos de planificación, aumentar la capacidad de los centros para captar fondos de investigación y rentabilizar los ya existentes que, en muchos casos, se obtienen mediante procedimientos en régimen de concurrencia competitiva. A la vez, esta gestión específica puede estimular y facilitar la participación en convocatorias de agencias financiadoras, la realización de actividades a través de convenios y contratos y la suscripción de alianzas estratégicas con centros públicos y privados. Como nuevas fórmulas de gestión se están promoviendo fundaciones de investigación, institutos u otras estructuras específicas para aumentar la autonomía, la flexibilidad y la agilidad en un entorno a la vanguardia del cambio.

Alianzas con otros centros y organismos para fomentar la creación de redes de investigación o unidades mixtas cooperativas, que faciliten la calidad de los servicios, la motivación de su personal, la innovación en sus actividades, el atractivo para el sector público y privado, y la apertura a la sociedad en general, al SNS, a otros organismos públicos de I + D y al sector privado.

Fomentar la participación de los profesionales en la investigación. Para ello, es necesario acercar la investigación básica y clínica,

introducir "cultura de investigación" en la actividad asistencial diaria, entrenar a los clínicos a trabajar en ambientes multidisciplinares y formarlos en nuevas metodologías. También, reconocer tiempos propios de investigación e implantar la carrera científica en los hospitales para considerar el hospital como centro de investigación.

Programas que integren la formación e investigación. En la actualidad son escasos los programas que integren la formación e investigación como parte de las necesidades de los profesionales. Esto es crítico si se tiene en cuenta que forman parte del proceso de formación de futuros profesionales.

Implantación de una adecuada gestión de resultados. Atendiendo preferencialmente a su transferencia, aplicabilidad e impacto. La aplicación de la investigación clínica en la práctica se traduce a lo que hoy se conoce como Medicina Basada en la Evidencia, que podemos definir como la utilización consciente y juiciosa de la mejor evidencia, derivada de la investigación clínica, para tomar decisiones en el cuidado de los pacientes. Por otro lado, es necesario buscar índices que valoren el impacto de los resultados de la investigación en los indicadores sanitarios poblacionales, permitiendo establecer asociaciones de las ganancias en los indicadores, con los resultados de la investigación.

Por último, los centros de investigación deben estimular la actividad de las Oficinas de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI) como interfaz con el mundo empresarial y de la innovación.

En suma, estamos construyendo una investigación de alto nivel, que garantiza el acceso de todas las personas a las nuevas terapias independientemente de su poder adquisitivo. Y aunque la situación actual de la investigación biomédica en nuestro país dista mucho de ser excelente, su evolución positiva en los últimos años, su potencialidad de mejora, junto con la necesidad de seguir implementando en los centros hospitalarios nuevas estrategias en la gestión de la investigación, hacen ver el futuro con un moderado optimismo.

#### Bibliografía

E. García López, F. Santos Rodríguez, J. Rodríguez suárez, E. Carbajo Pérez. Investigación en Biomedicina. Bol. Pediatría 2005; 45: 151-155.

E. Corera Alvarez, M. Gómez Crisóstomo, A. Gonzalez Molina, F. Muñoz Fernández, B. Vargas Quesada. Indicadores Bibliométricos de la actividad Científica Española (1990-2004). Ed: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Madrid. 2007

M. Carrasco Mallén. Políticas y gestión de la investigación Educ. Méd. 2004. Vol.7 supl.1.