



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE NUEVA CREACIÓN

**Alejandra Reboreda Amoedo¹, Anna Mont Canela¹,
Germán Gómez Bernal¹, José Ignacio Latorre Marín²,
Fernando Romero Morales¹, Bárbara Moles Arcos³.**

- 1. Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Teruel.*
- 2. Unidad de Agudos del Hospital Obispo Polanco de Teruel.*

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 pacientes que ingresan en la Unidad de Media Estancia (U.M.E): características sociodemográficas, diagnósticos, nivel de estudios, estancia media en la unidad, etc.

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.

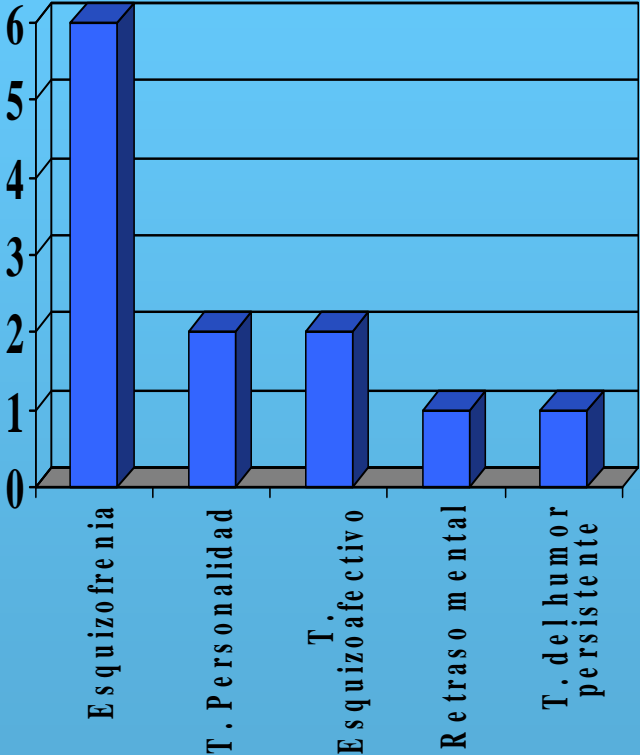
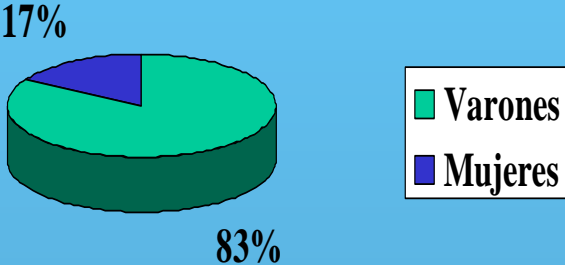
Resultados :

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 del grupo de las *Esquizofrenias* (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.

DIAGNÓSTICOS

SEXO



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. La mayoría de pacientes que ingresan presentan diagnósticos ubicados en la esfera del Trastorno Mental Grave.

Bibliografía:

1. Béjar A. et al. *Programa de rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental*. Plan estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón - S.A.S (2003).
2. Rodríguez Abelardo. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental crónico*. Colección Psicología. Pirámide. Madrid (1997).
3. *Cie-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión. Ed. Meditor (1999).
4. Liberman R. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca (1993).



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



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

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

CENTRO DE REFERENCIA: Hospital psiquiátrico San Juan de Dios. Teruel. España.

INTRODUCCIÓN:

Los programas de educación sanitaria han demostrado una importante utilidad tanto en la prevención, tratamiento y la rehabilitación en distintos campos de la medicina. En los diferentes dispositivos de rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave, son comunes las intervenciones psicoeducativas grupales, orientadas a incrementar el conocimiento sobre la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas.

El objetivo del siguiente trabajo es evaluar los efectos de un grupo de psicoeducación en pacientes afectados de trastorno mental grave, teniendo en cuenta la situación clínica global, la actitud hacia la enfermedad y la toma de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

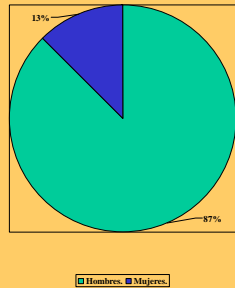
Se seleccionaron de forma aleatoria 16 pacientes de los 70 ingresados en la Unidad de Larga Estancia del Hospital Psiquiátrico de Teruel. La mitad de ellos también seleccionados de forma aleatoria, fue asignado a un grupo en el que se inició un grupo de psicoeducación inspirado en el programa de S. Rebolledo; 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:

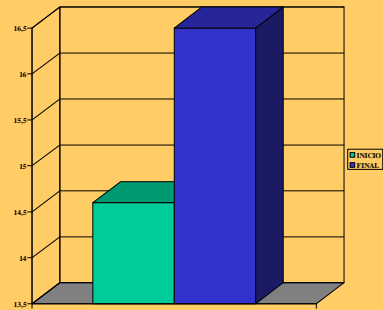
_____ Los 16 pacientes evaluados cumplían criterios diagnósticos DSM IV de Esquizofrenia paranoide. 14 fueron hombres y 2 mujeres repartidos homogéneamente en ambos grupos. Dos de ellos abandonaron el grupo de psicoeducación

RESULTADOS:

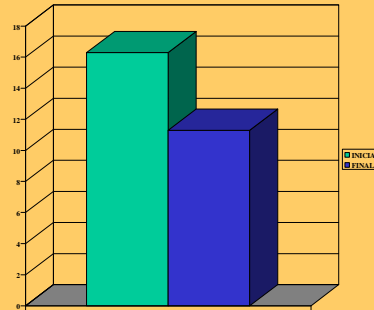
DISTRIBUCIÓN POR SEXO.



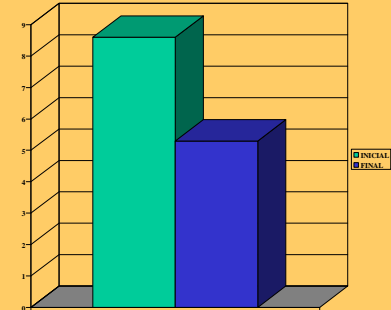
ESCALA DAI



ESCALA CGI-SCH



ESCALA SUMD



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 schizophrenen psychosen für patienten und angeheörige. 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. Subjctive response to antipsychotics in schizophrenics patients: clinical implications and related factors. Schizophrenia research 200; 41: 349-355.**



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



“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.***

* Servicio de Medicina Interna; ** Servicio de Digestivo
*** Servicio de Anatomía Patológica; **** Servicio de Radiología.

Hospital General Obispo Polanco de Teruel

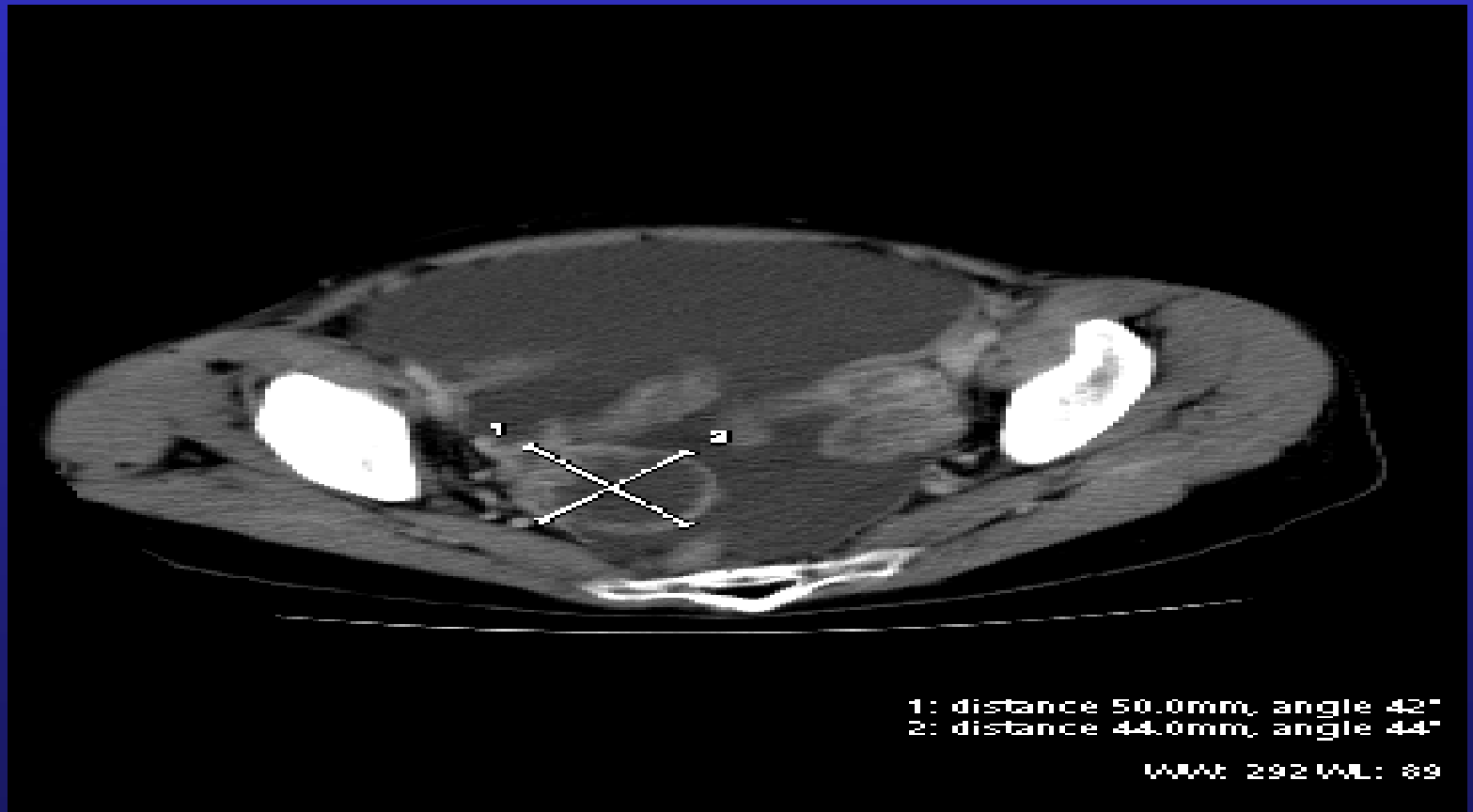
INTRODUCCIÓN

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

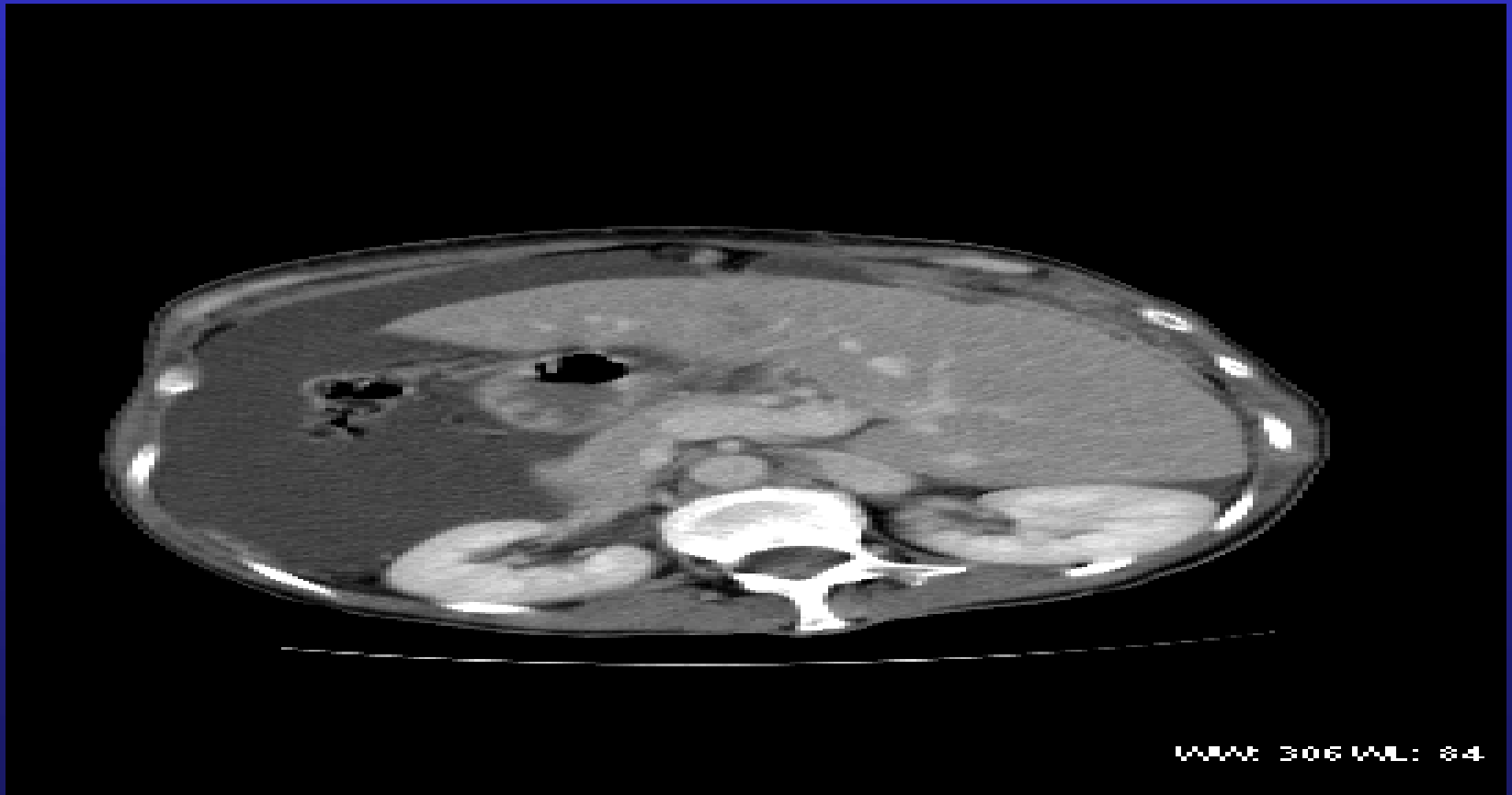
CASO CLÍNICO

- Mujer de 54 años con antecedentes de situs inversus y gastritis crónica antral difusa que ingresa en el Servicio de Digestivo por dolor abdominal epigástrico de tipo cólico, continuo e irradiado a ambos hipocondrios de unos 3 días de evolución, acompañado de astenia, hiporexia, distensión abdominal (a la EF ascitis a tensión) y pérdida de peso.

TC ABDOMINO-PÉLVICO



TC ABDOMINO-PÉLVICO



ANATOMÍA PATOLÓGICA

- El estudio anatomopatológico del líquido ascítico sugiere la presencia de células malignas sospechosas de adenocarcinoma metastásico mucosecretor de ovario.

TRATAMIENTO

- 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.

CONCLUSIONES

- La principal causa de ascitis a tensión en mujeres jóvenes se debe a la presencia de un tumor ovárico, maligno o benigno.
- La fisiopatología del falso síndrome de Meigs no es bien conocida.
- El tratamiento y el pronóstico de esta enfermedad dependerá de si el tumor causante es benigno o maligno.



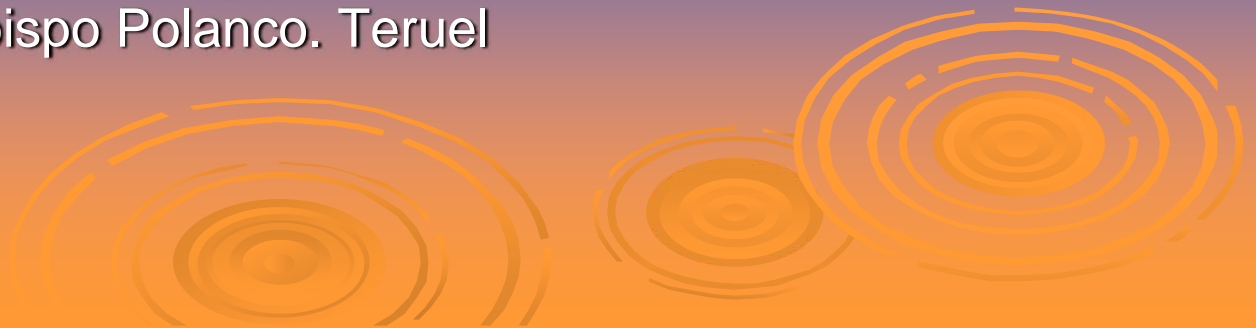
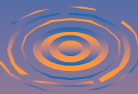
II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



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

G. Pérez Vázquez (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.

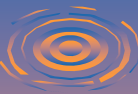
- El carbonato de litio se utiliza de forma habitual para tratar el tratamiento del trastorno bipolar.
- Como catión simple, el litio se absorbe con rapidez en el tubo digestivo y no se une a las proteínas plasmáticas ni tejidos.
- El 95% de la dosis administrada se excreta intacta por lo riñones en el transcurso de 24 horas.
- Su concentración terapéutica plasmática oscila entre 0.8-1.2 mEq/l, esto 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 trastorno psicótico, en tratamiento habitual con amisulpiride 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 fue 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 instaaura 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 polimedicada 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.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



TUMORACIÓN GLÚTEA DEBIDA A QUISTE HIDATÍDICO

E. Alonso Formento, A.C. Utrillas Martínez, P.V.
López Peris, F. Galve Royo, A. Martínez Oviedo,
R. Morales Herrera.

**SERVICIOS DE URGENCIAS Y CIRUGÍA
HOSPITAL OBISPO POLANCO de TERUEL**

HIDATIDOSIS GLÚTEA

- ⌘ La **hidatidosis** es una enfermedad parasitaria causada por el *Echinococcus granulosus*.
- ⌘ En nuestro medio el ciclo biológico se mantiene habitualmente en **perros** y ovejas, con la posible intervención accidental del hombre al ingerir los huevos de *E. granulosus* con el agua o los alimentos contaminados o más frecuentemente, por el contacto directo con perros infestados.

HIDATIDOSIS GLÚTEA

⌘ 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 **músculo-esquelética** 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



- ⌘ **Varón de 68 años** que acude por presentar abscesos de repetición a nivel glúteo derecho con supuración.
- ⌘ 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.

HIDATIDOSIS GLÚTEA



HIDATIDOSIS GLÚTEA

- ⌘ La afectación músculo-esquelética por *E. granulosus* es inusual.
- ⌘ La anamnesis es de gran relevancia. 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.
- ⌘ El tratamiento recomendado para el quiste hidatídico de localización muscular es la quistoperiquistectomía y albendazol.

SERVICIOS DE URGENCIAS Y CIRUGÍA HOSPITAL OBISPO POLANCO de TERUEL





II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



ESTUDIO SOBRE DECLARACIONES NUTRICIONALES EN LOS ALIMENTOS

Ten Torrella J¹., Olalla Ginovés C²., Gil Collado N., Hernández Torres A.,
Farmacéutico Comunitario Torrijo del Campo; Farmacéutica de Administración
Sanitaria; Farmacéutica Comunitaria Gea de Albarracín; Farmacéutico de
Administración Sanitaria;

INTRODUCCIÓN

El Reglamento Europeo 1924/2006 del Parlamento y del Consejo relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos, entró en vigor el pasado 19 de enero, con fecha de aplicación 1 de julio de 2007. El objetivo básico de la norma es proteger el derecho de los consumidores a recibir una información veraz sobre los alimentos que adquieren.

OBJETIVOS

Evaluar si los alimentos con declaraciones nutricionales (son las que afirman o sugieren que el alimento posee propiedades nutricionales específicas por razón de su aporte energético reducido o incrementado o bien por contener o no determinados nutrientes o sustancias), se ajustan a los principios del nuevo Reglamento Europeo.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal.

Se revisan las etiquetas de 58 productos con declaraciones.

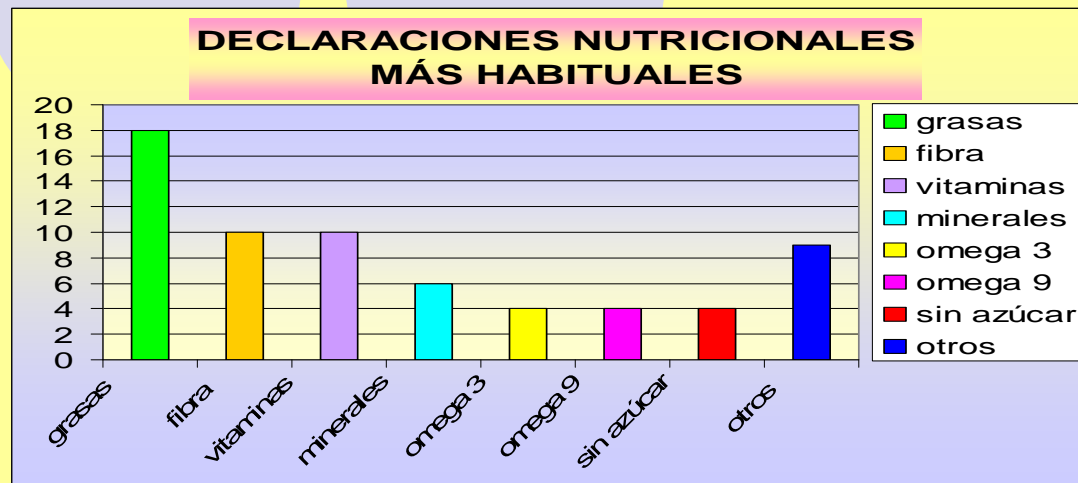
Se evalúan las declaraciones nutricionales.

RESULTADOS

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

Las principales desviaciones encontradas de la norma 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 % no se indica la ración de alimento a consumir para conseguir el beneficio esperado.



RESULTADOS

Un 64 % de las declaraciones revisadas que se realizan corresponden a propiedades nutricionales



CONCLUSIONES

- Se imprimen frases que resultan engañosas.
- El nutriente responsable de la declaración se encuentra en cantidades distintas a las que permite el anexo del reglamento.
- No se indica la cantidad de alimento a consumir para obtener el beneficio nutricional.
- No advierte del riesgo para la salud por consumo en exceso.
- Frases como “bajo en grasa” o “sin colesterol” no deberían ser aplicadas en los alimentos de los grupos bollería, galletas y grasas vegetales.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



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.
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.

INTRODUCCIÓN

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.

A young girl with brown hair, wearing a pink swimsuit, is sitting on a sandy beach. She is looking down towards the water, which is gently lapping at her feet. The background is a soft-focus view of the ocean waves.

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.

METODOLOGÍA

Emplazamiento: 2 Zonas Básicas de Salud Rurales

Unidad de estudio: Pacientes con historia clínica abierta con criterios de inclusión en cartera de servicios de niños menores de 14 años.

Tamaño muestral: Todos los niños en edad vacunal

Tipo de estudio: Descriptivo y de gestión.

La matrona recoge los datos de las embarazadas.

Las enfermeras ordenan los datos de los niños de su zona.

El farmacéutico organiza los datos de los niños y embarazadas (de cinco meses), gestiona las vacunas con la aplicación informática y prepara individualmente en sobres las vacunas de cada trimestre y realiza sesiones farmacoterapéuticas de vacunas.

RESULTADOS

1. Se ha personalizado cada vacuna para aumentar la seguridad y elevar la cobertura vacunal.
2. La intervención ha mejorado el porcentaje de utilización de vacunas (vacunas puestas/ vacunas pedidas).
3. Se ha diseñado un plan informático en hojas interactivas para la gestión óptima de las vacunas.
4. Se ha incrementado la seguridad en la administración con la realización de un triple filtro de control de las vacunas.
5. Hemos realizado sesiones de educación vacunal, potenciando la calidad del trabajo en equipo

% UTILIZACIÓN DE INMUNÓGENOS

■ AÑO PREINTERVENCIÓN 2 ■ AÑO PREINTERVENCIÓN 1
■ AÑO INTERVENCIÓN ■ AÑO POTSINTERVENCIÓN

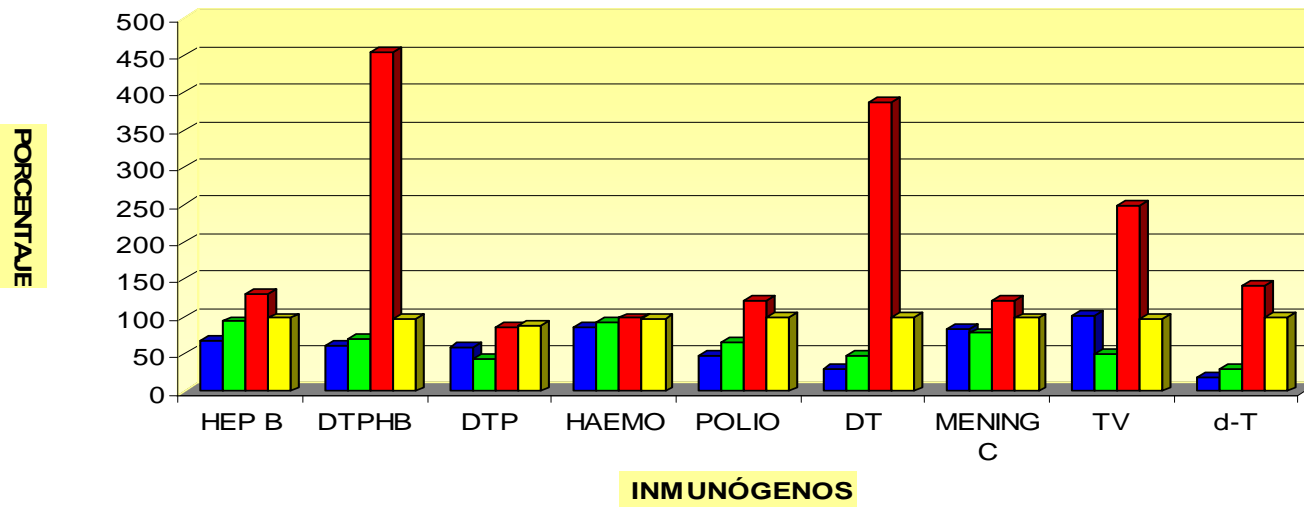


TABLA TRIMESTRALDE PETICIÓN DE VACUNAS

PROVISIÓN 2007			TERCER	TRIMESTRE							
EDAD	NIÑOS	CANTIDAD	Engerix 10	Pentaval	Meningitec	T V	Infanrix	Tétanos-Dif.	Polio iny.	Varivax	
1 mes	1	1	1								
2 meses	2	1		2	2						
4 meses	1	1		1							
6 meses	4	1	4	4	4						
15 meses	3	1				3					
18 meses	3	1		3	3						
6 años		1				0	0				
11 años		1								0	
14 años		1						0			
			5	10	9	3	0	0	0	0	NECESIDADES
			4	4	4	4	2	4		0	IMPREVISTOS
			9	14	13	7	2	4	0	0	
			0	0	0	1	2	4	0	2	STOCK
			9	14	13	6	0	0	0	0	PEDIR

CONCLUSIONES

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

BIBLIOGRAFÍA

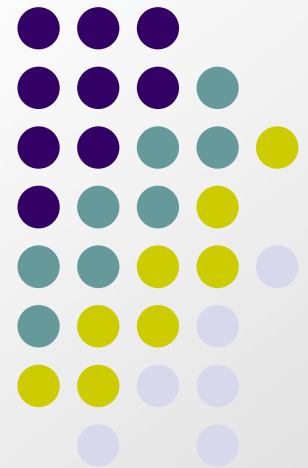
Comité Asesor de Vacunas. Manual de vacunas en pediatría. Asociación Española de Pediatría 2005; 19: 911-921.
Arístegui J. Vacunaciones en el niño, de la teoría a la práctica. Ciclo editorial S.A. 2004; 1: 21-216.
Campins M, Moraga F A. Vacunas 2004. Prous Science 2004.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



**¿Se puede sobrevivir
a una agresión por
arma blanca que
incide y atraviesa el
cráneo?**



Servicio de Urgencias Hospital Obispo Polanco Teruel

Autores: M^a José Calpe Gil, Ana
Garzarán Teijeiro, Fernando Galve
Royo, Carmen Ros Tristán, Fernando
Rodero Alvarez, Enrique Alonso
Formento



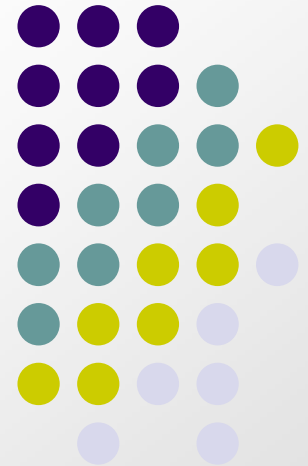
INTRODUCCIÓN



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 a nivel médico-legal.

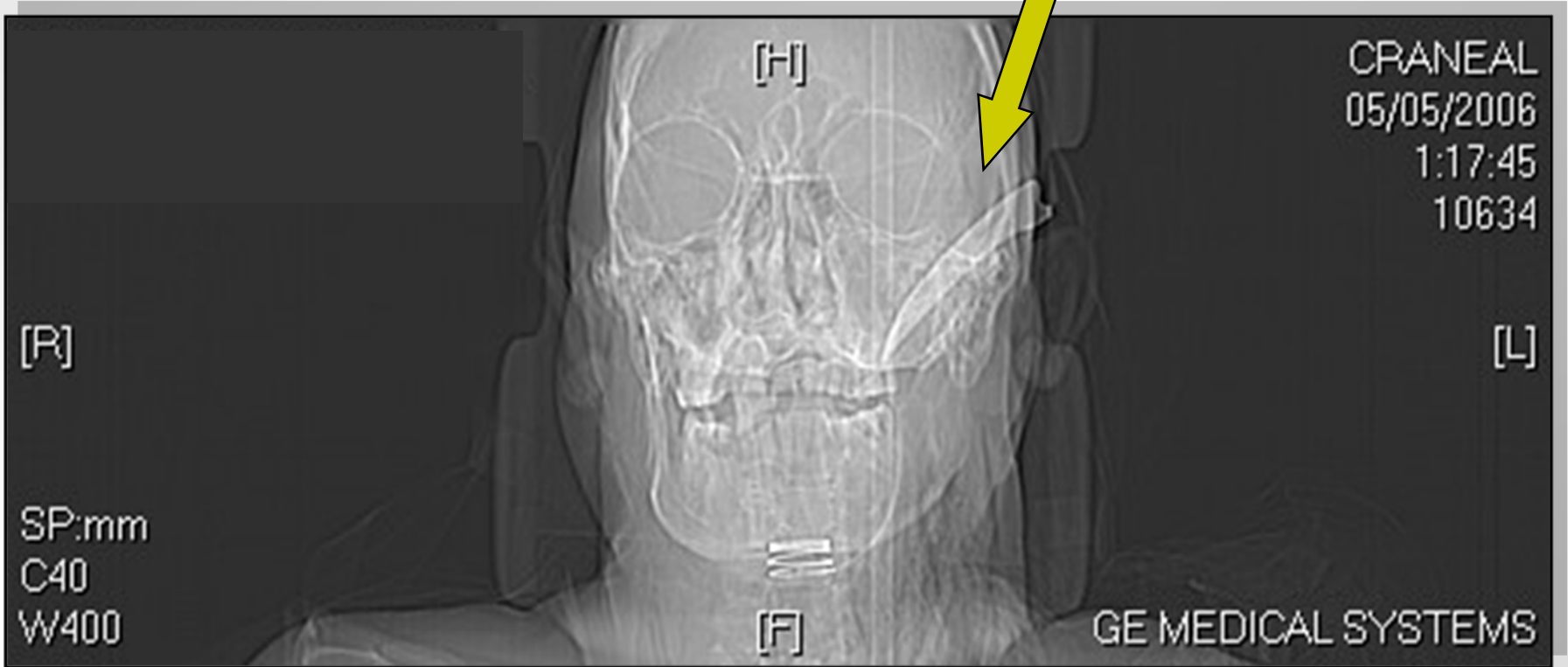
En los últimos años hemos asistido a un aumento en el número de agresiones, siendo múltiples los factores que han influido pero por lo que ha sido necesario mejorar la seguridad del servicio.

CASO CLÍNICO





Objeto corto-punzante

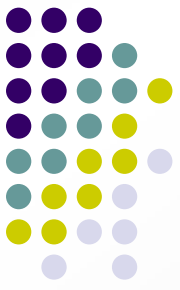




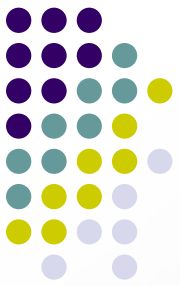
- paciente de 37 años
- antecedentes de enolismo crónico
- traído a nuestro servicio por un familiar por múltiples heridas por arma blanca en región malar, región anterior cervical, axila izquierda y periumbilical
- se observa hoja de dicha arma incrustada en el área malar izquierda, de 5.5 cm de longitud y 1.8 cm de anchura que adyacente a la órbita izquierda y atravesando el arco cigomático asoma, su extremo más profundo, por detrás de la arcada dentaria superior.



se observa hoja de arma blanca incrustada en el área malar izquierda, de 5.5 cm de longitud y 1.8 cm de anchura que adyacente a la órbita izquierda y atravesando el arco cigomático asoma, su extremo más profundo, por detrás de la arcada dentaria superior.



- Tras la exploración y pruebas complementarias correspondientes, encontramos:
 - múltiples heridas incisas en región maxilar izquierda
 - extenso enfisema subcutáneo paracervical de predominio izquierdo sin apreciar distorsión de estructuras de la vía aérea
 - hematoma de partes blandas cervicales a la altura del cartílago tiroides con mayor extensión del enfisema hacia el hueco supraclavicular y pared torácica anterior izquierdos
 - neumotórax y hemotórax izquierdo con un pequeño foco de contusión pulmonar apical izquierdo
 - pequeño neumoperitoneo, por delante del lóbulo hepático izquierdo y escasa cantidad de líquido libre pélvico secundarias a perforación puntiforme de intestino delgado



El paciente es trasladado a quirófano donde se realiza:

- reparación de lesiones incisivas en maxilar izquierdo y región cervical anterior
- colocación de tubo torácico en hemitórax izquierdo
- extracción de hoja corto-punzante en cráneo
- reparación de perforación duodenal

El paciente ingresa en UCI, donde desarrolla múltiples complicaciones (SDRA, broncoaspiración, infección de catéteres) prolongando todo ello su estancia hasta 1 mes con posterior recuperación en planta de cirugía.

Como secuelas al alta presentó parálisis de cuerda vocal izquierda y un síndrome de Horner sin déficit visual, todo ello de origen postraumático.

CONCLUSIONES



- Los instrumentos punzantes penetran en los tejidos 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 concentra la fuerza viva en una superficie muy limitada
- Múltiples factores agravan el pronóstico: penetración en una cavidad, afectación de órganos vitales, objetos contaminados que provocan una infección...todos ellos presentes en nuestro caso, por lo cual la evolución fue tórpida y con secuelas.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



“CANCER: PROGRESIONES Y PROGRESOS”

Alfonso Yubero, Ricardo Lara, M^a José Goded,
M^a Jesús Castellote, María Ibáñez, Myriam Beneyto, Anabel
Gimeno, Lourdes Hernández.

Unidad de Oncología

INTRODUCCION

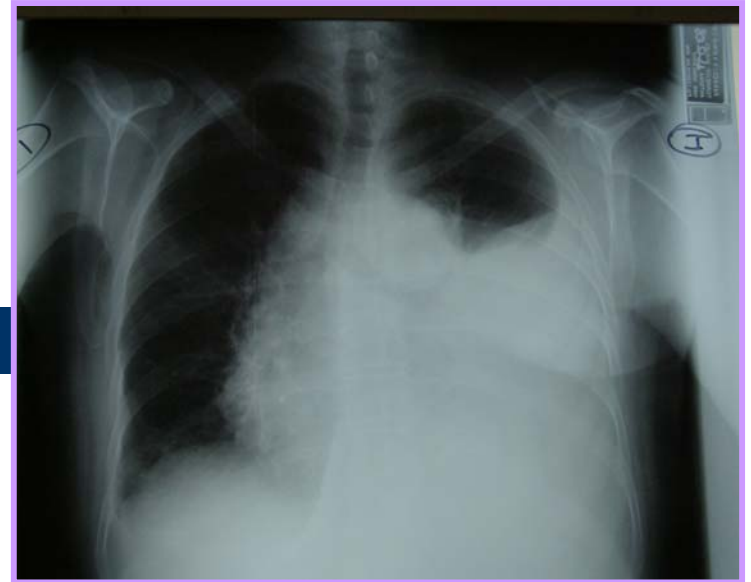
- El cáncer es un problema de salud pública de primer orden.
- El envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia de muchos tumores malignos y la mejor supervivencia de los enfermos de cáncer debida a los avances diagnósticos y terapéuticos han supuesto un aumento significativo del número 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.

CASO CLINICO

- **Paciente de 58 años. Medio rural. Vive sola.**
- **Diagnosticada en Dic 2003 de ca. mama bilateral localmente avanzado y metastásico**
- **Clínica al diagnóstico: Tumoración mamaria izda. de más de 10 años de evolución y disnea de instauración progresiva, de varias semanas de evolución, al diagnóstico de reposo.**
- **Exploración física:**
 - **ECOG 3**
 - **Tumoración torácica anterior (fétida), con destrucción de ambas mamas e infiltración cutánea que sobrepasa ambas líneas axilares posteriores.**
 - **Letálides a nivel cervical, torácico y abdominal superior.**
 - **Linfedema en EESS (> izdo.)**
 - **AP: Derrame pleural bilateral (> izdo.). AC: Tonos apagados**

DIAGNOSTICO

- **Biopsia cutánea torácica:**
A.P.: Infiltración dérmica por carcinoma lobulillar con células histiocitoides. RH+++; C-erbB 2 -.
- **Analítica: MT: Normales**
- **Rx tórax:**
D. pleural izdo. cuantioso;
d. pleural dcho. pequeño
Cardiomegalia y ensanchamiento mediastínico.
Masa de partes blandas torácica preesternal.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

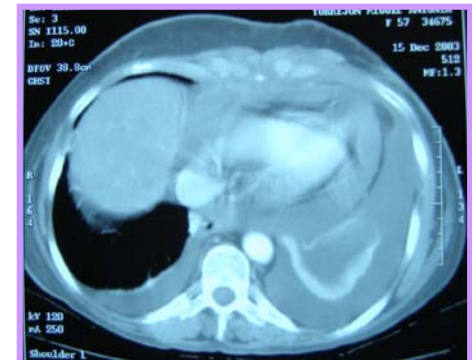
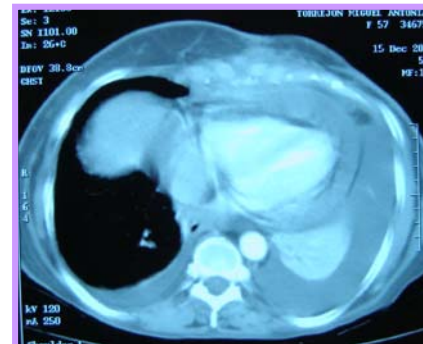
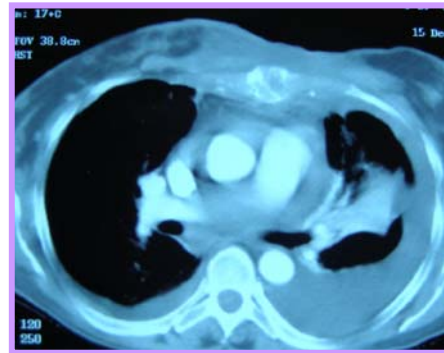
- TC t-a:

D. pleural izdo cuantioso y menor en lado derecho. Derrame pericárdico.

Atelectasia en el segmento anterior del LSI (origen obstructivo endobronquial).

Conglomerado adenopático paratraqueal dcho con infiltración subcarinal y múltiples adenopatías de menor tamaño en las regiones supraclaviculares.

Met. subcutáneas en pared abdominal-torácica.



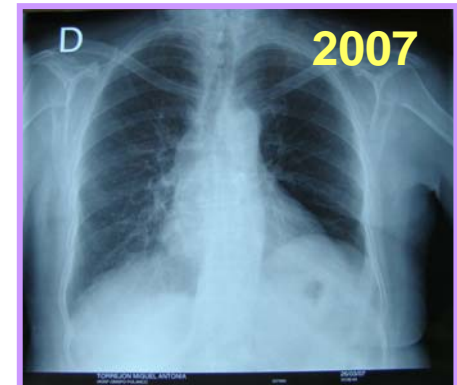
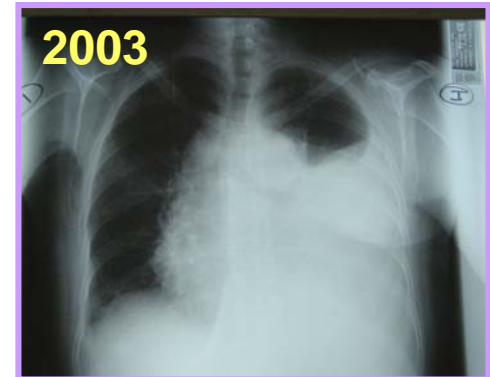
EVOLUCION Y TRATAMIENTO

- Toracocentesis: 750 cc. Exudado. Citología -
- Ecocardio: D.pericárdico, sin taponamiento
- Inicia tratamiento paliativo: **TAMOXIFENO 20 mg**
- Abril 2004: Sin disnea de reposo. Leve empeoramiento de l. cutáneas con sangrado. Cambio de tratamiento: **AROMASIL**
- Septiembre 2004: Progresión l. cutáneas y d. pleural izdo.
TC: Voluminoso derrame pleural izquierdo que ocupa casi totalmente el hemitórax y en menor cantidad en el lado derecho. Derrame pericárdico ahora en escasa cantidad. QT: **XELODA**
- Octubre 2004: Notable mejoría clínica: Reducción de lesiones cutáneas y desaparición de la disnea de moderados esfuerzos.
- Marzo 2005: Notable mejoría de lesiones cutáneas. TC: Respuesta parcial.
- Agosto 2005: Mejoría de lesiones cutáneas. Tras 11 meses con Xeloda: RP. Toxicidad: SMP G^o 3. La paciente solicita parar QT. HT: **FASLODEX**
- Enero 2006: AP: Normal. Continúan mejorando las lesiones cutáneas. No precisa curas cutáneas



EVOLUCION

- Agosto 2006:Mejoría de lesiones cutáneas
- Marzo 2007: Evolución de lesiones cutáneas favorable. AP-AC: Normales.



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 Vilel 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.**



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



“Determinación por el Coulter Gen-S de la cinética de los cambios de volumen en muerte celular inducida por H₂O₂”.

AUTORES

Lou Bonafonte JM¹, Andrés MJ¹, Puente JJ², and Escanero JF¹

RESUMEN

Se conocen dos tipos de muerte celular: apoptosis, que es la muerte celular programada y necrosis, muerte con dispersión del contenido celular. Pero en ambos casos de muerte celular es sabido que se produce siempre una alteración del volumen. Mientras que en la apoptosis las células se encogen, en la necrosis las células se hinchan, aumentan su diámetro antes de romperse.

Usamos el modelo celular de hematias de codorniz (QRBC) (Lou 2003) inducimos la apoptosis con H₂O₂, que provoca apoptosis mediante la producción de especies reactivas de oxígeno, ROS.

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

Según la concentración de H₂O₂ el cambio se producía más o menos rápidamente y la diferencia de volumen era mayor.

Telmeds.org

Lesión Celular Irreversible – Apoptosis



Metodos

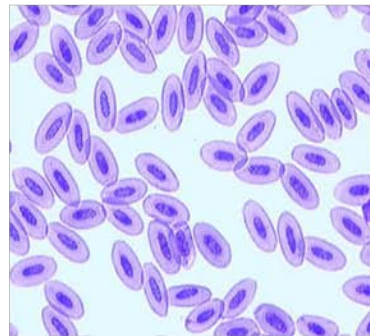
Eritrocitos de perdiz obtenidos por puncion cardiaca como describe Lou et al (2003).

± H₂O₂ medio obtenido añadiendo diferentes concentraciones de H₂O₂ (62 – 500 μM) a un medio isoosmotico. Lou et al (2003).

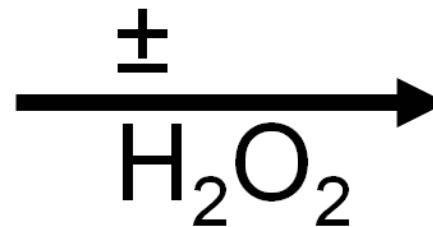
Volumen celular fue determinado por un Coulter Gen-S (COULTER Corp, Miami, USA). Lou et al (2003).

Muerte celular fue confirmada por tincion con trypan blue y por electroforesis determinando la fragmentacion del DNA.

Fluorescencia celular fue detectada usando un microscopio nikon Eclipse 50i. Filter UV-2A (exc 330-380 nm; DM 400 nm; BA 420 nm); filter G-2A (exc 510-560 nm; DM 575 nm; BA 590 nm); filter B-2A (exc 450-490 nm; DM 505 nm; BA 520 nm).



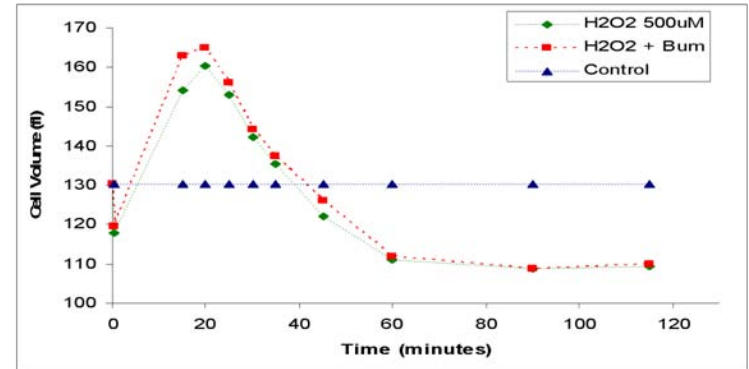
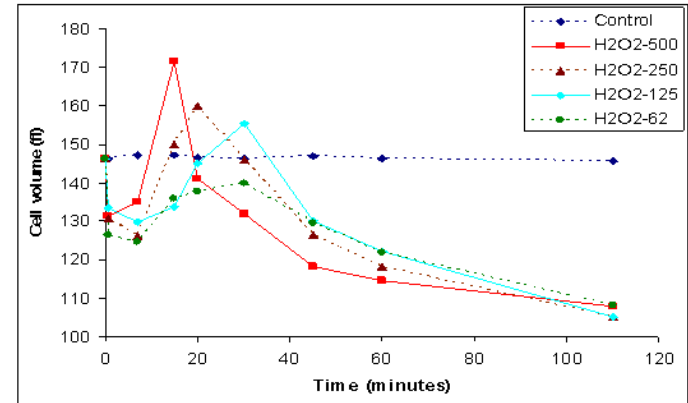
QRBC



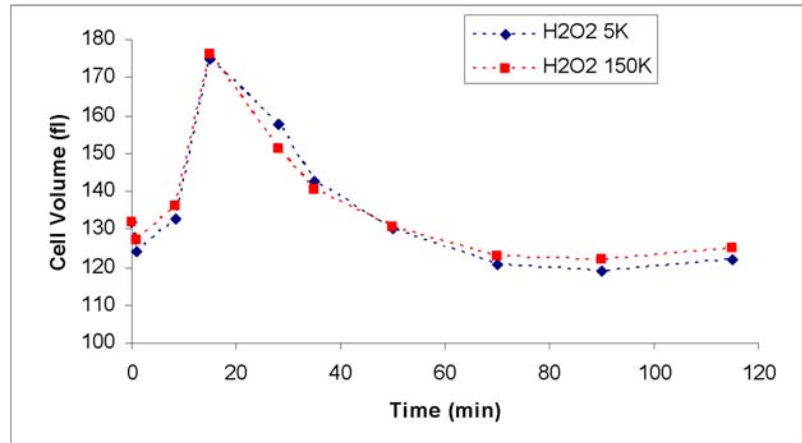
Conclusiones

- **Fig.1**
- Todas las concentraciones de H_2O_2 inducían cambio en el volumen. H_2O_2 500 μM producía un cambio más rápido (3 min- 15 min- 75 min). Concentraciones más pequeñas de H_2O_2 producían cambios más lentos (7 min- 30 min- 110 min).

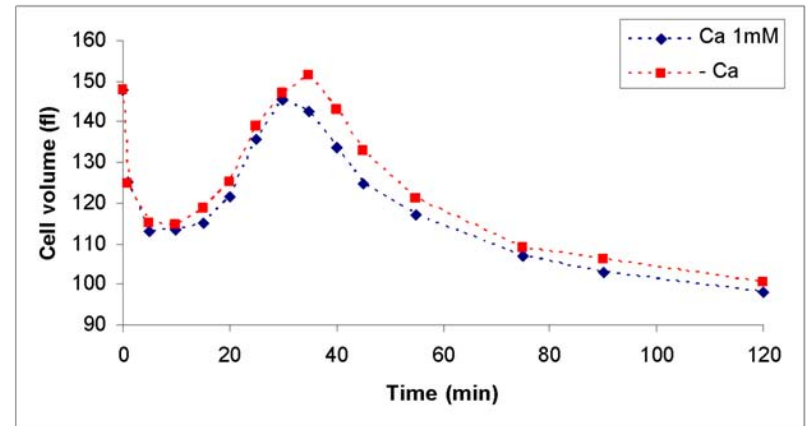
- **Fig. 2.-** QRBC fueron incubadas en medio isotónico salino con H_2O_2 500 μM \pm bumetanide 100 μM . No hubo diferencias marcables con o sin bumetanide (inhibidor de transporte).



- **Fig. 3.-** QRBC fueron incubadas en medio isotónico salino con H₂O₂ 500 μM ambos en 5 mM y 150 mM medio con potasio. No se observaron diferencias entre ellos.



- **Fig. 4.-** QRBC fueron incubadas en medio isotónico salino con H₂O₂ 125 μM ± Calcio 1 mM, medio libre de Calcio con EGTA 1 mM para asegurar la ausencia de iones de calcio. Se vio una pequeña diferencia entre el medio con y sin calcio. En el medio libre de calcio el volumen celular era ligeramente mayor que en el medio con calcio.



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.

