



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA

**RONCAL BOJ J.C, BALLESTER GIMÉNEZ J.J,
ESPALLARGAS DOÑATE MT, FUERTES VALLCORBA A.**

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Caso clínico

Mujer de 14 años de edad, que de forma casual se descubre deformidad en brazo izquierdo.

Se procede a su estudio en consultas externas, solicitando Rx, TC, RMN y gammagrafía.

Rx simple húmero Izq:



TC húmero Izq:



RMN húmero Izq:



DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA

Es una enfermedad ósea rara que afecta al desarrollo de las diáfisis de los huesos, más frecuentes cráneo, fémur, húmero, huesos faciales, costillas, tibia y pelvis.

Existen diversos tipos de formas clínicas: monostóticas o poliostóticas, según afecten uno o varios huesos por las lesiones fibrosas.

Diagnóstico: suele ser tardío, incluso en la adolescencia, como consecuencia de una fractura espontánea o por la deformidad progresiva de los segmentos óseos afectados, en ocasiones completamente asintomática.

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA

Puede formar parte del Sd. De McCune Abright cuando se asocia a pigmentación anormal con manchas café con leche y a pubertad precoz, con desarrollo prematuro de los caracteres sexuales secundarios.

HISTOLOGÍA:

Existe una colección irregular de tejido inmaduro trabecular rodeado por abundante proliferación fibroblástica de tejido fibroso y tejido trabecular inmaduro.

Diagnóstico diferencial

- Tumores óseos: ENCONDROMA,
ADAMANTIMOMA
- Quiste óseo simple
- Quiste óseo aneurismático
- Infarto óseo intramedular
- Encondromatosis y neurofibromatosis en la
Displasia Fibrosa Polioestótica.

Tratamiento

Si la displasia produce deformidad o afectación severa puede realizarse tratamiento quirúrgico con fijación interna para evitar posibles fracturas, si la enfermedad sigue un curso asintomático ha de mantenerse una actitud expectante y valorar cada caso de forma individualizada.

En nuestro caso hemos optado por tratamiento conservador y vigilancia. Después de 5 años de evolución la enfermedad permanece sin cambios. Las formas monostóticas son de buen pronóstico.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



Enfermedad Periodontal

Juan José Ballester Giménez

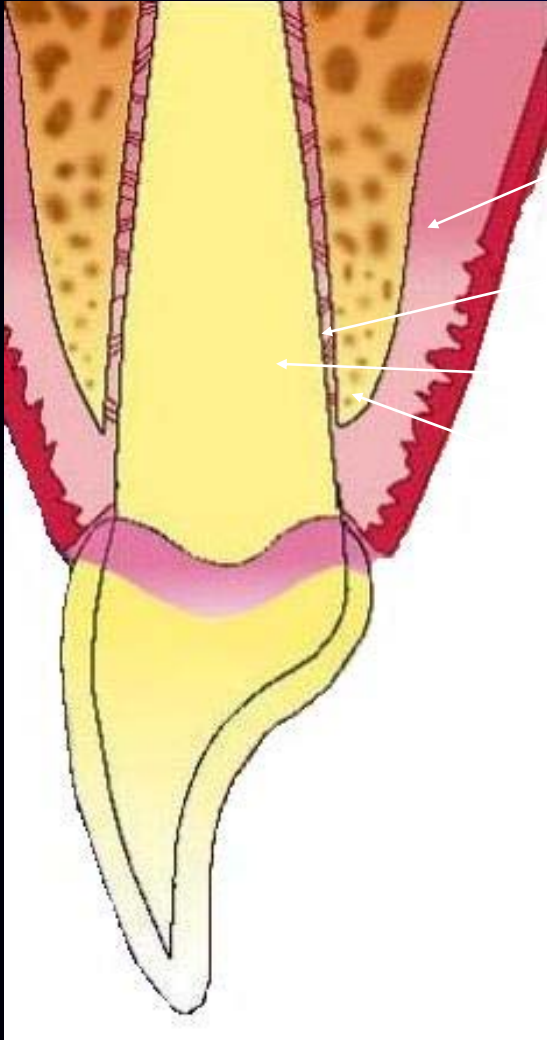
**M.I.R. CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA. ODONTÓLOGO**

PERIODONTO

Unidad DENTARIA formada por 4 elementos:

- Encía
- Ligamento Periodontal
- Cemento dentario
- Hueso alveolar

La **ENFERMEDAD PERIODONTAL** se define como el proceso inflamatorio crónico que empieza afectando a la encía y acaba por destruir todos los elementos que conforman el periodonto; ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar.



ENCÍA SANA



PERIODONTO SANO

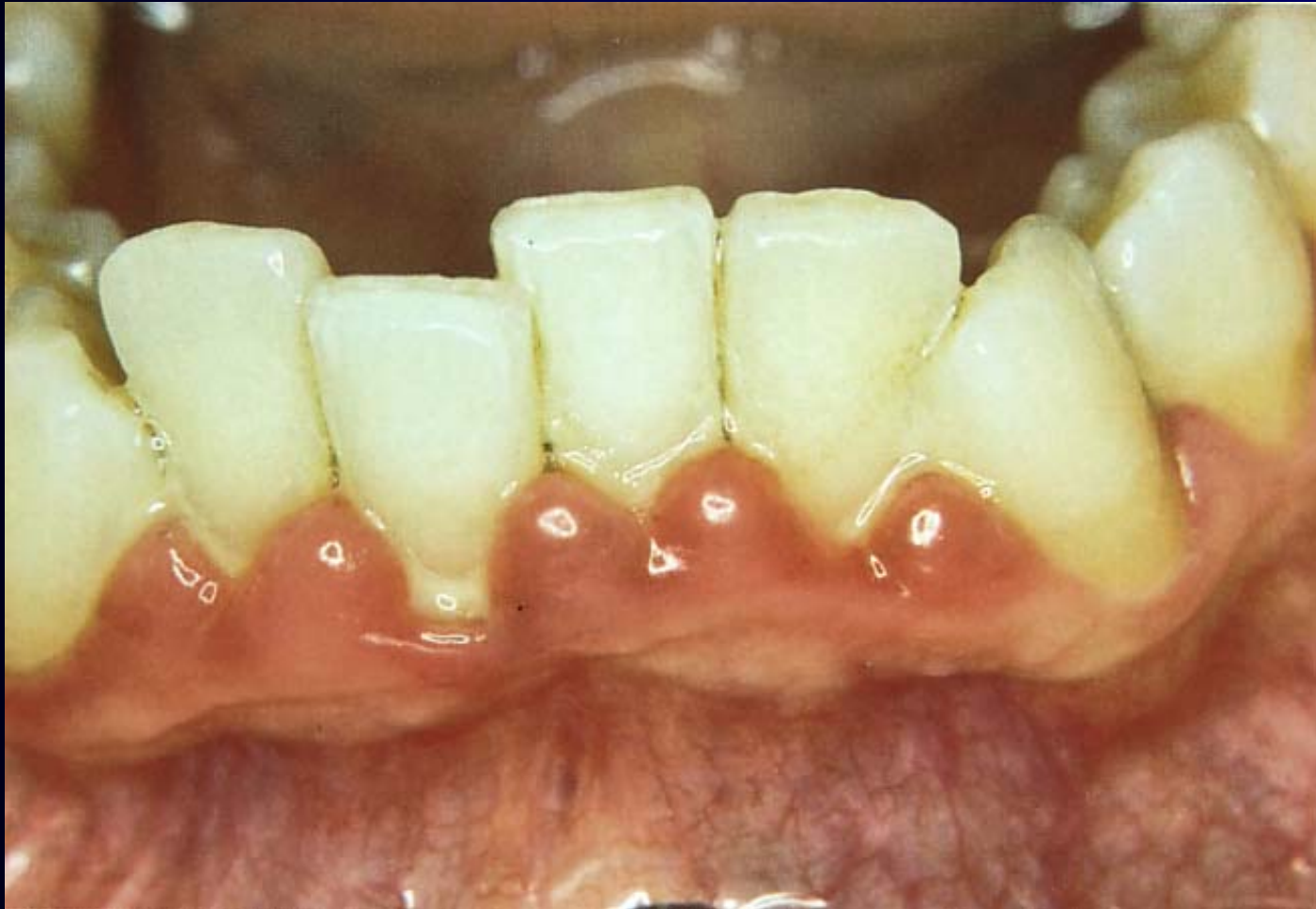


← Nivel hueso alveolar normal

Clasificación de las Enfermedades Periodontales

- **GINGIVITIS:**
 - Crecimiento Gingival Inflamatorio Crónico
 - Exceso de crecimiento gingival inducido por fármacos (Agrandamiento gingival) (No hiperplasia gingival)
 - Desarrollo y defectos de la encía adherida
- **PERIODONTITIS:**
 - PERIODONTITIS PRECOZ (inicio temprano): Prepuberal, juvenil localizada, precoz generalizada y pérdida de inserción incidental.
- **ENFERMEDAD PERIODONTAL NECROSANTE:**
 - Gingivitis necrosante, periodontitis necrosante, estomatitis necrosante.
- **ENFERMEDADES SISTÉMICAS CON TRASTORNOS PERIODONTALES:**
 - Diabetes, Sd. Down, Hipofosfatasa, déficit adherencia leucocitaria.

Gingivitis



PERIODONTITIS PRECOZ



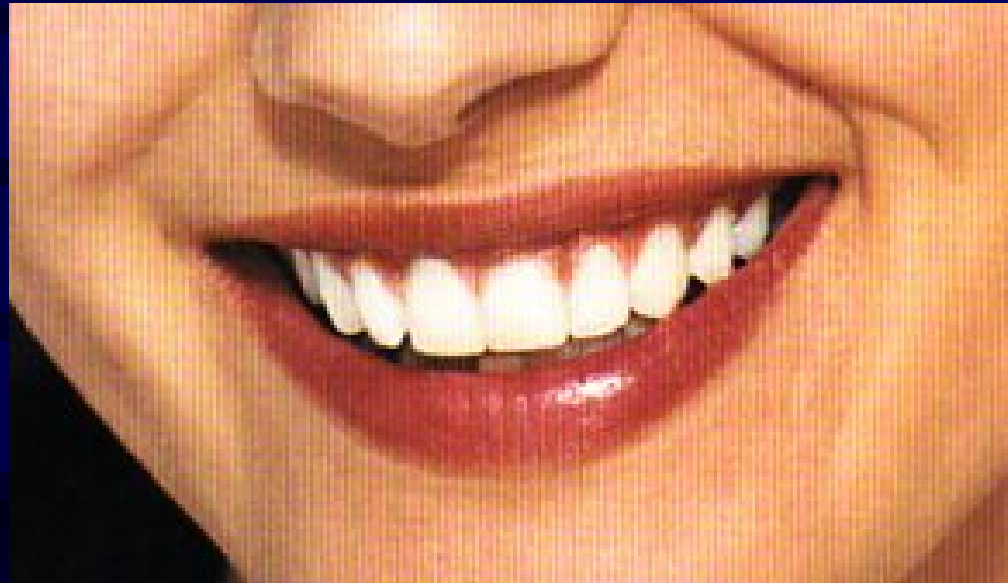
ENFERMEDAD PERIODONTAL NECROSANTE



CONCLUSIONES

- 1. La gingivitis es un proceso inflamatorio agudo de la encía libre y la encía adherida que podemos detectar en estadios precoces si visitamos al dentista al menos una vez al año.**
- 2. Podemos eliminar y controlar los factores mecánicos que la producen como la placa bacteriana y el cálculo, pero no los genéticos.**
- 3. Podemos disminuir la evolución de la enfermedad periodontal una vez instaurado el monstruo pero ya no se conseguirá la recuperación completa de la encía sana.**

GRACIAS





II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



FORMACIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE AGÓNICO, EN EL DOMICILIO, PARA EL MANEJO DE LA PALOMILLA SUBCUTÁNEA

Marta C. Agudo Rodrigo (Médico ESAD)

Rosa M. Alegre Martín (Enfermera ESAD)

Montserrat García Sanz (Psicóloga ESAD)

Carmen M. Vicente Pérez (Enfermera)

María Ángeles Peribáñez Maicas (Psicóloga)

PRINCIPIOS DE LA VIA SUBCUTÁNEA

- La velocidad de absorción es similar a la de la vía intramuscular.
- El pico de concentración plasmática se alcanza en 15-30 minutos.
- Los fármacos acuosos se absorben con mayor facilidad que los oleosos.
- En mayoría de fármacos el efecto es más rápido por vía sc que por vía oral.
- La biodisponibilidad es aproximadamente del 100%, ya que evita el metabolismo hepático.
- El volumen de fármaco a suministrar no debe de exceder en 5 ml/h, pero lo ideal es que no supere los 2 ml en bolo o los 2 ml/h en infusión continua.
- Favorece la absorción del fármaco: el masaje local y el calor local. Disminuye la absorción del fármaco: el frío local.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA VIA SUBCUTANEA RESPECTO A LA INTRAVENOSA

Ventajas:

- Técnica poco agresiva y de utilización sencilla para el profesional, la familia y el enfermo.
- Poco molesta y escasamente dolorosa.
- Permite la autonomía, confort y bienestar del paciente.
- No precisa hospitalización.
- Complicaciones con poca frecuencia.
- Evita las inyecciones frecuentes.
- La absorción es rápida.
- Útil en todo tipo de paciente.
- Vía más segura.

Desventajas:

- Volumen de administración limitado.
- Limitación en administración de fármacos, electrolitos y aditivos nutricionales.
- Reacciones locales (irritación, prurito, induración, hematoma y/o infecciones).
- Inicio del efecto del fármaco más lento que en la vía IV.

INDICACIONES PARA SU UTILIZACION

- Disfagia.
- Obstrucción intestinal.
- Náuseas y vómitos.
- Agonía.
- Debilidad severa.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Necesidad de sedar al enfermo.
- Intolerancia a los narcóticos por vía oral.
- Enfermos que requieren grandes dosis de opioides.
- Mal control de síntomas por vía oral.
- Útil en pacientes en los que es difícil la inserción de una vía venosa.
- No cumplimiento del régimen terapéutico.

SITIOS Y FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Zonas:

- Brazo
- Abdomen
- Zona pectoral (subclavia)
- Muslo (más doloroso e incómodo. Evitar en caso de incontinencia)
- Zona escapular (pacientes agitados)
- Evitar sitios edematosos, dolorosos, erosionados, endurecidos, irradiados, infectados o con infiltraciones tumorales o ulcerales.

Formas:

- Discontinua: En bolo.
- Continua: Bombas de infusión.

Las agujas:

- Palomilla 23G ó 25G
- Abocath pediátrico

Si el enfermo es caquéctico colocar la palomilla con bisel hacía abajo.

FÁRMACO	ml / amp	mg/ amp	mg / ml	Amp/env	Intervalo admon (h)
Morfina 2%	2	40	20	10	4
Morfina 1%	1	10	10	10	4
Tramadol	2	100	50	5	6
Escopolamina *	1	0,5	0,5	100	4
Escopolam. N-butilbromuro (Buscapina ®)	1	20	20	6	4-6
Midazolam (Dormicum ®)*	3	15	5	5	2-4
Levomepromacin. (Sinogan ®)	1	25	25	10	6
Haloperidol	1	5	5	5	6-24
Metoclopram (Primperam ®)	2	10	5	12	8
Ondansetron (Zofran ®) *	4	8	2	5	8
Ranitidina (Zantac ®)	5	50	10	5	8
Dexametasona (Fortecortin ®)	1	4	4	3	24
* No disponibles en oficinas de farmacia. Uso hospitalario. Ketorolaco (Toradol ®)	1	30	30	6	6-8

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.

A modo de resumen:

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.

¿Por qué es importante que conozcas como cuidador esta técnica?

- Porque es de fácil manejo.
- Porque es eficaz en control de síntomas agudos.
- Porque permite mantener al enfermo en su entorno familiar y proporcionarle el máximo confort y calidad de vida.
- Porque es importante que el cuidador sepa manejar esta técnica para conseguir juntos nuestro objetivo: el bienestar del paciente.
- Porque, al instante, puedes aliviar la necesidad y demanda de tu familiar enfermo (en un momento difícil).

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

* La colocación de la palomilla la llevará a cabo un equipo sanitario.

* Este mismo equipo hará un seguimiento del buen estado de la palomilla y de los cambios oportunos.

* Ante cualquier duda o problema se debe recurrir al personal sanitario (*ESAD* o Centro de salud).

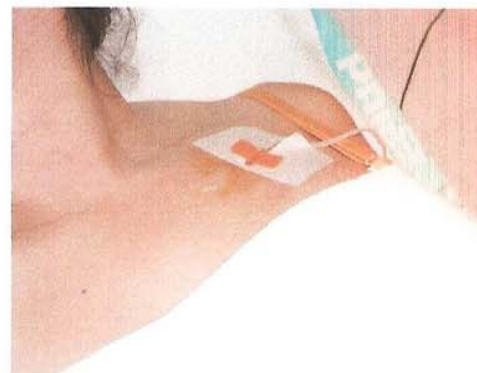
GOBIERNO DE ARAGON

salud
servicio aragonés de salud

ESAD Teruel

Marta C. Agudo Rodrigo (Médico ESAD)
Rosa M. Alegre Martín (Enfermera ESAD)
Montserrat García Sanz (Psicóloga ESAD)

MANEJO DE LA PALOMILLA SUBCUTÁNEA EN EL DOMICILIO



VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO DE LA PALOMILLA SUBCUTÁNEA:

Ventajas:

- Técnica poco agresiva y de **utilización sencilla** para el profesional, la familia y el enfermo.
- Poco molesta y **escasamente dolorosa**.
- Permite la **autonomía, confort y bienestar** del paciente.
- No precisa hospitalización.
- Complicaciones con poca frecuencia.
- **Evita las inyecciones** frecuentes.
- La absorción es rápida.
- **Útil** en todo tipo de paciente.
- Vía más **segura**.

Desventajas:

- Volumen de administración limitado.
- Limitación en administración de fármacos, electrolitos y aditivos nutricionales.
- Reacciones locales (irritación, prurito, induración, hematoma y/o infecciones).
- Inicio del efecto del fármaco más lento que en la vía IV.

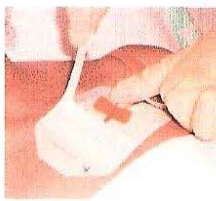
PASOS DE COLOCACIÓN:



1. **Material** necesario y limpieza de la zona.



2. **Colocación.**



3. **Cargado** de la medicación.



4. **Listo** para próxima administración.



SITIOS Y FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Zonas:

- Brazo
- Abdomen
- Zona pectoral.
- Muslo (más doloroso e incómodo. Evitar en caso de incontinencia)
- Zona escapular (pacientes agitados)
- Evitar sitios edematosos, dolorosos, erosionados, endurecidos, irradiados, infectados o con infiltraciones tumorales o ulcerales.

Formas:

- Discontinua: En bolo.
- Continua: Bombas de infusión.

Las agujas:

- Palomilla 23G ó 25G
- Abocath pediátrico

Si el enfermo es caquético colocar la palomilla con bisel hacia abajo

¿QUÉ TIENES QUE HACER COMO CUIDADOR?

Tu labor como cuidador consiste en seguir los **pasos 3 y 4** (que previamente te habrán sido **enseñados** por el personal sanitario).



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



Los pacientes geriátricos en la UCE de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco

Esteban Rodríguez, E. ; Mont Canela, A.;
Pereyra Grustán, L.; Gómez Bernal, G.;
Reboreda Amoedo, A.; Latorre Marín, J.I.

INTRODUCCIÓN

- La tercera edad es un grupo poblacional en aumento.
- Escasos trabajos analizan a esta población en una UCE de psiquiatría.

OBJETIVOS

- Conocer las características de la población geriátrica que ingresa en la UCE del hospital O.Polanco.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo retrospectivo, a partir de historias clínicas.
- Pacientes de 65 o más años de edad.
- Ingresados en 3 años (Oct-04 a Oct-07).
- N=70.
- Variables a estudiar:

Sexo, edad, días de estancia, motivo de ingreso, antecedentes psiquiátricos, antecedentes médicos, complicaciones médicas, uso de TEC, diagnóstico al alta.

RESULTADOS

- **SEXO:** 37 hombres (52,8 %). 33 mujeres (47,2 %).
- **EDAD MEDIA:** 73,3 años.
- **ESTANCIA MEDIA:** 34,42 días.
- **MOTIVO DE INGRESO:**
Alteraciones conductuales, 23 (32,8 %).
Depresión grave o resistente, 16 (22,8 %). Intento autolítico, 10 (14,2 %).
Agitación psicomotriz, 5 (7,1 %).
Agresión, 3 (4,2 %). Otros, 13 (18,5 %).

- **ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:**

Trastorno depresivo, 20 (28,5 %). Trast. mental grave (esquizofrenia, t.bipolar, t.delirante), 17 (24,2 %). Nada, 16 (22,8 %). Demencia, 8 (11,4 %). Otros, 9 (12,8 %).

- **ANTECEDENTES MÉDICOS:**

1- No conocidos: 14 (20 %). 2- Leves: 30 (42,8 %). 3- Graves: 26 (37,1 %).

- **COMPLICACIONES MÉDICAS EN INGRESO:**

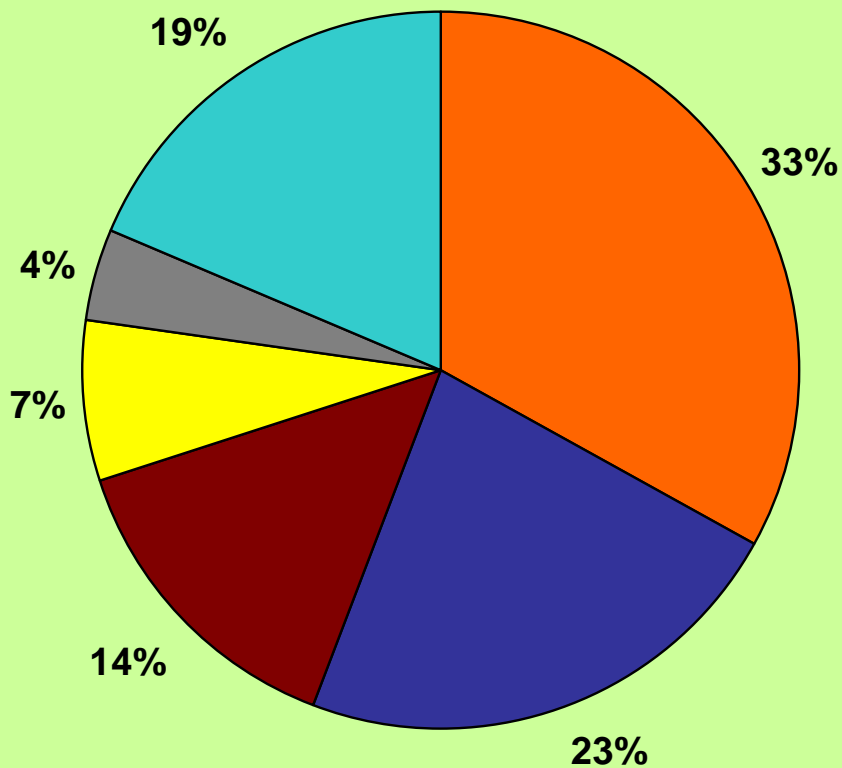
1- Nada: 46 (65,7 %). 2- Leves: 11 (15,7 %). 3- Graves: 13 (18,57 %).

- **USO DE TEC:** Sí, 10 (14,2 %). No, 60 (85,7 %).

- **DIAGNÓSTICO AL ALTA:**

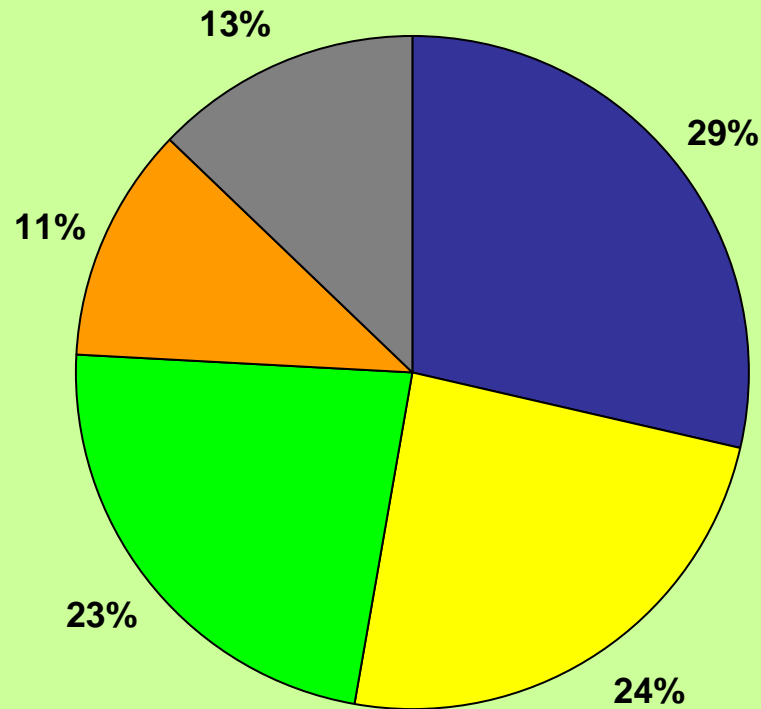
Demencia, 23 (32,8 %). Episodio depresivo, 23 (32,8 %). Esquizofrenia/tr. delirante, 10 (14,2 %). Manía/hipomanía, 6 (8,5 %). Otros, 8 (11,4 %).

Motivo de ingreso:



- Alt.conductuales
- Depresión grave o resist.
- Intento autolítico
- Agitación
- Agresión
- Otros

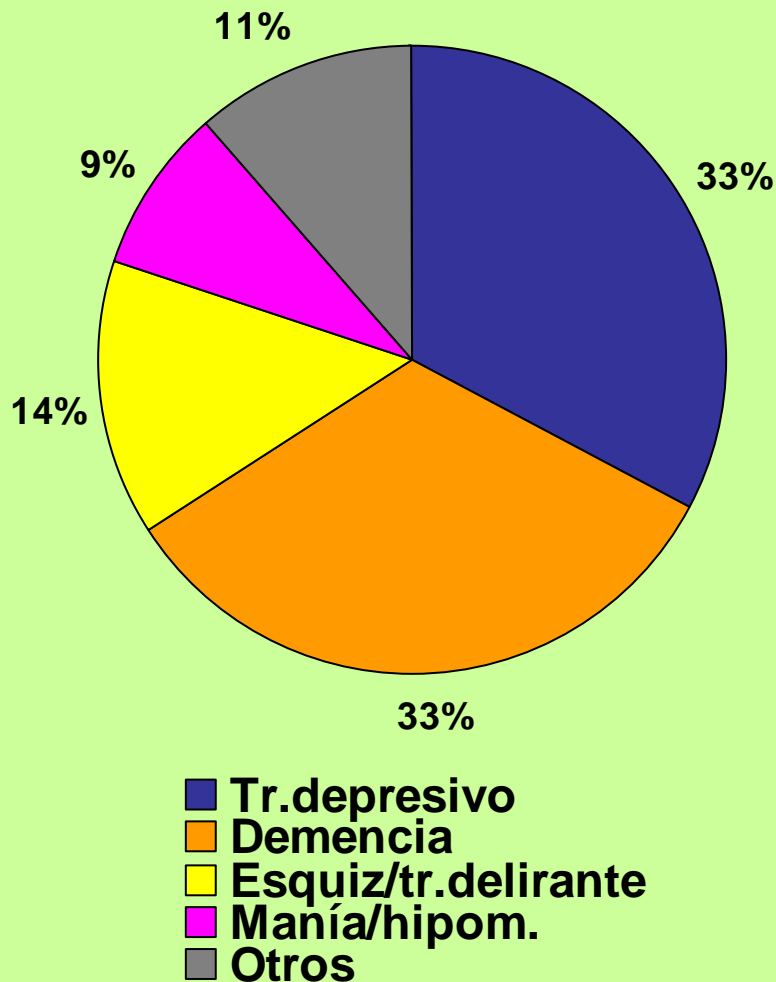
Antec.Psiquiátricos:



- Tr.depresivo
- Tr.mental grave
- Ninguno
- Demencia
- Otros

Diagnóstico al alta:

CONCLUSIONES



- Larga estancia (doble de la media).
- Principal motivo de ingreso las alt.conductuales (32,8%).
- Antec.médicos (80%); muchos tienen complicaciones méd.(34%).
- Diagnósticos más frecuentes de tr.depresivo y demencia (33%).
- Existen diferencias con otros grupos etarios.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



ESTUDIO SOBRE LA INDICACION FARMACEUTICA EN RESFRIADO

N. Sanllehí Vila*, M. Tena Ledesma¹, N. Gil Collado¹, B. Hernández Carmona¹
C. O. de Farmacéuticos de Teruel. O. De Farmacia de Puebla de Híjar, Gea de
Albarracín, Cretas.

INTRODUCCION:

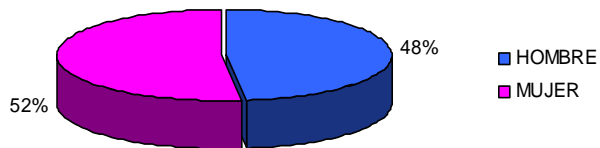
- La **INDICACIÓN** o consulta farmacéutica es la actuación profesional prestada ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué tratamiento debe adquirir, y solicita el remedio más adecuado para aliviar o resolver un problema de salud concreto, considerado autolimitado. 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:

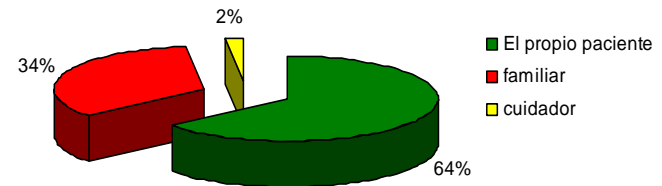
- Se trata de un estudio observacional descriptivo en el que participaron 23 oficinas de farmacia de la provincia de Teruel. Como sistema de registro se utilizaron las fichas relacionadas de Indicación fca. del BOT PLUS.
- El estudio se prolongó entre enero y marzo de 2006. Los datos fueron obtenidos de usuarios de las farmacias participantes en el estudio.

RESULTADOS:

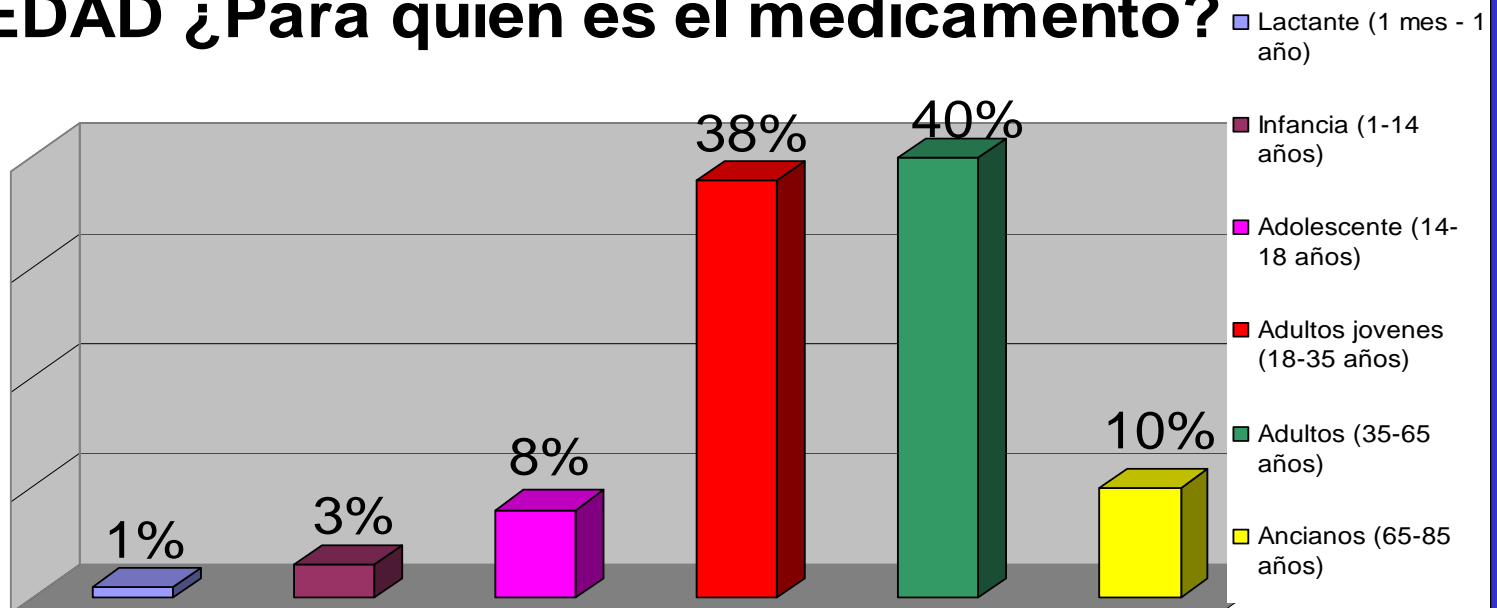
SEXO



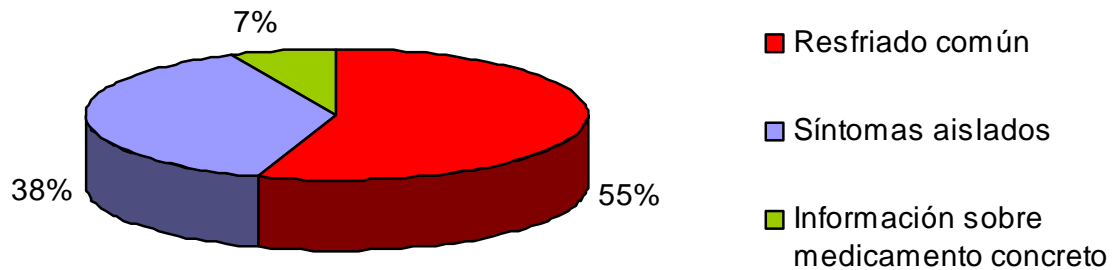
QUIEN SOLICITA LA INFORMACION?



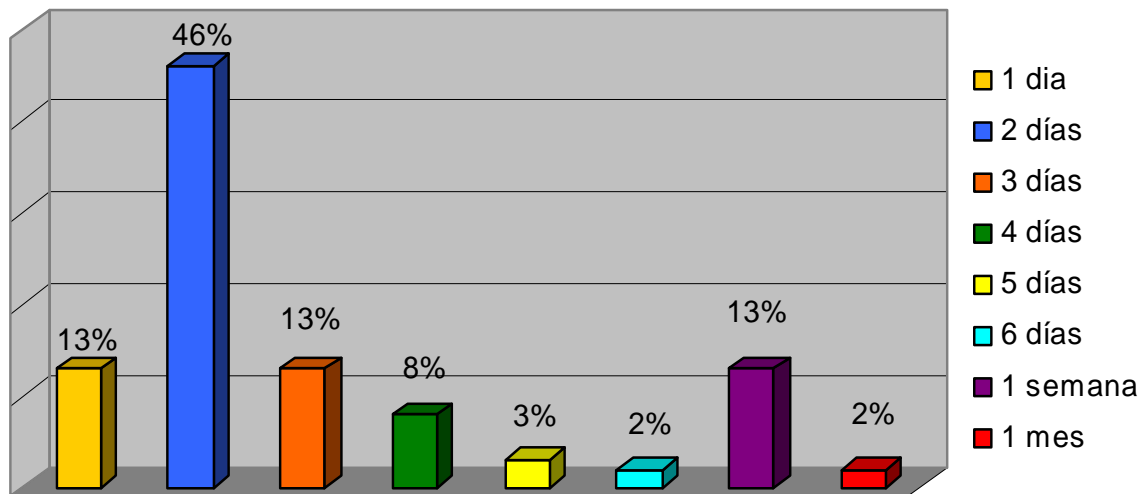
EDAD ¿Para quien es el medicamento?



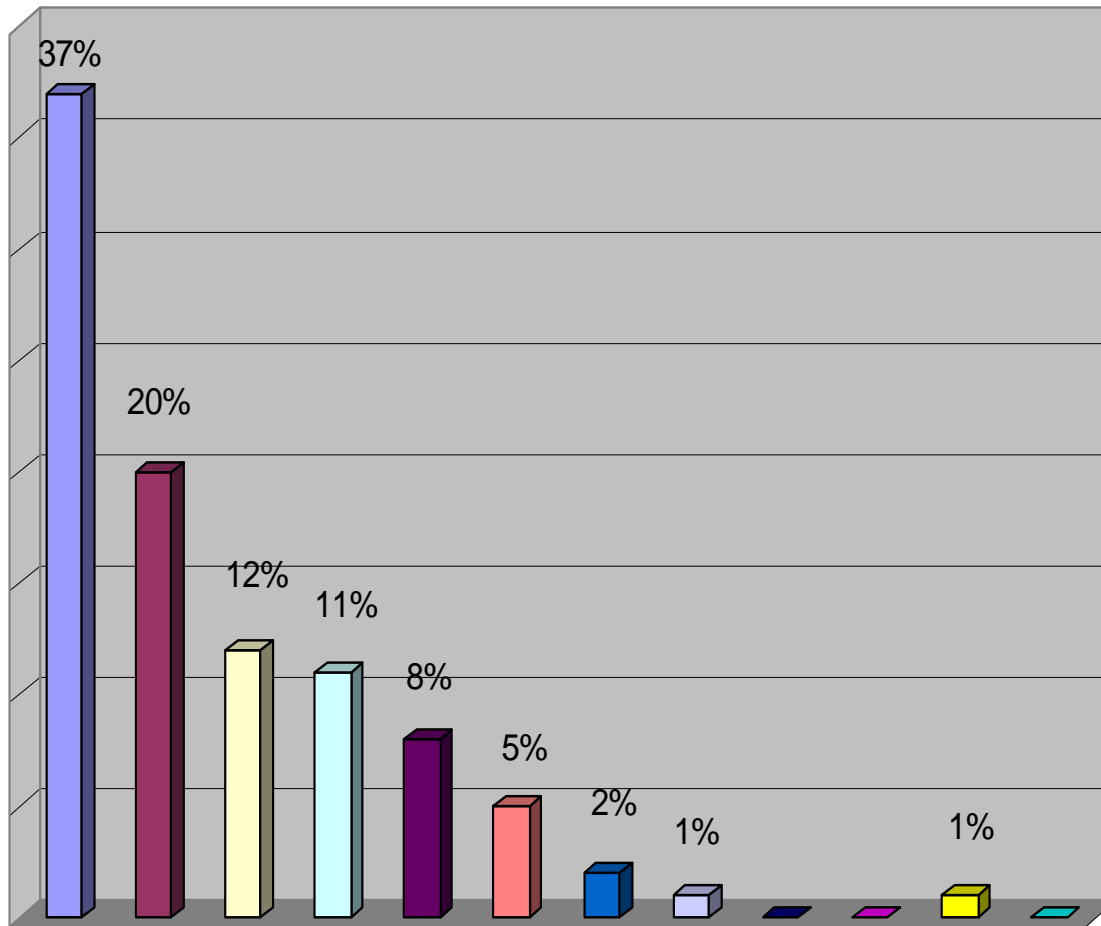
Motivo de la Indicación



DURACION DEL PROBLEMA DE SALUD



INTERVENCION DEL FARMACEUTICO



- Tratamiento farmacológico (no prescripción) con información verbal y asesoramiento.
- Tratamiento farmacológico (no prescripción) con información verbal y educación sanitaria.
- Derivar al médico o profesional sanitario sin informe.
- Recomendación de medidas conservadoras, dietéticas o físicas
- Asesoramiento sin dispensación de medicamentos.
- Tratamiento no farmacológico con información verbal y educación sanitaria.
- Tratamiento farmacológico (no prescripción) con información escrita y educación sanitaria.
- Tratamiento farmacológico (no prescripción) con información verbal y derivación a seguimiento.
- Tratamiento no farmacológico con información escrita y asesoramiento.
- Tratamiento no farmacológico con información verbal y asesoramiento.
- Tratamiento farmacológico (no prescripción) con información escrita y asesoramiento.

CONCLUSIONES:

- Respecto a los solicitantes de la Indicación en este caso (resfriado común):
 - ♠ En la mayoría de ocasiones es el propio paciente quien solicita consejo (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% preguntan acerca de un medicamento concreto
75% piden “que me puede dar para” síntomas o resfriado
- Duración del problema referido por el paciente cuando acude a la farmacia es de 1-3 días en el 72% de los casos.
- 8% de las personas que solicitaban la indicación referían algún proceso crónico: hipertensión, diabetes, asma ...
- Intervención del farmacéutico: Tratamiento farmacológico con EFP: 60%
Tratamiento no farmacológico con información: 5%
Asesoramiento sin dispensación de medicamentos: 8%
Derivación al médico: 12%
Otros:15%
- El farmacéutico comunitario es un profesional sanitario muy accesible formado y capacitado para resolver problemas de salud menores y autolimitados.



II JORNADAS CIENTÍFICAS HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL



EXTRUSIÓN PATELA PROTÉSICA

**Espallargas Doñate M.T., Ballester Giménez J.J.,
Martín Hernández C.,
Castro Sauras A.**

**Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital General Obispo Polanco. Teruel.**

INTRODUCCIÓN

- Las complicaciones relacionadas con el componente patelar son una causa muy frecuente de problemas tras la realización de una artroplastia total de rodilla.
- Sin embargo, las fracturas rotulianas producidas en el contexto de una prótesis de rodilla constituyen una complicación poco frecuente, encontrándose entre un 0,5% y 3,5% de los casos según autores(1,5).

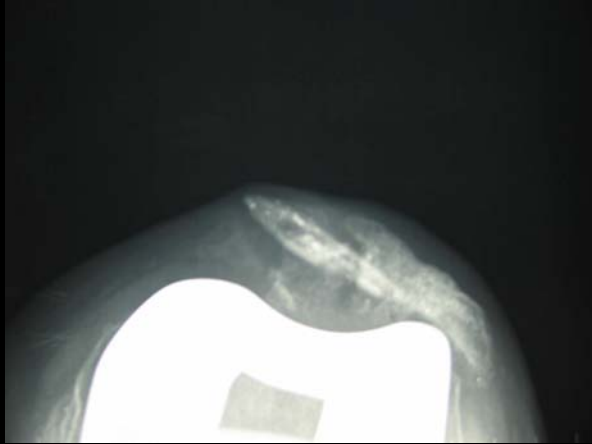
CASO CLÍNICO

Varón de 76 años portador de prótesis total de rodilla híbrida por gonartrosis. Cinco años después de la intervención, tras una evolución sin complicaciones, sufre traumatismo indirecto, por mecanismo de flexo-extensión repetido, elevando un peso de 12 kg.(su nieto), desarrollando cuadro de dolor, impotencia funcional y hemartros. En la radiografía simple se apreció fractura longitudinal de rótula no desplazada. Inicialmente se realizó tratamiento conservador mediante artrocentesis, analgesia y crioterapia con mejoría de su sintomatología. En los meses sucesivos, apareció progresivamente un bultoma subcutáneo por lo que se realizó estudio radiológico apreciándose una extrusión completa del componente patelar de polietileno. Se procedió a la extirpación quirúrgica del mismo. Dos años más tarde el paciente se encuentra asintomático con movilidad completa y sin pérdida de fuerza subjetiva con respecto a la situación previa a la lesión.

Imagen rodilla derecha



Estudio radiográfico



TRATAMIENTO

Se optó por realizar la exéresis quirúrgica del componente patelar y no sustituirlo por otro.



DISCUSIÓN

En nuestro paciente, el tratamiento ortopédico derivó en la extrusión del polietileno rotuliano, sin embargo, su posterior extirpación simple sin nuevo recubrimiento permitió un resultado satisfactorio. Si bien se trata de un único caso, de nuevo surge la controversia sobre si es necesario o no el recubrimiento de patela. Por un lado, existen estudios que demuestran que no hay diferencias significativas en relación con la situación clínica y funcional, satisfacción del paciente, presencia de síndrome femoropatelar y controles radiológicos posteriores

BIBLIOGRAFÍA

1. **Brick GW, Scott RD. The patellofemoral component of total knee arthroplasty. Clin Orthop 1988; 231:163.**
2. **Burnett RS, Haydon CM, Rorabeck CH, Bourne RB. Patella resurfacing versus nonresurfacing in total knee arthroplasty: results of a randomized controlled clinical trial at a minimum of 10 years' followup. Clin Orthop Relat Res. 2004 Nov;(428):12-25.**
3. **Goldberg VM, Figgie HE, Inglis AE, et al. Patellar fracture type and prognosis in condylar total knee arthroplasty. Clin Orthop 1988; 236:72.**
4. **Keating EM, Haas G, Meding JB. Patella fracture after post total knee replacements. Clin Orthop Relat Res. 2003 Nov;(416):93-7.**
5. **Ritter MA, Pierce MJ, Zhou H, Meding JB. Patellar complications (total knee arthroplasty). Clin Orthop 1999; 367:149.**
6. **Waters TS, Bentley G. Patellar resurfacing in total knee arthroplasty. A prospective, randomized study. J Bone Joint Surg Am. 2003 Feb; 85-A(2): 212-7.**