

**Hospital General Obispo Polanco**  
**Servicio Aragonés de Salud**  
**Teruel**

**I JORNADAS CIENTÍFICAS**

**2006**  
**(1ª Edición)**

## Índice 1. Comunicaciones Orales y Pósters

<i>¿Existe asociación causal entre el consumo de cannabis y la psicosis?</i>	5
<i>Importancia de la movilización precoz tras la artoplastia total de cadera y rodilla</i>	6
<i>Spondilodiscitis vertebral con absceso en psoas, a propósito de un caso.</i>	7
<i>Inmunoterapia con veneno de himenopteros experiencia en la unidad de alergología del hospital obispo polanco</i>	8
<i>Bloqueo aurículo-ventricular como efecto secundario de la rivastigmina</i>	9
<i>Crecimiento extraño en la cabeza a propósito de un caso</i>	10
<i>Síndrome de Wunderlich como forma de presentación de angiomiolipoma renal izquierdo.</i>	11
<i>Psiquiatría de enlace: estudio observacional en el Hospital Obispo Polanco de Teruel de dos años de duración.</i>	12
<i>La evitación en la esquizofrenia y el trastorno bipolar.</i>	13
<i>Los recién nacidos en nidos: también existen. presentación de la nueva historia del recién nacido.</i>	14
<i>Hematoma espontáneo retroperitoneal en paciente anciano tratado con heparinas de bajo peso molecular.</i>	15
<i>Las complicaciones de la enfermedad diverticular colónica: un caso excepcional de fistula sigmoidovaginal.</i>	16
<i>Perfil del usuario del centro de salud mental de teruel.</i>	17
<i>Trombosis venosa axilar secundaria a linfadenitis tuberculosa</i>	18
<i>Profilaxis de la neurotoxicidad periférica en la administración del oxaliplatino</i>	19
<i>Control de la odinofagia postquimio-radioterapia con fentanilo oral transmucosa.</i>	20
<i>Características clínicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca diastólica del Servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel.</i>	21
<i>Programa de prevención para el cáncer colorectal en población de alto riesgo de Teruel</i>	22
<i>Las visitas en el Hospital Obispo Polanco: opinión de los profesionales</i>	23
<i>Las visitas en el Hospital Obispo Polanco: opinión de los pacientes.</i>	24
<i>Estudio comparativo del control del tratamiento anticoagulante oral (tao) entre muestras venosas y capilares.</i>	25
<i>Idoneidad en las indicaciones de endoscopia digestiva</i>	26
<i>Enfermedad celiaca en el lactante</i>	27
<i>Ecografía endorrectal: nuestra experiencia</i>	28
<i>Plan funcional UCE Psiquiatría Hospital Obispo Polanco</i>	29
<i>Píldora Postcoital: perfil de la solicitante en urgencias del Centro de Salud Teruel Urbano.</i>	30
<i>Diagnóstico diferencial en la hernia inguinal: lipoma escrotal gigante</i>	31

<i>Metástasis axilar de melanoma ocular</i>	32
<i>Vesicula biliar bilobulada.</i>	33
<i>Técnica para la realización de cirugía laparoscópica ginecológica en la coneja , utilizada como modelo experimental.</i>	34
<i>Técnica para la realización de una histerectomía total con anexectomía bilateral en la coneja , utilizada como modelo experimental.</i>	35
<i>Trombopenia severa secundaria al uso de tirofiban. a propósito de un caso</i>	36
<i>La antiagregación plaquetaria incrementa los requerimientos de eritropoyetina en pacientes en hemodialisis.</i>	37
<i>Melanoma del canal anal</i>	38
<i>Al otro lado del cristal</i>	39
<i>¿Peques con dolor?, no gracias</i>	40
<i>Estudio de prevalencia de síndromes geriátricos según el género en pacientes atendidos en una consulta de geriatría.</i>	41
<i>La valoración del dolor. punto de partida para su manejo y control</i>	42
<i>Déficit de vitamina B12 y manía, a propósito de un caso</i>	43
<i>Carcinogénesis y fármacos neurolépticos:</i>	44
<i>La unidad de media estancia en psiquiatría: un programa de rehabilitación intensiva en régimen intrahospitalario.</i>	45
<i>Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental, Sector Teruel.</i>	46
<i>Valoración del estado nutricional de los ancianos en la provincia de Teruel. 3<sup>er</sup> plan de educación nutricional por el farmacéutico: educación nutricional a las personas mayores (Plenufar III)</i>	47
<i>Alveolitis alérgica extrínseca (AAE) en un protésico dental.</i>	48
<i>Enfermedad de Kawasaki: nuestra experiencia en los últimos 2 años.</i>	49
<i>Evaluación del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Obispo Polanco de Teruel</i>	50
<i>Intervención social en la uce psiquiatría, una labor conjunta</i>	51
<i>Perfil del paciente psiquiátrico valorado por la unidad de trabajo social</i>	52
<i>El cuidador principal del paciente con demencia: perfil, sobrecarga, necesidades y demandas.</i>	53
<i>Apósitos de plata nanocrystalina: utilización en heridas contaminadas/infectadas de etiologías diferentes</i>	54
<i>Apósitos de plata nanocrystalina en fijadores externos: a propósito de un caso</i>	55
<i>Perfil del paciente con demencia que acude a la ccee de geriatría</i>	56
<i>Sueño pluripatología y ancianos. importancia de la neurofisiología clínica</i>	57
<i>Causas no quirúrgicas de neumoperitoneo. a propósito de un caso.</i>	58

<i>Registro de datos del área de observación de urgencias del Hospital “Obispo Polanco” de Teruel</i>	<b>59</b>
<i>El recuerdo de cita y la concienciación del paciente ayudan a optimizar la actividad en consultas externas</i>	<b>60</b>
<i>Seguridad del salbutamol inhalado en el test broncodilatador de la espirometría.</i>	<b>61</b>
<i>Mejorando la calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave.</i>	<b>62</b>

## **Índice de ponencias**

<i>Abordaje en el paciente terminal: confort . Carmen M<sup>a</sup> Vicente Pérez. Enfermera. Hospital. San José, Teruel.</i>	<b>63</b>
<i>La alimentación en el paciente terminal . Paloma González García Geriatra. Hospital. San José, Teruel.</i>	<b>67</b>
<i>Analgesia en el paciente terminal. Beatriz. Fuertes de Gilbert Rivera. Geriatra. Hospital. San José, Teruel. y Rafael. López Gutiérrez. Neurofisiólogo clínico. clínica Maz, Teruel.</i>	<b>71</b>
<i>Deshabitación tabáquica . Carlos Izquierdo Clemente. Coordinador Médico C.S. Teruel Urbano</i>	<b>75</b>
<i>Patología respiratoria asociada al tabaquismo pasivo. José Eugenio Alonso Muñoz. Neumólogo. Hospital Universitario Miguel Servet</i>	<b>76</b>
<i>Patología respiratoria asociada al tabaquismo activo . José Manuel Gascón Pelegrín. Neumólogo. Hospital Universitario Miguel Servet</i>	<b>78</b>

## ¿EXISTE ASOCIACIÓN CAUSAL ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y LA PSICOSIS?

Esteban Rodríguez E.\*, Mont Canela A.\*\* , Moles Arcos B.\*\*\* , Gómez Bernal G.\*\*\* ,  
Fernández Milián C.\*\*\*

MIR R3 de psiquiatría de Teruel. \*\* MIR R2 de psiquiatría de Teruel. \*\*\* Psiquiatras  
adjuntos del área de salud mental de Teruel. Hospital Obispo Polanco y Hospital  
Psiquiátrico San Juan de Dios. Teruel

UCE psiquiatría. Hospital Obispo Polanco,

**Introducción:** El consumo de cannabis está ampliamente extendido en la sociedad actual, sin estar esclarecida su implicación en el desarrollo de clínica psicótica. Existe controversia sobre el diagnóstico de la psicosis cannábica como entidad propia, pero quienes apoyan su existencia lo describen como un cuadro clínico caracterizado por: Trastorno psicótico prolongado que se da en grandes consumidores de cannabis, con escasa frecuencia, y psicopatología clínica característica, cuya etiopatogenia se explicaría por sensibilización al cannabis.

**Objetivos:** Aportar información sobre la entidad clínica de la psicosis cannábica.

**Método y resultados:** Exponemos el caso clínico de un paciente diagnosticado de psicosis cannábica, contrastado con información bibliográfica sobre este cuadro.

**Conclusiones:** Se ha demostrado que el cannabis afecta al sistema dopaminérgico, implicado en el desarrollo de síntomas psicóticos. Sin embargo, no está clara la existencia de una psicosis cannábica como entidad propia, ya que existen opiniones contradictorias sobre este tema. Así pues, mientras no dispongamos de más estudios que confirmen una u otra opción, nos mantendremos en la incógnita a cerca de este diagnóstico.

### **Bibliografía:**

Núñez Domínguez LA. La situación actual de la psicosis cannábica. Trastornos Adictivos 2002; 4(3):151-156.

Fergusson DM, Poulton R, Smith PF, Boden JM. Cannabis and psychosis. BMJ2006; 332:172-6.

Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. BMJ2002; 325:1212-3.

# IMPORTANCIA DE LA MOVILIZACIÓN PRECOZ TRAS LA ARTOPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Ana María Villalta Martín; Ana Pilar Pérez Lafuente; Ana Belén Martín Serón

Unidad de Enfermería. Servicio de Traumatología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** Debido a la existencia de un elevado número de población anciana, entre los cuales son frecuentes tanto las caídas como la artrosis, nos encontramos con una alta incidencia en los casos de artroplastia de cadera y rodilla.

Es por ello, que pretendemos mostrar la importancia de iniciar una movilización temprana en ambos casos, para obtener un mayor rendimiento y eficacia de la cirugía.

**Metodología:** El trabajo lo centraremos en los casos de PTR y PTC, mediante la observación y seguimiento directo de la evolución de los pacientes tratados en la Unidad de Traumatología. En la comunicación se detallará el método de trabajo utilizado en nuestra Unidad en cuanto a movilización precoz.

**Resultados:** Se ha observado que, los pacientes con una movilización precoz obtienen un máximo aprovechamiento de la cirugía y una mayor autonomía. Por otro lado, en los pacientes que por causas secundarias retrasan la movilización no se observan resultados tan óptimos.

**Conclusiones:** Movilización precoz igual a:

- mejores resultados de la cirugía.
- disminución de estancias hospitalarias.
- disminución de riesgos de infecciones.
- autonomía temprana del paciente.

## ESPONDILODISCITIS VERTEBRAL CON ABSCESO EN PSOAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pérez Vázquez, Gloria (1); García Aragón, Luis (1); Fernández Alamán, Amalia Inmaculada (1); Espallargas Doñate, Teresa (2); Roncal Boj, José Carlos (2); Sáncnez Santos, Pedro José (3); Gracia Sánchez, Pilar (1).

(1) Servicio Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

(2) Servicio Traumatología, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

(3) Servicio Radiología, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

**Introducción:** La espondilodiscitis u osteomielitis vertebral representa el 2-7 % de todos los casos de infecciones óseas, siendo su incidencia mayor entre los 60 y 70 años. La vía de infección más frecuente es la hematógena (microabscesos en la zona del cartílago subcondral o por vía retrógrada por infección genitourinaria previa), o por contigüidad (como absceso del psoas, que a diferencia de la vía hematógena suele ser polimicrobiana). El germen aislado en un 80-90% es el *Staphylococcus aureus*, seguido por los gramnegativos vinculados a infecciones genitourinarias.

La espondilodiscitis constituye una enfermedad de difícil diagnóstico ya que su principal manifestación clínica es el dolor dorsolumbar, del cual sólo el 0,01% corresponderán a espondilodiscitis.

Los estudios radiográficos y tomográficos (TC) presentan manifestaciones tardías, siendo la resonancia magnética (RM) el estudio de primer orden, pero de mayor coste y menor accesibilidad.

Los signos de alarma en pacientes con dolor dorsolumbar son: mayor de 50 años, fiebre, repercusión general, inmunosupresión (tratamiento inmunosupresor, VIH, diálisis), diabetes mellitus, alcoholismo, dolor de más de cuatro a seis semanas que no responde a tratamiento convencional, traumatismo local, infección concomitante.

**Caso clínico:** Paciente de 61 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que es remitido por Servicio de Urgencias a consultas externas del Servicio de Traumatología por ciatalgia derecha que no cede con tratamiento analgésico adecuado.

En el estudio hematológico se objetivó leucocitosis con neutrofilia, sin afectación de otras series hematológicas. En el estudio bioquímico se objetivaron hiperglucemias aisladas en ayunas, sin afectación de la funcionalidad renal o hepática.

El paciente presentó durante el ingreso fiebre que fue controlada empíricamente con tobramicina y piperacilina-tazobactam, control glucémico con insulino terapia y analgesia para control del dolor.

Ante el hallazgo radiológico en TC lumbar de lesión lítica en cuerpo vertebral de L3 compatible con origen neoplásico se solicita TC abdominal con contraste para estudio de extensión, con resultado de una masa de tejido blando predominantemente hipodensa que produce osteolisis del cuerpo vertebral, pedículo derecho y apófisis transversa de L3, atravesando por encima el espacio discal L2-L3. En plano transversal tiene expansión prevertebral, epidural anterior y paravertebral bilateral, mayor hacia el lado derecho (10-12 cm de diámetro), propagándose inferiormente a distancia dentro de la vaina del psoas derecho hasta la región inguinal de este lado.

El cuadro radiológico global sugiere una lesión agresiva de origen inflamatorio accesible a punción diagnóstica por lo que es remitido a la Unidad de Columna del Hospital Miguel Servet para drenaje del mismo.

## INMUNOTERAPIA CON VENENO DE HIMENOPTEROS EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE ALERGOLOGÍA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Josefa Teruel Rubira, Manuela Brusel Escusa, M<sup>a</sup> Pilar Muñoz Pamplona, Felicitas Villas Martínez.

Unidad de Alergia. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** Se realizó estudio retrospectivo (años 2000-2005), de los pacientes tratados con Inmunoterapia a veneno de himenópteros, con objeto de valorar la tolerancia y efectividad del tratamiento con estas vacunas.

**Metodología:** Se revisaron las historias clínicas de 47 pacientes diagnosticados de alergia a veneno de himenópteros que recibieron tratamiento con Inmunoterapia en nuestra unidad en el período de 6 años (2000-2006).

Se valora edad, sexo, tipos de venenos, tipo de clínica tras la picadura, reacciones adversas a la inmunoterapia, reacciones tras repicaduras accidentales y comparación de valores de pruebas cutáneas ( intradermorreacciones de concentraciones crecientes desde 0,0001 hasta 1 microg) y analíticas (IgE específica en KU) al inicio y al finalizar el período de vacunación (5 años).

**Resultados:** Se estudiaron 47 pacientes, 36 hombres y 11 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 73 años (edad media 46). La clínica previa fue en 39 casos de anafilaxia y en 8 de urticaria-angioedema. Se vacunaron 27 de veneno de abeja y 20 de veneno de avispa (17 vespula y 3 Polistes). Actualmente siguen vacunándose 10 de abeja y 9 de avispa. Se administraron 4148 dosis subcutáneas. Se produjeron 2 reacciones sistémicas leves y 1 moderada (del mismo paciente) y 90 locales (2,7 %).

Las reacciones sistémicas se solucionaron con cambio de vacuna ( manteniendo dosis máxima). 14 pacientes sufrieron picaduras posteriores sin presentar reacción. Se observó reducción en 120% en la positividad de las pruebas cutáneas de veneno de abeja y 131% en las de avispa y en analítica reducción 12,32 % en valores de IgE específica (KU) al finalizar el período de vacunación.

**Conclusión:** El veneno al que se vacunó con mayor frecuencia es el de abeja y de las avispas, del género Vespula. Tras el análisis de los datos observamos una buena tolerancia y seguridad en las pautas de vacunación. Comprobamos la efectividad del tratamiento por reducciones de Ac IgE específicos medidos por pruebas cutáneas y analítica, y por la tolerancia en repicaduras posteriores accidentales (100% de los pacientes que la han sufrido).

## BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMO EFECTO SECUNDARIO DE LA RIVASTIGMINA

Dr. Behrouz Fatahi Bandpey; Dr. Fernando Galve Royo

Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Caso clínico** : Paciente de 78 años con enfermedad de Alzheimer grado III, con trastorno motor de la marcha en los últimos meses. En tratamiento con Rivastigmina.

Ingresa en el Servicio de Cardiología para valoración de bradiarritmia detectada por su médico de cabecera. En ECG al ingreso se objetiva BAV de 2º grado y bradicardia a 31 lpm. Ante la falta de sintomatología, se decide no implantar marcapasos definitivo. Tras ser valorado por Neurología, se decide suspender la rivastigmina ( Exelon), ante la sospecha de que el BAV sea un efecto secundario poco frecuente de este fármaco.

En el ECG realizado al mes del alta del paciente, se aprecia la desaparición del BAV.

**Rivastigmina** (Exelon<sup>®</sup>, Prometax<sup>®</sup>): es un colinérgico de tipo carbamato indicado en el tratamiento sintomático de la Enfermedad de Alzheimer ( formas leves a moderadas). Como efectos secundarios raros se han descrito bradicardia, bloqueo sino-auricular y auriculo-ventricular.

**Bloqueo aurículo-ventricular de 2º grado:** algunas ondas P son conducidas y otras se bloquean. Son de 3 tipos: tipo I o Wenckebach (alargamiento progresivo del intervalo PR hasta que una onda P no se conduce), tipo II o Mobitz –como en nuestro caso clínico-(no se produce alargamiento del intervalo PR antes de que se bloquee la onda P) y tipo III (en algunos casos se produce el bloqueo de una de cada 2 ondas P- una se bloquea, y otra se conduce, lo que se denomina bloqueo 2:1).

## CRECIMIENTO EXTRAÑO EN LA CABEZA A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Miguel de los Santos Juanes Arlandis (1), Juan Jose Ballester Gimenez (2)  
Raquel Morales Herrera (3), M<sup>a</sup> Dolores Yago Escusa (3)  
Jesús Angel Martínez Burgui (1), Jose Adolfo Blanco Llorca (2)

1.-Servicio de Urgencias, 2.-Servicio Traumatología, 3.- Servicio Radiología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

En el caso que describimos queremos destacar los diferentes “hallazgos” que se pueden ver en los Servicios de Urgencias, que sin ser patologías urgentes son muy raras de ver en la sociedad actual.

La sorpresa que los médicos de Urgencias pueden tener cuando al entrar un paciente tiene un crecimiento que simula al “Unicornio”.

### **Caso clínico:**

Antecedentes personales: varón de 97 años con ACVA hace 6 años en tratamiento con AAS y Loracepan. Sin más antecedentes de interés.

Acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de gastroenteritis y ACxFA autolimitado en el Servicio de Urgencias por lo que se dio de alta. A los 3 días acudió de nuevo con un cuadro de dolor en epigastrio por lo que ingresó en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de IAM no Q e insuficiencia cardiaca 2<sup>a</sup>. Como diagnóstico casual se apreció una Enfermedad de Paget. Durante el ingreso tuvo un episodio confusional agudo con broncoaspiración y posterior éxitus.

En el Servicio de Urgencias se apreció un crecimiento en la zona frontal del paciente. El paciente refiere que sufrió un traumatismo hace 30 años en dicha zona y desde entonces se ha ido produciendo un crecimiento paulatino hasta que actualmente se aprecia un “cuerno” duro de unos 10x4x2 cm dando una imagen similar a un “unicornio”. El paciente refiere que como no le dolía, y su médico le comento que no era maligno, decidió dejarlo crecer.

Radiológicamente se diagnostica como: calcificación de partes blandas en región frontal, de morfología irregular, mal definida y de aspecto punteado, apreciando leve reacción perióstica en el hueso frontal adyacente. No teniendo nada que ver con su Enfermedad de Paget.

## SINDROME DE WÜNDERLICH COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL IZQUIERDO.

Elisa Isabel Aracil León, Amalia Inmaculada Fernández Alamán, Fanny Mercedes Jácome Piedra

Medicina de Familia y Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** Patología infrecuente y de etiología diversa, el hematoma perirrenal espontáneo tiene como causas más frecuentes las neoplasias y las alteraciones vasculares. Clínicamente cursa con dolor, hematuria y en algunos casos con alteraciones hemodinámicas.

**Caso clínico:** Varón de 48 años, sin Antecedentes Personales de interés, atendido en el Servicio de Urgencias por dolor intenso en hemiabdomen izquierdo con irradiación hacia fosa lumbar del mismo lado de, aproximadamente, una hora de evolución. A la Exploración presenta mal estado general, apreciándose palidez cutáneo-mucosa y sudoración profusa. Puntos renoureterales izquierdos ++++. Se aprecia resistencia muscular a nivel hemiabdominal izquierdo. Parámetros hematológicos dentro de la normalidad. Función renal normal. El examen cualitativo de orina muestra hematuria microscópica. Radiografía de abdomen simple con borramiento de la línea del psoas izquierdo. Ecografía: gran imagen expansiva retroperitoneal izquierda alta de límites mal definidos (10 a 12 cm. de diámetro), en la que predomina el componente hiperecogénico, compatible con hemorragia retroperitoneal. TC abdomino-pélvico: riñón izquierdo desplazado anteriormente por hematoma apreciándose un proceso expansivo de naturaleza grasa predominante, con tractos densos de atenuación de partes blandas en su interior que se origina periféricamente en la cara posterior renal y que mide 8.5x7 cm.

Diagnosticado de Síndrome de Wunderlich izquierdo, el paciente ingresa en el Servicio de Urología apareciendo un descenso progresivo del hematocrito durante su estancia, con lo que se procede a intervención quirúrgica de urgencia con nefrectomía izquierda hemostática. Anatomía Patológica: angiomiolipoma. Un 25% de los casos de angiomiolipoma puede presentarse como ruptura espontánea y hemorragia retroperitoneal, como en el caso que nos ocupa.

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL DE DOS AÑOS DE DURACIÓN.

Anna Mont Canela, Eugenia Esteban Rodríguez, Bárbara Moles Arcos, Concepción Fernández Milián, Julio Plané Asiaín, José Ignacio Latorre Marín.

UCE Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** En junio de 2004 se abrió la UCE de Psiquiatría en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, por lo que encontramos pocos trabajos referentes a dicho servicio. En este estudio intentaremos aportar información acerca de la psiquiatría de enlace durante sus dos primeros años de funcionamiento.

**Metodología:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo basado en las interconsultas realizadas desde el servicio de psiquiatría desde junio del 2004 hasta mayo del 2006. La muestra del estudio consta de 242 hojas de interconsulta donde se han usado unos criterios de exclusión (edad menor de 18 años y el desconocimiento de alguna de las variables a estudiar). Las variables de nuestro estudio son: características socio-demográficas de los pacientes (edad, sexo), servicios demandantes de las colaboraciones y diagnósticos psiquiátricos realizados.

**Resultados:** De las 242 hojas de interconsulta el 63 % (152) respondían a varones y el 37 % (90) a mujeres. En ambos grupos se observa un predominio de pacientes con edad igual o superior a 71 años (50%). El departamento que con mayor frecuencia solicitó una interconsulta fue medicina interna con un 50 % (122 hojas de interconsulta) seguidos por los servicios de cirugía y traumatología (con un 10% cada uno). En el servicio de medicina interna la interconsulta más frecuente fue referente a pacientes con edad superior o igual a 71 años. Respecto a los diagnósticos, el más observado es el trastorno adaptivo (sin apreciarse diferencias entre ambos sexos) con un 29%, y el segundo el delirium con el 19%.

**Conclusiones:** Encontramos más interconsultas referentes a varones que a mujeres, el servicio que solicitó interconsulta con más frecuencia es medicina interna (lógico dado que se trata de un hospital general donde dicho servicio abarca un cuarto de las camas), y el diagnóstico más encontrado, al igual que en la mayoría de estudios, es el trastorno adaptivo.

## LA EVITACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR.

José Ignacio Latorre Marín\*, Bárbara Moles Arcos\*, Miguel Angel García Gómez\*\*, Anna Mont Canela\*, Miguel Angel Quintanilla López\*\*\*, Germán Gómez Bernal\*\*\*\*.

\*UCE. Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

\*\*Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar. Zaragoza.

\*\*\*UTCA. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

\*\*\*\*Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios.

**Introducción:** La esquizofrenia y el trastorno bipolar son dos de los trastornos psiquiátricos más discapacitantes según la OMS (2001). En ambos se ha estudiado la comorbilidad con varios trastornos de personalidad, pero los rasgos evitativos no han recibido suficiente atención.

**Objetivo:** A pesar de que los rasgos de personalidad evitativa no corresponden al *cluster A* en el que se encuentran los trastornos del espectro de la esquizofrenia (APA, 2001), nos propusimos buscar y comparar dichos rasgos en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y de trastorno bipolar.

**Método:** Se administró la versión española del Inventario Clínico Multiaxial de millón (Ávila, 1998) a 40 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (n=22) y de trastorno bipolar (n=18).

**Resultados:** Los rasgos de personalidad evitativos se hallan presentes en ambos trastornos, si bien su prevalencia es mayor en la esquizofrenia que en el trastorno bipolar.

**Conclusiones:** A pesar de no ser un rasgo “típico”, la evitación parecer estar presente con la suficiente frecuencia en estos trastornos como para ser considerada un síntoma de relevancia clínica.

## LOS RECIÉN NACIDOS EN NIDOS: TAMBIÉN EXISTEN. PRESENTACIÓN DE LA NUEVA HISTORIA DEL RECIÉN NACIDO.

Ricardo Lajusticia Moreno, Sheila Miralbés Terraza, Matronas y Auxiliares de paritorios,

Servicio de Obstetricia (médicos y enfermería), Servicio de Pediatría (médicos y enfermería), Enfermería consultas de Perinatología / Toco-Gine. Secretaria de Servicios de Obstetricia y Pediatría. Hospital Obispo Polanco

La labor asistencial a los recién nacidos (RN en nidos) no figura en ninguna estadística asistencial oficial del SALUD. El RN fruto de un parto normal permanece 3 días ingresado y el que nace mediante cesárea 5 días. Durante su estancia se registran 18 actos de enfermería y 8 del pediatra. Durante 2005 los RN en nidos generaron 2.980 estancias; frente alas 3177 de los 920 RN, niños y adolescentes ingresados en el Servicio de Pediatría.

Además, existe una Comisión de Perinatología donde se discuten temas que afectan a gestantes y RN, y una Consulta Prenatal; que tras 4 años de funcionamiento, sigue siendo la primera y única en Aragón.

Fruto de la colaboración de estamentos y servicios se han sustituido las historias de Prenatal, del recién y de la enfermería en una única historia que es la que presentamos.

## HEMATOMA ESPONTÁNEO RETROPERITONEAL EN PACIENTE ANCIANO TRATADO CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR.

García Aragón, Luis (1); Pérez Vázquez, Gloria (1); Mouronval Morales, Letizia (1); Iglesias Quirós, Emilia (1); Gascón Mariño, Antonio (2); Sánchez Santos, Pedro Jose (3).

(1) Servicio Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

(2) Servicio Nefrología, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

(3) Servicio Radiología, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

**Introducción:** Las heparinas de bajo peso molecular han demostrado ser efectivas y seguras en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Difieren de las heparinas no fraccionadas en su efecto inhibitorio del factor Xa y trombina. Además debido a su mejor biodisponibilidad, mayor vida media y eliminación renal dosis dependiente producen una respuesta anticoagulante predecible, no requiriendo monitorización analítica. Estas ventajas han hecho que sustituyan a las heparinas no fraccionadas en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica aguda.

A pesar de la baja incidencia de hemorragia descrita (4.6-9%), ésta puede acontecer y es severa, especialmente en tratamientos prolongados. Sus formas de presentación son hematoma de pared abdominal, retroperitoneal, espinal y epidural.

Se consideran factores de riesgo para el sangrado durante el tratamiento con HBPM el sexo femenino, edad mayor 65 años, la presencia de insuficiencia renal (creatinina plasmática mayor 1.5 mg/dl, aclaramiento de creatinina menor 30 ml/min), duración del tratamiento mayor a 3 días y el uso concomitante de antiagregantes. En estos casos se recomienda ajustar dosis en función de la actividad del factor anti Xa.

**Caso clínico:** Paciente de 68 años sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento domiciliario. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por cuadro de disnea de aparición brusca, con dolor torácico de características pleuríticas, sin fiebre termometrada, niega focalidad infecciosa, compatible con tromboembolismo pulmonar agudo por lo que se inicia terapia anticoagulante con heparina de bajo peso molecular. Al tercer día de ingreso inicia cuadro de hematoma en pared abdominal anterior con anemia aguda, dolor abdominal e insuficiencia respiratoria global, por lo que se hace preciso traslado a unidad de cuidados intensivos para iniciar soporte ventilatorio y estabilización hemodinámica que precisa cinco hemoconcentrados. Se realiza TC abdominopélvico que confirma existencia de hematoma de pared abdominal que se extiende hasta espacio retroperitoneal, con extensión máxima de 20 cms de longitud, llegando a comprimir estructuras vecinas. A pesar de instauración de soporte ventilatorio no invasivo el paciente fallece por fracaso multiorgánico.

**Discusión:** La seguridad de las heparinas de bajo peso molecular aumentaría si se valorasen los factores de riesgo hemorrágico de los pacientes y se ajustase su dosis en función del mismo.

## LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COLÓNICA: UN CASO EXCEPCIONAL DE FISTULA SIGMOIDOVAGINAL.

García Aragón, Luis (1); Pérez Vázquez, Gloria (1); Fernández Alamán, Amalia Inmaculada (1); Iglesias Quirós, Emilia (1); Gascón Mariño, Antonio (2); Sánchez Santos, Pedro José (3). (1) Servicio Medicina Interna. (2) Servicio Nefrología. (3) Servicio Radiología. Hospital Obispo Polanco, Teruel.

**Introducción:** En la formación de fistulas enterovaginales se conocen diversas etiologías, predominan la colopatía diverticular, las enfermedades inflamatorias, las neoplasias y en menor medida las traumáticas o iatrogénicas. Algunos autores creen que la pared vaginal de las mujeres añosas es más propensa a dañarse por el déficit estrogénico, que determina una disminución de su espesor.

Se clasifican según su topografía, origen y tamaño en simples o complejas (parte alta del tabique vaginal, >2.5 cm de diámetro, causadas por enfermedad inflamatoria intestinal, radiaciones o neoplasias). Suelen presentarse con flujo vaginal, emisión de gases y materiales fecales por vagina, disconfort peritoneal y dispareuria. En las de gran diámetro puede ser difícil descartar una incontinencia verdadera. El diagnóstico se hace habitualmente por exámen genital, para algunos autores la vaginoscopia es el estudio más útil. En la cistoscopia directa es rara la visualización directa de las fistulas. La endoscopia rectocolónica es importante para la toma de biopsias y descartar enfermedades asociadas, además de establecer la distancia entre el orificio fistuloso y el margen anal, dato trascendente para la reparación posterior. El TC abdominopélvico es para muchos autores el mejor método de valoración por su sensibilidad, además descarta colecciones o neoplasias. Las opciones terapéuticas para las fistulas enterovaginales las resume *Tsang* en que las fistulas simples se prestan para reparación local, y las complejas procedimientos abdominales. El tratamiento médico exclusivo es poco recomendable y efectivo.

**Caso clínico:** Paciente de 73 años con antecedentes de DM tipo 2 y Colon Espástico con Diverticulosis en sigma. Tratamiento domiciliario con antidiabéticos orales. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, tipo cólico, sin náuseas ni vómitos, y con estreñimiento pertinaz, que no ha mejorado con laxantes. En las 48 horas previas había presentado síndrome miccional y oliguria. En la exploración destaca dolor epigástrico, sin signos de irritación peritoneal con dolor en pared posterior vaginal en tacto vaginal. Durante el ingreso presenta episodio de retención urinaria, se consulta al Servicio de Urología. Se realiza cistoscopia con resultado de mucosa de características inflamatorias en base y cara lateral izquierda vesical (secundaria a absceso pelviano contiguo). Tumor vesical superficial en base y cara lateral derecha vesical. Y emisión de secreción abundante de características purulentas por vía vaginal, se consulta al Servicio de Ginecología, descartando origen ginecológico. En estudio analítico destaca leucocitosis con neutrofilia, insuficiencia renal crónica (urea 227 mg/dl, creatinina 4.8 mg/dl), hiperpotasemia, GGT 87 UI/l, LDH 1033 UI/l, hipoproteinemia de 5.2 g/dl, alcalosis metabólica. Hemocultivos y urocultivos negativos. Se realiza ecografía abdominal sin alteraciones, y TC abdominal donde se objetiva masa mixta compleja de 7.6x6.3 cm en pelvis, debajo de sigma en contacto con pared vesical posterior, con áreas de mayor densidad, algunas de contenido líquido y mínima cantidad de líquido libre en Douglas, compatible con absceso por diverticulitis aguda, sin que se pueda descartar neoplasia subyacente. Se decide realización de RTU de la neoformación vesical, drenaje vía vaginal del absceso y al alta revisión de diverticulitis por especialistas correspondientes.

## PERFIL DEL USUARIO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE TERUEL.

Latorre Marín, José Ignacio\*; Moles Arcos, Bárbara\*; Mont Canela, Ann\*,,  
Esteban Rodríguez, Eugenia\*; Blasco Más, Miguel\* Lliteras Arañó, Miguel\*\*

\*UCE Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

\*\*Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar .

**Introducción:** La intención del presente estudio fue conocer las características de los pacientes que acudieron al servicio de Salud Mental del Centro de Salud de Teruel durante el año 2005.

**Método:** Se recogió la información sociodemográfica y el diagnóstico principal de todos los pacientes atendidos durante 2005.

**Resultados:** Se atendieron 611 primeras consultas, 227 hombres y 384 mujeres.

El 48,7 % estaban casados, el 35 % solteros, el 6,7 % separados o divorciados y el 9,6 % habían enviudado.

El 3,2 manifiestan ser analfabetos y 9,2 % dicen que sólo saben leer y escribir; el 48 % tienen estudios primarios; el 21,8 % secundarios; y 17,8 %, universitarios.

El 49,9 % fue diagnosticado de un trastorno de ansiedad; el 19,5 % de un trastorno del estado de ánimo; el 5,4 % de un trastorno psicótico; el 3,8 % de un problema de pareja; el 3,3 % de un trastorno de personalidad; el 3,3 %, trastorno asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; el 1,6 % de retraso mental; el 1,1 %, de un problema familiar; y en el 5,1 % no se observaba psicopatología significativa.

**Conclusiones:** El grupo formado por pacientes diagnosticados de algún trastorno de ansiedad supone aproximadamente la mitad del total de personas atendidas en nuestro servicio, si bien se trata de un grupo bastante heterogéneo.

Por otro lado, aproximadamente una de cada veinte personas que son derivadas a nuestro servicio no refieren psicopatología significativa. La habilidad del resto de profesionales, especialmente de los médicos de atención primaria, para saber detectar este tipo de casos antes de derivarlos favorecería una mejor gestión de las listas de espera de nuestro servicio.

## TROMBOSIS VENOSA AXILAR SECUNDARIA A LINFADENITIS TUBERCULOSA

Ana Cristina Utrillas Martínez, Manuel López Bañeres, Antonio Minguillón Serrano, Magin González Penabad, Celia Moreno Muzas, Jose M<sup>a</sup> Del Val Gil

Servicio de Cirugía. Hospital Obispo Polanco Teruel

**Introducción:** La forma más común de presentación de la tuberculosis es la afectación pulmonar, sin embargo el M. tuberculosis puede afectar otros órganos, bien por diseminación hematogena o linfática. Presentamos el caso de una paciente con linfadenitis axilar de origen tuberculoso que debutó con trombosis venosa axilar.

**Caso:** Mujer de 75 años alérgica a instilaciones oftalmológicas que acude a la consulta por presentar tumoración mamaria en el cuadrante súpero-externo de mama derecha, cercano a la axila, con sensación de tensión cutánea. La analítica revela leucocitosis con neutrofilia, así como un Dímero D de 1328 ng/ml. Se realiza mamografía bilateral que no aprecia formaciones nodulares, por lo que se practica ecografía en axila derecha que evidencia múltiples adenopatías, destacándose dos de 2,3 y de 1,6 cms. El TAC torácico revela una masa axilar de 8x4x6 cms que sugiere origen inflamatorio y se acompaña de adenopatías axilares adyacentes así como de trombosis de la vena axilar. Así mismo, existen también calcificaciones amorfas en el segmento superior del lóbulo inferior izquierdo que podría corresponder a lesión de TBC antigua. Se efectúa PAAF de una adenopatía que revela linfadenitis crónica granulomatosa de tipo epitelioides con necrosis sugestiva de linfadenitis tuberculosa. Se realiza la prueba de la tuberculina así como baciloscopia en esputo y orina, que resultaron negativas. Ante el diagnóstico descrito, se inicia tratamiento tuberculostático durante 6 meses y anticoagulación oral. Las revisiones demuestran remisión clínica con disminución del tamaño de las adenopatías y desaparición del edema en la extremidad superior derecha.

**Discusión:** La linfadenitis tuberculosa es una rara enfermedad en adultos, especialmente en los inmunocompetentes. Dentro de la linfadenitis tuberculosa la localización axilar es la más infrecuente, muy por detrás de la torácica y cervical. Además, en ausencia de tuberculosis pulmonar la linfadenitis tuberculosa es muy difícil de diferenciar de otras enfermedades. Es necesario para el diagnóstico una biopsia de la lesión para estudio histológico o microbiológico; la prueba de la tuberculina y el TAC también pueden ayudar.

## PROFILAXIS DE LA NEUROTOXICIDAD PERIFÉRICA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL OXALIPLATINO

M<sup>a</sup> Jesús Castellote García, M<sup>a</sup> José Goded García, Alfonso Yubero Esteban, Lourdes Hernández García, Ana Isabel Gimeno Mora, Ana Gema del Moral Sánchez, María Ibáñez Ortiz.

Unidad de Oncología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** El oxaliplatino es un fármaco que está aprobado en Europa desde 1999 para el tratamiento del cáncer de colon. Pertenece a la tercera generación de los derivados del platino. Produce menos toxicidad a nivel renal que el cisplatino o carboplatino, pero provoca dos formas diferentes de neuropatías: un síndrome agudo muy frecuente que es transitorio y aparece durante o inmediatamente después de la exposición al fármaco, afecta aproximadamente al 85-95% de los pacientes, con síntomas sensitivos parestesias o disestesias periorales o distales y entre el 1-2 % de estos pacientes presentan sensación de dificultad al tragar o respirar. Los síntomas son completamente reversibles en pocas horas o días, se agravan con la exposición al frío, se repiten en las sucesivas administraciones del fármaco. Produce también una neurotoxicidad crónica, acumulativa y dosis limitante.

**Método:** En la práctica clínica observamos, que cuando la administración se hace por vía periférica produce, desde adormecimiento de la zona de punción a dolor intenso, que obliga en ocasiones a cambiar la vía a pesar de estar perfectamente permeable e incluso la retirada del apósito adhesivo que utilizamos para fijar la vía produce molestias. Las molestias aumentan en relación a la temperatura del suero. Las molestias en el brazo afecto se mantienen durante días o semanas posteriores al tratamiento. Nos planteamos prevenir la aparición de esta neurotoxicidad templando los sueros (aplicando calor seco) acercándonos a la temperatura corporal. Para valorar resultados de forma objetiva les pedimos a los pacientes que refieran su sensación durante la infusión, utilizando una escala EVA de 0 a 10. Les preguntamos también si han tenido molestias los días posteriores.

**Resultados:** Comenzamos el trabajo en el mes de junio del 2006, hemos incluido en el estudio a cinco pacientes que estaban en tratamiento con oxaliplatino por vía periférica y a cinco que han comenzado ciclo durante este periodo. A falta de terminar el estudio (el último paciente finalizara en diciembre) los que habían recibido los primeros ciclos fuera de estudio mostraron una mejoría significativa, respecto a los ciclos previos. Los cinco pacientes que han recibido los ciclos de esta forma comentaron tener un grado 1 durante la perfusión y tan solo dos de ellos comentaron haber tenido la zona dormida durante las primeras horas después del tratamiento frente al dolor residual de varios días de duración que comentaron los pacientes anteriores el estudio.

**Conclusiones:** La administración del oxaliplatino por vía periférica utilizando nuestro método, evita la aparición de parestesias o disestesias distales en el momento de la infusión y no deja molestias residuales en la zona de punción.

## CONTROL DE LA ODINOFAGIA POSTQUIMIO-RADIOTERAPIA CON FENTANILO ORAL TRANSMUCOSA.

Alfonso Yubero Esteban, M<sup>a</sup> José Goded García, M<sup>a</sup> Jesús Castellote García, Lourdes Hernández García, Ana Isabel Gimeno Mora, Ana Gema del Moral Sánchez, María Ibáñez Ortiz, M<sup>a</sup> Teresa Lahoz, Javier Valero, Jesús Cámara.

Unidad de Oncología y Servicio de ORL. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** La combinación de quimioterapia y radioterapia concomitante previa a cirugía constituye el tratamiento de elección en el cáncer avanzado de cabeza y cuello. Aumenta la supervivencia y permite la conservación de órgano en numerosas ocasiones (especialmente la laringe) pero aumenta la toxicidad, fundamentalmente mucositis. La mucositis orofaríngea cursa con frecuencia con dolor intenso y dificultad para la deglución, siendo precisa, no en pocas ocasiones, la administración de nutrición enteral mediante SNG o gastrostomía y/o nutrición parenteral. Actiq<sup>®</sup> es un potente opioide para uso por vía bucal indicado en el control del dolor irruptivo en pacientes oncológicos.

**Método:** Desde Julio del 2005 hasta septiembre del 2006 han sido sometidos a tratamiento quimio-radioterápico concomitante 10 pacientes diagnosticados de carcinoma escamoso de cabeza y cuello. 6 pacientes en estadio IV, 2 pacientes en estadio III y 2 pacientes en estadio II. Todos los pacientes recibieron una dosis radical de radioterapia ( $\geq 60$  Gy) distribuida en 34 sesiones y 3 ciclos de quimioterapia los días 1, 21 y 42 (cisplatino). Se pautaba Actiq<sup>®</sup> a aquellos pacientes que presentaban odinofagia moderada-severa (EVA  $\geq 6$ ) previa a la ingesta de alimentos. Los pacientes que no estaban recibiendo tratamiento analgésico opioide recibían Actiq<sup>®</sup> 200mcgr antes de la ingesta de alimentos. Los que ya tomaban opioides precisaban ajuste de dosis. Se evaluaba posteriormente el control del dolor, la ingesta de alimentos, el peso, la necesidad de ingreso y de colocación de sonda naso-gástrica para alimentación.

**Resultados:** De los 10 pacientes incluidos en el estudio, todos precisaron la administración de Actiq<sup>®</sup> por odinofagia moderada-severa. De los 8 pacientes que no habían recibido opioides como analgésicos, todos objetivaron mejoría sintomática con Actiq<sup>®</sup> 200. De los 2 pacientes que estaban previamente en tratamiento con Fentanilo transdérmico, 1 precisó Actiq<sup>®</sup> 200 y otro precisó subir dosis a Actiq<sup>®</sup> 400. Todos los pacientes pudieron mantener la ingesta oral de alimentos. Todos los pacientes recibieron nutrición enteral suplementaria. Sólo 3 pacientes experimentaron pérdida de peso (2, 3 y 5\* Kg). Tan sólo un paciente\* precisó ingreso hospitalario en el HCU de Zaragoza, no siendo necesarias ni la administración de nutrición parenteral, ni la utilización de SNG para alimentación. De los 10 pacientes ninguno precisó analgesia opioide tras la finalización de la terapia concomitante.

**Conclusiones:** La administración de fentanilo oral transmucosa previa a la ingesta en pacientes con mucositis moderada-severa secundaria a quimio-radioterapia mejora los síntomas y permite mantener una ingesta adecuada durante dicho tratamiento, redundando en una mejora en la calidad de vida de estos pacientes y en una reducción de la necesidad de ingresos hospitalarios.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DIASTÓLICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL.

Pérez Vázquez, Gloria (1); García Aragón, Luis (1); Calpe Gil, Maria Jose (2); Mouronval Morales, Letizia (1); Torralba Allue, Jose Carlos (1); Fernández Alamán, Amalia Inmaculada (1); Dolz Aspás, Raquel (1); Gracia Sánchez, Pilar (1).

(1) Servicio Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

(2) Servicio de Urgencias, Hospital Obispo Polanco, Teruel.

**Introducción:** La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome complejo en el que se asocian múltiples alteraciones que conllevan una disfunción cardiaca y respuestas fisiológicas organizadas para mantener una perfusión suficiente a los órganos periféricos.

La IC diastólica se define como la aparición de signos y síntomas de IC pero con función sistólica conservada.

**Objetivos:** Descripción de los pacientes con IC diastólica hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

**Materiales y métodos:** Analizamos 101 historias clínicas de una muestra aleatoria de pacientes ingresados durante el año 2005 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel, utilizando el programa de análisis estadístico SPSS.12.

**Resultados:** Los pacientes con IC diastólica representan el 29% de los pacientes ingresados por IC. El 75% son mujeres, con una edad media de 79 años. Las patologías concomitantes son hipertensión arterial (86%), diabetes mellitus (48%), fibrilación auricular (28%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (17%) y la insuficiencia renal crónica (14%). En el 51% se conservó la función sistólica, y en el 14% hubo una afectación leve de la misma. El tratamiento al alta fue 93% diuréticos, 55% inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECAs), 27% antagonistas del calcio, 21% betabloqueantes, 17% antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II). Como factores precipitantes del episodio del ingreso destacan en primer lugar una infección respiratoria (24%), fibrilación auricular (21%), y episodio de isquemia cardiaca (17%).

**Discusión:** Según estudios recientes la IC diastólica tiene una prevalencia del 50% en la población general, pero sólo del 20 % cuando analizamos poblaciones de más de 75 años. La causa más frecuente de la misma es la HTA (mayor al 85%). La patología concomitante que más ensombrece el pronóstico es la fibrilación auricular (presente en más del 25% de nuestra muestra). Para el diagnóstico contamos con la ecocardiografía. Según las directrices de la sociedad americana de cardiología (ACA) los fármacos de elección son IECA o ARA II en estadio A, añadiéndose los betabloqueantes en el estadio B, y diuréticos en el estadio C.

**Conclusiones:** Las características de nuestra muestra coinciden con la de una población mayor de 75 años, en cuanto a prevalencia y patología concomitante. El uso de IECAs y ARAII es inferior al que corresponde según los estadios de la enfermedad, siendo los diuréticos el fármaco de elección posiblemente por la clínica concomitante a la IC.

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA EL CÁNCER COLORECTAL EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE TERUEL

Pilar Marín Serrano, Teresa Plumed Juste, María Teresa Botella Esteban, Concha Thomson LListerri

Servicios de Digestivo y Cirugía. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** El objetivo de los programas de prevención del cáncer colorrectal es reducir su incidencia y la mortalidad asociada. En este caso se trata de una enfermedad que reúne las características de susceptibilidad para el cribado: a) es un problema de salud con una elevada incidencia y mortalidad; b) se tiene bastante conocimiento de su historia natural; c) se dispone de métodos diagnósticos que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales; d) su tratamiento es más efectivo si se diagnostica precozmente.

**Metodología:** En el periodo entre 2003 hasta la actualidad se ha contactado con los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal para su inclusión en una base de datos. A través de una entrevista se ha determinado el riesgo de los familiares de primer grado y se les ha propuesto las medidas de prevención más adecuadas en cada caso: estudio genético, colonoscopia o recomendación de colonoscopia futura. Se han incluido los resultados de las exploraciones realizadas en la base de datos para el seguimiento.

**Resultados:** Se han diagnosticado un total de 259 neoplasias de colon y recto (el 64,3% de ellas de recto y sigma). Un alto porcentaje de los pacientes (90%) han aceptado su inclusión en el programa. Los motivos de no inclusión más frecuentes han sido los problemas psico-sociales o la ausencia de familiares directos. También han sido valorados familiares de primer grado de pacientes diagnosticados previamente al inicio del programa (2003) que querían iniciar seguimiento preventivo. Un total de 1121 familiares han sido reclutados y se han realizado 417 colonoscopias. De las mismas, en casi un 30% de pacientes se han objetivado pólipos y se ha realizado la consiguiente polipectomía. En 19 casos (4,6%) los pólipos tenían un tamaño superior a 1 cm. En 7 casos (1,7%) los hallazgos han sido de tumoración vellosa o carcinoma.

**Conclusiones:** La aceptación al plan de prevención por parte de la población de Teruel es muy buena. Un 90% de los casos diagnosticados de cáncer colorrectal durante estos 3 años han sido incluidos en el programa y se les ha informado a sus familiares de las medidas de prevención. También ha sido alta la inclusión de familiares de pacientes diagnosticados con anterioridad. Se ha objetivado que casi en el 30% de familiares a los que se les hace endoscopia tienen pólipos. Además se han podido detectar tumoraciones vellosas y carcinomas, alguno de ellos en estadio precoz. Pero el verdadero éxito del programa se podrá objetivar si se consigue disminuir la incidencia del cáncer colorrectal con el paso de los años.

## LAS VISITAS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

Rosa Álvarez Moreno, Sara Alegre Soriano, Carmen Pérez Martínez, Teresa Plumed Juste, M<sup>a</sup> Ángeles Camacho Ballano y Teresa Rodríguez Marín.

Unidad de Enfermería. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** Una vez realizado el análisis de la opinión de los pacientes acerca de las visitas, en la comunicación anterior, pareció interesante conocer la opinión de los profesionales.

Para que los profesionales de enfermería puedan realizar sus cuidados, el paciente y las visitas tienen que colaborar con los profesionales.

### **Objetivos:**

1. Identificar la percepción de los profesionales en cuanto al número, horario y restricciones.
2. Conocer si en opinión de los profesionales las visitas interfieren en la labor asistencial y en caso afirmativo en qué consiste dicha interferencia.
3. Conocer la opinión de los profesionales de enfermería acerca de que los cuidadores principales acompañen al paciente durante la visita médica y de enfermería.

### **Metodología**

Estudio: descriptivo transversal

Población: enfermeras y auxiliares de enfermería en las unidades de hospitalización, excepto UCI, UCE y pediatría.

Instrumento de recogida de datos: cuestionario de diez preguntas de respuesta múltiple.

Programa informático: SPSS para windows.

Tratamiento estadístico: análisis descriptivo de las variables medidas, de frecuencias y porcentajes.

### **Resultados**

1. El 94,8% de los profesionales consideran que el número de visitas que reciben los pacientes es excesivo, el 1,7% adecuado y el 3,4% NS/NC
2. El 93,1% de los profesionales consideran que un excesivo número de visitas pueden repercutir desfavorablemente en la recuperación del paciente.
3. En cuanto a las medidas de control, el 98,3% de los encuestados opina que sería necesario un control estricto de las visitas frente al 1,7% que consideran que no es necesario.
4. El horario en el 89,7% debería ser sólo por las tardes y el 10,3% creen que debería ser libre.
5. Entre las causas que consideran interfieren en el trabajo están la deambulación por los pasillos, la aglomeración de personas en las habitaciones, ruido y bullicio, y la utilización de móviles por la noche.

**Conclusiones:** En opinión de los profesionales de enfermería “ las visitas que reciben los pacientes son excesivas e interfieren en la actividad asistencial en especial durante la mañana en la que la actividad es más intensa, se considera necesario personal específico para el control de visitas y seguridad en el centro. El número de visitas simultáneas máximo se considera de dos en horario de tarde y con control”.

## LAS VISITAS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO: OPINIÓN DE LOS PACIENTES.

Pilar Alonso Pérez, Pilar Marín Serrano, Aurora Andrés Saliente, María Albiñana Puerto y Pilar Navarro Burriel.

Unidad de Enfermería. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** Las visitas a pacientes o enfermos en los Hospitales es un acto social que tiene connotaciones humanas, éticas y religiosas.

Los cambios sociales y la relación actual entre los pacientes y los profesionales basados en criterios de más autonomía y capacidad de decisión afectan a todo el ámbito de la atención sanitaria, incluido el de las visitas.

Nos proponemos realizar un estudio para conocer la opinión de los pacientes del Hospital Obispo Polanco a cerca de diferentes aspectos relacionados con las mismas.

### **Objetivos**

1. Identificar la percepción de los pacientes (número de visitas, horario y restricciones)
2. Conocer la opinión del paciente a cerca de estar acompañado por el cuidador principal en la visita médica y los cuidados enfermeros.
3. Conocer la opinión de los pacientes respecto a la posible interferencia de las visitas en la actividad de los profesionales sanitarios.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal en pacientes de las Unidades de Hospitalización (excepto UCI, UCE, Pediatría y Urgencias) ingresados los días 22 de febrero (turno de tarde) y 3 de marzo de 2005 (turno de mañanas). Cuestionario de 16 preguntas con respuesta múltiple que incluye en la pregunta 16 los datos demográficos y generales de los pacientes. Se estudian como variables edad, sexo, motivo de ingreso, procedencia y profesión. Análisis descriptivo de las variables medidas, de frecuencias y porcentajes en SPSS para windows.

**Resultados y conclusiones:** Señalar que los resultados únicamente se pretende que sena descriptivos y orientativos. El diseño de la entrevista/cuestionario no ha sido sometido a un proceso de fiabilidad y validez previa.

- Se recogen 232 encuestas (se descartan 10). 104 varones (44.8%) y 118 mujeres (50.9%)
- 12.5% entre los 20-45 años; 11.6% entre los 46-65 años; 56.9% entre los 66-95 años.
- 83% procede de su domicilio y el 5,2% procede de alguna institución.
- 61% procede del medio rural y el 28% del medio urbano.
- El motivo del ingreso fue 39,7% quirúrgico; 52% médico y 2,6% por parto.
- Los pacientes consideran que reciben un número adecuado de visitas (74,7%)
- El 60% consideran que el número de visitas simultáneas debe ser de dos.
- El 40% opina que debería existir algún tipo de control de visitas.
- El horario de visitas debería ser libre para el 66% de los pacientes.
- El 66% de los pacientes quiere estar acompañado durante la visita médica.
- El 70% de los pacientes considera que las visitas no interfieren en la actividad asistencial.

**Conclusión:** En opinión de los pacientes del Hospital Obispo Polanco: “El número de visitas simultáneas debería ser de dos en horario libre, con algún tipo de control (40% lo piden), debiendo permitir a un familiar permanecer con el paciente durante la visita médica y ofrecer la posibilidad de permanecer durante la realización de los cuidados de enfermería”.

## ESTUDIO COMPARATIVO DEL CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) ENTRE MUESTRAS VENOSAS Y CAPILARES.

Nicolás González Gómez , Jose Antonio Angós Segura, Carmen Vázquez Vicente, Carmen Ubieto Bail , Anuncia San Miguel Martín y Margarita Vicente Moya.

Servicio de Hematología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** se comparan los resultados obtenidos en 52 paciente anticoagulados a los que se les extrae, simultáneamente, una muestra venosa y una capilar para realizar el control del TAO.

**Método:** las muestra venosas fueron obtenidas mediante técnicas de extracción estándar y procesadas en un coagulómetro automático ACL7000. Las muestras capilares se obtuvieron por punción digital y se procesaron en un coagulómetro portátil Pro Time 3. A todas ellas se les realizó un tiempo de protombina obteniéndose el INR correspondiente. A todos los pacientes se les preguntó sobre cual de los dos sistemas preferían.

**Resultados:** comparando los INR obtenidos por ambos métodos se obtuvieron resultados similares en 48 pacientes. En 35 se mantenían los INR dentro de rangos terapéuticos y en 6 estaban por debajo del mismo, siendo poco significativas las diferencias entre los INR obtenidos cada método. Siete presentaron INR por encima del rango terapéutico, en este grupo las diferencias entre los INR si que fueron significativas. En 4 los INR fueron discrepantes. La mayoría de los pacientes mostró su preferencia por la punción digital.

**Conclusión:** el estudio pone de manifiesto que la punción digital es un sistema adecuado para el control del TAO que garantiza la calidad de la determinación analítica. La acogida por parte de los pacientes ha sido muy buena.

## IDONEIDAD EN LAS INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

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

Servicio de Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** La endoscopia digestiva es el procedimiento diagnóstico más solicitado en gastroenterología. La idoneidad en su indicación constituye uno de los factores de mayor impacto en la calidad. El incremento de la demanda de endoscopias digestivas que se observa en los últimos años ha generado listas de espera que dificultan el diagnóstico correcto y pueden determinar un retraso en el diagnóstico de patologías graves.

**Metodología:** Análisis inicial del grado de idoneidad de las endoscopias digestivas solicitadas durante 6 meses de 2005 utilizando criterios de las Sociedades de Endoscopia Americana (ASGE) y Europea (EPAGE). Estudio de los resultados con el fin de averiguar los parámetros en los que existía falta de idoneidad y el grado de probabilidad de hallar resultados clínicamente relevantes. Información a los Servicios implicados realizando reuniones formativas-docentes. Nueva evaluación durante 6 meses de 2006.

**Resultados:** En los 6 meses de 2005 se recogieron un total de 951 solicitudes de endoscopia (472 gastroscopias y 479 colonoscopias). Aplicando los criterios de las Sociedades de Endoscopia resultaron apropiadas el 65-71% de las gastroscopias y el 73-75% de las colonoscopias. Inapropiadas fueron el 18-21% de las gastroscopias y 15-17% de las colonoscopias. El resto de las solicitudes tenían indicaciones no incluidas en los protocolos. Las gastroscopias inapropiadas correspondían fundamentalmente a casos de dispepsia y de enfermedad por reflujo. En el caso de las colonoscopias se trataba de pacientes con dolor abdominal, diarrea o rectorragia con causa anal. Toda la patología maligna se detectó dentro de indicaciones idóneas. El porcentaje global de hallazgos clínicamente relevantes fue de 26,3% en las gastroscopias y 23,5% en las colonoscopias. En el estudio posterior, tras la información en los Servicios solicitantes, se ha hallado una mejoría en el porcentaje de exploraciones con indicación apropiada: 76% de gastroscopias y 77-81% de colonoscopias, así como un descenso en el número de falta de idoneidad de la indicación: 15-17% de las gastroscopias y 11-13% de las colonoscopias. Paralelamente ha aumentado el número de hallazgos clínicamente relevantes siendo del 29,4% en las gastroscopias y del 29,6% en las colonoscopias.

**Conclusiones:** El grado de idoneidad de las indicaciones de endoscopia es mejorable haciendo hincapié en las patologías que con más frecuencia provocan exploraciones no necesarias a través de la implementación de las Guías de Práctica Clínica. De esta forma se consigue además de la mejora en la calidad de la endoscopia un aumento en el número de hallazgos clínicamente relevantes.

## ENFERMEDAD CELIACA EN EL LACTANTE

Sebastián Checa, Sonia. Miralbés, Sheila. Martín Calama, J. Valle, F. De Miguel, C. Valero, Teresa.

Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** La enfermedad celiaca es una intolerancia permanente a las proteínas del gluten en sujetos genéticamente predispuestos. La enfermedad cursa con atrofia severa de la mucosa del intestino delgado superior, lo que conlleva una mala absorción de nutrientes, cuya repercusión clínica depende de la edad y situación clínica del paciente. En ntro medio la frecuencia actual de estos pacientes es de 1/360 RNV.

Se considera una enfermedad AI, en la que confluyen factores genéticos (HLA II DQ2 y DQ8) y ambientales. En los celíacos existen anticuerpos contra proteínas del gluten (antigliadina) y de otro origen (antiendomiso, antireticulina y antitransglutaminasa).

### **Caso clínico:**

Antecedentes personales: neumonía congénita y dos ingresos en periodo lactante por bronquitis espástica. Sin antecedentes familiares de interés.

Enfermedad actual: lactante varón marroquí de 15m de edad que ingresa por una deposición diarreica, afebril e irritable.

Exploración física: distensión abdominal importante y edemas de tobillos y genitales.

Pruebas complementarias:

-Analítica: anemia ferropénica e hipoproteinemia.

-Hemograma y PCR normales.

-Cultivo de sangre y orina negativos.

-Cultivo y parásitos en heces negativos.

-Ecografía abdominal: distensión de asas intestinales con contenido líquido y motilidad normal. Vesícula agrandada. Resto sin hallazgos.

-Ac antiendomiso, antireticulina, antigliadina y antitransglutaminasa muy elevados.

-Biopsia intestinal: atrofia subtotal de las vellosidades intestinales que ya nos confirma el diagnóstico de enfermedad celiaca.

Evolución: tras la exclusión del gluten en la dieta se objetiva una mejoría clínica y analítica evidente.

### **Discusión:**

-Heterogenicidad de la clínica.

-La EC se ha descrito asociada a más de cien enfermedades.

-Los criterios Dx incluyen la realización de tres biopsias intestinales, aunque en revisiones recientes basta con una única biopsia si la clínica es típica, dejando las otras tres para casos dudosos.

-Con dieta exenta de gluten la mejoría es rápida y evidente. De no ser así deberíamos plantearnos otro diagnóstico.

-El pronóstico en general es muy bueno, pero existe predisposición al linfoma gástrico íntimamente relacionado con el incumplimiento de la dieta.

-Debe realizarse cribado de la EC en familiares de primer grado y enfermedades asociadas mediante marcadores serológicos.

## ECOGRAFÍA ENDORRECTAL: NUESTRA EXPERIENCIA

Ana Cristina Utrillas Martínez, Antonio Minguillón Serrano, Javier Rebollo López, José M<sup>a</sup> Del Val Gil, Celia Moreno Muzas, Alberto Cruces Conde, Magín González Penabad, Manuel Sanz Gómez, Laura Comín Novella, Pedro López Peris.

Servicio de Cirugía. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** Actualmente la ecografía endorrectal se ha convertido en un instrumento diagnóstico de gran utilidad para las alteraciones anorrectales, tanto benignas como malignas, siendo un método rápido, fiable, barato y no invasivo.

**Objetivo:** Realizar una revisión de nuestra experiencia en la realización de EE, teniendo en cuenta las indicaciones para su realización, así como los hallazgos ecográficos.

**Material y métodos:** Pacientes a los que se les ha realizado EE desde que se inició esta técnica en nuestro hospital hace 5 años, basándonos en las bases de datos del Servicio de Citaciones. Se han tenido en cuenta la edad y sexo de los pacientes, la procedencia, la presencia o no de antecedentes proctológicos, la indicación de EE, los hallazgos endoscópicos, y en el caso de tumores, el estadio tumoral ecográfico.

**Resultados:** Desde junio de 2001 a junio de 2006 se han realizado 178 ecografías endorrectales a 166 pacientes (a diez pacientes se les realizaron 2 pruebas y a uno 3 ecografías). La edad media fue de 52 años, siendo un 52,6% varones. Un 60,5% de los pacientes procedían de la consulta de Cirugía de nuestro Hospital y el resto de la consulta de Cirugía de Alcañiz. Un 42% de los pacientes habían tenido antecedentes proctológicos, siendo los más frecuentes (31,2%) los abscesos y las fistulas (18,7%). En cuanto a las indicaciones para la realización de la ecografía, en un 47,3% se trató de fistula perianal, seguido de neoplasia anorrectal (21%) y abscesos perianales recidivantes (15,7%). Cuando la indicación fue la fistula, se observó la misma en un 38,8% y un absceso en un 27,7%; la EE fue normal en un 33,3%. Cuando se realizó por un tumor el hallazgo de neoplasia fue del 100%, de tal forma que el 53% se trataban de un estadio tumoral uT2 y el 47% de uT3. Ante la indicación de absceso perianal éste se confirmó ecográficamente en un 40% de los casos. En los casos de incontinencia fecal en el 80% se observó rarefacción del esfínter anal externo.

**Conclusiones:** Actualmente la Ecografía endoanal y rectal se ha convertido en una técnica diagnóstica de gran utilidad en patologías como incontinencia anal, abscesos y fistulas, tumores anorrectales, estreñimiento, proctalgia crónica, etc. En nuestro medio la indicación más frecuente para su realización ha sido la patología infecciosa anorrectal seguida de la tumoral, permitiéndonos en este caso su estadificación.

## PLAN FUNCIONAL UCE PSIQUIATRÍA HOSPITAL OBISPO POLANCO

Bárbara Moles Arcos\*, Concepción Fernández Milian\*, Anna Mont Canela\*, Eugenia Esteban Rodríguez\*, José Ignacio Latorre Marín\*, Germán Gómez Bernal\*\*.

\*UCE Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

\*\*Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Teruel

**Introducción:** Las UCE Psiquiatría, son unidades de hospitalización de pacientes con patología psiquiátrica aguda que requieren de una atención continuada, supervisada por un equipo multidisciplinar y especializado (24hrs).

Con internamiento indicado en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciendo necesario un diagnóstico y/o tratamiento que no pueda ser realizado en la comunidad, y que conlleva mayores beneficios terapéuticos para el paciente.

**Discusión:** Tras la reciente creación en nuestro Hospital de la UCE Psiquiatría en junio de 2005, no están esclarecidos para el resto de servicios de nuestro Hospital, el funcionamiento global de una unidad de corta estancia de psiquiatría, así como los criterios de hospitalización, admisión y petición de traslado a nuestro servicio de algunos pacientes con patología psiquiátrica previa que ingresan por patología orgánica. Así como la intención de hospitalizar pacientes con clínica o manifestaciones psiquiátricas que obedecen a patología orgánica (Cuadros Delirium orgánico, D Tremens, Toxicomanías, intoxicaciones voluntarias agudas, Abstinencias alcohólicas, cuadros de agitación psicomotriz en pacientes con demencia entre otros.)

### **Conclusiones:**

-Con la presente comunicación se pretende informar sobre el funcionamiento global de la UCE y su objetivo principal, que es posibilitar una intervención terapéutica de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional, y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico del paciente psiquiátrico agudo y restablecer en el menor tiempo posible los vínculos familiares y sociales del paciente.

-Así como informar del resto de actividades asistenciales, servicio de interconsultas, atención de pacientes psiquiátricos en servicio de urgencias y docencia (MIR).

## PÍLDORA POSTCOITAL: PERFIL DE LA SOLICITANTE EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL URBANO.

Antonio Martínez Oviedo, Aina García Dinbier, Luisa Ocampo Molano, Liliana Ocampo Molano, Ramón Hernández Lahuerta, Ana Vicente Vicente.

Centro de Salud Urbano. Teruel

**Introducción:** La OMS considera al levonorgestrel (principio activo de la píldora postcoital) un medicamento esencial para la prevención de embarazos no deseados. Su consumo se ha ido incrementando paulatinamente hasta alcanzar una venta en Aragón de 8620 envases en 2004. Desde noviembre de 2005 se administra de forma gratuita en Aragón en los centros sanitarios. El objetivo de este trabajo es conocer el perfil de la usuaria de la píldora del día después y la percepción del coito desprotegido como una urgencia.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, de 4 meses de duración (julio-octubre de 2006), realizado en el ámbito de urgencias de Atención Primaria en la zona urbana de Teruel. Los datos se recogieron del registro de la píldora postcoital de centro y de la base de datos OMI-AP. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 12.0.

**Resultados:** Solicitaron la Píldora del día después 120 mujeres cuya mediana de edad fue de 21 años (rango 14-48 años); el 52% se prescribió en fin de semana. Antes de las 12 horas del coito desprotegido fue solicitada por el 36% de las mujeres que llega hasta el 86% en las primeras 24 horas. El motivo expuesto fue de manera predominante la rotura del preservativo (60%) aunque el 37% reconoció no haber utilizado ningún método. El 40% de las usuarias no son primerizas a la hora de usar este método anticonceptivo, habiéndose utilizado como media una vez más en los últimos 10 meses. El 20% de las solicitantes residía fuera de Teruel.

**Conclusión:** El perfil de las usuarias de la anticoncepción de emergencia es una mujer joven de 21 años que acude a urgencias dentro de las primeras 24 horas por rotura de preservativo en concordancia con otros trabajos. Este método es bien conocido por parte de casi la mitad de las mujeres del estudio que reconocía que no era la primera vez que la utilizaba. Creemos en este sentido que existe un uso abusivo o mal uso de la píldora del día después y una baja utilización de los métodos barrera.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA HERNIA INGUINAL: LIPOMA ESCROTAL GIGANTE

Ortiz Tarín Inmaculada; Aguado Perez Marta; López Bañeres Manuel; Pardo Martínez Juan; Sellés Dechent Rafael; Uribe Quintana Natalia; Asencio Arana Francisco; Ruiz del Castillo Juan.

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

Los lipomas representan un grupo frecuente de tumores benignos que se pueden desarrollar en cualquier parte del cuerpo donde haya células grasas, aunque se encuentran más comúnmente en el tejido celular subcutáneo. Presentamos el caso de un paciente con un lipoma escrotal de proporciones inusuales.

**Caso clínico.** Varón de 51 años con obesidad mórbida que fue remitido a consultas con sospecha de hernia inguinoescrotal derecha de un año de evolución. Entre sus antecedentes médicos destacaba una intervención de vasectomía. No contaba historia de abuso de alcohol. La exploración física reveló gran tumoración inguinoescrotal derecha no dolorosa que se modificaba discretamente con las maniobras de Valsalva, siendo la transiluminación negativa. La ecografía testicular no presentaba alteraciones; sin hidrocele ni tumoraciones testiculares. La RMN informaba de una voluminosa hernia intraescrotal de contenido graso. Los marcadores tumorales presentaban niveles normales. Ante la sospecha diagnóstica de tumoración escrotal grasa versus hernia inguinocrural, fue intervenido quirúrgicamente, evidenciándose una gran tumoración grasa encapsulada que no dependía del cordón espermático ni presentaba relación con los orificios herniarios, practicándose la exéresis completa de la misma. La anatomía patológica informó de lipoma gigante de 18x15x5 cm. Presentó un postoperatorio sin complicaciones y fue dado de alta satisfecho con los resultados.

**Discusión.** Los lipomas del escroto son los tumores extratesticulares más frecuentes. Según Leyson se pueden originar a partir de una herniación grasa extraperitoneal, perineal o de la grasa del anillo inguinal o de lóbulos aislados de grasa del tejido celular subcutáneo de la pared escrotal. Diversos estudios han asociado estos acúmulos grasos a nivel escrotal con la obesidad y con alteraciones de la fertilidad así como en el contexto de una lipomatosis simétrica benigna o enfermedad de Madelung. Esta es una rara entidad caracterizada por la presencia de acúmulos grasos no encapsulados y simétricos en la parte superior del cuerpo, habiéndose descrito casos de afectación inguinal y escrotal. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, si bien las técnicas de imagen tales como CT, US o RM pueden ser útiles ya que permiten plantear la intervención con el exacto conocimiento de las estructuras afectas, dado su carácter infiltrante. A pesar de que la malignización en la enfermedad de Madelung es extremadamente rara, el tratamiento de elección es quirúrgico, sin embargo, la recurrencia es la regla, probablemente por una resección incompleta más que por el crecimiento de una nueva lesión.

**Conclusiones.** Aunque los lipomas del escroto son los tumores extratesticulares más frecuentes, el lipoma escrotal gigante es raro y hay que plantearse el diagnóstico diferencial con otros tipos de tumoraciones como el liposarcoma y con la hernia inguinocrural. Es importante valorar su asociación con la enfermedad de Madelung por ser ésta de más difícil extirpación dado su carácter infiltrante y presentar un alto índice de recidivas tras la cirugía.

## METÁSTASIS AXILAR DE MELANOMA OCULAR

Aguado Pérez Marta; Ortiz Tarín Inmaculada; Lopez Bañeres Manuel; Pardo Martínez Juan; Sellés Dechent Rafael; Uribe Quintana Natalia; Asencio Arana Francisco; Ruiz del Castillo Juan.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un paciente varón de 58 años de edad que ingresa en el Servicio de Cirugía del Hospital Arnau de Vilanova procedente de urgencias por una gran tumoración axilar izquierda de 1 mes de evolución, según refiere el paciente. A la exploración se aprecia una tumoración axilar de gran tamaño con aspecto mamelonado, consistencia elástica, coloración parda heterogénea y que sangra al roce. No presenta dolor a la palpación ni alteraciones motoras ni sensitivas del miembro superior izquierdo. Entre sus antecedentes personales destaca la existencia de un melanoma ocular conjuntival tipo epitelioide en el ojo izquierdo hace 7 años que se trató de modo conservador mediante resección y crioterapia del lecho. Dentro de las exploraciones complementarias se solicitaron una analítica con anemia microcítica (Hb 6,9 g/dl, VCM 74fl) estando el resto de parámetros dentro de la normalidad y una radiografía de torax que no mostraba alteraciones. Se decidió ingresar al paciente en nuestro servicio para estudio y se solicitó un TC torácico y una biopsia de la tumoración. En el TC torácico se informaba de una gran masa de partes blandas lobulada hipercaptante localizada a nivel de axila izquierda y descendiendo por la pared lateral del torax y con sospecha de una masa en la fosa supraclavicular derecha. A nivel de mediastino y parénquima pulmonar no se veían hallazgos patológicos. El hígado y bazo eran homogéneos y sin evidencia de metástasis. No se apreciaron adenopatías intra ni retroperitoneales significativas. El informe de la biopsia señalaba que la tumoración era compatible con un sarcoma o un melanoma. Se decidió intervenir quirúrgicamente evidenciándose que la tumoración axilar estaba adherida al músculo dorsal ancho y en parte al pectoral mayor, encontrándose el lecho axilar totalmente infiltrado y con múltiples adenopatías. Se realizó tumorectomía y linfadenectomía axilar de los niveles I y II, dejando un drenaje axilar y realizando un cierre primario. La anatomía patológica definitiva informaba de pieza lobulada de 1.165 gr. de peso y 19 x 17 x 7 cm. con informe histológico de melanoma nodular, sin satelitosis microscópica y con nivel de Clark V en TCS y espesor de Breslow de 70 mm. El estadio anatomopatológico fue pT4b N1 Mx. Su evolución postoperatoria fue favorable siendo dado de alta al sexto día remitiéndose para control de su proceso en consultas externas de cirugía y de oncología. Actualmente el paciente esta recibiendo tratamiento radioterápico sobre la zona axilar y temozolamida (Temodal) via oral 5 días al mes.

## VESICULA BILIAR BILOBULADA.

Ortiz Tarín, Inmaculada; Aguado Pérez, Marta; López Bañeres, Manuel; Sanchis Aldás, Carlos; Ballester Ibáñez Cristina; Sellés Dechent Rafael; Uribe Quintana, Natalia; Asencio Arana, Francisco; Ruiz del Castillo, Juan.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 50 años que acudió a urgencias por un cuadro de dolor abdominal agudo en hipocondrio derecho de carácter leve irradiado a espalda. Entre sus antecedentes personales no presentaba historia de patología de la vesícula biliar, de toma de fármacos ni de hábito enólico. El dolor se acompañaba de molestias epigástricas y náuseas. No había presentado fiebre, ictericia ni prurito. Las deposiciones y la orina eran de aspecto normal. La exploración física solo reveló dolor a la palpación en hipocondrio derecho.

Los resultados de las pruebas de laboratorio estaban dentro de los límites normales. La radiografía de abdomen no mostró ninguna calcificación. La ecografía abdominal informó como colelitiasis y coledocolitiasis.

Se ingresó para estudio en digestivo donde se le realizó una CPRE para hacer una papilotomía endoscópica con extirpación de los cálculos del colédoco que resultó infructuosa y que informó que presentaba una papila con dos orificios, probablemente uno de ellos fistuloso o papila menor y no se había logrado cateterizar la papila. Se solicitó una ecografía abdominal donde se veía la coledocolitiasis y una imagen doble con colelitiasis y bilis espesa en ambas cavidades que podía ser compatible con lobulación anómala vesicular o bien se trataba de dos vesículas según el informe del ecografista (Fig.1, 2, 3 y 4). Se le propuso a la paciente volver a realizarle la CPRE que rehusó.

Tras una interconsulta a cirugía, ingresó en nuestro servicio para colecistectomía más exploración de la vía biliar y a tenor de los hallazgos, actuar sobre la misma. Ante la posibilidad de dificultad técnica, la colecistectomía se llevó a cabo mediante técnica abierta (Fig. 5). En la intervención se confirmó la doble vesícula y una dilatación de colédoco. La colangiografía intraoperatoria mostró un colédoco dilatado con dos imágenes de falta de repleción en papila (Fig. 6). Se realizó la colecistectomía y una duodenotomía más papilotomía con extracción de cálculos. El curso postoperatorio fue favorable, sin incidencias.

La anatomía patológica informó que se trataba de una vesícula que presentaba un septo central que dividía parcialmente su luz en dos cavidades; en su interior aparecían formaciones calculosas.

## TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA EN LA CONEJA , UTILIZADA COMO MODELO EXPERIMENTAL.

Pedro González Ramos. Joaquín Medrano Peña. Marta Escrich López – Davalillo. Tanit Corbacho Garza. Fructuoso Romero Cuenca. Clara Tapia Pérez

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza.

Las Unidades de Cirugía Experimental ubicadas en los Centros Hospitalarios y Facultades de Veterinaria son muy utilizadas, para fines tanto de investigación como para el desarrollo de nuevas técnicas y materiales quirúrgicos.

Dentro de un proyecto de investigación aprobado por la comisión ética asesora para la investigación animal de la Universidad de Zaragoza, en un plazo inicial de 3 años, se va a proceder a la enseñanza de la cirugía laparoscópica usando para dicho fin ratas , conejas y cerdas. Se ofrece fundamentalmente a especialistas en formación o todos aquellos que quieren mantener una modalidad quirúrgica aprendida y que por diversas circunstancias no tengan posibilidad de practicarla con cierta regularidad.

Nuestra intención en esta comunicaciones es en primer lugar mostrar como se tiene que manejar la coneja para realizar una laparoscopia ; y en una segunda comunicación practicar una histerectomía total con anexectomía bilateral con extracción de útero y anejos por vagina , usando cirugía laparoscópica.

Las intervenciones se llevan a cabo en la Unidad Mixta de Investigación dependiente de la Universidad de Zaragoza a través del Hospital Clínico Universitario “ Lozano Blesa “ de Zaragoza.

## TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA HISTERECTOMÍA TOTAL CON ANEXECTOMÍA BILATERAL EN LA CONEJA , UTILIZADA COMO MODELO EXPERIMENTAL.

Pedro González Ramos. Joaquín Medrano Peña. Tanit Corbacho Garza. Marta Escrich López – Davalillo. Fructuoso Romero Cuenca. M<sup>a</sup> Carmen Navarro Lapeña.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universitario “ Lozano Blesa “. Zaragoza

Se presenta el procedimiento quirúrgico laparoscópico para realizar una histerectomía total con anexectomía bilateral en la coneja , que utilizada como modelo animal presenta ciertas ventajas sobre la cerda , fundamentalmente económicas y de manejo y que sin intentar sustituirla como modelo experimental , sí que nos sirve como un paso intermedio para el acercamiento del uso de técnicas laparoscópicas en animales de experimentación ; siempre a través de la aprobación de la comisión asesora para la experimentación animal de la Universidad de Zaragoza

Las intervenciones se llevan a cabo en la Unidad Mixta de Investigación dependiente de la Universidad de Zaragoza a través del Hospital Clínico Universitario “ Lozano Blesa “ de Zaragoza.

## TROMBOPENIA SEVERA SECUNDARIA AL USO DE TIROFIBAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Sánchez Polo; Pilar Martínez Trivez; Itziar Lorda de los Ríos; Concepción Valdovinos Mahave; José Luz de Travecedo.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** Los inhibidores del receptor de la glicoproteína IIb/IIIa plaquetar, se usa en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de alto y medio riesgo. Estos fármacos pueden producir trombocitopenia y complicaciones hemorrágicas. La aparición de una trombocitopenia severa, es infrecuente.

**Caso clínico:** Presentamos una caso de trombocitopenia severa, en las horas siguientes a la administración de tirofiban, su manejo y diagnóstico diferencial.

# LA ANTIAGREGACION PLAQUETARIA INCREMENTA LOS REQUERIMIENTOS DE ERITROPOYETINA EN PACIENTES EN HEMODIALISIS.

Antonio Gascón Mariño, en representación de las diez Unidades Hospitalarias de Hemodiálisis de Aragón.

Servicio de Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** La óptima utilización de la eritropoyetina humana recombinante (rHu-EPO) tiene importancia en la efectividad del tratamiento de la anemia en los pacientes en hemodiálisis (HD), y en la reducción del coste económico. Es necesario conocer todos los factores que pueden influir en la respuesta eritropoyética al tratamiento con rHu-EPO. En la actualidad hay identificadas múltiples causas de inadecuada respuesta. No obstante, existe una importante variabilidad en las necesidades de rHu-EPO de unos pacientes a otros. Las razones de estas diferencias entre pacientes no son bien conocidas y el análisis de posibles factores no identificados que pudieran influir en la respuesta al tratamiento con rHu-EPO debe seguir realizándose. La influencia de los antiagregantes plaquetarios (AAP) sobre los requerimientos de rHu-EPO en pacientes en HD no ha sido prácticamente estudiada.

**Metodología:** Estudio transversal realizado sobre pacientes prevalentes en las diez unidades de HD de Aragón. Criterios de inclusión: estar en programa de HD desde hacía un año como mínimo, dializados a través de fistula arterio-venosa autóloga y en tratamiento con rHu-EPO. Se seleccionaron datos de 181 pacientes (100 hombres y 81 mujeres). Se establecen dos grupos de comparación de enfermos en función de si recibían AAP (n=52) o no los recibían (n=129). Además de estadísticas descriptivas, se realizó comparación entre variables cuantitativas mediante la t de Student para datos no pareados y la Chi-cuadrado para variables cualitativas. Para el estudio multivariante se utilizó un análisis de regresión logística de forma exploratoria y con el método de inclusión de variables paso a paso.

**Resultados:** Los enfermos que recibían AAP precisaban dosis más elevadas de rHu-EPO (129 versus 103 UI/kg/semana,  $p=0.0094$ ), a pesar de presentar unos niveles de hemoglobina, ferritina e índice de saturación de transferrina similares. Los pacientes con AAP no eran más ancianos y no presentaban más factores de comorbilidad que los enfermos que no los recibían. El metabolismo calcio-fósforo, los niveles de albúmina y transferrina séricas fueron similares en ambos grupos. No se observaron diferencias en los niveles de aluminio, ni de hormona paratiroidea. En el grupo de pacientes que requería dosis altas de rHu-EPO ( $>125$  UI/kg/semana) se objetivó una mayor proporción de enfermos en tratamiento con AAP, 48.08 versus 29.46% ( $p=0.0173$ ). En el análisis de regresión múltiple las únicas variables independientes predictivas de la dosis de rHu-EPO fueron la utilización de AAP ( $r=0.363$ ), la ferritina ( $r=0.324$ ), el calcio ( $r=0.275$ ) y el aluminio séricos ( $r=0.211$ ).

**Conclusiones:** estos resultados indican que el tratamiento con AAP en pacientes en HD, sí condiciona la utilización de mayores dosis de rHu-EPO, y hay que tenerlo en cuenta al valorar la respuesta eritropoyética al tratamiento.

## MELANOMA DEL CANAL ANAL

Ana Cristina Utrillas Martínez, Alberto Cruces Conde, Emilio Garza Trasobares, José A. Muniesa Soriano, José M. Lázaro Maisanava, Manuel Sanz Gómez, Pedro López Peris, José M<sup>a</sup> Del Val Gil.

Servicios de Cirugía, Digestivo y Anatomía Patológica. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** El melanoma anorrectal es una enfermedad rara con un comportamiento extremadamente agresivo y que a menudo puede ser confundido con procesos benignos anales. Presentamos el caso de un paciente intervenido con el diagnóstico de melanoma anorrectal.

**Caso clínico:** Varón de 64 años con antecedentes de hiperuricemia, hipertrigliceridemia, hipertensión e historia de hemorroides con sangrado ocasional, que ingresa para estudio por rectorragias que iniciaron una semana previa al ingreso y dolor rectal nocturno que no mejora con tratamiento sintomático. A la exploración llama la atención en el tacto rectal un efecto masa en cara posterior, de alta consistencia. La analítica, incluidos los marcadores CEA, CA 19,9 y CA 72,4 resultaron normales, existiendo únicamente hipertrigliceridemia. Se realiza radiografía de tórax y abdomen (normales), así como colonoscopia completa, donde se comprueba la existencia de una lesión desde el canal anal hasta 8 cms, que ocupa parcialmente la luz de la ampolla, vegetante y dura, así como hemorroides internas. Se toma biopsia de la lesión, que sugiere una lesión GIST. El TAC tóracoabdominal revela una masa rectal pediculada en cara posterior rectal y ganglios perirectales, no existiendo lesiones hepáticas. Finalmente el estudio anatomopatológico definitivo fue de melanoma del canal anal amelanótico con estudio inmunohistoquímico como sigue: HMB/45, S100 y Vimentina positivos, AE1-AE3, CK-7, CH-20,34B-12, Actina, Desmina, CD-34, C-Kt y Cromogranina A negativos. Durante la intervención se comprueba la existencia de un tumor a 3 cms del margen anal, realizándose amputación abdominoperineal con colostomía izquierda terminal. A las dos semanas se realiza linfadenectomía inguinal bilateral que fue negativa. La anatomía de la pieza reveló un melanoma nodular amelanótico y fusocelular del canal anal de 3,5 cms que infiltra la submucosa rectal (T2) con margen radial libre, existiendo una metástasis ganglionar. Los marcadores tumorales de la pieza fueron bcl-2 +++, p53 +, Ki67 positivo en 40%. Posteriormente fue remitido al servicio de oncología de su ciudad natal, donde se decidió no someterlo a tratamiento adyuvante. Siete meses después de la cirugía el paciente se encuentra asintomático y sin signos de progresión de la enfermedad.

**Discusión:** El melanoma anorrectal es una enfermedad poco frecuente, de etiología desconocida, con un comportamiento extremadamente agresivo y cuyo diagnóstico en muchas ocasiones se realiza en estadios avanzados. Suele cursar con síntomas locales como sangrado rectal, masa anal o dolor y cambio en el hábito intestinal, confundiéndose a menudo con procesos benignos como pólipos rectales o hemorroides. El tipo amelanótico, de peor pronóstico, puede asemejarse al linfoma, carcinoma indiferenciado y sarcoma, y se confirma por la expresión de las proteínas S100 y HMB45. El tratamiento es quirúrgico, ya sea amputación abdominoperineal o amplia excisión local, linfadenectomía inguinal opcional y quimio/inmunoterapia cuyo papel está todavía por definir. La supervivencia a los 5 años es del 10%, con una supervivencia media de 15-25 meses.

## AL OTRO LADO DEL CRISTAL

Torres Celda, Amparo; Arias González, Miguel A.; Ariño, Inmaculada; Benedicto Torres, Pilar; Burgués Dalmau, Inmaculada; Castellote Escriche, Isabel; Corral Martín, Pilar; Esteban Julián, Adoración; Fluder Pérez, Pilar; Galve Royo, Fernando; García García, Pilar; García Herrero, Dolores; Gómez Gómez, Laura; Martínez Bolos, Angela; Mena Blasco, Rosa; López López, Inmaculada; Ortiz Molina, Isabel; Quilez Ros, Soledad; Rodero Alvarez, Fernando; Sanchis García, M<sup>a</sup> Pilar.

Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** Mediante la recreación audiovisual de dos hipótesis antagonistas, analizamos el impacto de la atención sanitaria integral del Servicio de Urgencias en el diagnóstico-terapéutico final del paciente, con el objetivo último de mejorar la calidad asistencial del mismo.

**Material y método:** Recreación ficticia, mediante medio audiovisual, de dos casos clínicos hipotéticos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Caso A: paciente que acude a un servicio en el que se proporciona una atención sanitaria excelente basada en una buena y fluida relación laboral entre sus integrantes que propicia un agradable ambiente de trabajo.

Caso B: paciente que acude a un servicio en el que las relaciones entre sus profesionales son apenas corteses o, incluso, tirantes, lo que se traduce en un ambiente laboral enrarecido.

**Resultados:** Recreación audiovisual de 10 minutos de duración en la que se exponen las dos hipótesis anteriormente detalladas con el fin de mejorar de manera positiva las relaciones laborales del Servicio de Urgencias, en primer lugar, y por extensión de todos los servicios del Hospital Obispo Polanco.

**Conclusión:** En un ambiente laboral fluido, con personal multidisciplinar motivado y altamente implicado, se proporciona una atención sanitaria óptima a todos los pacientes de la sanidad pública, ello conlleva en última instancia a una valoración positiva de la atención integral recibida.

## ¿PEQUES CON DOLOR?, NO GRACIAS

Pérez Soler P, Izquierdo Fortea I, Torres Peralta M.D., Camacho Ballano M.A., Jarque Palomo M.C., Ubeda Domínguez M.P., Sánchez Moya M. P., Goded García M.J.

Grupo de Mejora de Valoración del Dolor. Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** El dolor puede estar presente en cualquier etapa de la vida. La ausencia de expresión verbal del dolor en los RN ha motivado que la observación de enfermería, el lenguaje corporal y la alteración de los signos vitales sean los medios más objetivos y eficaces para reconocer el dolor en los RN.

La valoración de enfermería en el RN, se ha realizado no para determinar la causa del dolor, sino para confirmar si existe o no.

### **Objetivos:**

- Conocer la intensidad de dolor en los recién nacidos con una estancia mayor de 48 horas en la unidad de Neonatología del Hospital General "Obispo Polanco"
- Integrar la escala de valoración del dolor como herramienta de trabajo en la práctica enfermera.

### **Material y métodos:**

- Para medir la respuesta al dolor en neonatos se ha utilizado la ESCALA "CRIES", esta escala mide 5 signos: Llanto, Necesidad de O<sub>2</sub> para una saturación > del 95%, Frecuencia cardiaca y respiratoria, Expresión, Insomnio. Todos los parámetros son evaluados de 0 a 2, considerando que con una valoración inferior a 4 hay un control adecuado del dolor.
- Estudio descriptivo de los RN ingresados más de 48 horas durante los años 2003, 2004, 2005.
- Se ha utilizado el programa SPSS para el proceso de datos.

**Resultados:** Durante los tres años que se realiza el estudio se han valorado 115 niños de los cuales presentan una puntuación de:

- El 72'2% de los niños valorados presenta una puntuación de 0
- El 11'3% de los niños valorados presenta una puntuación de 1
- El 6'1% de los niños valorados presenta una puntuación de 2
- El 6'1% de los niños valorados presenta una puntuación de 3
- El 4'3% de los niños valorados presenta una puntuación de 4 ó más

**Conclusiones:** Consideramos la escala de Críes adecuada para identificar situaciones de dolor en neonatología, siendo muy útil en el seguimiento de valoraciones sistematizadas en procesos susceptibles de dolor.

Al realizar este estudio se ha observado que unas buenas medidas de confort y bienestar (Temperatura, luz, estímulos agresivos innecesarios visuales, acústicos) influyen de manera positiva en el control del dolor de los neonatos.

Tras los resultados obtenidos podemos concluir que la mayoría de los niños valorados no presentan dolor.

## ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE GERIATRÍA.

María Josefa Navarro González, Paloma González García, Mercedes Forcano García, Purificación Montero Cercós, María Jesús Vicente Romero, Beatriz Fuertes de Gilbert.

Hospital Provincial San José. Teruel.

**Introducción:** El aumento de la supervivencia en la población general con mayor longevidad de las mujeres supone, en muchas ocasiones, un detrimento en su calidad de vida a expensas de mayor deterioro tanto cognitivo como funcional. La superposición de múltiples problemas de salud desemboca en la aparición de síndromes geriátricos que determinan una progresiva dependencia.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de síndromes geriátricos en función del género en pacientes valorados en una consulta de Geriatria.

**Método:** Estudio descriptivo de prevalencia de síndromes geriátricos según el género en 49 pacientes elegidos al azar, atendidos como primera visita en una consulta de Geriatria entre los meses de enero y febrero de 2006. A través de una entrevista clínica se determina la presencia de síndromes geriátricos. Mediante cuestionarios, se registran variables correspondientes a edad, sexo, comorbilidad (Índice Charlson), actividades básicas (índice Barthel) e instrumentales (índice Lawton), estado afectivo (escala Yesavage) y despistaje de deterioro cognitivo (MEC y Reloj de Watson).

**Resultados:** De 49 pacientes entrevistados, el 67,4% son mujeres con una edad media de 80,2 años, superior a la del grupo de hombres. El estado de comorbilidad es igual en ambos grupos (Índice Charlson 1,8). El deterioro cognitivo y las alteraciones conductuales representan el motivo de consulta más frecuente en hombres; siendo, para mujeres, el deterioro funcional. Sin embargo, el diagnóstico principal emitido más frecuente en ambos grupos es la demencia. No existe clara correlación entre diagnóstico de deterioro cognitivo y test de screening empleados, encontrando un test del Reloj patológico incluso en pacientes sin dicho diagnóstico. Existen diferencias significativas en la prevalencia de trastornos afectivos con predominio de estos en el grupo de mujeres. Las mujeres presentan mayor autonomía funcional en actividades básicas e instrumentales con Índice Barthel >75 en 63,5% frente al 55% de los hombres. Los trastornos de la marcha y las caídas constituyen el segundo síndrome geriátrico más prevalente en hombres, ocupando el tercer lugar en prevalencia, tras el deterioro cognitivo y los trastornos afectivos, en mujeres. Otros síndromes geriátricos analizados con resultados significativos son la polifarmacia, la incontinencia urinaria y el síndrome de inmovilidad, con claro predominio de todos ellos en el grupo de mujeres.

**Conclusiones:** El grupo de mujeres posee mayor independencia funcional que el de los hombres, a pesar de presentar mayor prevalencia para todos los síndromes geriátricos. El principal diagnóstico lo constituye la demencia sin diferencias entre ambos grupos. La depresión constituye el segundo síndrome geriátrico más frecuente en mujeres, seguido de la polifarmacia y los trastornos del movimiento. En hombres, los trastornos del movimiento representan el segundo síndrome geriátrico más frecuente.

## LA VALORACIÓN DEL DOLOR. PUNTO DE PARTIDA PARA SU MANEJO Y CONTROL

Teruel Barea C.; Andrés Saliente A.; Esteban Silvestre C.; Flórez Ariño P.; Guimerá Gascón J.; Fuertes Jarque C.; Rebenaque Villarroya E.; Ramo Torrijo R.; Martín Garzarán M.

Grupo de Mejora Valoración del Dolor. Hospital Obispo Polanco.

**Introducción:** El dolor no es sólo un síntoma sino que con frecuencia es una enfermedad. Un tratamiento inadecuado origina sufrimiento del paciente y un elevado coste económico. El dolor es **subjetivo**; por lo tanto tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor. El dolor, como cualquier otro síntoma o signo clínico, debe evaluarse adecuadamente. Es útil e interesante la utilización de descriptores verbales o la valoración numérica, de forma que clasifique el dolor, y el paciente le ponga medida a la experiencia dolorosa. Son un instrumento de puntuación que le ayuda a comunicar su dolor y a establecer con el equipo sanitario un lenguaje común a la hora de hablar del dolor. La valoración de enfermería en el paciente con dolor se realiza para recoger datos con el fin de evaluar la adaptación individual al dolor y verificar la eficacia del plan terapéutico, es decir, la respuesta del individuo ante su dolor, no determinar la causa del dolor o confirmar si existe.

### **Objetivos:**

1. Conocer los resultados de las valoraciones del dolor con las escalas ENV (Escala Numérica de Valoración) y EDV (Escala Descriptiva Verbal), y su correlación.
2. Conocer los efectos adversos (EA) más frecuentes en los tratamientos del dolor y la necesidad de dosis de rescate en tratamientos pautados.
3. Integrar la utilización de las escalas de medición en la práctica enfermera.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo donde se analizan los registros enfermeros de valoración del dolor, en cuatro unidades de enfermería (2003-2005) en Pancreatitis aguda, R.T.U. vesical-prostática, Prótesis de cadera-rodilla e Histerectomía (SPSS).

### **Resultados:**

1. 358 valoraciones distribuidas por patologías: 59 prótesis de cadera-rodilla, 110 R.T.U., 141 histerectomías, 48 pancreatitis aguda.
2. La valoración del dolor al ingreso según la ENV (1-10 puntos) mediana 2, moda 1, salvo la pancreatitis de mediana 10. A las 24 h la mediana es 1 y a las 48 h es 0.
3. Presentaron EA el 19% de los casos de histerectomía, el 13,6% de las prótesis de cadera-rodilla, el 6,4% de las R.T.U. y el 2,1% de las pancreatitis. Las nauseas ha sido el más frecuente (7,3% de los casos) seguido de los vómitos (3,4%).
4. Se ha observado una correlación entre las escalas en un 86,8% de los casos.
5. Precisaron dosis de rescate un 8,1% de pacientes a las 24 h y en un 1,7% a las 48 h.

**Conclusiones:** La valoración de la monitorización del dolor en las primeras 48 horas del proceso contribuye a un mejor manejo y control del mismo. Existe buena correlación entre las dos escalas utilizadas en la valoración del dolor. Los EA más frecuentes han sido las nauseas y vómitos, que en un proceso fueron la causa para la modificación de pautas analgésicas. A las 48 h en todos los procesos los niveles de dolor se situaron entre 0-1 de la ENV. La valoración del dolor se ha integrado en los planes de cuidados del hospital.

## DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y MANÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO:

Germán Gómez Bernal\*, Francisco Moreno\*\*\* Tovar, Sandra Rebordea\* Amoedo, Eugenia Esteban Rodríguez\*\*, José Ignacio Latorre Marín\*\*, Ana Mont Canela\*\*.

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios \*. Teruel, Hospital Obispo Polanco\*\*. Teruel, Complejo Hospitalario de Orense\*\*\*. Orense.

**Introducción:** Múltiples síntomas psiquiátricos pueden ser la primera manifestación de la anemia perniciosa, y aparecer incluso años antes de su manifestación analítica. Sin embargo tan sólo un caso clínico de manía pura ha sido descrito en la literatura científica.

**Metodología:** Se realiza la descripción de un caso clínico de manía pura asociado a déficit de vitamina B12, cuya clínica cedió con reposición de la misma; poniéndolo en comparación con el único caso similar descrito en la literatura científica.

Se realiza una revisión bibliográfica de los posibles síntomas psiquiátricos secundarios al déficit de dicha vitamina.

**Resultados:** Existe una gran variabilidad en las manifestaciones psiquiátricas asociadas al déficit de vitamina B12, que suelen preceder largo tiempo a la aparición de anemia.

En la revisión bibliográfica realizada, únicamente se encuentra un caso similar al descrito por nosotros.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto, la importancia de la cuantificación de vitamina B12 en los pacientes con episodios psicóticos y afectivos.

Este caso podría apoyar las hipótesis de los distintos mecanismos neurobiológicos que se supone subyacen en la génesis de los trastornos del humor.

## CARCINOGENESIS Y FÁRMACOS NEUROLÉPTICOS:

Germán Gómez Bernal\*, Sandra Reboreda Amoedo\*, Barbara Moles Arcos\*\*, Eugenia Esteban Rodríguez\*\*, Ana Mont Canela\*\*, Francisco Moreno Tovar\*\*\*.

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios\*. Teruel, Hospital Obispo Polanco\*\*. Teruel, Complejo Hospitalario de Orense\*\*\*. Orense.

**Introducción:** Los primeros fármacos neurolépticos, fueron descubiertos a mediados de los años cincuenta, generalizándose posteriormente su uso para el control de la sintomatología psicótica de muchos pacientes psiquiátricos. Con posterioridad, múltiples estudios epidemiológicos pusieron de manifiesto la discordancia entre la incidencia de patología neoplásica de pacientes psiquiátricos (fundamentalmente institucionizados) y el resto de población; considerando como causa de ésta, el empleo de tratamiento antipsicótico.

**Metodología:** Se realiza una revisión bibliográfica de los principales artículos relacionados con este tema.

**Resultados:** El empleo de fármacos neurolépticos a altas dosis y durante periodos prolongados de tiempo, puede incrementar el riesgo relativo de padecer neoplasias en determinadas localizaciones, fundamentalmente a nivel ginecológico, por mecanismos hormonales que han sido relacionados con el incremento de prolactina.

Ha sido evidenciado cierto poder antineoplásico de estos fármacos, in-Vitro, y en estudios epidemiológicos, en cánceres de próstata y de estirpe epidermoide; fundamentalmente a nivel de pulmón, piel y laringe.

**Conclusión:** Los neurolépticos son fármacos seguros ampliamente utilizados en la clínica que utilizados de forma prolongada y a altas dosis podrían influir en procesos de carcinogénesis. Dicha influencia debería ser tenida en cuenta a la hora de su administración. Estas sustancias han demostrado poder antineoplásico en distintas localizaciones que esta siendo estudiado para su posible aprovechamiento.

## LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA EN PSIQUIATRÍA: UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTENSIVA EN RÉGIMEN INTRAHOSPITALARIO.

Germán Gómez Bernal, Sandra Rebordea Amoedo, Lucía Monteagudo, Mar Rodríguez Pérez, Carmen Rueda, Javier Oncins Mur.

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Teruel.

**Introducción:** El Trastorno Mental Severo, comprende aquellas personas diagnosticadas de enfermedad mental grave (esquizofrenia y otras psicosis, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad), que habiendo superado la fase aguda de la enfermedad siguen presentando una sintomatología activa grave, que hace precisa su hospitalización y que va a originar una disfunción importante en todas los niveles de funcionamiento y competencia del individuo, siendo fundamental el diseño y puesta en funcionamiento de una serie de programas de rehabilitación.

**Metodología:** En el siguiente trabajo, se explica el modo de funcionamiento y los programas desarrollados en la Unidades de Media Estancia (UME), con el fin de prevenir y/o minimizar las disfunciones producidas por la enfermedad mental severa, tratando de mantener, mejorar y/o recuperar las capacidades funcionales necesarias para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia personal y facilitar el paso de la hospitalización a un entorno comunitario normalizado.

**Resultados:** Se describen los resultados de este tipo de unidades, y la su utilidad como medida rehabilitadora para las secuelas del trastorno mental severo.

**Conclusión:** Las Unidades de media estancia, constituyen un medio de rehabilitación psicosocial para aquellas personas afectas de un trastorno mental severo en las que los medios de rehabilitación comunitarios, o no pueden ser aplicados o no son suficientes, ya sea por la escasa autonomía o capacidades del paciente; o por una grave situación familiar de éste.

## CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL, SECTOR TERUEL.

D<sup>a</sup> Milagros Escusa Julián; D<sup>a</sup> Dolores Serrano Torres; D<sup>a</sup> Consuelo Simón Simón; D<sup>a</sup> Ana Cristina Navarro Martínez; D<sup>a</sup> Rosa López Henández; D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luisa Hernández

U.C. E. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** El objetivo de hacer un estudio sobre la “Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en Salud Mental “ es porque hay un grupo de pacientes que se denominan “Trastorno Mental Grave “, y que realizan un alto número de “estancias Hospitalarias” en Unidades de corta Estancia de psiquiatría, con una mala vinculación entre sus ingresos, al Centro de Salud Mental Comunitario.

**Metodología:** En primer lugar, se hizo una selección de criterios para hacer un cribaje de los pacientes que incluimos en este programa de TMG. Los criterios seleccionados fueron los siguientes:

1.- diagnóstico médico:

F20 Esquizofrenia

F22 Trastorno delirante.

F24 Trastorno Psicótico compartido

F25 Trastorno esquizoafectivo.

F28 Otros Trastornos psicóticos no orgánicos.

F31 Trastorno Bipolar

F32 Trastorno Depresivo Mayor Grave Determinados casos (según gravedad) de: Trastorno de la personalidad, T.O.C. y daño cerebral adquirido.

2.- Evolución de más de dos años (con tratamiento)

3.-Desadaptación social, laboral y familiar (teniendo que darse una desadaptación en los tres campos.

Quedan excluidos de dicho estudio, pacientes que aunque cumplan criterios de inclusión padezcan psicosis orgánicas o tengan edad superior a 65 años.

Los indicadores elegidos para poder evaluar los progresos y resultados de los proyectos son:

Indicador I: nº de pacientes que se discriminan si son TMG o no (siguiendo los criterios) , dividido por el nº el total de ingresos

Indicador II: nº de pacientes que al alta salen con cita previa en su C.S. Mental (con enfermería) dividido por el nº total de altas. Este proyecto se informatizó y se instauró una ficha para la recogida de datos.

**Resultados:** Total de pacientes revisados según criterio TMG, partido por el total de pacientes ingresados igual a 36/109

Total de pacientes TMG con cita al alta, dividido por total de pacientes clasificados con TMG; igual a 13/16.

**Conclusiones:** El resultado que esperamos conseguir es tener censo de pacientes con TMG, usuarios en el 2006 de UCE de psiquiatría de referencia en el sector y hacer un diseño preliminar de preparación al alta en coordinación con el C.S. Mental correspondiente De esta manera conseguiremos:

1. Aumentar los beneficios derivados de los Servicios proporcionados.
2. Aumentar la satisfacción de nuestros usuarios con los servicios recibidos.
3. Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y uso apropiado.

## VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ANCIANOS EN LA PROVINCIA DE TERUEL. 3ER PLAN DE EDUCACION NUTRICIONAL POR EL FARMACEUTICO: EDUCACIÓN NUTRICIONAL A LAS PERSONAS MAYORES (PLENUFAR III)

Nuria Sanllehí Vila, Antonio Hernández Torres, Ana Centelles Escorihuela, Angela Fuentes Guadalajara, Jaime Ruiz Felez, Marta Abad Hogeland.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel.

**Introducción:** Los ancianos en nuestra provincia representan un segmento importante de la población. Actualmente las personas de 65 y más años constituyen el 17% de la población española. El envejecimiento se asocia con una disminución del apetito y de la ingesta, por lo que la malnutrición es un problema de salud frecuente, que incide de forma importante en la morbimortalidad de este grupo de población. 24 farmacias de la provincia han participado en PLENUFAR III valorando el estado nutricional de nuestros mayores a la vez que se les asesoraba sobre una correcta nutrición y hábitos dietéticos saludables.

**Objetivo:** Conocer el estado nutricional de los ancianos en la provincia de Teruel.

**Material y métodos:** Valoración del estado nutricional de los ancianos mayores de 65 años Mediante la realización del test M.N.A. Población en estudio: 272 ancianos. 31% varones y 69% mujeres.

**Resultados:** Evaluación global:

Desnutrición	Riesgo de Desnutrición
4%	23,5%

Mediante los test M.N.A se detectó:

\* 4% de pacientes desnutridos, de los que la mayoría es mujer, y un 23,5 en riesgo de malnutrición.

\* 24,3% de los ancianos presentan obesidad

\* 70% de los mayores bebe menos de 5 vasos al día de líquidos

\* 2% realiza sólo una comida completa al día, y un 12% dos

### Conclusiones:

- El porcentaje de desnutrición es bajo, no siendo así el de riesgo de desnutrición (preocupante).

- La obesidad (índice de masa corporal igual o superior a 30) es un problema prevalente que alcanza al 24,3% de los ancianos

-Es necesario insistir en la necesidad de beber más líquido a fin de prevenir la deshidratación.

- El farmacéutico es un profesional sanitario formado en el ámbito de la nutrición que puede contribuir con su labor a mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos.

## ALVEOLITIS ALÉRGICA EXTRÍNSECA (AAE) EN UN PROTÉSICO DENTAL.

Juan Fraj Lázaro, Salvador Bello Drona y Fructuoso Romero Cuenca.

Servicio de Alergología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.

Presentamos el caso de un trabajador de 26 años de edad, protésico dental desde hace > 5 y fumador de 10-15 cigarrillos diarios. En junio-05 inicia un cuadro clínico de disnea intensa, de mínimos esfuerzos físicos, y un síndrome influenza-like. La radiografía de tórax, realizada en un Servicio de Urgencias, reveló una afectación parenquimatosa bilateral con patrón predominantemente intersticial. Un TAC torácico, realizado unos días después, mostró una infiltración pulmonar difusa con opacidad en "vidrio deslustrado". Con la sospecha de AAE se remite para estudio. El estudio funcional respiratorio, en ese momento, mostró un patrón ventilatorio restrictivo de grado moderado (FVC 64 %, FEV-1 69 %, FEV-1/FVC% 89) con un trastorno severo de la DLCO (40 %). Finalmente, el estudio citológico del líquido del BAL descubrió linfocitosis (53 %) con una inversión en el cociente CD4/CD8 (0.26). Apartado el trabajador de su puesto de trabajo, se alcanzó una total normalidad clínica, radiográfica y funcional respiratoria 3 meses después, quedando totalmente asintomático. La investigación de su lugar de trabajo y de las fichas técnicas de los productos manejados nos condujeron a la presencia de metil-metacrilatos en forma de polvo inorgánico como única sustancia utilizada en la fabricación y reparación de prótesis dentales. Al tratar se un hapteno no fue posible realizar un estudio inmunológico en busca de anticuerpos IgG específicos. En resumen, se trata de una AAE por hipersensibilidad al polvo de metil-metacrilatos en un protésico dental. Aunque descrito en la literatura médica mundial, hasta ahora no se había comunicado ningún caso en nuestro país.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS.

María Nereida Tarazón Alcocer, Sheila Miralbés Terraza, Cristina Amoroso Autori, Carlos Glesser Grimberg, Cristina Cordeiro Costa. Pilar Vicente Monforte.

Servicio de Pediatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una enfermedad multisistémica, que puede cursar con vasculitis de pequeños y medianos vasos. Es propia de lactantes y niños pequeños. Su etiología es desconocida, presumiblemente infecciosa. Su diagnóstico es clínico, basado en la existencia de 5 de los siguientes 6 criterios: fiebre, inyección conjuntival bilateral, exantema, adenopatía cervical, alteraciones en labios y mucosa oral (labios enrojecidos y figurados, eritema orofaríngeo, lengua aframbuesada) y alteraciones en las extremidades (eritema palmoplantar, edema de manos y pies, descamación de los pulpejos). Es característico de la EK el aumento de VSG, PCR y plaquetas, así como piuria estéril. El 20% de los niños no tratados desarrollan anomalías coronarias. El diagnóstico y tratamiento precoces impiden las lesiones cardíacas, primera causa de cardiopatía adquirida en niños en países desarrollados.

**Metodología:** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de EK desde agosto de 2004 a agosto de 2006, encontrando 5 casos correspondientes a 4 niños y 1 niña, de edades comprendidas entre 9 meses y 5 años.

**Resultados:** A su ingreso la media de los días de evolución de la fiebre fue de 11 días, acompañando clínica compatible con criterios diagnósticos de EK con 3, 4 o 5 criterios. En 4 pacientes se objetivó leucocitosis. Los reactantes de fase aguda estaban elevados en todos los casos (valor medio de VSG 97, PCR 146 mg/l, y trombocitosis: 713000/mm<sup>3</sup>). Todos ellos recibieron tratamiento con Inmunoglobulina endovenosa y ácido acetilsalicílico en las primeras 48 horas de su ingreso, cediendo el síndrome febril en 24 horas. En 2 niños se evidenció anomalías coronarias en la ecocardiografía. Un niño presentaba un aneurisma coronario gigante con diámetro de 10mm y tuvo una evolución fatal con fallecimiento por trombosis masiva del mismo a los 6 meses de evolución.

**Comentarios:** Existen formas incompletas o atípicas de enfermedad de Kawasaki en las que no están presentes todas las manifestaciones clínicas pero que deben ser reconocidas y tratadas tempranamente.

## EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Valdovinos Mahave M<sup>a</sup> Concepción, Montón Dito José M<sup>a</sup>, Monforte Zafón Encarna, Pérez Lahuerta M<sup>a</sup> Luisa, Martín Pérez M<sup>a</sup> Dolores, Fuertes Catalán M<sup>a</sup> Teresa.

**Introducción:** Los objetivos de nuestro trabajo fueron: conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI y su valoración acerca de los cuidados y capacidad del personal de la UCI, para realizar una mejora de los procesos susceptibles.

**Metodología:** El estudio se realizó en una UCI Polivalente del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se diseñó y se validó una encuesta de satisfacción, que se distribuyó durante un plazo de 6 meses a los familiares que habían visitado regularmente a los pacientes ingresados durante más de 48 horas. Se realizó una estadística descriptiva y correlaciones bivariadas entre variables.

**Resultados:** Se entregaron encuestas a los familiares de los 106 pacientes que cumplían los requisitos, de los que contestaron un 95%. La patología más prevalente fue la cardiológica con un APACHE medio de 13'5. La estancia media fue de 6'87 días. La mayoría de los encuestados fueron mujeres y de parentesco hijos y cónyuges. La valoración fue muy buena acerca de: la confianza, la competencia profesional y el trato recibido. Hay 5 variables por debajo de la media: conocimiento por parte de los familiares de los nombres de los equipos de enfermería y médico, la información de enfermería a los familiares sobre aparataje, alarmas..., valoración de la sala de espera y por último la implicación en el cuidado del enfermo por parte de los familiares.

**Conclusiones:** Estos resultados nos llevaron a realizar una mejora en el conocimiento por parte de los familiares de los nombres de enfermería y médicos, la sala de espera y un cambio en la organización de las visitas. Proponer de forma individualizada a los familiares la posibilidad de implicarse en el cuidado del enfermo. Y tras poner en marcha los cambios anteriores se reevaluarán con una nueva encuesta.

## INTERVENCIÓN SOCIAL EN LA UCE PSIQUIATRÍA, UNA LABOR CONJUNTA

Moles, Barbara\*; Plaza, Belén\*; Latorre José, Ignacio\*; Esteban, Eugenia\*; Mont, Anna\*; Gómez, Germán\*\*.

\*UCE. Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

\*\*Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Teruel.

**Introducción:** a través de las unidades de trabajo social, se busca una salida asistencial a los pacientes que permanecen hospitalizados en unidades de agudos de psiquiatría y carecen de recursos propios o apoyos socio-familiares al alta médica.

**Objetivos:** realizar una revisión de las derivaciones de pacientes psiquiátricos a la unidad de trabajo social, con la intención de conocer las causas por la que fueron derivados estos pacientes, el tipo de intervención psicosocial realizada y los recursos a donde fueron remitidos o destinados los pacientes.

**Conclusiones:** de los pacientes derivados las causas de derivación mas frecuentes fueron la necesidad de ubicación terapéutica fuera del domicilio, la claudicación familiar y los pacientes con trastornos de la conducta.

dentro del tipo de intervención destacan como mas frecuentes, la información, la coordinación institucional y la coordinación profesional.

y en los recursos gestionados, las residencias y los centros terapéuticos públicos.

## PERFIL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO VALORADO POR LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

Moles Barbara, Plaza Belén, Latorre José Ignacio, Gracia María Ana, García Sonia, Escusa Milagros.

UCE. Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** Las UCE de psiquiatría precisan de una labor conjunta con las unidades de trabajo social. La falta de recursos asistenciales puramente psiquiátricos, el perfil de muchos de nuestros pacientes con desintegración social y/o familiar, así como el envejecimiento de la población (demencias), han supuesto un incremento notable en una labor asistencial que muchas veces se desconoce, y sin la cual las unidades de corta estancia aumentarían la estancia media.

**Objetivos:** se pretende esclarecer el perfil del paciente que ingresado en UCE de psiquiatría se interconsulta con la unidad de trabajo social.

**Método y resultados:** revisión de los pacientes derivados a trabajo social en el año 2005, desde la unidad de psiquiatría.

**Conclusiones:** de un total de 635 pacientes derivados a la unidad de trabajo social en año 2005, 63 de ellos eran pacientes de la unidad de psiquiatría (9.92%). de ellos el 55.6% sexo masculino, mayores de edad, con una media edad 44.2 siendo lo más frecuente un varón de entre 30 y 35 años, español de nacionalidad y de procedencia rural (73%).

## EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA: PERFIL, SOBRECARGA, NECESIDADES Y DEMANDAS.

Purificación Montero Cercos, Paloma González García, María Jesús Vicente Romero, María Josefa Navarro González, Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera, Pilar Cantin Sánchez

Hospital Provincial San José. Teruel

**Introducción:** las familias españolas optan por la atención del enfermo en el domicilio. Esto implica mejor calidad de vida para el paciente y una reducción de costes para las instituciones públicas, pero tiene un coste personal alto. Los cuidadores familiares deben ser considerados como diana en la red asistencial de los enfermos de demencia.

**Objetivo:** conocer el perfil del cuidador de los pacientes con demencia y caracterizar su situación de sobrecarga, con el fin de implementar un programa de apoyo eficiente.

**Material y métodos:** entrevista personal a los cuidadores de los pacientes con demencia que acudieron a la Consulta de Memoria durante un período de 3 semanas consecutivas. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, grado de relación), tiempo de cuidado y repercusión sobre la salud y la ocupación. Se administró la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y una encuesta acerca de la estimación de recursos necesarios para mejorar el cuidado de su familiar.

**Resultados:** se visitaron 24 pacientes con demencia durante el tiempo referido. La edad media de los cuidadores era de 62'6 años ( $\pm 16'83$ ), con parentesco de primer grado con el paciente en el 91'6% de los casos: el 50% de los cuidadores eran cónyuges, con una edad media en éste caso de 77'5 años (8 esposos, 6 esposas). La edad media de los hijos, era de 49 años, y el sexo mayoritariamente femenino (8 hijas, 2 hijos). El tiempo medio de cuidado era de 3'5 años. Todos los pacientes residían en el domicilio, y se encontraban en situación laboral activa el 46% de los cuidadores (el resto retirados o amas de casa). De éstos, el 22'2% tuvo problemas en su trabajo en relación directa con el cuidado del familiar demente. Al 29% de los cuidadores se le había pautado tratamiento antidepresivo y/o ansiolítico y/o hipnótico a raíz del cuidado de su familiar, y hasta el 75% padecían algún problema de salud independiente de su labor de cuidador. El síntoma que más preocupa al cuidador es el trastorno de conducta (46% casos), seguido por "el olvido" (21%). El 45'8% de los cuidadores consideran no tener la información que precisan acerca de la enfermedad y su curso. El 75% de los cuidadores vive la situación como un problema social: el 50% dispone únicamente de ayuda de algún familiar, el 16'6% utiliza los servicios del Centro de Día, y un % equivalente no cuenta con ninguna ayuda. Demandan recursos públicos el 62'5% de los cuidadores. Atendiendo al cuestionario de Zarit, a pesar de sufrir consecuencias derivadas del cuidado de sus familiares, la mayoría de los cuidadores entrevistados se sentían capaces de continuar atendiéndolos (sólo el 4% presentaban sobrecarga grave, el 21% leve). Sólo 1 de los 24 cuidadores entrevistados solicita la institucionalización de su familiar, y 4 se sienten capaces de continuar el cuidado sin ayuda de ningún tipo.

**Conclusiones:** el cuidador principal del paciente con demencia suele ser un familiar de primer grado que sufre consecuencias laborales y/o familiares derivadas de su dedicación al enfermo. Cerca del 50% se consideran mal informados acerca de la enfermedad y su curso. El 75% considera que tiene un problema social. La mayor demanda es de ayuda por parte de las instituciones: en general se prefieren aquéllos recursos de titularidad pública que permiten continuar atendiendo al paciente en el propio domicilio (trabajadoras familiares, la teleasistencia o un centro de día).

## APÓSITOS DE PLATA NANOCRISTALINA: UTILIZACIÓN EN HERIDAS CONTAMINADAS/INFECTADAS DE ETIOLOGÍAS DIFERENTES

Pilar Cantin Sánchez, Paloma González García, Mercedes Forcano García

Hospital Provincial San José. Teruel

**Introducción:** la infección de heridas de cualquier etiología es un tema de candente actualidad por diferentes motivos. Los ancianos institucionalizados son especialmente susceptibles a la infección nosocomial, tanto por su situación de fragilidad como por constituir estos centros un reservorio de microorganismos multirresistentes. El reto principal en el tratamiento de la infección nosocomial de las heridas es encontrar un medio profiláctico que minimice las oportunidades para que se establezcan bacterias multirresistentes en la zona. El método utilizado necesita ser eficaz contra una amplia gama de microorganismos, capaz de eliminar rápidamente los colonizadores potenciales.

**Objetivos:** 1) Comprobar la efectividad de los apósitos antimicrobianos de plata nanocrystalina en el tratamiento local de heridas con colonización crítica/infección por gérmenes multirresistentes; 2) evaluar el impacto del tratamiento sobre la calidad de la vida del paciente; 3) evaluar la repercusión del método sobre los cuidados de enfermería.

**Pacientes, material y métodos:** el estudio se realizó en una Unidad de Media Estancia de 45 camas. Se presentan seis casos clínicos con heridas de distinta etiología (4 por presión, 1 vascular en el seno de una artritis reumatoide, 1 por fijador externo). A todos los pacientes se les realiza una valoración geriátrica integral, que por parte de enfermería incluye la administración de escalas de despistaje de diversos factores de riesgo y valoración local de las heridas. Toda la información obtenida es documentada y registrada. A los pacientes que presentan al ingreso heridas en las que se aprecia respuesta inflamatoria y/o signos y síntomas precoces de infección se les realiza cultivo, incluyendo en el estudio aquellos con resultado positivo a gérmenes multirresistentes. A continuación se instauran curas mediante apósitos de plata nanocrystalina individualizando los cuidados según las necesidades del paciente (rotación apósito c/ 3-4 días), concluyendo el ciclo según la evolución de la herida, que se valora atendiendo a los siguientes parámetros: infección (muestras seriadas), cicatrización, dolor (variación EVA), reacciones adversas al tratamiento.

**Resultados:** en el primer cultivo se aislaron: *A. calcoaceticus baumannii complex* (2), *S. aureus* meticilin resistente (8), *P. aeruginosa*, *E. Coli*, *S. epidermidis* (2). Al final de cada ciclo > 15 días de tratamiento con plata se repite la toma de muestras para analizar negativización de los cultivos, que es positiva en todos los casos. Sólo un caso requirió antibioterapia sistémica. La cicatrización es total en 1 caso, y en el momento de enviar estos datos la evolución favorable en el resto. EVA basal ha descendido de 6 a 2/10 a los pocos días de instaurar el tratamiento. El nº de curas se redujo significativamente, al rotar los apósitos c/3-4 días desde el primer momento. EVA durante las curas ha pasado de 8/10 a los 10 días de comenzar, a 3/10 al mes. No se objetivaron reacciones adversas.

**Conclusiones:** 1) los apósitos de plata nanocrystalina son de fácil utilización, se ahorra tiempo y material de curas, y representan una excelente opción para disminuir el riesgo de contaminación nosocomial. 2) El apósito de plata nanocrystalina es un agente profiláctico y terapéutico de primera elección en la prevención y tratamiento de la colonización crítica/infección por gérmenes multirresistentes de heridas de distinta etiología. 3) Se objetiva satisfacción por parte de usuarios y del personal de enfermería.

## APÓSITOS DE PLATA NANOCRISTALINA EN FIJADORES EXTERNOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pilar Cantin Sánchez, Paloma González García, María Jesús Vicente Romero, Purificación Montero Cercos, Victoriano Paz Malagón

Hospital Provincial San José. Teruel

**Introducción:** los fijadores externos (FE) facilitan la estabilización del foco de fractura mediante la introducción de varios clavos metálicos transóseos de forma percutánea y la colocación de un sistema de estabilización externo. Una de las complicaciones más frecuentes en esta patología es la infección, 2ª a la contaminación durante el traumatismo o durante el proceso quirúrgico por gérmenes hospitalarios nosocomiales multirresistentes. La prevención es el objetivo primario, siendo una buena acción a señalar la utilización de apósitos de iones de plata nanocrystalina, con demostrada efectividad antimicrobiana, para la protección de los puntos de inserción de las agujas.

**Objetivo:** demostración de la eficacia de la utilización de los apósitos de plata nanocrystalina en la profilaxis y el tratamiento de la elevación de la carga bacteriana / infección de pines de fijador externo mediante la presentación de un caso clínico.

**Caso clínico:** mujer de 78 años con situación funcional basal de autonomía para las actividades de la vida diaria que sufre fractura humeral conminuta sin solución de continuidad epitelial. La fractura se trata mediante FE con 4 pines de inserción. La evolución hace sospechar infección (abundante secreción por los orificios de los pines de transfijación y dolor intenso incluso en reposo, febrícula persistente). Se realiza un cultivo por aspiración positivo a germen multirresistente (*Acinetobacter baumannii*). Se instaure antibioterapia sistémica, medidas específicas para mejorar su estado de salud en todas las vertientes de los cuidados de enfermería, y a nivel local curas cada 3 días con apósito secundario de alginato para absorber el exudado. Se inició el tratamiento el 31-01-06. Se valoró la inserción de los pines en cada cambio de apósito. El 11-02-06 se evidencian signos de mejora local de los puntos de inserción, del estado general de la paciente, y disminución del dolor en reposo. Se realiza cultivo por aspiración previo a la retirada del FE, que resulta negativo. Se mantiene el apósito de plata nanocrystalina de forma profiláctica hasta la resolución de las heridas en superficie.

**Conclusión:** el tratamiento con apósitos de plata nanocrystalina consiguió eliminar las bacterias multirresistentes en un corto periodo de tiempo (14 días), evitando que la infección de los pines llevara a la retirada anticipada del fijador y las consecuencias de ello. Para enfermería supuso una gran ayuda en el manejo de las medidas profilácticas contra la infección nosocomial. Asimismo se constató una disminución en el dolor que las curas producían en el paciente, proporcionándole una mejor calidad de vida.

## PERFIL DEL PACIENTE CON DEMENCIA QUE ACUDE A LA CCEE DE GERIATRÍA

Paloma González García, Purificación Montero cercos, María Jesús Vicente Romero, Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera, María Josefa Navarro González, Mercedes Forcano García.

Hospital Provincial San José. Teruel

**Introducción:** la demencia es uno de los síndromes geriátricos por excelencia. En la CCEE de Geriatria el deterioro cognitivo constituye el principal motivo de consulta.

**Objetivo:** conocer el perfil del paciente que acude a la CCEE remitido por deterioro de funciones superiores, con el fin de adaptar un espacio físico y temporal para su atención.

**Material y métodos:** se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y los obtenidos de una entrevista dirigida a los cuidadores de los pacientes con demencia que acudieron a la Consulta de Memoria durante un período de 3 semanas consecutivas.

**Resultados:** durante el período referido en la consulta se atendieron 24 pacientes dementes con una edad media de 79 años ( $\pm 7.73$ ), de los cuales 16 eran mujeres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad era de 3 años y medio, y se encontraban en estadio leve 7 pacientes, 10 en moderado y en estadio severo los 7 restantes. El diagnóstico era enfermedad de Alzheimer en 10 casos, demencia mixta en 5, frontotemporal en otros 5 y deterioro cognitivo leve en los 4 restantes. La puntuación media del Mini Examen Cognitivo (Lobo) en el momento de la visita era de 16.9/35 (patológico), y la del reloj (Watson) de 5.8/7 (patológico). La situación funcional basal de los pacientes era de dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria, con un índice de Barthel de 73.5/100, que había bajado a 63.9/100 en el momento de la consulta. Eran totalmente autónomos para las actividades básicas sólo 3 de los pacientes, y totalmente dependientes 6. Los 15 restantes, con dependencia moderada, eran autónomos para la deambulaci3n. La dependencia para las actividades instrumentales era total, con una media del índice de Lawton de 1.2/8. El sntoma que motiv3 la derivaci3n a la consulta de Geriatria fue la p3rdida de memoria en 45.8% de los casos, el trastorno de conducta en 29.1, y el de movilidad/funcional en el 25.1% restante, aunque el n3mero de sntomas por paciente era de 3.71 ( $\pm 2.45$ ). El sntoma que m3s preocupaba al cuidador principal era el trastorno de conducta (46% casos), seguido por "el olvido" (21%). 18 de los 24 cuidadores vivían su situaci3n como un problema social, caracterizándose en estos casos los pacientes por una peor situaci3n funcional (índice de Barthel 55/100, Lawton 0/8), mayor prevalencia de trastornos de conducta (55%) y mayor n3mero de sntomas/paciente (4.2, n.s.). El 45.8% de los cuidadores creían no tener la informaci3n que precisaban sobre la enfermedad, y el 62.5% demandaban mayor n3mero y accesibilidad de los recursos p3blicos.

**Conclusiones:** la mayoría de los pacientes con demencia que acuden a la Consulta Externa de Geriatria son de edad muy avanzada (edad media 79 años), de perfil degenerativo y estadio moderado, y con situaci3n funcional de dependencia al menos moderada para las actividades básicas de la vida diaria, con necesidad de un cuidador permanente. Suelen conservar autonomía para la marcha, y la prevalencia de trastornos de conducta es elevada, destacando entre ellos agitaci3n, inquietud psicomotriz y vagabundeo. El paciente de éstas características se beneficiaría de una CCEE específica, con características espaciales (amplia, que permita la movilidad) y temporales concretas (m3s tiempo/paciente y familia, separado del resto de pacientes si es posible).

## SUEÑO PLURIPATOLOGÍA Y ANCIANOS. IMPORTANCIA DE AL NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

López Gutiérrez, Rafael; Fuertes de Gilbert Rivera, Beatriz.

Clínica Maz y Hospital Provincial San José. Teruel

**Objetivo:** Valorar los trastornos del sueño en >65 años en una consulta de Neurofisiología Clínica de un hospital terciario y describir la comorbilidad, el consumo de fármacos y el manejo diagnóstico y terapéutico en esta población y su evolución tras la terapia.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo en varios tiempos. Criterios inclusión: Pacientes >65 años derivados a Consulta especializada de sueño. Periodo de inclusión: Enero 2000- Diciembre 2001 y seguimiento hasta Enero 2005. Variables demográficas, clínicas, terapéuticas, tipo trastorno sueño, pruebas diagnósticas y tratamiento prescrito. Análisis estadístico SPSS 12.0 ( $p < 0.05$ ). Revisión artículos PubMed 2004-2006.

**Resultados:**  $N=102$ . Edad media: 71.3 (DS 4.6), 74.5% hombres. Comorbilidad: Pluripatología 37%, polifarmacia 36%, Obesidad 58.8%, HTA 51%, EPOC-patología pulmonar 37.3%, DM 24.5%, Dislipemia 35.3%, RGE 33.3%, ICC-C. Isquémica 27.5%, Depresión 27.5%, Arritmias cardíacas 29.4%, ORL 19.6%, Valvulopatías 12%, Demencia 10.8%, ACV 10%, Anemia 7%, Parkinson 4%. Hábitos tóxicos: Café-Té 33%, alcohol 34%, tabaco 20%. Trastornos del sueño: SAOS 61% (Epworth >10 35%, E <10 25%), Insomnio 21%, Mioclonus nocturno 9%, RBD 2%, SPI 1%, otros 28%. Pruebas diagnósticas realizadas: PSGN 69%, TTLM 13%. Tratamiento prescrito: Medidas no farmacológicas: 100%, farmacológico 22%, CPAP/BIPAP 44%. Evolución: Seguimiento 66% (media 2.5 años). Mejoría clínica 88.7% (SAOS 65%); arritmias no diagnosticadas previamente 53%, buena evolución arritmia tras tratamiento 88%. SAOS: Asociación con ICC-C. Isquémica 36% ( $p < 0.05$ ), arritmia 38% ( $p < 0.05$ ), HTA 53% y Obesidad 63%. Deterioro cognitivo en SAOS  $E < 10$  ( $p = 0.09$ ). Insomnio: Asociación con consumo psicofármacos elevado 67% ( $p < 0.0001$ ) y Trastorno ánimo 52% ( $p < 0.005$ ). Asociación de mioclonus con arritmias, deterioro cognitivo ( $p < 0.05$ ) e ICC-IAM. RBD en Parkinson ( $p < 0.001$ ) y deterioro cognitivo ( $p < 0.05$ ). **Conclusiones:** 1- En ancianos con trastornos del sueño existe una gran comorbilidad asociada, en especial factores de riesgo cardiovascular y patología cardíaca y cerebrovascular. 2- El diagnóstico y tratamiento adecuados y tempranos tanto de los trastornos del sueño como de la amplia patología asociada es fundamental en estos pacientes, y su abordaje debe ser conjunto y multidisciplinar para asegurar un buen control y evolución. 3- La polisomnografía nocturna ha demostrado ser una técnica eficaz en el estudio de la patología del sueño, tanto para el diagnóstico de los distintos trastornos del sueño como para el de otras patologías, y en la instauración de tratamiento y seguimiento.

## CAUSAS NO QUIRÚRGICAS DE NEUMOPERITONEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Enrique Alonso Formento, María José Calpe Gil, Mónica Fernández de Jaureguizar, Jesús Angel Martínez Burgui, Fernando Rodero Álvarez, Carmen M<sup>a</sup> Ros Tristán.

Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** Se define neumoperitoneo como la presencia de gas libre en la cavidad peritoneal. La causa más frecuente es la rotura espontánea de una víscera hueca, generalmente por una úlcera péptica perforada. Otras causas son el traumatismo abdominal abierto o cerrado, la infección con producción de gas de la cavidad peritoneal, la perforación iatrogénica, la obstrucción intestinal, la entrada de aire del tórax o del aparato genital femenino y en casos excepcionales la Neumatosis Quística Intestinal (NQI). La presencia de un neumoperitoneo no implica siempre una peritonitis, ya que algunas de estas causas son benignas y sólo requieren tratamiento conservador, como pueden ser las dos últimas. En los casos de cirugía abdominal reciente, el neumoperitoneo habitualmente se resuelve en 3 ó 6 días, pero puede durar hasta 24 días.

**Metodología:** Describimos el caso de un varón que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por un dolor abdominal y al que se le detecta un importante neumoperitoneo.

**Resultados:** Se trata de un paciente varón de 75 años, que acude a Urgencias por dolor abdominal de carácter cólico, en mesogastrio y ambos flancos, irradiado a la espalda, asociado a náuseas y estreñimiento, de dos semanas de evolución, acentuándose en los últimos días. En la radiografía de tórax posteroanterior en bipedestación se observa la presencia de abundante gas libre por debajo de ambos hemidiafragmas, compatible con un importante neumoperitoneo (Figura 1). La radiografía de abdomen simple en decúbito muestra gran cantidad de gas por todo el abdomen, con formaciones redondeadas de unos centímetros de tamaño, y la proyección en bipedestación revela pequeños niveles hidroaéreos de dichas imágenes (Figura 2). Con estos resultados se decide la práctica de una laparotomía exploratoria en la que se descubren abundantes quistes de gas en mesenterio de todo el intestino delgado, con aspecto de esponja, siendo de mayor tamaño en la zona de yeyuno, que alcanzan un tamaño de varios centímetros. Con el diagnóstico de NQI primaria y gran neumoperitoneo secundario a la ruptura de estos quistes intestinales, se practica el cierre de la pared abdominal, quedando el paciente ingresado en el Servicio de Cirugía para observación hospitalaria.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de la NQI debe establecerse con patologías quísticas del tracto gastrointestinal como el enfisema intestinal, enteritis aguda, quistes enterógenos, necrosis granulomatosa, colitis quística, enfermedad de Whipple y poliposis de colon, entre otras. Como tratamiento de la NQI puede utilizarse la respiración con oxígeno a alta concentración, antibióticos como metronidazol, dieta elemental pobre en hidratos de carbono para reducir la producción de hidrógeno en el colon, y la escleroterapia. El tratamiento quirúrgico se utiliza cuando aparecen complicaciones como vólvulo, sangrado grave, obstrucción, o neumoperitoneo a tensión. En las formas secundarias el tratamiento es el específico de la enfermedad de base. Este caso nos recuerda que ante el hallazgo de un neumoperitoneo, sin claros signos de irritación peritoneal, los médicos de Urgencias debemos considerar algunas causas benignas, como es el caso de una NQI primaria, en la que su diagnóstico correcto mediante pruebas de imagen o endoscópicas, evitará el realizar una laparotomía urgente.

## REGISTRO DE DATOS DEL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

Enrique Alonso Formento, Jesús Angel Martínez Burgui, Fernando Galve Royo, Ana Garzarán Teijeiro, Ramón Fernández Madruga, Perla Borao Aguirre.

Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** Un Servicio de Urgencias hospitalario consta de dos áreas bien definidas: la de consultas donde se atiende a los pacientes, una vez realizada su clasificación basada en un orden de prioridades (*triage*); y la de observación donde habitualmente son ingresados aquellos pacientes en los que tras esa primera asistencia en el área de consultas, persiste una incertidumbre diagnóstica o evolutiva, se prevea que el proceso agudo puede resolverse completamente con una breve estancia de no más de 24 horas o bien el paciente sólo requiera la realización de maniobras diagnósticas o terapéuticas tras cuya realización es dado de alta. La diferencia de esta área respecto al resto de Servicios hospitalarios estriba en su alta dinámica asistencial, habiéndose demostrado cómo, para procesos similares, todos ellos de corta estancia, ésta es siempre menor en el área de observación. Esto indudablemente conlleva un doble beneficio: para el paciente que no es sometido a una hospitalización más prolongada que la realmente necesaria para resolver su problema; y desde el punto de vista económico, con una reducción de costes demostrada para algunos procesos. Es fundamental el registro de la actividad de dicha área para un análisis detallado y pormenorizado de los posibles puntos de mejora.

**Metodología:** Recogida de datos de los pacientes atendidos en este área de nuestro Hospital en los dos últimos años, su diagnóstico de presunción, motivo de estancia, destino final y tiempos de permanencia en esta unidad (Microsoft Acces).

**Resultados:** En el área de Observación que consta de 7 camas, se ingresaron 3003 y 3246 pacientes en los años 2004 y 2005 respectivamente, con una media de 8,2 y 8,9 pacientes/día. El día de la semana que más ingresos hubo fue el lunes, y el que menos el sábado. El mes con más pacientes fue agosto. La media de edad de los pacientes fue de 63,55 años en 2004 y de 65,157 años en 2005. El motivo de estancia más frecuente fue para ver la evolución clínica y pautar tratamiento, y en segundo lugar pendiente de ingreso. Al analizar el destino final de los pacientes, el 41% de los que ingresaron en nuestra Unidad de Observación en 2004 y el 49,6 % en 2005, terminaron ingresados en algún Hospital. Sólo 1 paciente falleció cada año en su estancia en esta Unidad. La media de tiempo de estancia total es de 9 h y 38 min, con un máximo de 48 h y 57 min en 2004, y de 9 h y 49 min, con un máximo de 53 h y 42 min en 2005.

**Conclusiones:** Entre las desventajas descritas para esta área figuran la posibilidad de convertirse en un "terreno de nadie" (*dumping ground*) si está a cargo de médicos inexpertos o inseguros o bien de múltiples especialistas hospitalarios; el elevado riesgo para el personal médico y de enfermería en comparación con los de planta de hospitalización, especialmente si no están dotados adecuadamente; los problemas en la transferencia del paciente a otro Servicio u hospital si no existen protocolos bien definidos y la carencia de privacidad para el paciente al ser habitualmente un área abierta. No obstante, las ventajas superan con creces a las posibles desventajas siempre que la selección de pacientes se haga de forma adecuada y se tenga en cuenta que el área de observación es una extensión longitudinal, tanto en espacio como en el tiempo, del área de consultas de urgencias; y que debe ser llevada por personal específico para el área y no sobrecargar al personal que desempeña su labor en el área de urgencias.

## EL RECUERDO DE CITA Y LA CONCIENCIACION DEL PACIENTE AYUDAN A OPTIMIZAR LA ACTIVIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS

Fructuoso Romero Cuenca; Ana Broto Civera; Rosario Peinado Visanzay; Mariví Gutiérrez Aliaga; Juan Fraj Lázaro

Servicio de Admisión. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”. Zaragoza.

**Introducción:** Los elevados costes de la Asistencia Sanitaria, así como las importantes demoras existentes en buena parte de las Consultas de Atención Especializada hacen que todas las Gerencias traten de buscar para sus Centros las herramientas de gestión más adecuadas que permitan optimizar los recursos disponibles evitando posibles ineficiencias. Generalmente ante aumentos de la Listas de Espera por encima de un límite se responde mediante una tendencia al incremento de la oferta, incrementando con ello los costes del sistema. Sin embargo, poco se hace para disminuir el número de inasistencias de los pacientes a sus citas programadas.

**Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo sobre las incomparecencias a Consultas Externas en los Centros de Atención Especializada del Sector III de Zaragoza durante la última semana del mes de mayo, seleccionando 3 especialidades Quirúrgicas (ORL, Oftalmología y Ginecología) y 2 Médicas (Alergología y Reumatología), atendiendo a los criterios de volumen de actividad y Lista de Espera. Se recogieron variables dependientes del paciente (sexo, edad, residencia y motivo de la ausencia) y otras dependientes de la cita (solicitante, servicio realizador, prestación, día y hora, forma y tiempo de notificación, cita original o reprogramada y necesidad o no de nueva cita). La semana siguiente se llamó telefónicamente a todos los pacientes que no habían acudido a la cita para conocer el motivo de su ausencia.

**Resultados:** El mayor porcentaje de ausencias correspondió al sexo femenino (11,2% en mujeres y 9,2% en varones). Los grupos de edad por debajo de los treinta años registran un porcentaje de incomparecencia muy superior al resto de grupos. Por tipo de cita la que mayor porcentaje de ausencias genera es la Revisión Sistemática Ginecológica (15,5%) y la que menos la de Recogida de Resultados con un 5,2%. Según centro el porcentaje de ausencias en el HCU fue del 8,5% mientras que el CEP I.J. fue del 12,4% aunque con gran variabilidad dependiendo del servicio y los facultativos que pasan la consulta (cupó, jerarquizado). Destacar el elevado porcentaje de incomparecencia global de las especialidades quirúrgicas seleccionadas con respecto a las Médicas. El número de fallos en pacientes procedentes del medio rural (9%) fue inferior al de los del medio urbano (11,2%). No hubo diferencias significativas en cuanto al día de la semana ni en cuanto al tramo horario de la cita. Los motivos más frecuentes de incomparecencia fueron Motivos Personales (33,7%) seguido de Olvido (29,2%), No recibir la comunicación (16,9%) y confusión de fecha/hora (8,2%). Sobre estas tres últimas causas se puede actuar de forma conjunta mediante la sensibilización del paciente y el recuerdo de cita ya que unidas suponen más de la mitad de los motivos de incomparecencia

**Conclusiones:** Debemos conseguir agendas de consulta más estables y aumentar sus periodos de programación evitando tener que recurrir con tanta asiduidad al “buzón de citas” y a la comunicación por correo. Es conveniente implantar sistemas de recuerdo de cita (SMS, teléfono...) especialmente en las citas pertenecientes a pacientes menores de 30 años. Es clave sensibilizar al paciente de la importancia que tiene evitar fallos a consultas programadas llamando para avisar, debiendo el centro garantizar previamente un acceso telefónico correcto y sin largas esperas.

## SEGURIDAD DEL SALBUTAMOL INHALADO EN EL TEST BRONCODILATADOR DE LA ESPIROMETRÍA.

Mateo Lázaro ML, De Pablo Cárdenas JM, Plaza Bayo A, Berisa Losantos F, Carot Gil M T. Gimeno Casanova L.

Hospital Obispo Polanco. Teruel

**Introducción:** La espirometría (E) forma parte de las pruebas diagnósticas básicas en Neumología y en los últimos años, también en muchos Centros de Salud. La prueba de reversibilidad de la obstrucción bronquial tras la inhalación de un  $\beta_2$  adrenérgico ( $\beta_2$ ) diagnostica el Asma Bronquial y clasifica a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Como todo fármaco, tiene sus efectos secundarios que pueden plantear problemas en su utilización

**Objetivo:** Evaluar los efectos sobre síntomas, frecuencia cardiaca (Fc) y saturación de la hemoglobina (SpO<sub>2</sub>) tras la inhalación de un  $\beta_2$  para el test broncodilatador (BD) cuando se realiza una E.

**Metodología:** Pacientes remitidos para realizar E con BD. Se tallan y pesan en báscula homologada. La Fc y SpO<sub>2</sub> se registran con pulsioxímetro Tuffsat® antes de la primera E y tras 15 minutos de inhalar 200 mcg de Salbutamol. La E se realiza y valora según normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Los resultados se expresan como porcentaje del valor teórico para sexo, talla y peso. Se registran síntomas si el paciente los refiere espontáneamente.

**Resultados:** 430 pacientes completaron el protocolo (124 mujeres y 306 hombres). Valores medios: edad 64,87 a, IMC 28,7 Kg./m<sup>2</sup>, %FEV<sub>1</sub> = 73.38, SpO<sub>2</sub> = 94%, Fc = 79.6 lat/min. Se producen los siguientes cambios: SpO<sub>2</sub> = - 0,26%, Fc = 0,08 lat/min, FEV<sub>1</sub> = 2,74%. Ningún caso refirió síntomas. En 11 (grupo A) la SpO<sub>2</sub> desciende un 3% y se sitúa por debajo del 90%. La SpO<sub>2</sub> inicial más baja (91.71 vs 94.15 %) y mayor edad (73.4 vs 64.6 a) diferencian a este grupo.

	Grupo A (n = 11)		Grupo B (n = 419)		p
	Media	SD	Media	SD	
Edad (años)	73.4	10.7	64.6	15.0	0.018
IMC	30.3	4.02	28.7	5.3	0.165
% FEV <sub>1</sub>	68.8	17.7	73.5	24.4	0.565
SpO <sub>2</sub> inicial	91.7	1.7	94.2	3.1	0.0007
Cambio SpO <sub>2</sub>	-3.09	2.3	-0.2	1.8	0.0000
Cambio en Fc	-3.7	14.2	0.19	6.4	0.898

Fc = frecuencia cardiaca, FEV<sub>1</sub> = volumen espiratorio forzado en el primer segundo, IMC = índice de masa corporal.

**Conclusiones:** En el 3% de los pacientes el test BD provocó caídas en la SpO<sub>2</sub> por debajo del 90%. La edad más avanzada y una peor función respiratoria basal han sido los factores que pueden predecir este efecto secundario. Aunque no originó síntomas ni cambios en la Fc significativos, aconsejamos tenerlo en cuenta en aquellos pacientes con sospecha o confirmación de insuficiencia respiratoria y ancianos, especialmente en los Centros de Salud.

## MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA GRAVE.

Mateo Lázaro ML, Berisa Losantos F, Plaza Bayo A.

Sección de Neumología. Hospital Obispo Polanco, Teruel.

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en su evolución origina disnea que lleva a la inactividad progresiva y debilidad muscular, asociada en muchos casos, a pérdida de peso que no puede frenarse con los tratamientos habituales. Todo ello empeora la calidad de vida (CV) de estos enfermos. Los esteroides anabolizantes como la Nandrolona (N) ayudan a reconstruir tejidos debilitados por lo que se han utilizado con diversos fines entre ellos incrementar la masa muscular..

**Objetivo:** Evaluar los efectos que tiene la administración de N, asociada o no con entrenamiento muscular, en CV, parámetros antropométricos, función respiratoria y capacidad al ejercicio de extremidades inferiores en los pacientes con EPOC.

**Metodología:** Pacientes con criterios de EPOC de grado moderado-severo, estables, sin otras enfermedades concomitantes y que acepten por escrito participar en el estudio. Primera fase: tratamiento con N durante 12 semanas que denominamos Grupo Inicial (GI). En la 2ª fase se procede al entrenamiento de piernas con bicicleta estática durante ½ hora tres días en semana durante 8 semanas. Un grupo se trata con N (GN) y otro sirve de control (GC). Se comparan los resultados al inicio y al final del estudio en cada fase en pruebas de función respiratoria, antropometría, test de la marcha progresiva y test de CV específico para este tipo de enfermos (CRDQ).

**Resultados:** Completaron el estudio 8 pacientes en el GI, 5 en GN y 7 en el GC. La edad, antropometría y % FEV1 fueron similares en los tres grupos. El tratamiento con N mejoró las 4 variables del test de CV en los dos grupos que se utilizó y también en el GC de forma significativas. Solo en el GN la valoración global superó los 10 puntos. En la segunda fase, ambos grupos incrementan la distancia recorrida en bicicleta sin diferencia significativa. No se produjeron cambios en variables funcionales ni antropométricas.

Cambios al final del estudio de las principales variables					
	GI		GN	GC	P
Distancia en Km	-		3.0 (±1.0)	2.62 (±1.3)	0.583
CV global	+ 5		+ 17.5	+ 9.2	
Disnea	+ 1.25		+ 5.7	+ 4.6	
Fatiga	+ 3		+ 3.1	+ 2.6	
Emocional	+ 1		+ 6.3	+ 1	
Autocontrol	+ .075		+ 2.3	+ 1.2	

**Conclusiones:** La Calidad de Vida del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de grado moderado - severo, puede mejorarse con Nandrolona o entrenamiento de EEII. Cuando se unen las dos terapias este incremento es superior tanto en las variables desglosadas como en la valoración global. El diseño del estudio y el medio en que nos encontramos hizo difícil incrementar el número de casos y por tanto los resultados no pueden ser transferidos con fiabilidad a la clínica, pero anima a que en un futuro, pueda al menos ofrecerse este tipo de programas que mejoraran la CV de este numeroso grupo de enfermos.

## **PONENCIA: ABORDAJE EN EL PACIENTE TERMINAL: CONFORT**

**AUTOR:** CARMEN M<sup>a</sup> VICENTE PÉREZ. ENFERMERA HOSPITAL. SAN JOSÉ, TERUEL.

### **Introducción**

La atención al enfermo terminal no es nada fácil ya que nos enfrentamos a una situación para ellos desconocida y con grandes e importantes pérdidas; por ello, nuestra actuación tiene que ir dirigida a dar una respuesta eficaz a las necesidades reales que nos plantean, tanto el enfermo como la familia, buscando siempre como objetivo prioritario el confort y la calidad de vida.

Cuando lo prioritario no es la supervivencia sino disminuir el sufrimiento, los Cuidados Paliativos ayudan a llevar el final de la vida lo mejor posible y a morir en paz respetando la dignidad de la persona.

La Organización Mundial de la Salud define los objetivos de la Cuidados Paliativos:

- Alivio del dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo normal
- Proporcionar un sistema de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo emocional a la familia durante la enfermedad y en el duelo

Todos estos objetivos se basan en 3 premisas fundamentales: *COMUNICACIÓN - CONTROL DE SINTOMAS - APOYO EMOCIONAL*.

En este contexto, hay que destacar la importancia del *equipo interdisciplinar y multidisciplinar* con un enfoque del paciente integral e individualizado.

Para poder dar este enfoque integral, el equipo de profesionales tiene que tener las siguientes características:

- Vocación cuidadora
- Cierta altruismo
- Empatía y comprensión
- Capacidad de escuchar
- Sinceridad
- Habilidad en la comunicación
- Equilibrio y madurez personal
- Paciencia
- Respeto
- Flexibilidad

### **Cuidados de confort**

Ante una situación de terminalidad nunca se puede dejar a la familia de lado ya que es un pilar básico en el cuidado.

Basándonos en las 14 necesidades básicas del *Modelo de enfermería de Virginia Henderson*, vamos a desarrollar los diferentes cuidados para mantener el máximo confort del paciente:

1.- Respiración:

- La disnea es un síntoma subjetivo de sensación de falta de aire que al paciente que produce una gran angustia.

Las diversas medidas que podemos utilizar son:

- Habitación ventilada
- Buscar la postura adecuada que disminuya la disnea.
- Tranquilizar al enfermo
- Realizar técnicas de relajación y ejercicios respiratorios
- Planificar actividades físicas según la tolerancia respiratoria
- ¿Oxigenoterapia?

- La tos es un mecanismo protector cuyo fin es la eliminación de materia extraña e irritante de las vías respiratorias y expectoración es la expulsión de la materia extraña que produce la tos.

Medidas a seguir:

- Fisioterapia respiratoria
- Humidificación de la habitación
- Aumentar ingesta de líquidos del enfermo
- Enseñar a toser
- ¿Aspiración de secreciones?

- **Hemoptisis** es la expectoración de sangre procedente de la vía aérea. Esta situación crea gran ansiedad al enfermo y a su familia.

Consejos:

- Tener siempre a mano paños o toallas oscuras
- Tranquilizar a la familia y al enfermo

- **Estertores premortem** son un conjunto de sonidos que se producen por la oscilación de las secreciones durante los movimientos respiratorios. Esta situación produce gran ansiedad a la familia a la cual hay que tranquilizar ya que el enfermo no sufre.

## 2.-Alimentación e hidratación:

En este tipo de pacientes es muy frecuente que no tengan apetito (anorexia) y esto preocupa mucho a la familia e incluso a ellos mismos. A la falta de apetito se suma que la mayoría de enfermos tienen un deterioro de la integridad de la mucosa oral.

Las medidas a seguir son:

- Regla de oro: “Comer lo que quiera, cuando quiera, como quiera, cuanto quiera y donde quiera”
- Es preferible comidas pequeñas y frecuentes, ricas en calorías
- No forzar
- Si es necesario dar complementos hiperproteicos e hipercalóricos
- Adecuar la textura de los alimentos y la dieta
- Cuidados de la boca
- ¿Sonda de alimentación enteral? ¿Alimentación parenteral?
- ¿Sueroterapia?

## 3.-Eliminación:

La mayoría de los enfermos terminales en los últimos días acaban teniendo incontinencia urinaria, e incluso fecal, debido al encamamiento, estado confusional agudo.... Esto supone al paciente un sufrimiento psicológico (sobre todo en pacientes jóvenes), para ello es importante un gran apoyo emocional y restarle importancia a ese problema. También hay que educar a la familia para el correcto cambio del pañal o del colector y el cuidado de la piel perianal.

Un efecto secundario que siempre aparece con el uso de opioides es el estreñimiento, que junto con otras causas (la inmovilización, la disminución de ingesta de líquidos...) hace uno de los problemas más frecuentes en este tipo de enfermos.

Las medidas para evitarlos son:

- Aumentar ingesta de líquidos
- Dar masajes abdominales
- Intimidad y buscar una posición lo más anatómicamente posible
- Útil laxantes
- Control de frecuencia de deposiciones, no más de 2-3 días sin hacer

#### 4.- Movilidad y postura:

El estar enfermo no supone no saber hacer nada. La mayoría de veces la familia actúa de forma protectora siendo ellos mismos los que realizan las actividades de cuidado y confort del paciente, y en ocasiones es el propio enfermo el que demanda esta situación. Para evitar todo esto hay que potenciar y animar al enfermo a realizarse su propio autocuidado, siempre dentro de sus posibilidades, y educar a la familia a dejarle hacer esas actividades.

#### 5.- Dormir y descansar:

La noche les causa a los pacientes mucho miedo, que junto con diferentes situaciones como factores ambientales, posible dolor..., les impide dormir (**insomnio**).

Para favorecer el descanso son útiles las siguientes medidas:

- Apoyo psicológico y técnicas de relajación
- Aumentar actividades diarias en la medida de lo posible
- Conseguir un ambiente agradable y cómodo
- Evitar el cambio del ritmo del sueño
- Facilitar el acompañamiento al enfermo de algún familiar

#### 6.- Vestirse y desvestirse:

Utilización de ropa cómoda manteniendo siempre sus costumbres.

#### 7.- Temperatura:

La aparición de sudoración y fiebre terminal, en la que no siempre son eficaces los antitérmicos, es probable que aparezca en esta fase de la enfermedad y por lo tanto es necesario diversas medidas buscando el bienestar del enfermo:

- Cambio de ropa cuantas veces sea preciso
- Para fiebre utilización de medidas físicas

#### 8.- Higiene corporal e integridad cutánea:

El encamamiento favorece la aparición de deterioro de la integridad cutánea, que se puede prevenir con una buena higiene corporal y con la adecuada hidratación de la piel. Es importante valorar en que situación se encuentra el paciente para realización de curas complejas y cambios posturales.

Si existiera una lesión tumoral hay que ser conscientes del objetivo prioritario, el cual no es que se cierre, sino evitar que se infecte, huela y/o sangre. Para ello las curas tienen que ser sencillas y a toques, sin arrastrar.

#### 9.- Seguridad:

Cuando se está al final de la vida hay que priorizar las necesidades y esto también ocurre a la hora de pautar medicación, ya que estos pacientes están cansados de tomar medicaciones junto con el poco apetito, corremos el riesgo de que no sigan el tratamiento, por este motivo hay que retirar los fármacos no necesarios. Como también es importante la utilización de una vía de administración poco agresiva.

Hay que evitar el riesgo de caídas con la utilización de barandillas si fuera necesario y el acompañamiento continuo de algún familiar si el paciente está agitado, inquieto o somnoliento. Es conveniente el ayudar al enfermo en la deambulación si no tiene mucha seguridad.

#### 10.- Comunicación:

El paciente es dueño de la información de la enfermedad, y el tiene derecho a decidir lo que quiere o no saber, para poder conocer si el paciente esta dispuesto a recibir esa información, es muy importante la escucha. Es necesario destacar que nunca hay que mentirles ya que puede crear una desconfianza del enfermo hacia el equipo, que será perjudicial a la hora de la atención.

Es importante tratar “la conspiración de silencio” que es frecuente en estas familias.

#### 11.- Creencias y valores;

En la sociedad que vivimos, a causa de la inmigración, convivimos diariamente diferentes culturas y religiones que hay que respetar. A estas personas también hay que proporcionarles el mayor apoyo posible para que sus sufrimientos espirituales se satisfagan.

#### 12.- Autoestima;

Con la enfermedad se tiende al aislamiento del paciente por parte de la familia, e incluso por los propios profesionales, por el mero hecho de protegerlos. Esto junto la propia situación que la enfermedad conlleva hace que la autoestima del enfermo disminuya, para que esto no suceda hay que:

- Hacerle participe de las decisiones familiares y personales
- Evitar el aislamiento
- Ayudar al paciente a adaptarse a las pérdidas
- Ayudar al paciente a resolver asuntos pendientes

#### 13.- Ocio:

Es frecuente la pérdida de las actividades habituales y esto hace que el estado de animo disminuya, por lo tanto, nuestro objetivo también será buscarle actividades alternativas adaptadas a su situación y así evitar el aburrimiento.

#### 14.- Aprendizaje:

La educación sanitaria es imprescindible en todo tipo de cuidados dirigida tanto al paciente como a la familia.

### **Bibliografía**

- Gómez Sancho M. Avances en Cuidados Paliativos. Editorial GAFOS
- López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial Panamericana
- Espejo Arias M. D. Cuidados Paliativos. Editorial DAE
- Sanz Ortiz J., Gómez Batiste Alentorn X., Gómez Sancho M. y Núñez Olarte J. M. Guía Cuidados Paliativos Recomendaciones de la SECPAL. Edita Ministerio de sanidad y consumo.
- Porta J., Gómez Batiste X., Tuca A. Manual Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Editorial ARAN

## PONENCIA: LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE TERMINAL

**AUTOR:** PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA GERIATRA. HOSPITAL. SAN JOSÉ, TERUEL.

Hablamos de situación de terminalidad en los casos de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia y/o el equipo, y con pronóstico de vida limitado (alrededor de 6 meses). El enfermo terminal no es, pues, únicamente el enfermo agónico, ni únicamente el enfermo de cáncer. Se puede llegar a la situación de terminalidad también por la evolución de una enfermedad discapacitante, como la esclerosis lateral amiotrófica o por cualquier otra enfermedad crónica relacionada con la edad avanzada.

Ante un enfermo en situación de terminalidad en el planteamiento nutricional ha de prevalecer el deseo del paciente, teniendo claro que aunque la alimentación enteral previene la deshidratación no existe evidencia de que proporcione alivio sintomático de las sensaciones subjetivas de sed y hambre. También es preciso desmitificar la idea de que comer, sea de la forma que sea, es lo que mantendrá con vida al paciente. Antes de plantearse un soporte nutricional o un fármaco orexígeno es preciso valorar cómo influirá en la calidad y la cantidad de vida del paciente.

La **nutrición enteral** está indicada en el caso de objetivarse una ingesta oral insuficiente (<50% de los requerimientos nutricionales) con tracto intestinal funcionante total o parcialmente, en una serie de situaciones concretas (referirlas supera las posibilidades del presente resumen), y siempre que se tenga expectativa de recuperación de la capacidad de ingesta. En caso de que no existan claras posibilidades de mejoría debe plantearse tratamiento que no incluya nutrición artificial, en ocasiones incluso tratamiento paliativo. Está ampliamente demostrado que, en el caso de no existir indicación correcta (por ejemplo, en la utilización de gastrostomía percutánea en sujetos desnutridos con demencia en estadio avanzado) la nutrición enteral no aumenta la calidad de vida ni la supervivencia, especialmente cuando se indica por disfagia. No mejora las úlceras por presión, no reduce la incidencia de infecciones, sino al contrario, no mejora la situación funcional, y tampoco la sensación de bienestar del paciente.

Revisemos la actitud más respaldada por la ciencia en las situaciones que con mayor frecuencia nos vamos a encontrar en la clínica:

- La **demencia** se acompaña de pérdida de peso, siendo su mecanismo desconocido. Ante los cuadros de desnutrición asociados a la demencia es frecuente que se adopte una actitud nihilista, que conduce a una progresión acelerada de la enfermedad, lo cual no es ético, como tampoco lo es la actitud contraria, de mantener la alimentación incluso contra la voluntad de paciente y cuidadores en casos de clara terminalidad del proceso. Existe una escala diseñada específicamente para valorar los trastornos del comportamiento alimentario en pacientes con demencia, la *Aversive Feeding Behaviour Inventory*, que clasifica a los pacientes según el tipo de reacción frente a la comida. en sujetos con agnosia, resistencia frente a la comida, comportamiento selectivo o sujetos con apraxia orofaríngea. Este último grupo constituye la manifestación final de los trastornos de la alimentación, se manifiesta como atragantamientos y riesgo de broncoaspiración, y es el momento en que cabe plantearse alternativas a la alimentación oral. Biernacki y Barrat realizaron un

estudio longitudinal en una unidad de larga estancia de psicogeriatría de 20 camas. Realizaron un seguimiento de 6 años de las mujeres ingresadas en la unidad, todas severamente demenciadas ( $MMSE \leq 3$ ), con edad media de 70 años e índice de masa corporal inferior a 18 por término medio. La mayoría padecían problemas como disfagia, rechazo a la comida, apraxia de la alimentación y orofaríngea, comportamientos como escupir comida... La intervención consistió en adaptar el menú para que pudiera ser tomado con las manos, a cualquier hora, y al tiempo que se vagabundeaba. El IMC se incrementó de 19 a 25 a lo largo de los 6 años que duró el estudio. Demostraron, pues, que una adaptación del menú puede resultar exitosa, tanto para la salud y el disfrute de los pacientes como para el de sus cuidadores, e incluso a nivel económico (más barato que los suplementos y, por supuesto, que la dependencia).

- **Disfagia:** el 60% de los ancianos tiene disfunción cricofaríngea, y el 40% alteración de la motilidad esofágica. Sólo el 16% de los mayores presenta deglución normal. La disfagia es una consecuencia frecuente de un ACV (a veces la única), y en fase aguda da origen a complicaciones tan severas como la neumonía aspirativa. El riesgo de muerte asociado a la disfagia en los primeros 6 meses es del 40% (la mayoría en el primer mes). No obstante, un porcentaje amplio de las disfgias que aparecen con un ACV mejora a medio plazo: la mejoría suele ocurrir en la primera semana, y se asocia al grado de severidad. No debemos esperar mejorías pasados 3 meses. Tras un ACV es razonable esperar 24-48 horas antes de colocar una sonda nasogástrica si el paciente está en coma o con bajo nivel de consciencia, asegurando la hidratación con perfusión endovenosa. A las 48 horas se puede plantear la colocación de una SNG, valorando diariamente el nivel de consciencia y el reflejo nauseoso. En el momento en que éste aparezca puede introducirse alimentación oral con gelatinas. Independientemente del antecedente de ACV nos debe hacer sospechar la existencia de disfagia la aparición de tos durante la ingesta, los atragantamientos frecuentes, la ansiedad anticipatoria a las horas de las comidas, el rechazo a la ingesta y la rumiación de los alimentos. Se degluten con mayor facilidad los alimentos que forman un bolo compacto, y deben evitarse líquidos y mezclas de texturas (naranjas), así como alimentos que se disgregan en la boca (arroz). Los líquidos deben espesarse o sustituirse por gelatinas. Si la tolerancia es buena, pueden irse variando texturas progresivamente hasta establecer la tolerancia definitiva. En el caso de recuperar reflejo nauseoso se puede probar tolerancia a líquidos a temperatura ambiente administrados mediante succión a través de pajita. En otras enfermedades neurológicas la disfagia es progresiva e irreversible, por lo que la decisión que atañe al médico, de acuerdo con el paciente y su familia, es valorar la indicación del tipo y la vía idóneas de alimentación.
- En el paciente con **cáncer** se debe administrar soporte nutricional cuando existen posibilidades terapéuticas. Está probado el beneficio de la alimentación enteral en los pacientes oncológicos desnutridos que van a ser intervenidos quirúrgicamente, y en los transplantados de médula ósea. No está probado que resulte eficaz la administración sistemática de suplementos en pacientes en tratamiento con quimio y/o radioterapia.

Podemos recomendar una serie de medidas generales que harían más llevaderos los momentos de las comidas tanto al paciente como a sus cuidadores :

1. Evitar dietas muy restrictivas, ofrecer alimentos variados y bien presentados, en cantidades pequeñas (terminarse un plato siempre anima al paciente).
2. Fraccionar las tomas.
3. Administrar los suplementos separados de las comidas, preferiblemente en pauta nocturna (tienen efecto saciante).
4. Modificar la consistencia de los alimentos, adaptándola a las posibilidades del paciente.
5. Asistir en la alimentación al paciente dependiente.
6. Asegurar una higiene oral correcta:
  - cepillado tras las comidas,
  - torundas humedecidas con infusión de manzanilla o tomillo a tª ambiente
  - soluciones desbridantes en caso de bocas saburrales ( $\frac{3}{4}$  agua +  $\frac{1}{4}$  H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> + 1 cucharada sopera (HCO)<sub>3</sub>Na),
  - hidratación de los labios (cacao o crema o solución de metilcelulosa; no usar vaselina, que aumenta la sequedad al ser hidrófoba).
  - en caso de dolor aplicar solución analgésica (benzocaína, lidocaína al 2%).
  - en caso de xerostomía ofrecer líquidos en pequeñas cantidades con frecuencia, o cubitos helados de infusión de manzanilla, o chicles sin azúcar de fresa ácida, que estimulan la secreción de saliva.
7. Facilitar las prótesis dentales, adaptarlas.
8. Evitar ayunos innecesarios (racionalizar petición de pruebas).
9. Huir de la inmovilidad e incluso, si es posible, fomentar la actividad física.

## Bibliografía

1. Jeffrey I. Wallace. Malnutrition and enteral/parenteral alimentation. En: Hazzard, Blass, Ettinger, Halter, Ouslander. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill Co. New York 1999;1455-1469.
2. Anita J. Thomas. Nutrition. En: Raymond C. Tallis, Howard M. Fillit. *Brocklehurst's textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, 6<sup>th</sup> ed. Churchill Livingstone 2003;1057-1071.
3. Alimentación, nutrición y salud en el anciano. José Manuel Ribera Casado, Pedro Gil Gregorio, eds. *Clínicas Geriátricas*. Editores Médicos, S.A. 1999.
4. Twycross RG, Litcher I. The terminal phase. En *Oxford textbook of Palliative Medicine*. Doyle D, Hanks GWC, Mc Donald N. Oxford University Press. 1997; 651-661.
5. Rami Y. Haddad, David R. Thomas. Enteral nutrition and enteral tube feeding. Review of the evidence. *Clin Geriatr Med* 18(2002);867-881.
6. Barrat, J. Practical nutritional care of elderly demented patients. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 7:35-38. © 2004 Lippincott Williams & Wilkins.
7. Gordon, M. Ethical Challenges in End-of-Life Therapies in the Elderly. *Drugs Aging* 2002;19(5):321-329.
8. Floyd Angus, Robert Bukaroff. The percutaneous endoscopic gastrostomy tube: medical and ethical issues in placement. *Am J Gastroenterol* 2003;98:272-277.

9. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advance dementia. *JAMA* 1999;282.1365-70 (revision de la literatura de los últimos 30 años).

## **PONENCIA: ANALGESIA EN EL PACIENTE TERMINAL.**

**AUTORES:** BEATRIZ. FUERTES DE GILBERT RIVERA. GERIATRA.  
HOSPITAL. SAN JOSÉ, TERUEL. Y RAFAEL. LÓPEZ GUTIÉRREZ.  
NEUROFISIÓLOGO CLÍNICO. CLÍNICA MAZ, TERUEL.

### **1.- INDICE:**

- Cuidados Paliativos y Enfermedad Terminal. Bases e instrumentos básicos.
- Control del dolor:
  - Concepto de dolor. Frecuencia. Fisiopatología.
  - Etiología y clasificación del dolor.
  - Valoración y diagnóstico.
  - Tratamiento:
    - Principios generales.
    - Medidas farmacológicas.
      - Grupos farmacológicos. Características, indicaciones y efectos secundarios.
        - Analgésicos no opiáceos.
        - Analgésicos opiáceos.
        - Coadyuvantes.
      - Escalera analgésica. Elección de grupo farmacológico y vía de administración.
      - Monitorización y seguimiento.
    - Medidas no farmacológicas.
- Bibliografía.

### **2.- GUIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL.**

Definimos *Enfermedad Terminal* como aquella enfermedad avanzada, progresiva, incurable, en la que faltan posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico y existen síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, con un gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, siendo el pronóstico de vida inferior a seis meses. La Organización Mundial de la Salud describe los *Cuidados Paliativos* como aquellos cuidados “.... activos y totales de enfermedades que no tienen repuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible y el confort para los pacientes y sus familias”, basándose en una atención integral, incluyendo aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, individualizada y continuada, con un equipo multidisciplinar.

El *dolor* es una experiencia subjetiva desagradable, sensorial y emocional, frecuente, más aún conforme avanza la enfermedad, siendo uno de los factores que más afecta a la calidad de vida y confort del paciente. Entre 60-80% de los pacientes con cáncer avanzado tienen dolor moderado-severo, con mal control en un número elevado de casos. En ancianos suele ser más frecuente que en jóvenes, padeciéndolo entre 25%-80%, siendo frecuentemente infradiagnosticado e infratratado en este grupo etario.

Las causas y mecanismos fisiopatológicos implicados son múltiples y con frecuencia se asocian. En pacientes oncológicos, por ejemplo, puede deberse a la

enfermedad en sí o su extensión, a sus complicaciones, a las del tratamiento, a complicaciones de la evolución por su “debilidad” u otras causas no relacionadas o concomitantes. Podemos clasificar el dolor desde múltiples puntos de vista: Duración, curso o evolución, causa, fisiopatología, características,.., y ello, junto con una anamnesis y exploración completas, nos ayudará en su enfoque diagnóstico y terapéutico.

El manejo del dolor debe incluir medidas generales, medidas no farmacológicas y farmacológicas. El arsenal terapéutico actual es realmente amplio y permite múltiples variaciones. El tratamiento farmacológico, combinado con medidas físicas y de soporte psicosocial y emocional, consigue controlar el dolor hasta en un 90-95% de los casos.

#### A. MEDIDAS FARMACOLOGICAS

##### **Escalera analgésica de la OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto un sencillo esquema para el control del dolor, se trata de una escalera con tres peldaños que hacen referencia a analgésicos de potencia progresivamente mayor, que ha demostrado ser eficaz en 80% de los pacientes. Se pautarán inicialmente los del primer escalón; si no mejora, se pasa a los del segundo escalón, combinados con los del primero más coadyuvantes si se precisa. Si no mejora, se pautan opioides potentes, combinados con los del primer escalón y coadyuvantes.

*Primer escalón: No opioide +/- coadyuvante.*

*Segundo escalón: Opioide débil +/- no opioide +/- coadyuvante.*

*Tercer escalón: Opioide potente +/- no opioide +/- coadyuvante*

##### **Grupos farmacológicos**

- a. Medicamentos del primer escalón: Analgésicos periféricos (Con efecto “techo” terapéutico)
  - i. Paracetamol
  - ii. Metamizol
  - iii. AAS y AINES: Ibuprofeno, Naproxeno, Ketoprofeno, Meloxicam, inhibidores de la COX2.
- b. Medicamentos del segundo escalón: Opioides débiles.
  - i. Codeína
  - ii. Dihidrocodeína.
  - iii. Tramadol.
  - iv. Dextropropoxifeno.
- c. Medicamentos del tercer escalón: Opioides potentes. (Carecen de efecto “techo”, el límite de dosis se establece por sus efectos secundarios).
  - i. Morfina (Fármaco de elección.)
  - ii. Oxycodona.
  - iii. Fentanilo.
  - iv. Metadona.
  - v. Buprenorfina.
- d. Medicamentos coadyuvantes:
  - i. Corticoides.
  - ii. Antidepresivos.
  - iii. Anticonvulsiantes.

- iv. Fenotiacinas..
- v. Antipsicóticos. Hipnóticos.
- vi. Anestésicos locales.

### **Elección de grupo farmacológico y vía de administración.**

Cada medicamento tiene sus propias características farmacocinéticas (Absorción, distribución, metabolismo y eliminación), farmacodinámicas- mecanismo de acción, dosis y pauta, indicaciones y efectos secundarios, como se explicará en cada uno de ellos. Así, la pauta y elección del fármaco adecuado se hará en función del tipo, causa e intensidad del dolor, de las necesidades y características individuales del paciente y de la experiencia clínica del profesional.

En el control de síntomas que vayan apareciendo, o al menos en la adaptación del enfermo a los mismos, y a la hora de elegir un fármaco en un paciente terminal, en este caso aquellos que nos ayuden a controlar el dolor, debemos tener en cuenta las siguientes *consideraciones o principios*:

- El objetivo es el confort.
- Evaluar antes de tratar. (Tipo de síntoma, causa, intensidad, impacto físico y emocional, desencadenantes...) Identificar la causa del dolor, dada la mayor utilidad de determinados analgésicos o coadyuvantes según el tipo, etiología e intensidad del dolor, como se comentará en cada grupo. Escalas de valoración de dolor.
- Comunicación. Informar adecuadamente sobre las causas y tratamientos al enfermo y la familia. Dar instrucciones correctas y completas
- Uso de fármacos de eficacia probada, con administración sencilla, restringiendo en lo posible el número de fármacos.
- Analgesia regular e individualizada. Prescribir una pauta fija regular que se adelante a los síntomas preexistentes junto con una pauta adicional que prevenga y/o responda a las crisis, con posología, titulación y vía de administración adecuadas al perfil del enfermo, a ser posible por vía oral .
- Cuando el enfermo dice que le duele, le duele. No usar placebos. La potencia del analgésico la determinara la intensidad del dolor, nunca la supervivencia prevista.
- Terapia mixta. Asociar siempre medidas generales y no farmacológicas, entre ellas aquellas que aumenten el umbral de percepción del dolor y favorezcan la adaptación al síntoma. No olvidar factores emocionales, sociales, otros síntomas,...que modifican la percepción del dolor. Control multimodal o integral del dolor – “dolor total”.
- Prevención de los efectos secundarios de los analgésicos e interacciones y nuevos síntomas (“Síntomas constantes, tratamiento preventivo”). Equilibrio alivio-efectos colaterales.
- Definir objetivos terapéuticos progresivos y realistas, plazos, seguimiento-reevaluación.... conjuntamente.
- Monitorización periódica. Accesibilidad y disponibilidad.
- Recordar sobre la escalera analgésica:
  - Los coanalgésicos o coadyuvantes generalmente son necesarios, recordando además que no todos los dolores son aliviados por analgésicos. No usar psicotropos rutinariamente.
  - Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos con analgésicos centrales; sin embargo, no deben

mezclarse nunca dos analgésicos opioides , ni los opiodes débiles con los potentes ni dos potentes entre si.

- Si hay fallo en un escalón, el intercambio de fármacos del mismo escalón no mejora la analgesia, excepto en el tercer escalón. Normas e indicaciones para la rotación de opioides.

Existen varias *vías de administración*, a elegir según el perfil y la situación clínica del paciente, tipo de dolor y lugar: Vía oral, transmucosa, transdérmica, rectal, subcutánea, intramuscular (Evitar por absorción impredecible y administración dolorosa), intravenosa, epidural e intratecal, nebulización , sublingual y dispositivos PCA.

Respecto a como *pautar opioides*, solo reflejar varios detalles. Podemos clasificarlos según su capacidad de activar receptores como agonistas puros, agonistas-antagonistas, agonistas parciales y antagonistas puros .La dosis inicial debe titularse frente al dolor, incrementando paulatinamente, lentamente, hasta alcanzar la efectiva, con formas de liberación inmediata a intervalos regulares, no a demanda, más una medicación de rescate si precisara; las formas retard no son adecuadas para titular, si pueden pautarse una vez titulada la dosis. Debemos intentar prevenir sus efectos adversos (Laxantes y antieméticos incluso profilácticos).Si se cambia un opioide por otro, deben respetarse las dosis equianalgésicas. No deben suspenderse bruscamente tras 1-2 semanas de tratamiento. Prejuicios del tratamiento con Morfina.

#### B. MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

- Generales: Ambiente, información-comunicación, soporte emocional, barreras físicas, dieta,...(“Barandilla de la escalera”.Gómez-Sancho)
- Terapia cognitiva-conductual. Técnicas de relajación.
- Fisioterapia, mesoterapia, ejercicio. Electroterapia, TENS.
- Otras medidas (“Cuarto escalón”) que se usan en casos aislados en enfermos terminales son: Bloqueo de plexos nerviosos, administración epidural o espinal de opioides, Radioterapia, radioisótopos endovenosos, bifosfonatos.

#### **3.- BIBLIOGRAFIA.**

- Porta J., Gómez-Batiste X., Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Ediciones ARAN, 2004.
- Gómez Sancho M.,Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: Control de síntomas. H. El Sabinal, Las Palmas de Gran Canaria,1999. Editorial Viatrix.
- Guía de Cuidados paliativos, Sociedad Española de Cuidados Paliativos,www.secpal.com
- Gómez Sancho M et al. Control de síntomas en el enfermo de cáncer Terminal. Asta Médica, Madrid, 1992.
- Doyle D.,Hanks MC.,Donald N.Textbook of paliative medicine.Oxford University press,1993.
- Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Oncología Geriatrica. Clínicas geriátricas. Editores médicos, SA, Madrid, 2000.
- WHO.Cancer pain relief and palliative care.World Health Organization, Ginebra,1996.

## **PONENCIA: DESHABITUACIÓN TABÁQUICA**

**AUTOR:** DR. D. CARLOS IZQUIERDO CLEMENTE. COORDINADOR MÉDICO  
CS.TERUEL URBANO AÑOS 2000 Y 2001. RESPONSABLE CONSULTA  
DESHABITUACIÓN TABÁQUICA CS.TERUEL 2000-2004

**Beneficios de la deshabituación tabáquica:** Dejar de fumar tiene claros beneficios para la salud. El riesgo de mortalidad va declinando progresivamente desde la fecha de abandono. Las personas que permanecen abstinentes 15 o más años tienen un riesgo de mortalidad similar a aquellos que no han fumado nunca

Los beneficios de abandonar el tabaquismo son inmediatos, a medio y a largo plazo, a continuación unos ejemplos. Veinte minutos después del último cigarrillo se normalizan la tensión arterial y el pulso. Pasadas ocho horas los niveles de oxígeno y monóxido de carbono vuelven a sus niveles normales. A las veinticuatro horas disminuye el riesgo de muerte súbita. A las cuarenta y ocho horas mejoran el gusto y el olfato. A las dos o tres semanas la función pulmonar se incrementa en un 30%. Al año el riesgo de eventos cardiovasculares disminuye a la mitad. A los cinco años el riesgo de morir por enfermedad cardiaca se iguala al de los no fumadores. A los diez años el riesgo de padecer cáncer orofaríngeo, esofágico, laríngeo o vesical es similar al resto de la población; el riesgo de cáncer de pulmón disminuye a la mitad.

Además puede mejorar la salud de los que nos rodean, podemos sentirnos liberados de una esclavitud, supone un no desdeñable ahorro económico, amén de la disminución de los riesgos de incendio, accidente....etc.

Una razón añadida la tenemos los profesionales sanitarios, debido a nuestro rol ejemplar hacia nuestros pacientes y hacia la sociedad en general.

**Consejo sanitario:** Un elevado porcentaje de fumadores desea dejar de fumar, cerca de un 60%. Los análisis coste-efectividad de las intervenciones para dejar de fumar han demostrado que es una de las actividades preventivas con una mejor relación. El consejo sanitario para dejar de fumar ha sido estudiado en más de 30 ensayos clínicos, que incluyeron a más de 26.000 fumadores, con un notable aumento de la tasa de éxitos frente a la falta de intervención (OR: 1,69; un 30% más de abstinencias) con un mayor eficacia si el consejo aumentaba en intensidad y duración (nivel de evidencia A).

**Tratamiento farmacológico** El tratamiento farmacológico debe ser ofertado a todo paciente fumador, con una dependencia media o alta, que quiera hacer un serio intento de abandono, excepto en los casos que existan contraindicaciones o en situaciones especiales (adolescentes, embarazadas). En general el tratamiento farmacológico duplica la posibilidad de abandono del tabaquismo a largo plazo, con respecto al placebo, y la triplica frente a la ausencia de intervención, fundamentalmente basada en la mejoría del síndrome de abstinencia. Decidiremos utilizar un tipo u otro de fármaco, en relación con las posibles contraindicaciones y según las preferencias personales del fumador.

## **PONENCIA: PATOLOGÍA RESPIRATORIA ASOCIADA AL TABAQUISMO PASIVO**

**AUTOR:** DR. D. JOSÉ EUGENIO ALONSO MUÑOZ. NEUMÓLOGO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

### **Tabaquismo pasivo definición**

Tabaquismo pasivo se denomina a la inhalación del humo de tabaco ambiental que es la mezcla de dos tipos de corrientes del humo de tabaco. Por una parte el humo que exhala el fumador activo constituye la corriente principal y por otra parte el humo que resulta de la combustión del extremo del cigarrillo constituye la corriente secundaria.

### **Exposición**

La exposición al humo de tabaco ambiental se considera fundamentalmente en dos entornos. Por un lado está el lugar de trabajo, en donde las leyes de restricción de consumo y ambientes de trabajo libres de humos, intentan que prevalezca el derecho de los no fumadores a trabajar en un ambiente lo más saludable posible. Están descritos marcadores de exposición al humo de tabaco ambiental válidos como las concentraciones de metabolitos de la nicotina. Por otro lado está el hogar donde la legislación hoy por hoy no actúa como en el lugar de trabajo y que tiene de especial interés la repercusión sobre menores que conviven con los fumadores de cara no sólo a un aumento del riesgo de enfermedades en los niños sino también a experimentar la convivencia diaria con el tabaco y su actitud hacia él en el futuro.

### **Efectos sobre la salud**

#### Aparato cardiocirculatorio

Se considera que el tabaquismo pasivo se asocia a un aumento del riesgo de enfermedad coronaria en un 25%. También se asocia a cambios ateroscleróticos. Algunos estudios demuestran que el humo de tabaco ambiental se asocia a un riesgo aumentado de enfermedad vascular cerebral.

#### Aparato respiratorio

El humo de tabaco ambiental se ha asociado a descenso de la función pulmonar. Los hijos de padres fumadores tienen el doble de riesgo de ser ingresados por problemas de infecciones respiratorias y el humo de tabaco ambiental es el principal irritante externo para niños asmáticos.

#### Otros efectos

También el tabaquismo pasivo se ha asociado a bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita infantil, crecimiento pulmonar retrasado, otitis media, complicaciones con la anestesia, cambios psicosociales en los niños expuestos, y aumento del riesgo de tumor pulmonar en un 25%

## **Controversia**

Una vez que fue declarado el humo de tabaco ambiental como carcinogeno tipo A por la agencia de protección medioambiental (EPA), la industria tabaquera ha financiado trabajos de investigación para tratar de desprestigiar esta conclusión. La tendencia en el mundo desarrollado es la de promulgar leyes restrictivas con el consumo. Hoy por hoy no existe un nivel de exposición seguro al humo de tabaco ambiental y los medios actuales de ventilación del aire no se han demostrado capaces de eliminar el riesgo que supone inhalar el humo de otros fumadores

## **PONENCIA: PATOLOGÍA RESPIRATORIA ASOCIADA AL TABAQUISMO ACTIVO**

**AUTOR:** DR. D. JOSÉ MANUEL GASCÓN PELEGRÍN. NEUMÓLOGO.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Dentro la patología respiratoria asociada al tabaquismo activo mi exposición se va a referir al cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

### **Cáncer de pulmón**

Desde la década de los años 50 del siglo pasado se publicaron trabajos que asociaban el hábito tabáquico y el cáncer de pulmón.

Los productos originados por el consumo de tabaco son los responsables de un 90% de los tumores en hombres y 80% de los tumores en mujeres. Hay una relación temporal entre el aumento del consumo de tabaco y el aumento en los diagnóstico de los tumores malignos pulmonares. Puede afectar a 15 a 20% de todos los fumadores.

Hay otros factores ambientales, ocupacionales, dietéticos y genéticos que se asociados con el cáncer de pulmón.

A destacar la ausencia de síntomas precoces que hagan sospechar la presencia de este proceso maligno, lo que conlleva a que el diagnóstico se realice en estadios avanzados de la enfermedad. Se considera que una cuarta de los cánceres de pulmón no son tributarios de tratamiento quirúrgico, el único que puede ser curativo. Debido a su diagnóstico tardío es el tumor que produce una mayor mortalidad, que no se ha reducido de forma sustancial en los últimos años, a pesar de toda la investigación que se realizado.

Recientemente se ha publicado un estudio que puede ser un paso importante para el diagnóstico precoz del cáncer broncopulmonar.

### **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

Se trata de un proceso respiratorio que puede afectar a un 20% de todos los fumadores. Representa un gran problema de salud pública, y es la enfermedad evitable mas frecuente en los países desarrollados.

Tiene una alta prevalencia; se ha calculado que afecta a un 9% de las personas de 40 a 65 años y a un 25% de los mayores de 65 años.

Es un enfermedad que puede ser fácilmente diagnostica y tratada por parte de la medicina primaria y no requiere técnicas sofisticadas para su diagnóstico y manejo; solamente datos de exposición al tabaco, síntomas y una sencilla espirometría, al alcance de cualquier equipo de atención primaria. Hay diversos consensos que pueden ayudar al manejo de esta patología.

Es imprescindible una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales para un eficiente manejo.