

IV JORNADAS CIENTÍFICAS



Hospital “Obispo Polanco”
Teruel

4ª Edición 2009

Hospital General Obispo Polanco
Servicio Aragonés de Salud
Teruel

IV Jornadas Científicas

11 y12 de noviembre

2009
(4ª Edición)

Los datos contenidos en los resúmenes de las comunicaciones científicas y pósters han sido recopilados con el máximo cuidado. La Comisión de Investigación y Docencia no puede hacerse responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de cualquier error en el texto que haya podido pasar inadvertido.

COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. TERUEL

4ª Edición 2009

Depósito Legal:

Imprime:

Hospital Obispo Polanco

Libro Resumen de Comunicaciones Científicas
Pósters y Ponencias

Organiza:

Hospital “Obispo Polanco” de Teruel
Comisión de Formación Continuada e Investigación
Asociación “Lain Entralgo”

Colabora:

Ilustre Colegio Oficial De Médicos de Teruel
Ilustre Colegio de Enfermería de Teruel
Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel
Ayuntamiento de Teruel
Diputación Provincial de Teruel

Merck Farma y Química. Novartis Farmacéutica. Amgen. Roche Farma. Biogen Idec.
Abbott Laboratories. Schering Plough. Wyeth Farma. Pfizer. Janssen-Cilag.
Smith&Nephew. Glaxo-Smithkline.

Comité Organizador y Científico:

M^a Ángeles Camacho Ballano
Milagros Díaz García
Carmen Gallardo Ganuza
Laura Gómez Gómez
M^a Paloma González García
Concha Thomson Llisterri
M^a Concepción Valdovinos Mahave
Ana Cristina Utrillas Martínez
Irene Valle Giner
M^a Dolores Yago Escusa
Alfonso Yubero Esteban

Secretaría Técnica:

M^a José Bellido Galve

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

Las IV Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco, un año más, pretenden mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales y proporcionar a todo el personal sanitario un medio para la presentación de nuevas líneas de investigación y para la actualización de conocimientos, como base de la formación continuada.

El programa de estas IV Jornadas incluye dos mesas redondas en las que participan facultativos especialistas con alto nivel científico en los temas abordados y una charla magistral a cargo del Dr. Pocoví una de cuyas principales líneas de investigación es el estudio del metabolismo lipídico y las enfermedades cardiovasculares. Además, para favorecer la participación de todo el personal contamos con un tiempo dedicado a la presentación de comunicaciones orales y a la exposición de pósters.

El Comité Científico ha puesto especial interés en buscar mesas redondas que respondan a cuestiones que nos afectan directamente tanto a los profesionales como a los usuarios del Sistema de Salud. Por ello hemos dedicado una mesa redonda a los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal y otra mesa a la comunicación entre los profesionales de la Salud y los usuarios tratando temas tan de actuales como la confidencialidad, la entrevista clínica y la toma de decisiones compartida.

En definitiva lo que se ha pretendido con la organización de las Jornadas es reunir a un amplio grupo de compañeros para compartir experiencias, dudas y deseos de superación encaminados a la mejora en la calidad asistencial a la población del Sector de Teruel, que es el objetivo último de todos nuestros esfuerzos.

Solamente nos queda reconocer a todos el alto grado de participación, agradeciendo de antemano todas las propuestas que sirvan para mejorar la formación continuada y esperar que las Jornadas cumplan las expectativas que todos hemos puesto en ella.

Mención especial merecen los Laboratorios NOVARTIS FARMACÉUTICA que han hecho posible la impresión del presente libro en su cuarta edición.

EL COMITÉ CIENTÍFICO

Índice I. Comunicaciones Orales y Pósters

<i>Cáncer de colon y de mama sincrónicos</i>	1
<i>Estudio de las necesidades farmacéuticas y médicas de los veraneantes en varias poblaciones rurales durante el mes de agosto de 2009</i>	2
<i>Oferta comercial del yogur como alimento funcional</i>	3
<i>Aprendizaje de la guía ecográfica para las punciones</i>	4
<i>Meses de receta electrónica en Teruel: desarrollo del piloto</i>	5
<i>Púrpura Hypergammaglobulinemica Benigna. a propósito de un caso</i>	6
<i>Un caso de Enfermedad de Pott</i>	7
<i>Control de la neuropatía periférica secundaria a tratamiento con bortezomib</i>	8
<i>¿Es efectiva la comunicación? Evaluación de los resultados</i>	9
<i>Tratamiento de quemaduras en un gran quemado. A propósito de un caso</i>	10
<i>Beneficios de un grupo de rehabilitación cognitiva en personas con trastorno mental grave</i>	11
<i>Impacto de la implantación de una guía clínica de inserción y mantenimiento de los catéteres intravasculares en la UCI</i>	12
<i>Análisis de la charla “¿Que hay que hacer para tener una boca sana?” impartida a niños/as de 3-4 años</i>	13
<i>Fotoenvejecimiento: problemática y protección cutánea</i>	14
<i>Pérdida de la integridad cutánea: unificar criterios</i>	15
<i>Hiperprolactinemia inducida por risperidona que revierte con la adhesión de aripiprazol</i>	16
<i>Atención farmacéutica a pacientes en tratamiento con levotiroxina en una oficina de farmacia</i>	17
<i>Dolor cervical y fiebre</i>	18
<i>Estudio multicéntrico del estado actual de la intervención de Hartmann. Presentación preliminar en nuestro medio</i>	19
<i>Enfermedad Ateroembólica</i>	20
<i>Diagnóstico diferencial de lesiones subcutáneas: schwannoma</i>	21
<i>Carcinoma in situ sobre un fibroadenoma de mama</i>	22
<i>Actualización en bioética del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Monreal del Campo. Situación actual</i>	23

<i>Valoración ecográfica de la patología tiroidea</i>	24
<i>Masa muscular en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</i>	25
<i>Síndrome Aórtico Agudo . Semiología radiológica en TC.</i>	26
<i>En el diagnóstico de extensión de los cánceres de colon y recto ¿ se cumple el protocolo del hospital?</i>	27
<i>Valoración de la tolerancia, eficacia de la preparación y complicaciones inmediatas de las colonoscopias: el paciente ideal.</i>	28
<i>Motivos de solicitud y principales hallazgos en las colonoscopias</i>	29
<i>Pólipos de colon: ¿en quién, cuando y dónde nos los encontramos?</i>	30
<i>Programa de vigilancia de pólipos colorrectal</i>	31
<i>Información y sedación: ¿en qué grado mejora la tolerancia de las endoscopias digestivas?</i>	32
<i>Valoración de la calidad del proceso asistencial del cáncer colorrectal</i>	33
<i>Conocimientos y actitudes sobre factores de riesgo en sexualidad en adolescentes de Teruel</i>	34
<i>Estudio piloto de tratamiento neoadyuvante con docetaxel, cisplatino y 5-fu (tpf modificado) a quimio-radioterapia concomitante (ct/rt) en cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado</i>	35
<i>Linfoma de presentación atípica</i>	36
<i>Estudio del deterioro agudo de la función renal en pacientes ingresados por gastroenteritis aguda por salmonella enteritidis</i>	37

Índice 2. Ponencias y Conferencias

MESA REDONDA 1. Avances en Cáncer Colorrectal

Modera: Dra. Dña. Concepción Thomson Llisterri. Jefe de Sección del Servicio de Digestivo. Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.

Cribado del Cáncer Colorrectal en Población General. Dr. D. Fernando Carballo Álvarez. Jefe de Servicio de Digestivo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Novedades Terapéuticas. Dr. Vicente Alonso Orduna. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Cuidados a Pacientes Ostomizados. Dña. Pilar Lerín Cabrejas. Enfermera de la Asociación de Ostomizados de Aragón (ADO Aragón).

MESA REDONDA 2. Comunicación y Salud

Modera: Dra. Dña. Paloma González García. Jefe de Unidad de Geriátría. Hospital San José. Teruel.

La Voz de los Pacientes. Dr. D. Albert J Jovell Fernández. Presidente del Foro Español de Pacientes. Universidad de los Pacientes.

Relación entre los Pacientes y los Profesionales Sanitarios. Dr. D. José Javier Valdepérez Torrubia. Médico de Familia de EAP. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

CONFERENCIA MAGISTRAL

Interacción de Genes con Fármacos y Alimentos Funcionales. Dr. D. Miguel Pocoví Mieras. Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Zaragoza.

CÁNCER DE COLON Y DE MAMA SINCRÓNICOS

Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Patricia Arlandis Palau, Marta Aguado Pérez, Camilo Rueda Alcárcel, Vicent Primo Romaguera, Juan Ruiz del Castillo

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

Introducción: El cáncer de colon y el cáncer de mama son los más frecuentes en la actualidad. Muchos pacientes con cáncer tienen el riesgo de desarrollar un segundo de forma simultánea en otra localización, son los denominados cánceres sincrónicos. En la literatura se cuestiona la posibilidad de que el cáncer de mama predisponga a padecer cáncer de colon y viceversa.

Material y Métodos: Se presenta el caso clínico de una mujer de 73 años con antecedentes de HTA e intervenida hace 5 años de un carcinoma túbulo-lobulillar en zona axilar izquierda que infiltraba dermis (pT4N0M0) y se realizó cuadrantectomía con linfadenectomía axilar.

Ingresa en la sala de cirugía en dos ocasiones por 2 episodios de Diverticulitis Aguda Complicada que precisa drenaje percutáneo por absceso intraabdominal. Tras su resolución se realiza un enema opaco que confirma una estenosis irregular en sigma compatible con neoplasia.

A su vez, se diagnostica una recidiva en CSE de mama izquierda.

Resultados: Se programa intervención quirúrgica en la que se extirpa gran tumoración en sigma que infiltra peritoneo parietal (AP: Adenocarcinoma, pT4N0) y se reseca el nódulo mamario (AP: Carcinoma lobulillar túbulo-lobulillar pT1N0).

Se realiza PET-TAC que evidencia 4 nódulos pulmonares metastásicos y 2 focos en hígado compatibles con metástasis hepáticas.

Se administra tratamiento con quimioterapia y a los 4 meses se repite PET-TAC, permaneciendo tan sólo 2 nódulos pulmonares, el resto han desaparecido.

Discusión: La incidencia de un segundo cáncer primario es del 1,26 – 3,3%, por ello es imprescindible el seguimiento en pacientes que padecen o han padecido un cáncer.

Múltiples cánceres primarios son característicos de síndromes hereditarios y cuando coinciden es razonable pensar en un origen genético. La inclusión del cáncer de mama en el síndrome de Lynch tipo II ha sido cuestionado, pero lo más frecuente es que esta asociación sea esporádica.

Diversos estudios destacan la importancia de realizar una PET de forma rutinaria, siempre que esté indicado, para aumentar la posibilidad de detectar lesiones simultáneas.

El pronóstico depende de la naturaleza de cada uno de ellos, por separado, y no metastatizan con mayor agresividad.

Conclusiones: La sincronidad es un hecho poco frecuente pero es necesaria la detección temprana para un tratamiento curativo.

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES FARMACÉUTICAS Y MÉDICAS DE LOS VERANEANTES EN VARIAS POBLACIONES RURALES DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 2009

Muñoz Giménez, Noeli y Mora Corberá, Elena

Oficina de farmacia Noeli Muñoz (Alba del Campo – Teruel)

Introducción/Objetivos: Durante los meses estivales, se produce un cambio en el patrón demográfico habitual de la población rural y como consecuencia, las demandas habituales en la oficina de farmacia durante los meses de verano son diferentes a las de los meses invernales. Se pretende analizar, desde la oficina de farmacia, el comportamiento de la población veraneante en relación a las necesidades farmacéuticas, así como la utilización de la consulta del médico de atención primaria de la localidad.

Método: Se analizaron las recetas aportadas por los pacientes veraneantes, tanto activos como pensionistas, durante el mes de agosto de 2009 en la farmacia rural de Alba del Campo y los botiquines farmacéuticos de Peracense y Villar del Salz en la provincia de Teruel. Del mismo modo, se estudió la demanda de productos de venta libre o cualquier otro requerimiento sanitario. Los datos se obtuvieron a partir del control de las recetas y de la anamnesis de estos pacientes. Se consideraron veraneantes aquellos pacientes que únicamente residen en el pueblo uno o varios meses de verano y no el resto del año.

Resultados y Conclusiones:

- La gran mayoría de los veraneantes pensionistas (73%) prefieren acudir al médico rural para sus tratamientos crónicos en lugar de traer las recetas hechas por su médico habitual. Las razones nos son desconocidas, pero comentarios realizados a pie de mostrador por los pacientes indicarían que la motivación fundamental sería la accesibilidad del sistema sanitario rural ya que se necesitaría menos tiempo para obtener las recetas y la consulta está disponible todos los días sin necesidad de concertar cita previa. Otros aspectos a tener en cuenta serían la preferencia de dichos pacientes por la charla en la sala de espera con gente conocida, familiares, vecinos... y la acumulación de fármacos en reserva.
- Los pacientes activos muestran un comportamiento totalmente opuesto, el 73% de dichos pacientes aportan las recetas desde su lugar de residencia habitual. Las razones que explicarían esa diferencia serían que estos pacientes planifican sus necesidades farmacológicas antes de ir al pueblo, hay mayor fidelidad al médico y no se almacenan tantos medicamentos, seguramente por motivos económicos.
- En cuanto a tratamientos puntuales, son los procesos álgicos, con el 47%, los más consultados al facultativo por parte de los pensionistas desplazados, mientras que para los activos, lo son los procesos infecciosos (54%) propios del periodo estival. Los tratamientos contra las picaduras son más demandados por la población activa, sobre todo para la infantil.
- En la dispensación de productos de venta libre, son los fármacos que no requieren receta médica los más demandados, seguido por los antisépticos para la renovación del botiquín doméstico. A éstos, le siguen en importancia los productos para el cuidado bucal debido a la gran cantidad de población con prótesis dentales.

OFERTA COMERCIAL DEL YOGUR COMO ALIMENTO FUNCIONAL

Mora Corberá, Elena, Muñoz Giménez, Noeli

Oficina de Farmacia Noeli Muñoz (Alba del Campo - Teruel)

Introducción/Objetivo: Se considera alimento funcional aquel que además de sus efectos nutritivos intrínsecos, demuestra satisfactoriamente que afecta a una o más funciones específicas del organismo, de tal modo que resulte apropiado para mejorar el estado de salud y bienestar y/o reducir el riesgo de enfermedades. No constituyen un grupo de alimentos, sino que resultan de la adición, sustitución o eliminación de ciertos componentes a los alimentos habituales. Actualmente existe una gran variedad de alimentos funcionales comercializados en España, en parte, debido a un aumento de la preocupación de la población por una alimentación adecuada. Entre ellos, se encuentran los yogures, las leches, las galletas, las margarinas, los zumos, etc.

Se ha evaluado la variedad existente en el mercado de los yogures como alimento funcional.

Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal de la oferta que existe en la actualidad de yogures funcionales tanto en las formas sólidas como en las líquidas en 6 establecimientos polivalentes. En dichos establecimientos, se estudiaron las 9 marcas comerciales más expuestas. Se consideraron únicamente aquellos yogures adicionados con ingredientes funcionales.

Resultados y Conclusiones:

- De todas las marcas estudiadas, una es la que destaca sobre el resto con una producción de yogures funcionales de un 28% siendo pionera en I+D. Dicha marca incluye una gran variedad de ingredientes funcionales a los yogures, a excepción de antioxidantes y ácidos grasos.

-El 75% de los yogures funcionales pertenece al grupo de los probióticos y prebióticos. De ellos, las bifidobacterias son las más utilizadas con un 70%. Los yogures combinados con bifidobacterias son realizados por 6 de las 9 marcas, suponiendo un 26% del total de todos los que contienen las bifidobacterias. Hay que mencionar que este tipo de yogures es el que lleva más tiempo en el mercado.

-Sólo una marca, produce yogures funcionales combinados con lactobacillus a los que adiciona fibra (21.5%), soja (7%) o vitamina C (21%).

-Todos los yogures encontrados que contribuyen tanto a la defensa del organismo como los que ayudan a controlar la tensión arterial o los que ayudan a reducir el colesterol son presentados en forma líquida.

-Sólo una de las marcas no incluye ninguna mención que destaque las propiedades saludables del producto.

-Se han encontrado dos marcas diferentes que proponen yogures con aloe vera. Este componente no aparece en ninguna de las clasificaciones como ingrediente funcional lo que indicaría que es un mercado que sigue innovando.

APRENDIZAJE DE LA GUÍA ECOGRÁFICA PARA LAS PUNCIONES

Eva Vilar Bonacasa, Cristina Roig Salgado, Luiza Fatahi Bandpey, M^a Dolores Yago Escusa, Pedro J Sánchez Santos, Julio Torres Nuez, Ivan Fernández –Bedoya, Ana M^a Fernández Garrán

Hospital Obispo Polanco.Teruel.

Introducción: Tradicionalmente la mayoría de las habilidades necesarias para el trabajo diario, se han adquirido por parte del residente en la práctica diaria.

El diseño de prácticas a medida, facilita la adquisición de numerosas habilidades básicas en el periodo formativo, aumenta la seguridad en si mismo del residente y evita, en algunos casos, utilizar al paciente como conejillo de Indias.

Cualquier habilidad que deba adquirir el médico en formación, puede transformarse en una práctica.

Objetivo: Dar a conocer una herramienta más para conseguir que los residentes adquieran habilidades básicas, como la guía ecográfica de punciones.

Métodos: Describimos las características fundamentales que debe reunir una práctica bien diseñada.

Exponemos un ejemplo de práctica diseñada y realizada en nuestro Servicio, cuyo objetivo es “Aprender a guiar ecográficamente las BAAG con transductor de abdomen”

Analizamos la consecución del objetivo de la práctica y el grado de satisfacción del residente.

Resultados: En el 100% de los casos se obtuvo la prueba de logro del objetivo de la práctica.

En el 100% de los casos los residentes expresaron un grado de satisfacción muy alta.

Conclusiones: Las prácticas diseñadas son herramientas válidas de aprendizaje para la formación de los residentes, facilitan la adquisición de numerosas habilidades, aumentan la seguridad del residente y evitan, la utilización del paciente como instrumento docente.

MESES DE RECETA ELECTRÓNICA EN TERUEL: DESARROLLO DEL PILOTO

Carlos Pellón Sebastián, Daniel García-Valiño, Nuria Sanllehí Vila, M^a Francisca Muñoz Espílez

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel

Introducción/Objetivos: En Junio del 2008, se pone en marcha en Teruel Urbano, la Receta Electrónica Aragonesa, donde el Gobierno de Aragón, desde el departamento de proyectos Tecnológicos, la empresa privada INDRA como responsable del desarrollo y puesta en marcha de la interactividad entre la prescripción y la dispensación, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel, como responsable de la implantación, chequeo y puesta en marcha de e-receta en las oficinas de farmacia, lanzan y ejecutan un proyecto innovador en pro de los pacientes aragoneses, en principio, solo de Teruel Urbano. Durante el lanzamiento y puesta en marcha de este proyecto, han transcurrido 15 meses, en los cuales se ha trabajado y modificado el plan inicial hasta lograr un consenso entre todas las partes implicadas.

Método: Análisis descriptivo de las actividades desarrolladas durante la puesta en marcha e implantación del piloto que abarca el periodo: junio 2008-septiembre 2009.

Resultados y Conclusiones: Se realiza las primeras pruebas en dos farmacias del centro de Teruel, donde se comienza a probar las primeras recetas electrónicas, con pacientes dispuestos a colaborar para aportar las primeras impresiones y corregir los primeros defectos funcionales y técnicos. Se trabaja con un grupo de médicos reducido, formados previamente y capacitados para transmitir y promocionar este nuevo tipo de prescripción médica. El objetivo común es ver la respuesta del paciente a un sistema más automatizado y menos personalizado. Durante las 5 primeras semanas se prescriben más de 23000 líneas, siendo dispensables solo el 40% por diferentes problemas técnicos y funcionales, que obligan a decelerar la prescripción electrónica, y replantearse el modelo global de e-receta. En enero del 2009 se re-lanza e-receta de nuevo, con un concepto funcional totalmente diferente. Podemos decir, que e-receta en su segunda fase, es funcional y operativa, aunque con carencias y mejoras pendientes de ejecutar durante el último trimestre del 2009.

*A día 5 de octubre se han prescrito un total de 52000 medicamentos, que constituyen el 10% de las dispensaciones totales (electrónicas, papel e informatizadas) efectuadas por las 11 oficinas de farmacia.

*Actualmente, 20 médicos distribuidos en dos centros de Salud, emiten diariamente recetas electrónicas, a 1100 pacientes de un total de 30.000.

*A día de hoy, se han realizado en la segunda fase de e-receta, es decir, desde el 23 de Enero del 2009, un total de 32000 medicamentos, representando esto el 10% del total de prescripciones.

*La comunicación entre los agentes involucrados: médicos prescriptores, farmacéuticos, técnicos y coordinadores desde el Colegio de Farmacéuticos y SALUD es fundamental para la detección de errores en cualquier fase del proceso desde la emisión de la prescripción hasta su dispensación y facturación a SALUD, y para la propuesta de mejoras en beneficio de todos los agentes implicados.

*La situación actual, sigue siendo de "piloto", quedando muchos puntos por mejorar y algunos problemas que solucionar.

*Se prevé la extensión y puesta en marcha de e-receta fuera de piloto, para principios de año 2010, siendo esta extensión en principio a la provincia de Teruel.

PÚRPURA HYPERGAMMAGLOBULINEMICA BENIGNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P.Gracia Sánchez;. R.Dolz Aspas;. A.Fernández Alamán;.G. Pérez Vázquez;. A. Garzarán Teijeiro;. M.C.Juyol Rodrigo;. J.M.Vicario Bermudez;. C.Fonseca López

Hospital Obispo Polanco Teruel

Introducción: La púrpura hipergammaglobulinémica benigna (HGP), descrita por Waldenstrom en 1943 se caracteriza por presentarse como una púrpura cutánea recurrente, hipergammaglobulinemia policlonal, aumento de Factor reumatoide y VSG. Es de etiología desconocida y extremadamente rara, describiéndose casos aislados en la literatura mundial. Presentamos un nuevo caso.

Material y Métodos: Paciente de 74 años portadora de marcapaso por enfermedad del seno en situación de AC x FA. y *Diabetes mellitus* tipo 2 con obesidad. Refería, en los 2 años previos, episodios de fiebre de hasta 38°, con infiltrados pulmonares persistentes, y lesiones purpúricas no pruriginosas en EEII. Pérdida progresiva de peso. En la exploración objetivamos lesiones purpúricas palpables de 3 mm de diámetro, confluyentes en ambas EEII. Analítica: Hb 10.5 g/dl, leucocitos 8.500 mmcc, (plaquetas 232.000 mmcc. VSG 29 mm1^ªh. Factor Reumatoide 1169 UI/L. Proteínas totales 12.2 g/dl, albúmina 2.4 g/dl. IgG 8360 mg/dl, IgA 361 mg/dl, IgM 106 mg/dl. IEF en sangre: Cadenas ligeras Kappa 1607 mg/dl. (60%) cadenas ligeras Landa: 1236 mg/dl. (40%) Inmunocomplejos 9.6 mg/L. No se detecta eliminación proteica urinaria. Proteína de Bence Jones (-). ANA, anti DNA nativo y Ac anti ENA negativos. En TC de tórax y abdomen aéreas de consolidación parenquimatosa en el segmento basal lateral del LID, línula e infiltrados alveolares irregulares en el segmento posterior del LII. En la TC de abdomen lesión sólida localizada en la rodilla duodenal (4,5 X 5 X 5 cm). Biopsia de medula ósea: plasmocitosis policlonal y 4 nódulos de células linfoides mayoritariamente de fenotipo B (CD79A y CD20 positivas, de forma focal), así como abundantes células T. La paciente rechazó la biopsia de la lesión duodenal. Biopsia aspirativa de grasa abdominal sin evidencia de tejido amiloide.

Resultados: Con el diagnóstico de Púrpura hipergammaglobulinémica iniciamos tratamiento con Prednisona 1mg/kg/día con mejoría clínica, disminución de IgG hasta 1880 mg/dl y desaparición de las lesiones torácicas y del duodeno. Falleció a los 6 años del diagnóstico durante un evento isquémico abdominal.

Conclusión: La PHG puede ser primaria o asociarse, entre otras, a L.E.S., S. de Sjögren, o a Amiloidosis. Aparece en niños o mujeres en edad fértil y no hemos encontrado ningún caso en mayores de 60 años, por lo que destaca su presentación en el anciano, Tampoco se ha descrito la existencia de masas viscerales como la lesión submucosa duodenal que atribuimos a tejido linfo-plasmocitario. Se han intentado múltiples tratamientos incluyendo colchicina, hidroxycloquina, esteroides, clorambucil, rituximab y plasmaféresis.

UN CASO DE ENFERMEDAD DE POTT

Fernández Alamán AI, Fonseca López C, Vicario Bermúdez JM, Lahoz Zamorro MT, Lerín Sánchez F, Zabala López SI, Santos Sánchez PJ, Vilar Bonacasa EY

Hospital Obispo Polanco Teruel

Introducción/Objetivos: Esta enfermedad fue descrita por Pott en 1779. Producida más frecuentemente por el bacilo de Koch humano por contagio interpersonal por vía aérea y la colonización vertebral por bacteriemia a partir de un “complejo primario” pulmonar. Es más frecuente en niños de 2 a 5 años de edad y en la columna dorsal, menos en la lumbar y rara en la columna cervical.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una mujer de 31 años natural de Marruecos y sin Antecedentes Patológicos de interés que ingresa en el Servicio de Otorrinolaringología procedente de Urgencias por presentar una tumoración laterocervical izquierda grande detrás del músculo esternocleidomastoideo, de consistencia blanda, dolorosa y sin signos inflamatorios locales.

Resultados: Se realizan diversas pruebas complementarias, entre las que se encuentran una Baciloscopia de la tumoración que resultó negativa y una PAAF guiada por Ecografía sin evidencia de células malignas. La Rx de tórax muestra pinzamiento de seno costodiafragmático izquierdo con engrosamiento pleural. En la TC cervical se observa una masa quística multiseptada de pared gruesa en la porción paraespinal del espacio perivertebral izquierdo cuyo origen parece estar a la altura de C5 y C6 y se establece como posibles diagnósticos diferenciales el linfangioma quístico sobreinfectado vs. absceso primario de origen no vertebral vs. absceso de origen no vertebral de naturaleza tuberculosa.

Conclusión: La realización de una RMN de columna cervical revela la presencia de un absceso de larga evolución con origen en partes blandas y afectación ósea y foraminal secundaria, siendo en este contexto altamente sugerente en imagen de absceso frío TBC (Enfermedad de Pott), extremo que ha sido confirmado por la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en el cultivo del contenido quístico. La paciente ha sido valorada por el Servicio de Traumatología que recomienda traslado de la paciente a la Unidad de Columna del Hospital Miguel Servet de Zaragoza donde se ha desestimado tratamiento quirúrgico debido a la localización de la lesión y a la relación tan estrecha que guarda con las estructuras óseas vertebrales. Por este motivo se ha realizado un drenaje quirúrgico del contenido del tuberculoma y se ha instaurado tratamiento médico antituberculoso durante 1 año con Isoniacina, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol.

CONTROL DE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON BORTEZOMIB

M^a Jesús Castellote García, M^a José Goded García, Isabel Rilova Fernandez, Lourdes Hernandez García, María Ibañez Ortiz, Nicolas Gonzalez Gomez, Alfonso Yubero Esteban, Ricardo Lara Lopez Doriga

Servicio de Oncología Hospital de Día. Hospital Obispo Polanco Teruel.

Objetivo: El bortezomib se utilizaba para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que al menos hubieran recibido dos líneas de tratamiento previo, en la actualidad tiene también la aprobación para primera línea. La neuropatía periférica que produce, puede limitar la dosis u obligar la suspensión de tratamiento. La detección precoz de este problema es esencial para evitar la suspensión del tratamiento, por otra parte eficaz, y conseguir su pronta recuperación.

Pacientes y métodos: Hemos incluido en el estudio a todos los pacientes tratados con este fármaco en nuestra unidad de forma retrospectiva (cinco) desde que comenzamos a utilizarlo. Desde el 1 de Enero hasta día de hoy les hemos pasado una encuesta a las personas que comenzaron tratamiento (4 varones y 3 mujeres), de los cuales tres reciben el bortezomib en primera línea. Entregamos a cada paciente una encuesta diseñada por el laboratorio que comercializa el producto (Janssen-Cilag) cada semana de tratamiento, donde le preguntamos sobre si ha sentido adormecimiento y hormigueo en manos y pies, dolor en articulaciones, problemas de audición, dificultad al abrocharse los botones o problemas al sentir pequeños objetos con las manos, con una escala de 0 a 4 donde 0 sería ausencia de problema y 4 neuropatía que impide realizar tareas finas con las manos. Además queremos comparar si influye los fármacos a los que se han sometidos los pacientes con más de una línea de tratamiento, Vincristina Vinblastina .., en el desarrollo de la neuropatía, como ha influido el tratamiento instaurado en la evolución y cuanto tiempo se ha mantenido después de terminar el tratamiento hasta su resolución.

Resultados: En la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio se han dado en mayor o menor medida toxicidad neuropática en sus diferentes grados, encontrándonos actualmente en fase de comparativa con los resultados publicados en la literatura.

Conclusiones: Queremos comparar nuestros resultados con los publicados en la bibliografía del producto, y ver si la prevención con el tratamiento pautado ha sido efectivo.

¿ES EFECTIVA LA COMUNICACIÓN? EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Andrés Saliente,A.; Camacho Ballano, M.A. ; Pérez Martínez, C. ; Escusa Julián, M..

Hospital Obispo Polanco Teruel

Introducción y objetivos: Nuestro hospital tiene elaborado un Plan de Comunicación y uno de los públicos tipificados del mismo es personal de enfermería asistencial: enfermeras, auxiliares y técnicos. Pretendemos analizar la percepción de las actividades comunicadoras realizadas para algunas de las líneas de acción establecidas en el mismo: Implicar a los profesionales en la consecución de objetivos de la organización. Hacer partícipes a los profesionales de los resultados obtenidos. Articular mecanismos para favorecer la comunicación. Velar por la salud y prevenir riesgos de los profesionales.

Material y métodos: Estudio trasversal descriptivo de las encuestas realizadas al público tipificado mencionado sobre la percepción de las actividades de comunicación realizadas. Los resultados se presentan en porcentajes. Encuesta: preguntas agrupadas para cada línea de acción analizada. Programas: Excel y SPSS.

Resultados: Se recogen 152 encuestas. Porcentaje de respuesta 42%. Los profesionales de enfermería en un 95,4% manifiestan ser informados por su supervisora de los objetivos del Contrato Programa (CP) en una reunión, a la que asisten el 98%. Un 59,2% es capaz de enumerar 3 objetivos del mismo y un 17,1%, dos. El 91,4% dice haber firmado el C.P. y el 89,5% conoce los resultados de sus objetivos. El 42% de los profesionales ha consultado la Intranet, siendo la formación, seguido de las guías de acogida los contenidos más consultados. El 31% dispone de email institucional y el 67,1% conoce los circuitos de sugerencias. El 82,9% de los profesionales dice estar informado de la formación que se realiza y el 88,2% conocen los formularios para solicitarla. El 92,1% conoce los circuitos a seguir en caso de accidente laboral, el 75% se siente suficientemente informada de los riesgos que comporta su puesto y el 94% consideraría interesante la realización de formación in situ sobre riesgos inherentes a su puesto de trabajo. Valoración global de la comunicación en el Centro: buena el 46,7% y en la Unidad en el 71,7%.

Conclusiones: Las actividades de comunicación son adecuadas en la transmisión de los objetivos de C.P. así como para la comunicación de los resultados obtenidos en el mismo. Existe potencial de mejora en la utilización de las herramientas informáticas para la comunicación: intranet, e-mail. Las actividades realizadas para la difusión de la formación son adecuadas. Siendo este apartado y las guías de acogidas los más consultados de la Intranet. Las actividades de comunicación realizadas relacionadas con la prevención de la salud de los profesionales son bien valoradas. Valorando las actividades de comunicación de forma tan positiva, la comunicación en el centro solo es percibida como buena en el 46,7%.

TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN UN GRAN QUEMADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M^o Victoria Paricio Gómez, Concha Esteban Silvestre, Encarna Monforte Zafon, M^a Jesús Torres Casas, María Sánchez Paricio, Pilar Sánchez Moya, Rosa Giménez Mora, Guadalupe López

Hospital Obispo Polanco Teruel

Objetivo: Vamos a mostrar como se atendió en el servicio de UCI a un gran quemado, mediante la aplicación de un protocolo consensuado y multidisciplinar, la evolución de sus quemaduras fue satisfactoria.

Introducción: Paciente que ingresó en Marzo de este año en nuestro servicio, y que por sus condiciones de inestabilidad, no pudo ser trasladado a la unidad de quemados de referencia. El paciente de 74 años, es trasladado a UCI por el 061, llegando al hospital en estado de coma no filiado, Glasgow 3 y quemaduras de 2^o y 3^o grado en el 25% de su superficie corporal (cara, cuello, brazos, manos, tronco y piernas), motivado por una caída, no se precisa si accidental o no, a una hoguera quemando rastros, como patologías añadidas nos encontramos con insuficiencia respiratoria (intoxicación por humo) en principio se conecta a respirador, alteraciones metabólicas, FMO, hemocromatosis y neumonía.

Metodología: Se realizan curas con campo estéril para minimizar el riesgo de infección. Se hace un primer análisis de la situación general, en la que se valoran las quemaduras, de acuerdo a los parámetros de gravedad: profundidad de la lesión, su extensión y localización, el agente causal, y enfermedades preexistentes y lesiones asociadas. Puntualmente se van recogiendo los datos en su gráfica. La revisión de apósitos se hacía cada 24 h. La frecuencia en el cambio de los apósitos, se hizo en función del proceso de curación cada 3-4 días y de forma rotatoria, dependiendo también de grado de exudado, el estado de la quemadura y al tipo de apósito empleado. Se desbridaron las quemaduras de 2^o grado con bisturí y se realizaron tratamientos tópicos basados en curas de ambiente húmedo, con apósitos de plata (para la carga bacteriana), apósitos hidrocolides (que aportan la humedad óptima, la temperatura fisiológica, aislamiento y protección) y apósitos con alginato (para la gestión del exudado). En un principio el paciente evoluciona favorablemente, posteriormente su pronóstico empeora aunque se siguen manteniendo las pautas de curas hasta su fallecimiento.

Resultados: las quemaduras, como pueden verse en las distintas fotografías tomadas durante el proceso de curación, evolucionaron en su mayoría hasta su cicatrización, e incluso como las producidas en las manos a una recuperación total de la piel sana.

Conclusiones: tras la aplicación de una sistemática de trabajo en equipo, con curas y revisiones periódicas, se consiguió una evolución favorable de las quemaduras de 2^o grado, y una estabilidad en el lecho de las quemaduras de 3^o grado, preparándolas para una posterior desbridación quirúrgica e implantación de injerto en un centro especializado.

BENEFICIOS DE UN GRUPO DE REHABILITACION COGNITIVA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Noelia Perez, Alejandra Reboreda, German Gomez, Eugenia Esteban, M^a Pilar Enguita, Lorena Pereyra

C.R.P San Juan de Dios. Teruel

Introducción/Objetivos: Las investigaciones en el campo de la salud mental vienen demostrando los beneficios de las intervenciones grupales para entrenar todo tipo de habilidades. Por otro lado, es sabido que las personas afectadas por una enfermedad mental grave sufren un significativo deterioro cognitivo que puede ser mejorado a través del entrenamiento en capacidades vinculadas a la cognición.

Método: Se aplican diversas pruebas que miden diferentes capacidades cognitivas antes y después de la participación de los pacientes en el grupo de trabajo. Las áreas trabajadas en dicho grupo son la atención, la memoria, la percepción e interpretación, la orientación espacio-temporal y el lenguaje.

Resultados: Se observan beneficios en las áreas cognitivas evaluadas medidos a través de las pruebas seleccionadas.

Conclusiones: Los resultados demuestran la utilidad que estos formatos de entrenamiento grupales tienen para las personas con dificultades en cualquier área susceptible de ser entrenada.

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA DE INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS CATÉTERES INTRAVASCULARES EN LA UCI

Teresa Fuertes Catalán, Marisa Pérez Lahuerta, Isabel Marqués Mínguez, Consuelo Alcón Belmonte, Julia Tornero Carrió, Victoria Paricio Gómez, José María Montón Dito, M^a Concepción Valdovinos Mahave

Servicio Medicina Intensiva. Hospital Obispo Polanco Teruel

Objetivo: Evaluar el impacto de la implantación de una guía clínica de inserción y mantenimiento de los catéteres intravasculares (CI) (catéteres venosos centrales y arteriales) en la incidencia de bacteriemias relacionadas con catéter (BCR) en nuestra UCI.

Método: Estudio prospectivo y observacional durante 2 años (Enero 07 a Enero 09). Se elaboró un protocolo de inserción y mantenimiento de los CI basado en las guías de la CDC del 02. Se procedió a su difusión mediante talleres teórico-prácticos a todo el personal médico y de enfermería. Y se apoyó con un documento escrito y pósters recordatorios. Tras ello todos los miembros de la UCI realizaron un test de autoevaluación on line del curso de formación. Se cumplimentó un registro sistemático de verificación de cumplimiento de medidas de inserción y mantenimiento de todos los CI. Todo ello con el objetivo de monitorizar el cumplimiento del protocolo, seguimiento de indicadores y la comunicación periódica de la información obtenida por los profesionales. El impacto de la aplicación del protocolo fue comparado con los datos históricos recogidas en años previos.

Resultados: La tasa de BRC por 1000 días de catéteres centrales insertados tras la implantación de la guía disminuyó de un 6,76 en 2006 a un 2,26 en 2007 y un 3,67 en 2008.

Conclusión: La incidencia de BCR fue reducida significativamente tras la implantación de una guía clínica de inserción y mantenimiento de los catéteres intravasculares.

ANÁLISIS DE LA CHARLA “¿QUE HAY QUE HACER PARA TENER UNA BOCA SANA?” IMPARTIDA A NIÑOS/AS DE 3-4 AÑOS

Muñoz Giménez, Noeli, Sanlleí Vila, Nuria

Oficina de farmacia Noeli Muñoz (Alba del Campo – Teruel) y COF de Teruel

Introducción/Objetivos: En octubre de 2008 se puso en marcha la Campaña “Mes de la salud bucal” , organizada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. El objetivo de la campaña era asesorar a la población general sobre hábitos correctos para una adecuada higiene de la boca. Durante esta campaña en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel pensamos que sería interesante la labor preventiva infantil a una edad temprana, cuando empiezan a instaurarse hábitos saludables que combaten enfermedades bucodentales, factores de riesgo y forma de prevenirlas.

Método: Se realizó una exposición audiovisual y otra práctica, en el Colegio Público Las Anejas de Teruel, para comentar algunos conceptos sanitarios y enseñar la técnica del cepillado a tres clases de niños/as de 3 y 4 años pertenecientes al 2º Curso de Infantil. Dichas actividades fueron realizadas por dos farmacéuticas del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel. Se utilizaron además actividades educativas para afianzar algunos puntos de la charla. Procter & Gamble ofreció un Kit de regalo compuesto por un cepillo de dientes, un tubo de pasta de dientes y un colutorio adaptado a las edades de los niños. Se ofreció un boletín informativo a los padres para el buen uso de los productos aconsejando la utilización de poca pasta de dientes, la no ingestión de la misma, así como de la dilución y no deglución del colutorio con la finalidad de insistir en casa en los conceptos básicos. Se repartieron unas encuestas, una semana más tarde, para que los padres respondieran a unas breves preguntas y evaluaran la charla. Asimismo, se repartieron otras encuestas a las maestras para que evaluaran la utilidad de la charla.

Resultados y Conclusiones:

- Al 72% de los niños, la charla le habían ayudado a mejorar o a iniciar su limpieza dental.
- Los conceptos que los niños más comentaron en casa fueron “la pasta no se come”; “hay que enjuagarse y luego tirar” y, “hay que limpiar para eliminar los bichos de la boca”. Aspectos que como sanitarios nos interesaban especialmente y que supimos transmitir. En cambio, el concepto “hay que limpiar durante un ratito” fue el menos comentado y que seguramente no les llegó.
- En el 97% de los niños, sus padres respondieron que el regalo ofrecido les había motivado en la limpieza, incluso una semana después.
- Un 83% de los niños utilizó por primera vez el colutorio. Tan sólo el 11% tuvo problemas para adaptarse al tratarse de niños que todavía no controlaban la expulsión de líquidos.
- Las maestras encontraron muy interesante la charla para afianzar conceptos sanitarios. En clase, los niños volvieron a tratar el tema, ya que se les habían entregado unas fichas educativas relacionadas con la charla.
- Tanto padres como maestras comentaron la existencia de otro tema definido como Alimentación-Nutrición-Obesidad infantil que creían sería interesante afianzar.

FOTOENVEJECIMIENTO: PROBLEMÁTICA Y PROTECCION CUTÁNEA

F. Romero Cuenca; M. Navarro Lucia; J. Piñol Monserrat; MD. Azúa Blanco

H. Clínico Universitario de Zaragoza, E. Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza

Introducción/Objetivos: El fotoenvejecimiento resulta de la combinación de los efectos del envejecimiento biológico y de los efectos a largo plazo causados por la radiación ultravioleta y otras radiaciones solares; afectando sobre todo a las zonas expuestas al sol y cuyos efectos acumulativos se suman a los cambios producidos por otras agresiones medioambientales, por lo que las zonas expuestas son siempre las más envejecidas a largo plazo. El envejecimiento cronológico se caracteriza por una piel suave, lisa y con arrugas finas, el deterioro ocasionado por bronceados prolongados presenta arrugas más gruesas, piel áspera, seca y apergaminada, sin elasticidad, con alteraciones en la pigmentación, vasos capilares rotos, y en los casos más graves, tumores cutáneos precancerosos incluso carcinomas cutáneos.

Método: Se pretende mostrar de forma gráfica el efecto beneficioso y perjudicial de los diferentes tipos de radiaciones y especialmente las solares sobre la piel así como las medidas preventivas necesarias para evitar o reducir sus efectos indeseables. Además de la radiación solar, ampliamente conocida por todo el mundo, otras fuentes de emisión también son importante como: las pantallas de algunos ordenadores y televisores, las lámparas UVA, las luces halógenas, láser, bombillas incandescentes, fotocopiadoras y lámparas de fototerapia también emiten estos tipos de radiación.

Resultados: La AEDV (Academia Española de Dermatología y Venereología) aconseja una serie de medidas para protegerse de los efectos perniciosos del sol:

Medidas Nutricionales:

Actualmente se investiga sobre la importancia de las mismas.

Medidas Físicas

- No exponerse al sol al mediodía astronómico, entre las 11 y 16 horas
- Las primeras exposiciones deben ser progresivas en dosis de 10 a 20 minutos, y preferentemente en movimiento.
- Utilizar sombrero, gafas oscuras y prendas protectoras.

Medidas Químicas

Es también aconsejable el uso habitual de cremas hidratantes, principalmente en las zonas expuestas a las radiaciones.

La AEDV recomienda, en lo referente a los protectores solares, filtros con factor de protección mayor o igual al 15 y que sean de amplio espectro, es decir que protejan contra los rayos A y B (UVA y UVB).

La aplicación debe realizarse unos 30 minutos antes de la exposición solar y repetirse cada vez que la persona se moje, seque, practique ejercicio físico moderado o intenso, transpire profundamente o cada tres horas de exposición solar. También existen en el mercado los “bloqueadores solares” que suministran la máxima protección y el mínimo bronceado.

Conclusión: Para prevenir los daños por exposición solar, es fundamental el protegerse adecuadamente de las emisiones UVA y UVB, y más a temprana edad ya que está demostrado que aproximadamente el 80% del daño ocasionado por rayos UV ocurre antes de los 18 años.

PÉRDIDA DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA: UNIFICAR CRITERIOS

Aguirre Alonso, B. Cantín Sanchez, P. Fuertes Muñoz, M. Ponz Flor, I. Diaz García, M. Montero Cercós, P. Vicente Romero, M.J. Izquierdo Sangüesa, P. García Gracia, A

Hospital San José Teruel

Introducción: Las lesiones de piel por presión y heridas crónicas constituyen un importante problema de salud, afectando de forma especial a la población geriátrica. Son un indicador de calidad en los distintos niveles asistenciales. Su abordaje corresponde a un equipo interdisciplinar tanto en la prevención como en el tratamiento, pero implica de forma más directa a los profesionales de enfermería que deben contar con herramientas de trabajo eficaces y efectivas.

En nuestro Hospital las UPP y heridas crónicas que presentan los usuarios son un motivo de ingreso desde distintos niveles asistenciales. La ausencia de un informe de continuidad de cuidados específico en este tipo de lesiones, nos ha llevado a crear una estrategia de trabajo para abordar el riesgo de infección nosocomial en un centro de media estancia por gérmenes resistentes.

Objetivo: 1- Estandarizar los cuidados en la “pérdida de la integridad cutánea”, para prevenir la infección nosocomial. 2- Dotar y optimizar recursos. 3- Establecer a través de un algoritmo de decisión, junto con otras medidas preventivas estandarizadas un instrumento de trabajo eficaz, basada en la evidencia disponible.

Material y Método: En el Hospital San José la Comisión de Ulceras por Presión propone implementar una metodología de trabajo para el abordaje de la infección nosocomial en lesiones de piel por presión y heridas crónicas, a través de:

- Revisamos y actualizamos el protocolo de prevención y tratamiento utilizando criterios basados en evidencias científicas bibliográficas.
- Evaluamos los medios disponibles y los recursos necesarios estableciendo relación coste/beneficio.
- Elaborar y difundir entre los profesionales una herramienta de trabajo que facilite un lenguaje común.
- Unificamos criterios en el abordaje de la infección nosocomial por multiresistentes.
- Promovimos la formación y el juicio clínico.
- Difundimos entre los profesionales las características de los recursos materiales

Resultados: 1- Se trata de la aplicación de un plan de cuidados estandarizado, reflejado en forma de árbol de decisiones que resulta útil para la enfermería en su trabajo diario, concretado en un nivel asistencial determinado y adaptado a las características del usuario al que se le prestan cuidados, basándonos en dos puntos básicos: la evidencia científica y el juicio clínico. 2- Utilizando un protocolo de actuación en la prevención y manejo de la Infección (código H-UP11), unificamos criterios, homogeneizamos actuaciones y disminuimos la variabilidad interprofesional. 3- Permite actualizar los conocimientos a través de búsqueda bibliográfica sobre las mejores evidencias disponibles en el abordaje y manejo de la infección de UPP y heridas crónicas y en el procedimiento de toma de muestras para el cultivo de lesiones de piel con pérdida de la integridad cutánea/tisular.

Conclusión: Crear una dinámica de trabajo multidisciplinar que permita la revisión y actualización periódica de las acciones específicas en el abordaje de la infección nosocomial.

Estandarizar los cuidados mejora la actividad de Enfermería.

HIPERPROLACTINEMIA INDUCIDA POR RISPERIDONA QUE REVIERTE CON LA ADHESIÓN DE ARIPIPRAZOL

Eugenia Esteban Rodríguez*, Germán J. Gómez Bernal*, Lorena Pereyra Grustán**, Concepción Fernández Milián**, Iglesias Echegoyen L.Carlos**, J.David Saa Sendra**, Blanca Gómez Chagoyen**, Miguel Blasco Mas**

* Unidad de Media Estancia/Centro de Día C.R.P. San Juan de Dios de Teruel. ** Área de salud mental de Teruel

Introducción: La hiperprolactinemia es una complicación bien conocida del tratamiento con antipsicóticos típicos y algunos atípicos. Algunos individuos permanecen asintomáticos, pero en otros casos pueden aparecer síntomas como galactorrea, ginecomastia, irregularidades menstruales y efectos sexuales, o algunas consecuencias más importantes a largo plazo como pérdida de la densidad del hueso y posibilidad de cáncer de mama.

Objetivos: Conocer una nueva alternativa terapéutica para el abordaje exitoso de la hiperprolactinemia secundaria a los antipsicóticos, en aquellos casos en los que otras medidas han fallado y no es posible retirar o reducir el fármaco.

Métodos: Presentamos un caso de reducción exitosa de hiperprolactinemia secundaria a risperidona tras la introducción de aripiprazol (antipsicótico agonista parcial dopaminérgico D2) en su tratamiento.

Resultados: Paciente de 28 años, que padece un trastorno psicótico grave desde hace 6, y que con la introducción de la risperidona presenta irregularidades menstruales así como niveles altos de prolactinemia. Dada su psicopatología, no es posible la reducción del fármaco, por lo que se añade cabergolina a su tratamiento, un agente dopaminérgico. Se corrigen las alteraciones menstruales, pero a los 2 años de seguir esta pauta, se comprueba que los niveles de prolactina son superiores al valor patológico inicial. Tras suspender la cabergolina y añadir aripiprazol, se aprecia una reducción de los niveles de prolactina del 65% en 2 semanas, sin hacer otras variaciones en la pauta de la risperidona.

Conclusión: En casos de hiperprolactinemia secundaria a antipsicóticos, la adhesión de aripiprazol es una buena alternativa cuando otras han fracasado y no es posible reducir el agente causal. Esto se debe a las propiedades de la molécula como agonista parcial de los receptores dopaminérgicos D2: Tiene propiedades agonistas bajo condiciones hipodopaminérgicas, y actúa como antagonista funcional en condiciones hiperdopaminérgicas.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA EN UNA OFICINA DE FARMACIA

MUÑOZ ESPÍLEZ M.F (1) GIMÉNEZ ZURIAGA M.A.(2), HUESCA CONEJERO A. (2), BOTELLA ARENOS M. (2), GARCÍA GARCÍA J. (2) ÁLVAREZ CÁRCEL P. (2)

(1) Servicio Aragonés de Salud. Sector Teruel, (2) Farmacia Mariano Giménez

Introducción/Objetivos: El número de dispensaciones de Levotiroxina a través de receta es muy elevado y va aumentando considerablemente. Dado que es un medicamento con numerosas interacciones, que son tratamientos de larga duración, y muchos de ellos en personas mayores, nos propusimos extremar la atención farmacéutica con estos pacientes.

El objetivo de este trabajo ha sido, por una parte, conocer datos de consumo de levotiroxina en nuestra provincia y en el resto de Aragón, y por otra, extremar la atención farmacéutica en pacientes que la toman: asegurarnos que conocen el medicamento, que lo toman correctamente, conocen la indicación y posología, realizan controles periódicos, así como prevenir posibles interacciones medicamentosas, ya que se trata de tratamientos crónicos de larga duración.

Método: Los datos de consumo de Levotiroxina han sido extraídos de la facturación de recetas oficiales del SNS por el Colegio oficial de farmacéuticos al Servicio Aragonés de Salud en la provincia de Teruel.

La atención farmacéutica se realizó a todos los pacientes que solicitaron una dispensación de Levotiroxina con receta oficial en la Oficina de Farmacia. Todos fueron entrevistados por un farmacéutico sobre indicación del medicamento, duración del tratamiento y posología exacta, analíticas recientes y si tomaba otros medicamentos, con o sin receta. A todos se les indicó la forma correcta de tomar el fármaco. El periodo de estudio ha sido de tres meses y se han entrevistado 80 pacientes.

Resultados: El consumo de Levotiroxina, en el Sector sanitario de Teruel es de 10.26 dosis diarias definidas por mil habitantes y día (DHD) en activos y de 24.49 DHD en pensionistas. La media de Aragón es de 7.62 DHD y 23.33 respectivamente. Todos los pacientes entrevistados conocen la indicación del medicamento, su posología y realizan controles periódicos de la función tiroidea. Son mujeres el 91 % y es el propio paciente el que retira el fármaco en el 86 % de las recetas. El 62 % de los pacientes tienen más de 50 años y la duración del tratamiento es superior a 5 años en el 65 % de los casos.

De los pacientes entrevistados, el 81 % tomaban al menos otro medicamento. Se han detectado 21 posibles interacciones medicamentosas: 12 de ellas con fármacos que contenían hierro, aluminio, carbonato cálcico o antiácidos, que pueden reducir potencialmente el efecto de levotiroxina, por lo que conviene administrar ésta como mínimo 2 horas antes. 4 casos de asociación con antidiabéticos, la levotiroxina puede reducir su eficacia. 4 casos con anticoagulantes, cuyo efecto puede ser potenciado por la levotiroxina. 1 caso con amiodarona.

DOLOR CERVICAL Y FIEBRE

Vicente Estopiñán García***, Carmen Gallardo Ganuza**, Pilar Mínguez Sorio*, Laura Ortiz Domínguez*, Ana Bidabehere*

*** Médico especialista en Endocrinología y Nutrición, adjunto del Hospital Obispo Polanco de Teruel. ** Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, titular del Centro de Salud Teruel Ensanche.* Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la UDMFyC de Teruel.

Introducción/Objetivos: La patología orofaríngea es muy frecuente. Ante un dolor de garganta con o sin fiebre se suele sospechar una faringoamigdalitis, y se inicia tratamiento antibiótico. En raras ocasiones el cuadro se debe a una inflamación subaguda del tiroides, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratar al paciente con fármacos inadecuados. Presentamos un caso de tiroiditis subaguda, que fue etiquetado inicialmente de cuadro amigdalar, en el que se retrasó el diagnóstico más de un mes.

Material y Método: Se describe a una paciente que acudió a la consulta del médico de cabecera de su centro de salud, y que representa el prototipo de un cuadro clínico de tiroiditis subaguda o de De Quervain, y del que nos servimos para describir este proceso patológico haciendo una revisión bibliográfica del mismo.

La paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, que un mes antes del diagnóstico presentó un cuadro catarral de vías altas. Unas dos semanas después presentó un proceso de cervicalgia, que fue diagnosticado en un servicio de urgencias como “contractura cervical” y a la que se le pautó: Tetracepan 50mg cada 24 horas v.o. e Inzitan® IM (4mg de dexametasona , 0,25mg de cianocobalamina y 50 mg de clorhidrato de tiamina) un vial cada 24horas, durante dos o tres días, con leve mejoría.

Pocos días después apareció fiebre de 38°C, acompañada de faringodinia y odinofagia, que se le diagnosticó como faringitis aguda y se le pautó Amoxicilina y AINEs que no mejoran el cuadro.

A los 3 días acudió a su médico de cabecera, al persistir la sintomatología de faringodinia y fiebre de 38°C, malestar general y astenia intensa. No había tos ni otros síntomas catarrales.

- En la exploración física la faringe se veía normal, y presentaba dolor a la presión en cara anterior de cuello, con sensación de calor local, sin evidencia de eritema y con buen desplazamiento tiroideo al tragar. No se detectaban a la palpación adenopatías maxilares ni paracervicales. El pulso era de 120 ppm.

- Entre las pruebas diagnósticas destacaban un aumento de VSG 103mm en 1ª hora y Proteína C Reactiva 99mg/L, elevación de T3 y T4 y una TSH suprimida.

Ante la sospecha de Tiroiditis Subaguda de De Quervain, su médico solicitó una PAAF (punción aspiración con aguja fina) que confirmó el diagnóstico.

Resultados: Tras el tratamiento con AAS, propranolol y Deflazacort, remitieron los síntomas de palpitaciones y malestar general en tres semanas, junto a la normalización de hormonas tiroideas, y la astenia y dolor cervical desaparecieron varios meses después.

Conclusión: La importancia de este estudio sobre la tiroiditis subaguda de De Quervain reside en que por sus características clínicas es, a veces, confundida con otros procesos agudos, como faringitis, u otras patologías de localización cervical, haciendo difícil su diagnóstico, que en ocasiones, como el caso clínico que hemos descrito, puede retrasarse incluso varias semanas.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL ESTADO ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN DE HARTMANN. PRESENTACIÓN PRELIMINAR EN NUESTRO MEDIO

Aguado Pérez, Marta; Balciscueta Coltell, Zutioa; López Bañeres, Manuel; Uribe Quintana, Natalia; Rueda Alcarcer, Camilo; Primo Romagueda, Vicente; Sellés Dechent, Rafael; Ruiz del Castillo, Juan.

Servicio de Cirugía General y Aparato digestivo. Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción: Con el objetivo de evaluar la tasa de reconstrucción de la continuidad intestinal tras la intervención de Hartmann, realizada tanto en cirugía de urgencias como programada, así como el intervalo de tiempo de espera y su morbi-mortalidad, se ha realizado un estudio retrospectivo y multicéntrico dentro de la Comunidad Valenciana, en el cual participa nuestro hospital.

Material y Métodos: Desde enero del 2004 hasta septiembre del 2009 se han realizado 114 intervenciones de Hartmann (n=114), de los cuales 65 han sido varones (57%) y 49 han sido mujeres (43%). La media de edad +/- DS de los pacientes fue de 70,01+/-13,79. En el 72,8% de los casos (n=83) la intervención se realizó de urgencias y en el 27,2% (n=17) cirugía programada.

El motivo más frecuente por el que se realizó fue la obstrucción intestinal (41,2%) seguido por peritonitis fecaloidea (15,8%), riesgo de recidiva local (13,2%), peritonitis localizada (11,4%), peritonitis difusa purulenta (8,8%), otros motivos (5,3%), y por riesgo de fallo de sutura (4,4%). El hallazgo intraoperatorio de un tumor maligno de colon fue el diagnóstico primario más habitual; le sigue la diverticulitis aguda, tumor de recto e isquemia colónica.

De los 114 pacientes intervenidos de Hartmann han sido sugestivos de reconstrucción intestinal sólo 29 (25,4%). La media de meses +/- DS que han transcurrido hasta su reconstrucción ha sido de 14,05+/-7,09. El motivo más frecuente para no realizarla fue el fallecimiento del paciente, posteriormente la presencia de enfermedad metastásica, recidiva locoregional, la existencia aún de riesgo de recidiva, co-morbilidad, pérdida de seguimiento, negativa del paciente y por condiciones locales. Como factores de riesgo se incluye la diabetes mellitus, arteriosclerosis, obesidad, BNCO, inmunosupresión, tabaquismo y QT reciente. La anastomosis se realizó mayoritariamente de forma mecánica T-T funcional el con GIA en un 41,4%; en otros casos mecánica con CEA en y manual, siendo abordaje abierto el escogido en todas las ocasiones. En el 96,6%(n=28) de los casos no se efectuó estoma derivativo. Las complicaciones tras la reconstrucción de la continuidad digestivas se sitúan en un 29,72%, de las cuales la infección de herida quirúrgica ha sido la más habitual (18,2%; n=4). La fuga en la anastomosis se constata en 6,9% (n=2), la evisceración en el 9,7% (n=3) y el absceso intraabdominal en el 3,7% (n=1). La mortalidad postoperatoria el del 3,6% (n=3).

Conclusiones: La intervención de Hartmann sigue siendo una técnica quirúrgica habitual en cirugía colorrectal de urgencia, sobre todo ante la presencia de cuadro oclusivo, peritonitis purulenta o fecaloidea (de origen tumoral o diverticular) y en menor medida en la electiva.

La tasa de reconstrucción y el tiempo medio de reanastomosis en nuestro estudio es similar a otros realizados en nuestro país. Sin duda, las condiciones generales del paciente (enfermedad de base, inmunosupresión) y las condiciones locales (cáncer avanzado, enfermedad metastásica o recidiva locoregional) siguen determinando la baja tasa de cirugía en un segundo tiempo.

ENFERMEDAD ATEROEMBÓLICA

Vicario Bermúdez, Juana María⁽¹⁾; Gascón Mariño, Antonio⁽²⁾; Iglesias Guirós, Emilia⁽¹⁾; Lerín Sánchez, Fco. Javier⁽¹⁾; Dolz Aspas, Raquel⁽¹⁾; Pérez Vázquez, Gloria⁽¹⁾; Zabala López, Sergio⁽¹⁾; Fernández Alamán, Amalia⁽¹⁾.

(1) Servicio Medicina Interna. H. G. Obispo Polanco. Teruel

(2) Servicio de Nefrología. H. G. Obispo Polanco. Teruel

Introducción/Objetivos: La Enfermedad Ateroembólica es la manifestación de la aterosclerosis sistémica. Se asocia con numerosos factores de riesgo (HTA, DM, DLP, fumador, cardiopatía isquémica), más frecuente en pacientes con enfermedad coronaria y >65 años de edad. Las manifestaciones clínicas dependen del segmento arterial afectado por la placa aterosclerótica. Generalmente dichos fragmentos embólicos (cristales de colesterol) se desprenden de la placa por procesos tales como, cirugías o cateterismos cardíacos, en los que se da lugar a la manipulación de la misma. La incidencia y prevalencia de la Enfermedad Ateroembólica por cristales de colesterol es desconocida hasta el momento, aunque se estima que posee una mortalidad del 20% en los tres años siguientes a su aparición.

Método: Presentación mural del caso de un paciente de 78 años de edad que consulta por aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos (Saturación O₂ 83%); junto con lesión isquémica de quinto dedo de mano derecha. Como antecedentes personales presenta HTA de larga evolución, exfumador, con cardiopatía hipertensiva y probable componente isquémico. IRC secundaria a nefropatía vascular grave arterioesclerótica. FAVI en brazo izquierdo para HD e inicio de la misma en enero 2006. Amputación de tercer dedo pie derecho por necrosis inducida por embolismo de colesterol en marzo de 2006 (en anatomía patológica se confirma la presencia de numerosos conglomerados lipídicos junto a las arteriolas, fibrosis, infiltración mononuclear, áreas calcificadas). Hiperglucemia e hipercolesterolemia con enfermedad Ateroembólica de varios años de evolución. En radiografía aparece una aterosclerosis Ao, y en TC torácico marcada aterosclerosis en troncos supraAo junto con trombo mural en Ao descendente.

Resultados: Aparición de lesiones a nivel sistémico secundarias al desprendimiento de émbolos de colesterol en pacientes con Enfermedad Ateroembólica.

Conclusiones: Importante asociación de lesiones isquémicas y necrosis con la circulación de émbolos de colesterol desprendidos de una placa aterosclerótica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES SUBCUTÁNEAS: SCHWANNOMA

Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Marta Aguado Pérez, Camilo Rueda Alcárcel, Vicent Primo Romaguera, Juan Ruiz del Castillo

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

Introducción: El schwannoma, neurinoma, neurolemona o neurilemona es un tumor benigno de las vainas de nervios periféricos derivado de la proliferación de las células de Schwann, en asociación con los pares craneales y las raíces raquídeas, siendo la localización dérmica infrecuente. Su transformación maligna es rara.

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 25 años que presenta un nódulo subcutáneo en espalda de un año de evolución, bien delimitado, de consistencia firme, no doloroso y compatible con un lipoma.

Resultados: Se procede a la extirpación quirúrgica de la tumoración bajo anestesia local, apreciando una alteración de la grasa subcutánea de forma difusa que es biopsiada. Informe de anatomía patológica: schwannoma. Dado que se ha extirpado toda la lesión, se decide seguimiento en consultas externas.

Discusión: El schwannoma es una patología poco común, representando un 0,01 - 0,7% de todos los tumores del organismo y con comportamiento benigno. Es frecuente en cabeza y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier área corporal. Es una lesión subcutánea encapsulada con doble patrón histológico: áreas de Antoni A y B. Suele ser asintomático, como en nuestro paciente; se puede observar conexión con el nervio periférico del que se origina, por lo que con frecuencia lo comprime originando trastornos sensitivos o motores. En general, se trata de lesiones solitarias y no asociadas con neurofibromatosis, excepto cuando son bilaterales del nervio acústico (característico de NF tipo II). El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica radical y como pueden recidivar, se recomiendan controles periódicos.

Conclusiones: El schwannoma es un tumor poco frecuente, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de nódulos subcutáneos, junto al lipoma y quiste sebáceo. Se considera benigno, por lo que la extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección.

CARCINOMA IN SITU SOBRE UN FIBROADENOMA DE MAMA

Zutoia Balciscueta Coltell, Manuel López Bañeres, Patricio Zumárraga Navas, Marta Aguado Pérez, Camilo Rueda Alcárcel, Vicent Primo Romaguera, Juan Ruiz del Castillo

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

Introducción: El fibroadenoma es el tumor benigno de mama más frecuente en mujeres de 20 a 50 años. Aunque su malignización es rara, parece estar asociado a un mayor riesgo de cáncer de mama, sobre todo en la tercera década de la vida, cuando el cáncer de mama es un suceso poco frecuente.

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 27 años con nódulo palpable en CSE de mama izquierda, de 14 x 7 mm, compatible clínica y ecográficamente con fibroadenoma. Marcadores tumorales: CEA y antígeno CA 15,3 normales; HER 2 NEU (-).

Resultados: Se realiza extirpación completa de la tumoración y se analiza. Anatomía patológica informa de carcinoma lobulillar "in situ" en fibroadenoma. Actualmente en seguimiento de la paciente (clínico y ecográfico).

Discusión: Los fibroadenomas están constituidos por una proliferación de tejido conectivo y de tejido epitelial; existe unanimidad en que estos tumores tienen un origen lobular, lo que explica la mayor incidencia de fibroadenomas en gente joven y los raros casos de carcinoma que surgen en el seno de un fibroadenoma son lobulillares no infiltrantes, como en el caso de nuestra paciente. Están asociados con un aumento del riesgo de cáncer de mama especialmente cuando están asociados a enfermedades proliferativas, hiperplasia atípica o historia familiar de cáncer de mama.

Para el diagnóstico de fibroadenoma es imprescindible:

1. Clínica: lesión palpable, solitaria, libre, móvil y bien circunscrita orienta benignidad.
2. Ecografía: método de elección para diagnóstico y seguimiento.
3. Punción percutánea: método seguro de confirmación.

Aquellas lesiones palpables pueden ser extirpadas o bien realizar un seguimiento cada 6 meses de la lesión. En pacientes mayores de 35 años o cuando evidencian cambios morfológicos o de tamaño en el tumor se recomienda extirpar.

Conclusiones: Un carcinoma en el seno de un fibroadenoma es raro, pero factible. Es importante el diagnóstico histológico de estas lesiones para descartar malignidad.

ACTUALIZACIÓN EN BIOÉTICA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO. SITUACIÓN ACTUAL.

Carod Benedico E, Gomez Cadenas C, Adrián Cebrián MC, Muñoz Dolz A, Zafra Corella F, Gómez Perez MJ

Centro de Salud de Monreal del Campo, Teruel.

Introducción: En el sector de Teruel se ha creado hace año y medio un grupo promotor con el objetivo de formar un Comité de Ética Asistencial -CEA- de sector. El centro de salud de Monreal cuenta con dos componentes que se están formando en el Magíster de Bioética -BE- de Diego Gracia en Madrid, pertenecen a dicho grupo promotor y consideran que pueden iniciar un proyecto de impregnación en bioética en este centro

Objetivos: Impregnación y ampliación de conocimientos en bioética: fundamentación, historia, actualidad y método deliberativo.

Facilitar el conocimiento y utilización del comité de bioética del sector Teruel.

Material y métodos:

Se realiza un diagnóstico de la situación actual en el centro de salud de Monreal comenzando con un estudio descriptivo de los conocimientos previos en BE de nuestros profesionales.

Mediante una hoja de recogida de datos evaluamos las situaciones que más inquietud provocan.

Actividades a realizar: Reuniones interdisciplinares, sesiones científicas docentes, desarrollo del procedimiento deliberativo de Diego Gracia en bioética y talleres prácticos, informar sobre el reglamento y funcionamiento del futuro CEA del sector Teruel. Registro de actividades. Análisis de los datos.

Evaluación continua de los conocimientos adquiridos mediante el proyecto y evaluación final de satisfacción (2 análisis: uno de los profesionales que recibieron la formación y otro de los coordinadores de la misma).

Resultados: Los resultados que esperamos conseguir son:

Mejora de la humanización en la asistencia sanitaria del centro de salud.

Aumentar el conocimiento en bioética.

Fomentar el uso del procedimiento deliberativo en la resolución de casos difíciles.

Fomentar la utilización del futuro comité de ética asistencial del sector Teruel como órgano consultor.

Conclusiones: En estos momentos podemos concluir que en nuestro centro de salud:

Se conoce la existencia del procedimiento deliberativo de Diego Gracia como herramienta de trabajo en la toma de decisiones difíciles.

Se conoce el grupo promotor -futuro CEA sector Teruel- y su reglamento.

Se están ampliando los conocimientos en BE en relación a los resultados obtenidos en la encuesta de valoración inicial.

Hay una mayor inquietud en temas relacionados con la BE que lleva a plantear nuevas dudas y preguntas. En un principio éstas se tratarán en el CS. Lo que no pueda ser asumido por la coordinación de este proyecto se remitirá al CEA.

Se apuesta por la excelencia y humanización en la profesión sanitaria.

VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA.

M^a Luiza Fatahi Bandpey, Eva Vilar Bonacasa, Cristina Roig Salgado, Dolores Yago Escusa, Iván Fernández-Bedoya, Pedro Sánchez Santos, Julio Torres Nuez, Gloria Martínez Sanz

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel,

Introducción: La patología tiroidea tiene una gran prevalencia en la población general, tanto sintomática como asintomática. La ecografía es actualmente la técnica de elección para el diagnóstico y seguimiento de las lesiones tiroideas, y para guiar la punción de los nódulos no palpables.

Objetivos: Presentar los hallazgos ecográficos característicos de la patología difusa y nodular tiroidea.

Métodos: Revisión del archivo docente de imagen de Ecografía del Servicio de Radiodiagnóstico. Se seleccionan varios casos representativos de la patología tiroidea difusa y nodular, ésta última con confirmación anatomopatológica. Se relaciona el diagnóstico ecográfico con el diagnóstico final de la patología, sea éste anatomopatológico o de laboratorio.

Resultados: Exposición de imágenes ecográficas representativas de la patología tiroidea más frecuente, con descripción de la semiología ultrasónica.

Conclusiones: Hay patologías tiroideas con semiología muy típica, que permite hacer una aproximación diagnóstica en prácticamente el 100% de los casos.

En los casos con semiología no concluyente, la ecografía indica la pauta diagnóstica a seguir, incluyendo la punción, de la cual, puede a su vez, ser guía, en los casos de nódulos no palpables.

MASA MUSCULAR EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Mateo Lázaro, M Luz. Berisa Losantos, Francisca. Penacho Lázaro, Maria Ángeles, Plaza Bayo Amparo

Servicio de .Neumología. Hospital Obispo. Polanco. Teruel.

Introducción: El estado nutricional (EN) valorado por Índice de Masa Corporal (IMC) se acepta como parámetro de valoración por su simplicidad, pero puede ser engañoso, al poder mantener el peso a expensas de la masa grasa. La impedancia bioeléctrica (IB) nos permite analizar la composición corporal de forma rápida y detectar cambios en la masa muscular, que se asocia mejor con la capacidad al esfuerzo y calidad de vida del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Objetivo: Valorar la masa muscular por IB en el paciente con EPOC y su relación con parámetros funcionales respiratorios.

Material y Método: Pacientes ambulatorios con criterios de EPOC, sin agudizaciones en los dos últimos meses, sin tratamiento con esteroides orales ni otras enfermedades que influyan en el EN. Se realizan pruebas de función respiratoria y se clasifican por la gravedad según la Sociedad Española de Neumología (SEPAR). Se analiza la composición corporal con IB. La masa magra se calcula a partir de la resistencia según fórmula de Kyle y se divide por la talla² (IMLG) estableciendo como valores normales $\geq 15 \text{ k/m}^2$ para la mujer y 16 para hombre. Consideramos desnutrición con cifras inferiores y para el IMC si es <20 . La fuerza de la mano (FM) en k, se valora con dinamómetro de mano y se compara con tablas teóricas para nuestra población.

Resultados: En 18 meses se han valorado 203 pacientes, 177 hombres (86,7%) y 27 mujeres (13%), con edad media de 70 ± 12 años. Por gravedad, se distribuyen en leve 25,5%, moderada 34%, graves 23,5% y muy graves 17%. El %FEV1 medio del $62 \pm 20\%$ y %DLCO = $78 \pm 24\%$. El IMC medio es de 27 ± 5 (un 5,4% del grupo < 20). El IMLG medio de $17,7 \text{ k/m}^2$ (28 casos, 13,8%, tienen valores patológicos) y el porcentaje de grasa corporal del $29,2\% \pm 8$. El IMLG inferior a lo normal según la gravedad se detecta en el 13% (leve), 7,3 (moderado), 17% (grave), 23,5% (muy grave). Encontramos una relación con el %DLCO ($r = 0,409$, $p = 0,000$) mayor que con el % FEV1 ($r = 0,208$, $p = 0,007$). no encontramos asociación entre el IMLG y la fuerza de la mano.

Conclusiones: La desnutrición valorada por IMC aparece en el 5,4% pero asciende al 13,8% valorada por IMLG. El déficit de masa muscular está presente en estadios iniciales pero predomina en los fases más avanzadas de la enfermedad, llegando al 23,5% en los muy graves. Esta pérdida se asocia mejor con la capacidad de difusión pulmonar que con el grado de obstrucción al flujo aéreo.

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO – SEMIOLOGÍA RADIOLÓGICA EN TC.

M^a Luiza Fatahi Bandpey, Pedro Sánchez Santos, Cristina Roig Salgado, Dolores Yago Escusa, Eva Vilar Bonacasa, Julio Torres Nuez, Iván Fernández-Bedoya, Gloria Martínez Sanz

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco – Teruel,

Introducción: El síndrome aórtico agudo(SAA) se refiere a un grupo de enfermedades que afectan a la pared de la aorta y se presentan con un cuadro clínico dominado por el dolor y un riesgo elevado de muerte. Las tres patologías aórticas que se agrupan bajo esta denominación son: la disección aórtica (DA), el hematoma intramural (HI), y la ulcera aterosclerótica penetrante (UAP). La TC es actualmente la técnica de elección para el diagnóstico del SAA.

Objetivos: Presentar los signos radiológicos característicos de cada entidad del SAA, en imágenes de TC.

En la DA existe una disrupción de la pared de la aorta a nivel íntimo-medial, produciéndose una capa que separa dos luces vasculares denominada flap, con sangre que circula por una luz aórtica verdadera, y por la pared aórtica (luz falsa). Según la clasificación de Stanford la DA se divide en tipo A(aquella que afecta a la aorta ascendente hasta el origen de la subclavia izquierda), y tipo B, si lo sobrepasa. El tipo A requiere cirugía inmediata y el tipo B no necesariamente.

El diagnóstico radiológico se basa en la demostración del flap íntimo (línea hipodensa en el interior de la luz aórtica), que separa la luz verdadera de la falsa.

El HI es una hemorragia localizada en la media de la pared aórtica. En la TC simple el hallazgo radiológico es la presencia en la pared aórtica de una semiluna o circunferencia hiperdensa, y tras administrar el contraste intravenoso ésta se ve de menor densidad que la luz realzada.

La UAP se define como una ulceración de una placa de ateroma más allá de la lámina elástica interna, con formación de un hematoma intramural y con peligro de rotura aórtica secundaria. Radiológicamente se visualiza en la TC como una imagen de adición, con forma de cráter, con el mismo grado de opacificación por el contraste que el resto de la luz.

Métodos: Revisión del archivo docente de imagen de TC del Servicio de Radiodiagnóstico.

Resultados: Se seleccionan 6 casos representativos del SAA : 4 casos de DA,1 caso de HI y 1 caso de UAP.

Conclusiones:

- El radiólogo ocupa un papel fundamental en el diagnóstico de pacientes con SAA.
- El diagnóstico por imagen es crucial, porque aporta ayuda al clínico para la elección de la mejor opción terapéutica y excluye otras patologías, disminuyendo la morbimortalidad.
- La TC es actualmente la técnica de elección para el diagnóstico del SAA, por ser rápida, disponible las 24 h del día, y con una sensibilidad y especificidad cercanas al 100% en el diagnóstico de la patología aórtica.

EN EL DIAGNÓSTICO DE EXTENSIÓN DE LOS CÁNCERES DE COLON Y RECTO ¿ SE CUMPLE EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL?

Eva Vilar Bonacasa , Cristina Roig Salgado , Luiza Fatahi Bandpey , Julio Torres Nuez , Pedro José Sánchez Santos, Iván Ulises Fernández-Bedoya , M^a Dolores Yago Escusa y Gloria Martínez Sanz

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: Desde el año 2005, disponemos en nuestro hospital de un protocolo asistencial del cáncer colorrectal, elaborado por el Comité de Tumores Digestivos del Hospital Obispo Polanco.

Objetivos: Nuestro objetivo es conocer el grado de cumplimiento de éste protocolo en el diagnóstico de extensión de los cánceres colorrectales, en particular en lo que se refiere a la TC abdominal para el cáncer de colon y la TC abdominopélvica en el cáncer de recto.

Método: Estudio retrospectivo de 20 pacientes diagnosticados anatomopatológicamente de cáncer de colon o recto en estadio IV. Se recuperan los estudios de TC realizados para el estudio de extensión, previos al tratamiento del paciente.

Analizamos las características de los estudios de TC y si se ajustan al protocolo.

En los casos en los que no se solicita la prueba recomendada en el protocolo, se estudia si existe alguna causa no reflejada en la solicitud que lo justifique.

Resultados: De los 20 pacientes, 17 (85%) tenían realizado estudio de extensión previo al tratamiento, el resto, 3 pacientes (15%), fueron diagnosticados mediante enema opaco e intervenidos de urgencia por oclusión total , de colon derecho, sigma y colon izquierdo. A 3 pacientes se les solicitó directamente un TC toraco-abdominal , 2 con cáncer de ciego y uno del colon ascendente, todos los paciente tenían radiografía de tórax , en uno de ellos, la radiografía mostraba un aumento del intersticio en las bases, que justificó la extensión del estudio al tórax, en los otros dos , las radiografías de tórax eran normales, si bien en uno de ellos se evidenciaron metástasis milimétricas en el TC.

Al resto de los pacientes 14 de los 17(82,35%), se les realizó un estudio abdominopélvico , con extensión desde bases pulmonares hasta un nivel de recto en el caso del cáncer de colon y hasta el ano en los casos de cáncer de recto. A 15 de los 17 pacientes con estudio basal se les administró contraste intravenoso directamente , a los 2 restantes no se les administró, a uno por IRA y no constan datos sobre las causas del otro.

16 de los 17 estudios se realizaron con técnica helicoidal (cortes de 7mm/cada 7mm) y uno con técnica helicoidal (cortes de 5mm /cada 5mm).

Conclusiones: El estudio de extensión previo al tratamiento, resulta imprescindible para poder evaluar a los pacientes postratamiento. Se cumplió en el 85 % de los casos estudiados.

El estudio incluyendo el tórax, merma la calidad del estudio abdominal , por lo que debería evitarse siempre que sea posible en el estudio de extensión. Por otro lado la inclusión de las bases pulmonares para asegurar la inclusión de la totalidad del hígado, posibilita la detección de metástasis milimétricas pulmonares . En cuanto a la técnica, los estudio con contraste intravenoso directo permiten valorar con más especificidad los ganglios peri-lesionales , el tamaño de las lesiones focales hepáticas etc y permite establecer referencias vasculares para los controles sucesivos.

VALORACIÓN DE LA TOLERANCIA, EFICACIA DE LA PREPARACIÓN Y COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS COLONOSCOPIAS: EL PACIENTE IDEAL.

Botella M^aT, Thomson C, Cuervo C, Martínez M^a, Alcalá M^aJ, Doñate B, Marín P, Garza E.

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: Para lograr la mayor rentabilidad diagnóstica de las colonoscopias, es imprescindible que la preparación del colon sea adecuada y la tolerancia del paciente a la exploración sea buena.

Objetivo: Conocer la tolerancia a la colonoscopia en nuestro medio, sus complicaciones inmediatas y la eficacia de las preparaciones utilizadas, e identificar los factores que pueden influir.

Material y Métodos Estudio descriptivo de los registros de las 1204 colonoscopias realizadas entre el 1 de octubre de 2008 y el 1 de septiembre de 2009. En el estudio estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado y la prueba de Kruskal-Wallis si era necesaria.

Resultados: La edad media fue de 61,3+/-16,8 años (16-96) y un 52,4% eran varones. Mayoritariamente procedían de Digestivo (45%), Atención primaria (22%), Cirugía (17%) y Medicina Interna (10%). El 78,7% eran pacientes ambulatorios y el 21,3% estaban hospitalizados. Se realizó la exploración sin sedación en el 48,9% de los casos, con sedación consciente en el 44,9% y con sedación profunda en el 6,1%. La exploración fue completa en el 87% de los pacientes. Se utilizó evacuante con fosfatos en el 65,7%, con polietilenglicol en el 21,8% y el resto se preparó con enemas. El endoscopista describía una buena limpieza del colon en el 68,1% de los pacientes, siendo mala o regular en los restantes. Consideró que la tolerancia a la exploración había sido buena en el 80,9% y mala o regular en el 18,9%. Como complicaciones inmediatas, los pacientes refirieron dolor abdominal en un 29,7% y el 3,2% presentó un cuadro vaso-vagal. Al analizar las variables observamos que la edad joven se asocia de forma estadísticamente significativa a una mejor limpieza del colon y a más posibilidades de completar la exploración. Los hombres acuden con peor preparación intestinal aunque son las mujeres las que toleran menos la prueba, tanto desde el punto de vista subjetivo del endoscopista como en la frecuencia de aparición de dolor abdominal o cuadro vaso-vagal durante la misma (IC95% 1,125-1,422) La sedación consciente se relaciona con mejorar la tolerancia y disminuir las complicaciones inmediatas. Facilita además llegar a tramos proximales del colon. El hecho de poder completar la exploración también viene relacionado con el uso de evacuante con fosfatos que consigue una mayor limpieza que el polietilenglicol (IC95% 1,07-1,284). En los pacientes hospitalizados, cuya edad media es estadísticamente mayor que la de los pacientes ambulatorios (68,3 años frente a 59,5 años), y que suelen preparar su intestino con polietilenglicol o enemas (68,7% frente al 35,1%), es más frecuente encontrar una mala preparación del colon y no poder completar la exploración.

	Buena preparación	Región alcanzada	Tolerancia	Dolor abdominal	Cuadro vagal
Edad	p<0,05	p<0,05	n.s	n.s	n.s
Sexo	p<0,05	n.s	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Sedación consciente		p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Hospitalización	p<0,05	p<0,05	n.s	n.s	p<0,05
Buena preparación		p<0,05	n.s	p<0,05	n.s
Tipo laxante	p<0,05	p<0,05			

Conclusiones: Según nuestros resultados, el paciente ideal para conseguir un buen rendimiento de la colonoscopia es una mujer, joven, que acude de forma ambulatoria, que prepara su colon con solución de fosfatos y a la que se le realiza la exploración con sedación consciente con la que mejorará su tolerancia. El paciente ingresado, normalmente de edad avanzada, en el que se prescribe polietilenglicol (muchas veces en dosis insuficiente), aunque puede tolerar bien la exploración y no habrá más complicaciones que en otro tipo de paciente, el rendimiento de la colonoscopia será mucho menor por la deficiente limpieza del colon y la dificultad de alcanzar tramos altos.

MOTIVOS DE SOLICITUD Y PRINCIPALES HALLAZGOS EN LAS COLONOSCOPIAS

Botella T, Thomson C, Alcalá MJ, Cuervo C, Martínez M, Doñate B, Conde M D, Garza E.

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: La colonoscopia es la exploración con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la patología colónica

Objetivo: Conocer la clínica que lleva a la solicitud de una colonoscopia, los hallazgos más frecuentemente encontrados y la relación entre ambos teniendo en cuenta la edad.

Material y Métodos Estudio descriptivo de los registros de las 1204 colonoscopias realizadas entre el 01/10/08 y el 1/09/09. En el estudio se utilizó la prueba de chi cuadrado y el Test exacto de Fisher si era necesario.

Resultados: Durante el periodo estudiado, los principales motivos de solicitud de las colonoscopias han sido: screening del cáncer colorrectal [CCR] (21,3%), rectorragias (20,6%), seguimiento de pólipos (10,5%), dolor abdominal (9%), seguimiento CCR (8,4%), anemia (7,5%), diarreas (7,2%) y estreñimiento (4,4%)

El resultado de la colonoscopia fue la normalidad o la patología hemorroidal en el 35,1% de los casos. En un 32,8% se encontró algún tipo de lesión polipoidea, y fueron pólipos adenomatosos en el 27,7% de las colonoscopias. También de alta frecuencia fue el diagnóstico endoscópico de divertículos (22,5%). Se detectaron 62 casos de CCR (que corresponden al 5,1% de las colonoscopias). Y como hallazgos menos frecuentes: colitis ulcerosa (2,2%), angiodisplasias (1,9%), colitis isquémica (1,6%) y enfermedad de Crohn (1,2%)

Si el motivo de la solicitud era el screening del CCR, el hallazgo más frecuente fueron los pólipos (40,1%). Como posible causa de rectorragias encontramos: hemorroides (28,2%), CCR (7,7%), divertículos (6%), pólipos >1 cm (6%), colitis isquémica (5,6%), colitis ulcerosa (4%) y lesión vascular (2%). En estos pacientes con rectorragias, la edad ha constituido un factor relacionado con la posibilidad de hallar: hemorroides [p=0,009 para <50 años IC95% (1,092-2,939)], divertículos [p=0,01; ningún caso de rectorragia por divertículos en <50 años], CCR [p=0,032 para >50 años IC95% (1,140-1,636); p=0,000 para >60 años IC95% (1,543-2,332)] y colitis isquémica [p=0,007 para >60 años IC95% (1,38-2,28)]. En los casos de seguimiento de pólipos, en un 52,8% se vuelven a encontrar nuevos pólipos (que en un 83,6% de los pacientes son adenomatosos). Ante un dolor abdominal, el 55,6% tienen una colonoscopia normal o presentan dolico megacolon y/o colon espástico y un 27,6% tienen divertículos. El CCR con dolor abdominal se presenta en el 4,6% de las endoscopias, pero llega al 9,2% si asociamos la clínica de suboclusión intestinal. Otros hallazgos, ya menos frecuentes son la enfermedad inflamatoria intestinal (4,3%) y la colitis isquémica (3,4%). Si la indicación es una anemia, encontramos patología que la pueda justificar en un 34,4% de los casos y se tratan de pólipos (22,2%), CCR (7,8%), angiodisplasia (3,4%) y enfermedad de Crohn (1,1%). En la mayoría de los casos de diarreas, no se halla patología macroscópica del colon (48,2%). La patología más frecuentemente encontrada son los divertículos (27,6%), en relación con la edad del paciente [p=0,01 para >50 años IC95% (1,143-1,647); p=0,004 para >60 años IC95% (1,244-2,305)]. Otros hallazgos menos frecuentes son pólipos (11,5%), CCR (4,6%), colitis isquémica (3,4%), colitis ulcerosa (3,4%) y enfermedad de Crohn (0,9%). Por último, si se trata de un paciente con estreñimiento, en un 18,5% tienen divertículos y en un 5,7% un CCR

Conclusiones: El screening del CCR y seguimiento de pólipos junto con las rectorragias constituyen más de la mitad de las solicitudes de una colonoscopia en nuestro medio. En el primer caso el hallazgo más frecuente son lesiones polipoideas, en un alto porcentaje adenomatosas. En el caso de las rectorragias, la edad, como se aconseja en las guías de práctica clínica, ha resultado ser un factor asociado a los hallazgos (si <50 años es más frecuente la patología hemorroidal pero si >50 años aumenta la frecuencia de CCR, divertículos y colitis isquémica). En más del 50% de los pacientes que presentan como síntomas principales dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, no se encuentran hallazgos endoscópicos macroscópicos, y en otro 20-30% se hallan divertículos (patología asociada a la edad)

PÓLIPOS DE COLON: ¿EN QUIÉN, CUANDO Y DÓNDE NOS LOS ENCONTRAMOS?

Botella MT, Thomson C, Alcalá M^aJ, Cuervo C, Martínez M^a, Doñate B, Marín P, Garza E
Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: Los pólipos de colon constituyen uno de los hallazgos más frecuentes al realizar una colonoscopia y su diagnóstico precoz es el motivo por el que se realizan programas de prevención del cáncer de colorrectal (PCCR).

Objetivo: Conocer la frecuencia de presentación de pólipos en las colonoscopias y sus características, teniendo en cuenta si el paciente pertenece al grupo de screening del CCR o se realiza la colonoscopia por sintomatología y estudiar las diferencias entre ambos

Material y Métodos Estudio descriptivo sobre los registros de las 1204 colonoscopias realizadas entre el 1/10/08 y el 1/09/09. En el estudio estadístico se utilizó la chi cuadrado para variables categóricas y la t de Student para las variables cuantitativas

Resultados: Durante este periodo, se encontraron pólipos en el 32,8% de las colonoscopias, que correspondían al 40,1% de los pacientes dentro del PPCCR y al 30,7% del resto de pacientes. Esto supone una diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa ($p=0,005$) con un riesgo mayor de encontrar pólipos en pacientes con antecedentes familiares de CCR [IC95% (1,105-1,711)]

El grupo con pólipos del PPCCR lo componían pacientes más jóvenes que el grupo con pólipos del resto de colonoscopias (53,4 +/- 11 años frente a 65,1 +/- 14,6 años), lo que resultaba estadísticamente significativo ($p=0,0000$). Además, el nº de pólipos encontrados en cada paciente variaba de un grupo a otro, siendo mayor en el grupo de screening del CCR ($p=0,044$). No existían diferencias en cuanto a la localización de dichos pólipos

	1 pólipo	2pólipos	3-5 pólipos	>5 pólipos	Colon izdo	Esplénico + Hepático	Colon decho
PPCCR	18,8%	10,2%	9,8%	1,6%	57,2%	21,7%	21%
Otros	15,3%	7,7%	5,6%	1,3%	62,8%	18,2%	19%

En cuanto a las características de los pólipos, tenían criterios de alto riesgo de malignización (>1cm, componente vellosa o displasia grave) en aproximadamente 1/3 de los pacientes de ambos grupos. Estos pólipos de alto riesgo han resultado ser más frecuentes en hombres que en mujeres, siendo estadísticamente significativo ($p=0,005$) en el caso del grupo con pólipos pero sin antecedentes familiares de CCR.

Hay que destacar que en el grupo del PPCCR la edad media de pacientes en los que se encontraron pólipos de alto riesgo era significativamente menor que en el segundo grupo, a lo que hay que sumar que en dos casos de este grupo se encontraron focos de adenocarcinoma en los pólipos.

Pacientes con pólipos	Pólipos ↑Riesgo % total	Pólipos ↑Riesgo % Hombre	Pólipos ↑Riesgo % Mujer	Pólipos ↑Riesgo Edad media
PPCCR	32%	19,4%	12,6%	54,77 +/- 10,9 años
Otros	40%	33,6%	14,4%	66,7 +/- 14,4 años

Conclusiones: El hallazgo de pólipos en una colonoscopia es una circunstancia habitual que ocurre en el 32,8% de los pacientes. Son más frecuentes, en proporción de casos y en nº absoluto de pólipos por paciente, si se cuenta con antecedentes familiares de CCR. En estos casos, aparecen a edad más temprana, en casi 1/3 de los pacientes y tienen alto potencial de degeneración (componente vellosa, tamaño >1 cm o displasia grave), características que, en el resto de pacientes con pólipos, aparecen entre 10 y 15 años más tarde.

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE PÓLIPOS COLORRECTAL

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

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: El tratamiento de elección de los pólipos colorrectales es la polipectomía endoscópica (PE). Las estrategias de vigilancia endoscópica se basan en la estratificación de los pacientes en función del riesgo de lesiones metacrónicas. Está bien establecido que después de la PE se han de realizar colonoscopias de vigilancia con un intervalo de tiempo dependiente de las características de los pólipos (nº, tamaño e histología) y de la existencia de antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal. Estas colonoscopias suponen un elevado nº de exploraciones, muchas de ellas realizadas a intervalos inferiores a los recomendados. Esto conlleva un incremento de colonoscopias innecesarias, lo que supone un mayor riesgo para el paciente y un uso incorrecto de los limitados recursos sanitarios

Objetivo: Contribuir a optimizar la utilización de recursos y disminuir el número de exploraciones innecesarias realizadas con esta indicación, aplicando las recomendaciones basadas en la evidencia científica. Así como homogeneizar el seguimiento de estos pacientes.

Material y Métodos: Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de febrero y el 31 de agosto de 2009 se han registrado e incluido en la base de datos a todos los pacientes a los que se les ha realizado PE. Se diseñó un modelo de informe clínico con la estrategia preventiva adecuada, en función del número, tamaño e histología de los pólipos resecaados. Se han revisado los informes de la colonoscopia, los resultados de anatomía patológica, se han elaborado y enviado los informes de los pacientes, excluyendo los que habían sido indicados por los FEA de la Unidad de Aparato Digestivo

Resultados: Se han evaluado un total de 145 pacientes, 100 (69%) hombres y 45 (31%) mujeres, con una edad media de 59,8 años (desviación estándar 14,3 años). La procedencia de los pacientes ha sido: Atención Primaria 79 pacientes (54,5%), Cirugía 23 (15,9%), Digestivo, Dr. Benedí 35 (24,1%), Medicina Interna 6 (4,1%), Oncología 1 (0,7%). El intervalo medio desde la realización de la colonoscopia y la realización del informe ha sido de 11,8 días. Se ha recomendado realizar colonoscopia de seguimiento en un intervalo menor o igual de 3 años (alto riesgo) a 86 pacientes (59,3%), en 5 a 10 años (bajo riesgo) a 42 (29%) y no hacer más controles a 16 (11%).

Conclusiones: De los pacientes incluidos en el programa, a cerca del 60% se recomendó colonoscopia de seguimiento en 3 años o menos y el 11% no precisaban nuevos controles. La realización de un programa de vigilancia post-polipectomía endoscópica desde la Unidad de Digestivo puede contribuir a homogeneizar el seguimiento de estos pacientes y a optimizar la utilización de recursos disminuyendo el número de exploraciones innecesarias realizadas con esta indicación.

INFORMACIÓN Y SEDACIÓN: ¿EN QUÉ GRADO MEJORA LA TOLERANCIA DE LAS ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS?

Botella MT, Thomson C, Gómez M^a, Alcalá M^aJ, Garza E, Martínez M^a, Cuervo C, Conde M^aD

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: En el Proyecto de Calidad realizado en nuestra Unidad durante el año 2007 pudimos objetivar que casi un 50% de los pacientes a los que se les realizaba una endoscopia digestiva (ED) referían un alto grado de insatisfacción en relación a las molestias percibidas.

Objetivo: Ofrecer a los pacientes la sedación consciente para realizar ED y conocer si existe mejoría de la tolerabilidad a la exploración. Determinar en qué grado afecta a dicha tolerabilidad la información previa que tenga el paciente sobre la exploración y la idoneidad en su caso particular.

Material y Métodos Desde marzo de 2009 se ofrece en la Unidad de ED la posibilidad de realizar la exploración con sedación consciente, utilizando fentanilo y midazolam. Durante 4 meses se entregó a los pacientes un cuestionario sobre satisfacción validado por la Sociedad Americana de Endoscopia y ya utilizado en el Proyecto de Calidad de 2007, con alguna modificación en relación al convencimiento sobre la idoneidad de la exploración. Se utilizó una escala de 5 ítems (malo=0, regular=1, bueno=2, muy bueno=3, excelente=4) Se calculó el % de problemas percibidos por los pacientes (nº total de preguntas respondidas malo/regular dividido por el nº total de preguntas contestadas) para compararlos a los resultados de 2007. El estudio estadístico se realizó mediante contraste de hipótesis para proporciones y test de chi-cuadrado para variables cualitativas

Resultados: Un total de 238 pacientes (53,8% de mujeres, edad 56,7+/-14,9 años) respondieron a la encuesta. Con respecto a los resultados que se obtuvieron en 2007 se ha observado un aumento de insatisfacción en relación a la demora en dar fecha para las exploraciones que, en parte puede atribuirse a que las endoscopias con sedación conllevan más tiempo. En cuanto a las molestias de las mismas, han sido menores, lo que ha favorecido que globalmente y teniendo en cuenta todos los aspectos estudiados, el porcentaje de insatisfacción sea menor.

Pregunta	% insatisf. 07	% insatisf. 09	p	IC
Demora en la cita	4,7%	12,6%	0,003	2.8%-13.3%
Molestias durante la prueba	44,8%	38,2%	0,2	
Gastroscopias	50,7%	38,5%	0,1	
Colonoscopias	40%	38,1%	0,7	
PUNTUACIÓN PRUEBA	7,9%	3,4%	0,03	

Las explicaciones que sobre la exploración dan el médico solicitante y el endoscopista o el hecho de haberse realizado previamente una endoscopia similar junto con el convencimiento sobre su idoneidad son factores que facilitan la tolerabilidad y se traducen en una disminución de las molestias de la prueba

Explicaciones solicitante	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente	Chi 2	
% insatisfacc. en molestias prueba	50%	62,5%	59,2%	28,7%	19,7%	p = 0,001	
Explicaciones endoscopista							
% insatisfacc.	66.6%	66,6%	57,4%	32,5%	22,2%	p= 0,004	
Covencimiento idoneidad	Sí	No	Chi 2	Endoscopia previa	Sí	No	Chi 2
% insatisfacc.	36,7%	53,8%	p= 0,1		31,3%	46,1%	p=0,05

Conclusiones: Con la sedación consciente en endoscopias digestivas se ha conseguido una mejoría de la tolerabilidad de las mismas aunque, no hay que dejar de considerar que existen factores, algunos de ellos que resultan estadísticamente significativos, en relación a la información que tienen los pacientes previo a una exploración endoscópica, al conocimiento sobre los motivos de su solicitud y al convencimiento personal de su idoneidad que pueden influir positivamente.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL CÁNCER COLORRECTAL.

Thomson C, Botella M^aT, Vicario JM^a, Yubero A, Lara R, Muniesa JA, Lázaro JM, Del Val JM, López P, Martínez G.

Comisión de Tumores Digestivos. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Introducción: El cáncer de colorrectal (CCR) es el tumor maligno de mayor incidencia en España. El CCR es un problema de salud pública debido a su alta incidencia y mortalidad. Para un diagnóstico y tratamiento precoz surge el proceso asistencial del CCR en Aragón en 2008. Los criterios que se recogen para la gestión de cada subproceso fueron establecidos por consenso en el Grupo de Expertos en CCR de la C.A. de Aragón, en la que participó nuestro hospital. Se constituyó el equipo del proceso y el Comité de CCR incluido dentro de la Comisión de Tumores Digestivos (CTD).

Objetivo: El objetivo general del proceso es asegurar la equidad en la atención sanitaria de las personas afectadas por CCR y mejorar el proceso asistencial y las expectativas de calidad de vida. Analizamos la calidad de este proceso mediante el análisis de los distintos indicadores.

Material y Métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo incluyendo los pacientes diagnosticados de CCR desde el 1 de enero al 1 de septiembre de 2009. Se han evaluado indicadores de calidad del subproceso diagnóstico, del subproceso quirúrgico y del subproceso tratamiento postquirúrgico.

Resultados: Se incluyen 49 pacientes, con una edad media de 73,2 años (R 36-92) siendo un 59,2% hombres. El 89,8%, fueron diagnosticados por colonoscopia. Un 59,1% de los tumores se hallaron en recto-sigma y un 28,5% en colon derecho. El TC de estadiaje se realizó en una media de 11,7 días. Tras el diagnóstico fueron comentados en el CTD el 86,7% de los casos. Se intervinieron quirúrgicamente 37 pacientes (75,5%), cuatro de ellos de forma urgente. En 7 casos (18,9%) precisaron algún tipo de reintervención posterior. El reservorio se colocó con una media de 5,5 días desde su solicitud. En cuanto al Estadio se clasificaron en: 0 el 2,3%; I el 9,3%; II el 37,2%; III el 14% y IV el 37,2%. 19 pacientes (38,8%) recibieron tratamiento oncológico: paliativo en 10 casos, adyuvante en 8 casos y neoadyuvante en 1 caso. La media de días desde su indicación hasta su inicio fue de 10,5. Resultaron exitus 4 pacientes (8,2%)

Indicadores evaluados:	Estándar	Nuestros datos
Demoras		
Solicitud - realización colonoscopia	En el 85% será < 15 días	Media 6,6 días. En 88,6% es < 15 días
Realización biopsia - Informe AP	En el 85% será < 7 días	Media 4,4 días. En 100% es < 7 días
Consulta médica - Dx de cáncer	En el 85% será < 21 días	Media 9,5 días. En 100% es < 21 días
Cirugía - Anestesia	En el 85% será < 10 días	Media 4,4 días. En 100% es < 10 días
Histología - Valoración Comité	En el 85% será < 7 días	Media 1,4 días. En 94,7% es < 7 días
Pieza quirúrgica - Informe AP	En el 85% será < 10 días	Media 4,7 días. En 100% es < 10 días
Histología - Inicio tratamiento	En el 85% será < 28 días	Media 15,4 días. En 89,7% es < 28 días
Tratamiento quirúrgico		Media 8,5 días. En 100% es < 28 días
Tratamiento oncológico		

Conclusiones: El análisis de los casos de CCR diagnosticado durante los primeros ocho meses de 2009 nos indica que, gracias a la colaboración de los Servicios implicados, no existen grandes demoras en el desarrollo de las actividades de los distintos subprocesos y la atención al paciente con sospecha o diagnóstico de CCR es lo suficientemente fluida. Para las siguientes fases es prioritario obtener datos sobre otros indicadores del proceso de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento del CCR, que no se refieren sólo a los tiempos, y que también influyen en la calidad del proceso asistencial

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE FACTORES DE RIESGO EN SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE TERUEL

Laura Conejos Jericó, Enrique Orea Castellano, Pilar Catalán Edo, Manuel, Plumed.Parrilla

Subdirección de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud y Consumo de Teruel
Hospital Obispo Polanco de Teruel

Introducción: La adolescencia es considerada especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con su conducta erótica, dado que se trata de un periodo de maduración y donde experimentar es algo normal. Alrededor del 30% de la juventud española reconoce adoptar conductas de riesgo, si nos fijamos a nivel europeo la cifra se eleva hasta un 37%, y en Aragón es casi un 20%.

Objetivo: Conocer los hábitos sexuales de los adolescentes, sus conocimientos y actitudes sobre cómo prevenir los embarazos no deseados y las Infecciones de transmisión sexual.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a través de encuesta autocumplimentada y anónima a adolescentes que estudian en el municipio de Teruel. Muestreo probabilístico sistemático. Variables: Edad. Sexo. Conocimiento de métodos anticonceptivos. Conocimiento de ITS-VIH/SIDA y su prevención. Vías por las que recibieron información sobre anticonceptivos. Conocimiento de los riesgos del embarazo en adolescentes. Práctica de relaciones eróticas. Edad de inicio de relaciones coitales. Uso de anticonceptivos/preservativo.

Resultados: El 99.1 % conocen algún método anticonceptivo, siendo el preservativo masculino el más conocido. Un 59.5% identificó los preservativos masculino y femenino como métodos para prevenir ITS. Como anticonceptivo más útil para los adolescentes, reconocen el preservativo masculino un 50.9% de los encuestados, el preservativo masculino y femenino un 11.8%, y un 34.6% considera que también son útiles la píldora anticonceptiva o la píldora del día siguiente. Las ITS más conocidas son el VIH/SIDA, la gonorrea, y la sífilis. Las vías de mayor información sobre anticonceptivos son la televisión, los amigos y los maestros. El 99.4% creen que un embarazo en la adolescencia puede acarrear algún riesgo, siendo el abandono de estudios el riesgo más percibido. El 33.3% de los encuestados, ya han mantenido relaciones coitales. Tanto chicos como chicas declaran una media de edad en la primera relación coital alrededor de los 15 años, no hay diferencia significativa. El 95.5% emplearon método anticonceptivo en su primera relación coital.

Conclusiones: El preservativo masculino es el método de prevención más conocido y más usado entre la población juvenil, pero aún existen un 24.1% que en alguna ocasión no lo emplearon. La píldora del día siguiente se empleó junto al preservativo, por lo que podría ser la inexperiencia el motivo del uso de la contracepción de emergencia, aunque es preocupante que un 25.7% la vean como uno de los métodos anticonceptivos más útiles para los adolescentes, y no como un anticonceptivo de emergencia. Sería recomendable iniciar la educación sexual a edades más tempranas, tanto en casa como en los centros educativos. Posiblemente este estudio presenta la limitación de no haber realizado la validación de la encuesta, pero al haber sido elaborada a partir de cuestionarios previos, no se creyó necesario.

ESTUDIO PILOTO DE TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON DOCETAXEL, CISPLATINO Y 5-FU (TPF MODIFICADO) A QUIMIO-RADIOTERAPIA CONCOMITANTE (CT/RT) EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO LOCALMENTE AVANZADO.

A. Yubero Esteban*, R. Lara López-Dóriga*, D. Isla, J. Martínez-Trufero, S. Morales, J. Lambea, I. Álvarez, E. Polo, M. A. Seguí, E. Pujol, P. Pastor; *

Hospital Obispo Polanco, Teruel; Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza; Hospital Miguel Servet, Zaragoza; Hospital Arnau de Vilanova, Lleida; Hospital San Jorge, Huesca; Hospital Ernest Lluch, Calatayud; Consorci Hospitalari Parc Tauli, Sabadell; Hospital General de Soria, Soria; Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Unidad de Oncología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: El tratamiento secuencial con quimioterapia (CT) de inducción seguida de quimio-radioterapia concomitante (CT/RT) es muy activo y se encuentra en estudio en ensayos randomizados. Iniciamos un ensayo piloto fase II para explorar la eficacia, perfil de toxicidad y preservación de órgano de un esquema TPF modificado neoadyuvante a CT/RT concomitante en cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado (LAHNC) resecable (R) e irresecable (NR).

Método: Ciento setenta pacientes (p) con estadio III-IV, PS ECOG 0-2, fueron incluidos a recibir 3 ciclos de docetaxel (D) 75 mg/m² iv día(d) 1, cisplatino (P) 75 mg/m² iv d 2 y 5-FU 750 mg/m² iv en infusión continua d 2 a 5, cada 3 semanas con ciprofloxacino profiláctico 500 mg oral cada 12 horas d 6 a 15 de cada ciclo y factor estimulante de colonias como profilaxis primaria o secundaria, seguido de P 100 mg/m² iv d1, 22, 43 concomitante con RT (66-70 Gy, con fraccionamiento convencional). Se planificó disección cervical para los p con estadio N2-3 tras CT de inducción o cirugía de rescate para los p con enfermedad resecable al diagnóstico pero con enfermedad persistente al final del tratamiento.

Resultados: Las características principales de los pacientes fueron: mediana de edad 58 años (39-77), varones 89%, ECOG 0 / 1 / 2 47% / 50.6% / 2.4%, estadio IV 62.7%, laringe / hipofaringe / cavidad oral / orofaringe 45% / 12% / 17.3% / 25.7% y resecable / irresecable 41.8% / 58.2%. La mediana de ciclos TPF/P administrado fue 3/3. Evaluación de tasa de respuesta global CT neoadyuvante/tratamiento total (R/NR): 70% (73%/68%) / 86% (84%/88%). Disección cervical fue realizada en 16 p y cirugía de rescate en 6 p. Preservación de órgano fue conseguida en 90.8% de los p R. Las toxicidades más relevantes G3-4 durante el tratamiento TPF fueron: neutropenia 11.2%, neutropenia febril 11.2%, mucositis 11.2%, y durante la CT/RT mucositis 16.5% y neutropenia 16.5%. La mediana de tiempo a la progresión fue 19.5 m (R:15.6, NR:20.3), y la supervivencia global mediana no ha sido todavía alcanzada(R: no alcanzada, NR:32.8).

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran que el tratamiento neoadyuvante TPF modificado seguido de CT/RT es un régimen activo y bien tolerado en LAHNC, con unos datos de supervivencia y de preservación de órgano muy satisfactorios.

LINFOMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Ana Cristina Utrillas Martínez, Iván Ulises Fernández-Bedoya, Isabel Cuesta Gallardo, Jose

Hospital Obispo Polanco. Teruel

Introducción: El linfoma B Difuso de célula grande constituye el tipo más frecuente de Linfoma no Hodgkin. Los linfomas suelen manifestarse más frecuentemente como adenopatías, siendo el inicio extranodal en el 15-25% de los casos. Exponemos el caso de un linfoma de presentación atípica.

Caso clínico: Varón de 77 años en tratamiento anticoagulante por fibrilación auricular, que acude a urgencias por presentar una masa glútea derecha, muy dolorosa, sin antecedente traumático. Se realiza ecografía que informa de masa de 7,5 cms, paralumbar hasta zona media de glúteo derecho, sugestiva de hematoma parcialmente organizado. Al mes se realiza nueva ecografía de control, ya que la lesión no había disminuido, que fue informada de masa hipervascularizada de 15cms, aconsejando TAC. En el TC abdominopélvico se observa una masa sólida que afecta la región glútea derecha, con extensión a región lumbar baja, fosa iliaca y región sacro ilíaca homolaterales, destruyendo parcialmente el ala iliaca, articulación sacro ilíaca y el alerón sacro derecho. Afecta a los glúteos menor, mediano e iliaco; todo ello compatible con sarcoma. No se observaron adenopatías. El paciente es ingresado por intenso dolor y, dados los hallazgos se solicita valoración por la Unidad de Tumores Óseos de referencia. Durante el ingreso presenta melenas, por lo que se realiza Gastroscofia que informa de neoplasia de cuerpo gástrico. Se toman biopsias y se realiza PAAF de la masa glútea, que informa de linfoma no Hodgkin de células grandes. Se realiza estudio de extensión torácico y se decide intervención quirúrgica del tumor gástrico, observando una tumoración de la cara posterior de la curvatura mayor. Se realiza gastrectomía subtotal ampliada con anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux. El informe anatomopatológico de estómago refería proceso linfoproliferativo de células grandes, con inmunofenotipo: LCA+, CD20-, MUM1+, CD10-, bcl6-, CD3-, CD5-, CD30-, EMA+, Kappa+, Lambda-, ALK-. Se inicia tratamiento quimioterápico con esquema CHOP. Tras 6 ciclos se realiza reevaluación mediante analítica, Gastroscofia, que es normal, y TC abdomino-pélvico que muestra persistencia de la masa glútea, que ha disminuido de volumen, con afectación ósea sacro-iliaca en menor cuantía y áreas tendientes a la reparación ósea. En este momento el paciente está pendiente de la realización de PET para decidir continuidad del tratamiento QT y/o RT.

Discusión: La presentación extraganglionar de un LNH ocurre en un 15-25% de los casos, siendo lo más frecuente la afectación del anillo de Waldeyer, tubo digestivo, piel, huesos, pulmón, tiroides y gónadas. En el tubo digestivo suelen afectarse estómago e íleon y se manifiestan por dolor abdominal, hemorragias u oclusión intestinal. Cuando hay afectación ósea suelen cursar con dolor. En este paciente, anticoagulado, ante la aparición de una masa glútea se diagnosticó como hematoma, pero llamaba la atención el intenso dolor que producía y que no se reducía. La segunda sospecha fue de sarcoma, por lo que se decidió no biopsiar en espera del traslado a la Unidad de Tumores Óseos de referencia; sin embargo el diagnóstico se aclaró cuando el paciente presentó melenas y se realizó gastroscofia que mostraba tumor gástrico compatible con linfoma. Este tipo de linfomas es muy agresivo, pero potencialmente curable, empleándose QT mediante 6 ciclos de CHOP. Actualmente también contamos con anticuerpos monoclonales.

ESTUDIO DEL DETERIORO AGUDO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES INGRESADOS POR GASTROENTERITIS AGUDA POR SALMONELLA ENTERITIDIS

Antonio Gascón Mariño, Emilia Iglesias Quirós, Susana Buñuel Álvarez

Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Introducción: La IRA se ha descrito en casos de infección severa por *Salmonella* Enteritidis (SE) y es principalmente debida a shock, deshidratación, o rabiomolisis. No obstante, hay infecciones menos severas por SE que condicionan deterioro agudo en la función renal (FR).

Material y Método: Estudio retrospectivo de los 65 pacientes (35 hombres y 30 mujeres) ingresados en el hospital por gastroenteritis aguda por SE en los últimos 8 años. Datos expresados en media y SD. Edad 66.7 (15.6) años. Se definió el deterioro agudo de la FR: disfunción renal aguda (DRA) incremento de Cr entre 1.3 y 2.0 mg/dl en mujeres y entre 1.5 y 2.0 mg/dl en hombres; IRA incremento de la Cr superior a 2.0 mg/dl en hombres y mujeres. Todos los casos debían haber presentado al ingreso un coprocultivo positivo para SE. De los 65 casos hay 12 pacientes que presentaron también hemocultivo positivo por SE. Los datos clínicos y analíticos (urea sérica (s), Cr (s), Na (s), K (s), cloro (s), bicarbonato y lactato en sangre, anion gap calculado, se recogieron al ingreso.

Resultados: Se establecieron 3 grupos de comparación: A) 30 casos no presentaron afectación renal [Cr 0.92 (0.19) mg/dl]; B) 11 casos con DRA [Cr 1.72 (0.16) mg/dl]; C) 24 casos con IRA [Cr 5.27 (2.70) mg/dl]; ($p < 0.0001$ entre A y C; y entre B y C; test ANOVA). Se observaron diferencias significativas en la edad entre los grupos: A) 56.7 (21.1) años; B) 70.1 (12.1) años; C) 73.3 (13.7) años; ($p < 0.0026$ entre A y C; test ANOVA). En los niveles de Na, K, Cl y lactato no se observaron diferencias entre los grupos. Sí se apreciaron diferencias significativas en los niveles de bicarbonato: A) 24.9 (3.7) mmol/l; B) 23.4 (2.1) mmol/l; C) 18.5 (4.8) mmol/l; ($p < 0.0001$ entre A y C; y entre B y C; test ANOVA). El anión gap también presentó diferencias significativas entre los grupos: A) 8.8 (4.1) mEq/l; B) 12.5 (4.0) mEq/l; C) 17.5 (8.2) mEq/l; ($p < 0.0001$ entre los grupos A y C; test ANOVA). En los días de ingreso entre los grupos hubo diferencias sin alcanzar significación estadística: A) 7.8 (2.9) días; B) 10.6 (4.3) días; C) 10.0 (4.9) días; ($p < 0.0687$; test ANOVA). El serogrupo de SE no influyó en el deterioro de la FR. La existencia de bacteriemia por *Salmonella* sí influyó en el deterioro de la FR: 7 pacientes desarrollaron IRA y 5 casos DRA. Ningún paciente desarrolló rabiomolisis. En todos los casos se recuperó la FR sin precisar diálisis, excepto un caso que fue exitus por shock séptico. Los pacientes recibieron antibióticos al ingreso, principalmente ciprofloxacino.

Discusión: En los 8 años analizados en nuestra área de salud, la incidencia de casos con deterioro agudo de la función renal (DRA y/o IRA) secundario a gastroenteritis aguda por SE es elevada (60%). Únicamente hay un estudio publicado en 2006 en el J. Clin. Gastroenterol., por Janssen van Doorn y colaboradores. Estos autores revisan los ingresos por gastroenteritis aguda por SE en 2 años en su centro hospitalario, y detectan 44 pacientes de los cuales 16 casos desarrollaron DRA o IRA, que representa un 36% de los ingresos por gastroenteritis por *Salmonella*.

Conclusiones: El deterioro agudo de la FR (DRA o IRA) secundario a gastroenteritis aguda por SE es frecuente en los pacientes ingresados. Al ingreso, el hallazgo de un descenso de bicarbonato y elevación del anión gap son alteraciones analíticas destacadas que se deben valorar como predictores de instauración de IRA. El control del equilibrio ácido-base en estos pacientes desde el ingreso es fundamental en la evolución de su FR.

