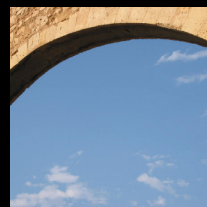


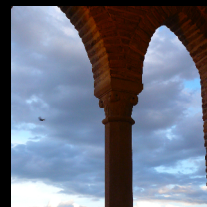
24  
25 **Noviembre**  
**2010**



Comisión de  
Formación  
Continuada e  
Investigación



Hospital  
Obispo  
Polanco



Sector  
Teruel

# V Jornadas Científicas



Comunicaciones Orales y Pósters

**Hospital General “Obispo Polanco”**

**Servicio Aragonés de Salud**

**Sector Teruel**

**V Jornadas Científicas**

**24 y 25 de Noviembre**

**2010  
(5ª 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.

5ª Edición 2010  
ISBN: 978-84-693-7515-0  
Depósito legal: TE-197-2010

Autores: Comité Organizador y Científico.  
Editor: Asociación "Laín Entralgo"

Composición y maquetación: Jesús Montón Barea

# **Hospital Obispo Polanco**

## **Libro de Resumen de Comunicaciones Científicas Pósters y Ponencias**

### ***Organiza:***

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

### ***Colabora:***

**Diputación Provincial de Teruel  
Colegio Oficial de Enfermería  
Colegio Oficial de Médicos**

**Esteve, Boehringer Ingelheim, Sanofi Aventis, Janssenn Cilag, Almirall,  
MSD Inmunología, Hartman, Pfizer, Smith & Nephew, Astrazeneca.**

### ***Comité Organizador y Científico:***

**Laura Gómez Gómez  
Paloma González García  
Ana Cristina Utrillas Martínez  
M<sup>a</sup> Ángeles Camacho Ballano  
Concha Thomson Llisterri  
Concepción Valdovinos Mahave  
M<sup>a</sup> Dolores Yago Escusa  
Matilde Martínez Martínez  
Milagros Díaz García  
Ángel Torres Benedicto  
Antonio Gascón Mariño  
Juana M<sup>a</sup> Vicario Bermúdez**

### ***Secretaria Técnica:***

**M<sup>a</sup> José Bellido Galve**

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

En Noviembre del año 2006 se pusieron en marcha las I Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco y desde entonces se han seguido celebrando con una periodicidad anual.

Creemos desde el Comité Organizador que las Jornadas Científicas han encontrado un hueco representativo en la actividad de formación continuada e investigación del Sector Teruel.

Las V Jornadas Científicas nos proporcionan a todo el personal sanitario del Sector Teruel un foro de intercambio de experiencias y conocimientos en el área de la salud. En ellas pondremos de manifiesto nuestro interés por mejorar en nuestro trabajo diario y en hacer partícipes a nuestros compañeros de las novedades adquiridas en nuestra actividad profesional.

Actualmente los avances en medicina se producen cada vez con mayor celeridad y la sociedad demanda de nosotros la actualización de los conocimientos. Si no se fomenta la formación continuada corremos el riesgo de quedarnos desfasados en nuestra profesión.

Las Jornadas Científicas desde un principio se estructuraron en dos sesiones de tardes consecutivas que permitían a los asistentes compatibilizar su tarea asistencial con la formativa. Este formato se ha mantenido en el tiempo y creemos que es adecuado para favorecer la participación de todo el personal sanitario de nuestro Sector.

Este año en las dos mesas redondas que se organizan se hablará de las novedades en el tratamiento de la fibrilación auricular y de la hospitalización a domicilio como una alternativa a la hospitalización convencional. Se presentarán comunicaciones orales y pósters y finalizaremos las Jornadas con una conferencia magistral de clausura impartida por la profesora de Bioética Lydia Feito de la Universidad Complutense de Madrid.

Queremos agradecer el esfuerzo realizado en la presentación de trabajos a todos los que os habéis animado a participar y confiamos en lograr alcanzar los objetivos que se plantearon con la puesta en marcha de las primeras Jornadas Científicas en Noviembre del año 2006.

Dr. Antonio Gascón Mariño

Miembro de Comisión de Formación Continuada e Investigación del Hospital Obispo Polanco y del Comité Científico de las V Jornadas Científicas.

## Ponencias y Conferencias

### ► Mesa redonda 1.

#### ***Nuevas perspectivas en el tratamiento de la fibrilación auricular.***

Moderador:

Dr. Manuel Gato León. Servicio de Cardiología. Hospital “Obispo Polanco” de Teruel

Ponencias:

- Nuevos Antiarrítmicos y Estimulación Cardíaca en la Prevención y Tratamiento de la Fibrilación auricular.

Dr. Jesús de Juan Montiel. Sección de marcapasos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

- Terapia Anticoagulante en la Fibrilación: Nuevos Fármacos

Dra. Pilar Portero Pérez. Sección de Hemodinámica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

- Ablación en la Fibrilación Auricular.

Dr. Antonio Asso Abadía. Sección de Electrofisiología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### ► Mesa redonda 2.

#### ***Hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional.***

Moderadora:

Dra. Matilde Martínez Martínez. Médico de familia. Coordinadora del Centro de Salud de Teruel Centro.

Ponencias:

- El Hospital a Domicilio: concepto, características y su lugar en el Sistema Sanitario.

Dr. Juan Gallud Romero. Dirección General Asistencia Sanitaria. Servicio de Protocolización e Integración Asistencial. Conselleria de Sanitat. Valencia

- El Hospital a Domicilio, dinámica de trabajo y manejos de procesos, “Como trabajamos”.

Dr. Manuel Hernández Peris. Médico responsable de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Lluís Alcanyis. Játiva

- Papel de la Enfermería en las Unidades de Hospitalización a Domicilio.

D. Jorge Pardo Andrés. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Can Misses. Ibiza.

- Aspectos prácticos del trabajo de Enfermería en las Unidades de Hospitalización a Domicilio. Técnicas en casa.

D. Miguel Ángel Luque Tur. Enfermero de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Can Misses. Ibiza.

### ► Conferencia magistral.

#### ***La mejora genética y la búsqueda de la perfección.***

- Dra. Lydia Feito Grande. Profesora de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

## Índice de Comunicaciones Orales y Pósters

|                                                                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>La sexualidad de las mujeres en la obra de Amparo Poch.....</i>                                                                                                   | 9  |
| <i>Dermatosis Ampollosa asociada a diálisis. Un caso en nuestra unidad.....</i>                                                                                      | 10 |
| <i>Tuberculosis Diseminada. Un caso en hemodiálisis.....</i>                                                                                                         | 11 |
| <i>Efecto de la implantación de las guías de la campaña sobrevivir a la sepsis en la mortalidad en la UCI.....</i>                                                   | 12 |
| <i>Hepatotoxicidad por fármacos en nuestra Unidad de Digestivo: 2008-2010.....</i>                                                                                   | 13 |
| <i>Histiocitoma Fibroso Maligno.....</i>                                                                                                                             | 14 |
| <i>Paniculitis Mesentérica: a propósito de un caso.....</i>                                                                                                          | 15 |
| <i>Análisis proactivo de riesgos relacionados con la vía aérea y la ventilación mecánica</i>                                                                         | 16 |
| <i>Cuerpo extraño en esófago cervical de evolución crónica.....</i>                                                                                                  | 17 |
| <i>Tuberculosis extrapulmonar.....</i>                                                                                                                               | 18 |
| <i>Fenómeno de Milking.....</i>                                                                                                                                      | 19 |
| <i>Adenocarcinoma de intestino delgado: caso clínico.....</i>                                                                                                        | 20 |
| <i>Recidiva tras la reparación de la eventración: sutura vs malla.....</i>                                                                                           | 21 |
| <i>Factores de la cirugía abdominal que influyen en el desarrollo de una eventración: estudio de casos.....</i>                                                      | 22 |
| <i>Pseudomixoma peritoneal: nuestra experiencia en los últimos 10 años.....</i>                                                                                      | 23 |
| <i>Tumoración del uraco infectado.....</i>                                                                                                                           | 24 |
| <i>¿Cómo se diagnostica el cáncer colorrectal en Teruel?.....</i>                                                                                                    | 25 |
| <i>Una rara causa de obstrucción intestinal.....</i>                                                                                                                 | 26 |
| <i>Receta electrónica en Teruel, año 2010.....</i>                                                                                                                   | 27 |
| <i>Evaluación del nivel de conocimientos sobre higiene de manos y uso de guantes entre los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Teruel.....</i>                | 28 |
| <i>Alteraciones tiroideas en las embarazadas de Teruel. Nuestra experiencia durante tres años.....</i>                                                               | 29 |
| <i>Infección por Helicobacter Pylori y terapia erradicadora: nuestra experiencia.....</i>                                                                            | 30 |
| <i>Aplicación de la herramienta Frax® para la determinación del riesgo de fractura en mujeres de un ámbito rural.....</i>                                            | 31 |
| <i>Staphylococcus Aureus resistente a Meticilina. Situación en el último año.....</i>                                                                                | 32 |
| <i>Niveles plasmáticos de CA 125 en pacientes con insuficiencia cardíaca.....</i>                                                                                    | 33 |
| <i>Mielitis Transversa Aguda: utilidad de la Resonancia Magnética, revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica, a propósito de un caso idiopático.....</i> | 34 |

|                                                                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Duración de la lactancia materna en Teruel.....</i>                                                                                                      | <i>35</i> |
| <i>¿Conocemos nuestra enfermedad y cómo tomar la medicación?.....</i>                                                                                       | <i>36</i> |
| <i>Estudio de las neoplasias múltiples en el RHT.....</i>                                                                                                   | <i>37</i> |
| <i>Utilización de la Técnica Mölndal en las intervenciones de prótesis de rodilla.....</i>                                                                  | <i>38</i> |
| <i>Estrategias diagnósticas basadas en pruebas de imagen no invasivas en la<br/>Enfermedad Tromboembólica: estudio prospectivo en nuestro hospital.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Fomento de la motivación en pacientes con Trastorno Mental Grave en una Unidad<br/>de Media Estancia.....</i>                                            | <i>40</i> |
| <i>El arte y la naturaleza en las imágenes radiológicas.....</i>                                                                                            | <i>41</i> |
| <i>Estudio fenomenológico de los delirios en el área de Teruel.....</i>                                                                                     | <i>42</i> |
| <i>Fístula coló-vesical como complicación de diverticulitis aguda.....</i>                                                                                  | <i>43</i> |
| <i>Trastornos del sueño en los pacientes de la UCE de Psiquiatría.....</i>                                                                                  | <i>44</i> |
| <i>Seromas en cirugía de mama, ¿Se pueden evitar?.....</i>                                                                                                  | <i>45</i> |
| <i>Hamartoma mamario.....</i>                                                                                                                               | <i>46</i> |
| <i>Evaluación del menú escolar de un colegio público de Teruel durante dos años<br/>lectivos.....</i>                                                       | <i>47</i> |
| <i>Estudio de la utilidad social y de la rentabilidad económica de las guardias de una<br/>Oficina de Farmacia rural de la provincia de Teruel.....</i>     | <i>48</i> |
| <i>Estudio comparativo de los menús escolares de tres comunidades autónomas<br/>españolas.....</i>                                                          | <i>49</i> |
| <i>¿Para qué utilizamos la ecografía endoanal?.....</i>                                                                                                     | <i>50</i> |
| <i>Quiste Hidatídico Gigante.....</i>                                                                                                                       | <i>51</i> |
| <i>Eficacia, tolerabilidad y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico no<br/>oncológico (DCNO) tratados con Hidromorfona.....</i>                   | <i>52</i> |
| <i>Complicaciones tras fractura de radio y cúbito, a propósito de un caso clínico.....</i>                                                                  | <i>53</i> |
| <i>Síndrome de Kallman, a propósito de un caso.....</i>                                                                                                     | <i>54</i> |
| <i>Atención farmacéutica y detección de problemas relacionados con los medicamentos<br/>en pacientes hospitalarios.....</i>                                 | <i>55</i> |
| <i>Paniculitis Mesentérica: el aporte de la Tomografía Computarizada, revisión clínica y<br/>algoritmo diagnóstico, a propósito de 3 casos.....</i>         | <i>56</i> |
| <i>Infección en Paciente Inmunodeprimido.....</i>                                                                                                           | <i>57</i> |
| <i>Resultados implementación del protocolo “cuidados del catéter intravenoso<br/>periférico” en el Hospital O. Polanco.....</i>                             | <i>58</i> |
| <i>Invaginación intestinal en el adulto.....</i>                                                                                                            | <i>59</i> |
| <i>Divertículo solitario de ciego complicado.....</i>                                                                                                       | <i>60</i> |

|                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Fístula aorto-entérica secundaria como causa de sangrado digestivo masivo.....</i>                                               | <i>61</i> |
| <i>Verificación de la seguridad de la cirugía de la Unidad de Rodilla en el B. Q.....</i>                                           | <i>62</i> |
| <i>Terapia compresiva en úlceras varicosas.....</i>                                                                                 | <i>63</i> |
| <i>Satisfacción de los pacientes externos en dispensación ambulatoria en el Servicio de Farmacia. Evaluación de resultados.....</i> | <i>64</i> |
| <i>Educación nutricional en la etapa preconcepcional, embarazo y lactancia.....</i>                                                 | <i>65</i> |
| <i>Síntomas neurocognitivos y psiquiátricos en paciente con quiste epidermoide cerebral.....</i>                                    | <i>66</i> |
| <i>La infusión de anestésicos locales en la herida quirúrgica, como integrante de la analgesia multimodal.....</i>                  | <i>67</i> |
| <i>Derrame pleural quiliforme: a propósito de un caso.....</i>                                                                      | <i>68</i> |
| <i>Estudio de los niveles de fármacos en nuestra área de salud.....</i>                                                             | <i>69</i> |
| <i>Utilización de catéteres venosos centrales tunelizados en la unidad de hemodiálisis del Hospital Obispo Polanco.....</i>         | <i>70</i> |
| <i>Enteritis Radica, complicación y tratamiento.....</i>                                                                            | <i>71</i> |
| <i>Acatisia; no sólo un síndrome motor.....</i>                                                                                     | <i>72</i> |
| <i>Creatividad, genialidad y Enfermedad Mental.....</i>                                                                             | <i>73</i> |
| <i>Anabolizantes y Psicosis.....</i>                                                                                                | <i>74</i> |
| <i>Síndrome compartimental agudo del pie sin fracturas. A propósito de un caso.....</i>                                             | <i>75</i> |
| <i>Artroplastia total de cadera bilateral sobre caderas displásicas.....</i>                                                        | <i>76</i> |

## LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES EN LA OBRA DE AMPARO POCH

Gómez Cadenas C, Herrero Vicente J, Paricio Gómez MV, Carod Benedico E, Julve Villuendas I, Martín Navarro MJ.

*Centro de Salud Monreal del Campo, Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Amparo Poch, (AP) médica vocacional nacida en Zaragoza en 1902, estudió medicina cuando esta carrera era considerada como propia de los hombres, destacando con matrícula de honor en todas las asignaturas, autora de una novela, publica artículos científicos, sindicales y en prensa. Fue ante todo una profesional dedicada a la asistencia de las mujeres y los niños, y por ello trabajó en educarles e instruirles en higiene, cuidados, etc. y en particular en temas relacionados con la sexualidad.

**El objetivo** de mi trabajo es acercarme a la obra realizada por Amparo Poch, con intención de analizar los contenidos éticos que se desprenden de sus enseñanzas sobre sexualidad para las mujeres.

### **Material y Métodos:**

1.-Revisión y estudio de la bibliografía que contiene información sobre:

\*AP: su vida y su obra.

\*Situación de las mujeres en los años en que AP estudia y ejerce, profundizando en los temas sobre sexualidad y reproducción.

\*Temas relacionados con el objetivo del trabajo: Ética, Historia, artículos científicos sobre sexualidad, reproducción, feminismo, anarquismo y neomaltusianismo, etc.

2.- Contacto y comunicación con Antonina Rodrigo (biógrafa de AP) para ampliar/contrastar información y programar entrevistas con personas y/ o pacientes que conocieron a AP.

3.-Descripción de las iniciativas educativas para las mujeres emprendidas por AP. En la descripción se tienen en cuenta: las enseñanzas que impartió AP en cursos, clases, conferencias, los manuales de formación para mujeres sobre sexualidad, embarazo, y cuidado del hijo, los artículos que publicó en prensa y en revistas (feministas, anarquistas y científicas) y la labor de educación continua que desarrolla en su práctica asistencial y vida cotidiana.

### **Resultados:**

Se ha realizado

\* Contextualización de AP y de la situación de las mujeres en lo referente a su sexualidad.

\* Índice comentado de la obra escrita de AP (ampliando la antología existente)

\*Se han determinado dos líneas de influencia: La anarquista y la feminista por este motivo el análisis ético se deberá hacer a la luz los principios y tendencias que la ética anarquista pudo dejar en ella y de cómo esta se relaciona con el feminismo, pudiendo este quedar integrado en la ideología libertaria o resultando en algunos aspectos contradictorio o paradójico con el comportamiento real de los compañeros anarquistas.

### **Conclusión:**

Este estudio ético, pretende integrar un análisis de la coherencia entre lo “dicho” y lo “hecho”, esto es: enfrentar el modelo de mujer libre que defiende en sus conferencias y escritos, con sus actuaciones profesionales y su propia vida.

## **DERMATOSIS AMPOLLOSA ASOCIADA A DIÁLISIS. UN CASO EN NUESTRA UNIDAD.**

Moragrega B, Garde A, Núñez A, Gascón A, Berisa F.

*Nefrología. Dermatología.  
Hospital Obispo Polanco .Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

La dermatosis ampullosa asociada a la hemodiálisis es una entidad poco frecuente y se define por la existencia de alteraciones cutáneas indistinguibles clínicamente y morfológicamente de la porfiria cutánea tarda (PCT). Clínicamente se caracteriza por la aparición en zonas expuestas al sol, sobre todo dorso de manos y cara de ampollas tensas de contenido seroso o hemorrágico. Histológicamente se observa una ampolla subepidérmica con edema dermo-papilar y mínima infiltración linfocitaria perivascular.

Teniendo en cuenta el metabolismo de las porfirinas existen tres tipos de dermatosis ampullosa asociada a diálisis:

1. Lesiones ampollosas similares a PCT con niveles plasmáticos normales de porfirinas en plasma (Pseudoporfiria).
2. Lesiones ampollosas con niveles elevados de porfirinas en plasma por disminución de su aclaramiento. (Porfiria secundaria).
3. PCT verdadera en un paciente de diálisis.

### **Material y Métodos:**

Presentamos el caso de una paciente de 71 años en hemodiálisis en nuestra Unidad que presenta un brote de lesiones ampollosas que aparecen de forma espontánea en dorso de manos. Son ampollas tensas de contenido sérico y sero-hemorrágico en una de ellas. Se biopsia una de las lesiones y la anatomía patológica nos describe una ampolla subepidérmica sin celularidad inflamatoria. FIGURAS 1, 2 Y 3

El metabolismo de las porfirinas en sangre muestra niveles normales. Dada la anuria de la paciente no puede realizarse el estudio de porfirinas en orina de 24 horas. Los niveles de aluminio en sangre son normales (10 micgr./L). El resto de la analítica no muestra alteraciones destacables.

### **Resultados:**

La paciente estaba en tratamiento con lenalidomida oral para el tratamiento de un mieloma IgA Kappa, este tratamiento había sido iniciado tres años antes y nunca antes había mostrado reacción cutánea al mismo. No se había producido ningún otro cambio de tratamiento ni de su pauta de diálisis habitual. Recomendamos a la paciente evitar las radiaciones solares, mediante crema solar de protección total en las zonas expuestas. La evolución de las lesiones fue hacia la desaparición de las mismas en un mes aproximadamente y dejando en algunas de ellas quistes de milium a la cicatrización. No se ha repetido ningún brote hasta la actualidad.

### **Conclusiones:**

Podríamos concluir que estamos ante un caso de pseudoporfiria asociada a diálisis ya que tenemos unas lesiones de PCT con niveles normales de porfirinas en plasma, podríamos sin embargo, hacer diagnóstico diferencial con la pseudoporfiria asociada a fototoxicidad por lenalidomida aunque este diagnóstico sería menos probable por estar la paciente en tratamiento crónico con este fármaco y nunca antes haber presentado lesiones de este tipo.

## **TUBERCULOSIS DISEMINADA. UN CASO EN HEMODIÁLISIS.**

Moragrega B, Núñez A, Dolz R, Gascón A, Berisa F.

*Nefrología y Medicina Interna.*  
*Hospital Obispo Polanco .Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Los pacientes en hemodiálisis presentan una mayor predisposición al desarrollo de infecciones por la existencia de una alteración en la respuesta inmune por la uremia y favorecida además por el uso de algunos fármacos y patologías como la diabetes. En los últimos años se ha producido un aumento en de la incidencia de TBC en nuestros pacientes en diálisis .Además, el diagnostico de la infección tuberculosa en estos pacientes está dificultado por la clínica insidiosa e inespecífica y por la negatividad de la mayoría de las pruebas de cribado y diagnósticas.

### **Material y Métodos:**

Presentamos el caso de un paciente en diálisis con clínica de varios meses de fiebre y síndrome constitucional como única manifestación de una infección tuberculosa diseminada. Todos los test de cribado y pruebas diagnosticas realizadas, fueron negativas en este paciente por lo que se retrasó el inicio del tratamiento. El diagnostico se realiza finalmente por la anatomía patológica de una adenopatía mediastínica que muestra linfadenitis granulomatosa necrotizante muy sugestiva de de infección por micobacterias.

### **Resultados:**

La evolución del paciente tras iniciar el tratamiento con tuberculostáticos fue muy favorable. Se observa una clara mejoría clínica y desaparición de las lesiones en los TAC de control. (Figuras 1 y 2).

### **Conclusiones:**

En los pacientes en hemodiálisis el diagnostico de la infección tuberculosa es difícil por la clínica inespecífica, localización extrapulmonar y negatividad mantenida de las pruebas diagnosticas. Coincidimos con otros autores en que es necesario mantener altos índices de sospecha y comenzar de forma precoz el tratamiento, incluso antes de confirmar el diagnostico, lo que mejora la supervivencia en estos pacientes.

# **EFFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS GUÍAS DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIR A LA SEPSIS EN LA MORTALIDAD EN LA UCI**

C. Valdovinos Mahave, JM Montón Dito, J. Luz Gómez de Travededo

*Servicio de Medicina Intensiva  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

## **Introducción / Objetivos:**

La sepsis grave tiene una elevada incidencia y morbimortalidad. La Campaña “Sobrevivir a la Sepsis”(CSS) se ha propuesto reducir la elevada mortalidad mediante la aplicación de paquetes de medidas basados en las guías de práctica clínica.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la implantación de las guías de la CSS sobre la mortalidad en nuestra UCI.

## **Material y Métodos:**

Se realizó un estudio prospectivo y observacional. Los paquetes de medidas de la CSS fueron aplicados a cada paciente con sepsis grave durante el periodo de un año (Enero 08-Enero 09) y se siguió su evolución hasta que fueron dados de alta de la UCI. Consideramos “tiempo 0” (el tiempo de retraso de la implantación de los paquetes de medidas) desde el ingreso de los pacientes en la UCI. Se registraron los siguientes datos de cada paciente con sepsis grave: tiempo de demora de aplicación de medidas en UCI, escalas de gravedad APACHE II y SOFA al ingreso, diagnóstico, grado de cumplimiento con las medidas de resucitación (primeras 6 horas) y de manejo (primeras 24 horas), datos microbiológicos, evolución de los niveles de lactato sérico, tratamiento antibiótico empírico y su adecuación con el antibiograma, duración de la estancia y la mortalidad en la UCI.

El impacto de la aplicación de las guías sobre la mortalidad fue comparado con datos históricos de años anteriores previos a la implantación en nuestra UCI (46,3 %) y en las UCI de España (48,2%).

## **Resultados:**

Se incluyeron un total de 61 pacientes con sepsis grave en el estudio. 7 pacientes (11,5%) presentaron sepsis grave y 54 (88,5%) shock séptico. La mediana de edad fue de 70 años. El APACHE II medio fue de 21,7 ( $\pm 8$ ) y el SOFA medio 8,5 ( $\pm 4,3$ ). Las principales fuentes de infección fueron: abdomen (59%), pulmón (21%), tracto urinario (11,7%) y tejidos blandos (3,27%). El diagnóstico más frecuente fue peritonitis (59%). El diagnóstico microbiológico se logró en un 75,4% de casos y las infecciones fueron principalmente causadas por gérmenes Gram -. La adecuación del tratamiento antibiótico inicial con el antibiograma fue del 96,7%. La tasa de cumplimiento con los paquetes de medidas fue del 100%. La duración de la estancia en UCI fue de 15,3 días.

La mortalidad fue de un 21,3%. La implantación de los paquetes de medidas disminuyó la mortalidad en UCI significativamente (48,2% antes de la implantación frente a un 21,3% tras la implantación).

Los no supervivientes tuvieron mayor edad (edad media  $77 \pm 4,8$ ), presentaron un APACHE II medio ( $29,3 \pm 9$ ) y un SOFA medio ( $14 \pm 3,6$ ) más altos, 100% presentaron shock séptico, 61,5% tuvieron cultivos negativos y un incremento de los niveles de lactato sérico en las primeras 24 horas. La edad, las escalas de gravedad APACHE II y SOFA y el incremento de los niveles de lactato sérico fueron herramientas útiles para predecir la mortalidad.

## **Conclusiones:**

La implantación de las guías clínicas de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis se asociaron con una reducción de la mortalidad en la UCI.

## HEPATOTOXICIDAD POR FÁRMACOS EN NUESTRA UNIDAD DE DIGESTIVO: 2008-2010

Garza Trasobares E., Botella Esteban MT., Thomson Llisterri C., Alcalá Escriche MJ.

*Unidad de Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

### Introducción / Objetivos:

Hemos observado que cada vez se dan un mayor número de casos de hepatotoxicidad por fármacos (HF). Hemos recogido dichos casos y también por productos herbarios, durante el periodo 2008-2010, con la finalidad de establecer un registro de continuidad de este tipo de efectos adversos.

### Material y Métodos:

Se han revisado las historias de los casos de presunta HF y trasladado los datos seleccionados, fundamentalmente analíticos, a una ficha de HF diseñada al efecto, que contempla asimismo la relación temporal con la toma del producto y la evolución posterior. Se ha desestimado un caso en que no quedaba clara la autoría del fármaco implicado en la reacción de HF.

### Resultados:

Durante este periodo de tiempo se han recogido 13 casos de HF (incluido uno por hierbas):

|                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Carbimazol                  | Risperidona                         |
| Amoxicilina/Clavulánico (2) | Amoxicilina                         |
| Azitromicina                | Ciprofloxacino                      |
| Tuberculostáticos           | Itraconazol                         |
| Desclorfeniramina           | Ezetimiba                           |
| Diclofenaco                 | Hierbas de infusión no determinadas |

Estos casos se han dado en 8 varones y 5 mujeres, cuyas edades han oscilado de 31 a 84 años. Siete casos han precisado ingreso hospitalario, por ictericia (6 casos) además de las alteraciones analíticas, astenia, náuseas y vómitos o dolor abdominal. Otro paciente precisó ingreso por causa ajena a la HF.

Se realizó biopsia hepática en dos casos: carbimazol (colestasis aguda intrahepática moderada y esteatosis macrovacuolar) y azitromicina (hepatitis aguda colestásica). Ha predominado un patrón de colestasis en 3 pacientes, hepatocelular en uno y formas mixtas, las más numerosas, en el resto de casos.

En cuanto a su gravedad: 9 han sido leves, 3 moderadas, 1 severa. Esta se dio en un varón de 84 años, diagnosticado de tuberculosis renal, que había realizado tratamiento tuberculostático, instaurado en otro centro hospitalario, durante dos meses previos a la fecha del ingreso, falleciendo tras 8 días de hospitalización.

No ha sido posible precisar la composición de las hierbas implicadas, al no figurar en el envase comercial que las contenía, importado de China.

### Conclusiones:

El grupo terapéutico implicado con una mayor frecuencia en la producción de HF en nuestra Unidad ha sido el de los antiinfecciosos; dentro de estos, en concordancia con lo publicado, amoxicilina-clavulánico. Ha habido un único caso de evolución fatal, producido por tuberculostáticos. En el resto la normalización de la analítica ha sido lo habitual.

Aún contando con nuestra limitada experiencia, creemos oportuno extremar cuidadosamente la indicación de tratamiento tuberculostático en pacientes tan ancianos como el comentado y, sobre todo, un control frecuente de la función hepática con supresión del tratamiento si se ve alterada.

## HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

C. Pastor, M. Oset, D. Escribano, L. Comín, A. Utrillas, P. López, J.M. Del Val

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Los tumores de partes blandas son muy infrecuentes, siendo el histiocitoma fibroso maligno (HFM) el más común de las neoplasias sarcomatosas en adultos (20-30%). El pico de incidencia se sitúa alrededor de los cincuenta años de edad, afectando más a varones que a mujeres. Se localiza principalmente en las extremidades inferiores a nivel proximal o en el retroperitoneo. Afecta de forma preferente a fascias profundas, músculo esquelético o subcutáneo superficial. Es una neoplasia agresiva que suele producir metástasis por vía hematógena, probablemente por la tendencia a incrementar la vascularización de la zona, aunque también puede originar metástasis ganglionares, con mucha mayor frecuencia que los otros sarcomas de partes blandas.

### **Material y Métodos:**

Presentamos a un paciente de 73 años con buen estado general, con antecedentes de cardiopatía isquémica en el año 2002 con stent doble en dos coronarias, intervenido por hernia inguinal, cálculo renal y prótesis de cadera derecha. Remitido por su médico de cabecera a consulta externa de Cirugía General por notarse desde hace casi un año un bulto en región dorsal inferior media de la espalda de 10 cm de diámetro que ha crecido lentamente en los últimos meses con enrojecimiento y calor de la piel. Se realiza PAAF en consulta informado como sospecha de quiste inflamado. Se pauta tratamiento antibiótico y drenaje externo del mismo obteniendo material friable muy serohemorrágico, sin mejoría clínica.

### **Resultados:**

Ante la mala evolución, se realiza biopsia intraoperatoria con exéresis incompleta de abundante tejido cerebroide y vascular. La anatomía patológica informa de histiocitoma fibroso maligno rico en células gigantes osteoclasto-like (sarcoma pleomórfico de células gigantes), con grado histológico moderado. Se realiza estudio con TC toracolumbar sin signos de afectación de la columna vertebral. El paciente permaneció ingresado durante su estudio, requiriendo curas frecuentes por sangrado de la herida. Se remitió al hospital Miguel Servet para valoración dentro del comité de sarcomas, donde se realizó resección amplia de la tumoración, con posterior radioterapia y quimioterapia.

### **Conclusiones:**

La semiología del HFM es muy variable y depende de la situación anatómica del mismo, pero lo que predomina es el hallazgo de masa tumoral. Macroscópicamente estos tumores son masas grandes, hemorrágicas, de color blanco tostado que destruyen el hueso subyacente y frecuentemente se extienden a partes blandas. Ante un paciente de mediana edad con una masa de crecimiento paulatino sin clínica muy larvada y de etiología incierta hay que descartar un HFM ya que el factor más importante de pronóstico es el grado de extensión.

## PANICULITIS MESENTÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Pastor, D. Escribano, M. Oset, A. Utrillas, L. Comín, J.M. Del Val.

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco, Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

La pancreatitis mesentérica es un trastorno poco frecuente caracterizado por la inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal. La clínica es inespecífica cursando con dolor abdominal episódico sin irritación peritoneal, sensación de masa, náuseas y/o vómitos, alteraciones en el tránsito intestinal, etc. Hasta un 40% es asintomática. Habitualmente es un hallazgo casual en laparotomía o TAC, predominando en la edad adulta y sexo masculino.

### **Material y Métodos:**

Presentamos un caso de un varón de 68 años que acudió a urgencias por dolor abdominal en HCD sin signos de irritación peritoneal irradiado a la espalda con fiebre de varios días de evolución. Como antecedentes destacar que fue intervenido de neoplasia de mama izquierda, colecistectomizado laparoscópicamente con dos episodios posteriores de cólicos por coledocolitiasis que se resolvieron con CPRE realizándose esfinterectomía, extracción de cálculos con colocación de prótesis. Presentaba colúria y acolia con 2'8 de bilirrubina, sin otra alteración analítica de interés. Ante la sospecha clínica y ecográfica de coledocolitiasis se interviene quirúrgicamente realizándose coledocoduodenostomía, con biopsia de una masa en mesogástrico sugestiva de acúmulo de grasa mesentérica. El postoperatorio cursó sin incidencias.

### **Resultados:**

El estudio anatomopatológico de la biopsia se informó como pancreatitis mesentérica. A los 4 meses de la intervención se realizó un TAC sin apreciarse cambios significativos respecto a estudios previos; encontrándose actualmente asintomático sin necesidad de tratamiento.

### **Conclusiones:**

El diagnóstico se establece por los hallazgos anatomopatológicos. La patogenia es desconocida, aunque se ha asociado con algunas neoplasias, traumatismos abdominales, intervenciones quirúrgicas y enfermedades autoinmunes. Tras el diagnóstico sería conveniente la realización de pruebas complementarias para descartar la coexistencia de alguna enfermedad asociada. El diagnóstico diferencial abarca un gran abanico de enfermedades: pancreatitis, EII, procesos extraabdominales con necrosis grasa, tumores del mesenterio, tumores del intestino, enfermedades infecciosas por micobacterias, etc. El tratamiento recomendado son los corticoides, aunque hay casos de remisión espontánea sin tratamiento, lo que sugiere que posiblemente el curso de esta enfermedad sea hacia la curación espontánea sin necesidad de tratamiento. La resección quirúrgica no ha demostrado beneficios, y se reserva para los casos con obstrucción intestinal extrínseca.

# ANÁLISIS PROACTIVO DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA VÍA AÉREA Y LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Andrés Saliente, A.; Valdovinos Mahave, C.; Camacho Ballano M.A.; Minguillón Serrano, A.

*Dirección de Enfermería, UCI, Dirección Médica  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

## Introducción / Objetivos:

La gestión de riesgos implica un compromiso por parte de los gestores y de los profesionales sanitarios, para adoptar una actitud proactiva orientada al uso de metodologías que permitan identificar los problemas, y las causas que los originan, con el fin de desarrollar estrategias que reduzcan su repetición. Nos proponemos:

- Realizar un análisis proactivo de la gestión de riesgos relacionados con la vía aérea, utilizando las herramientas y metodología propuesta por el SNS.
- Valorar la utilidad de esta metodología para el análisis y la gestión de riesgos.

## Material y Métodos:

Estudio descriptivo de los resultados obtenidos en el análisis de la gestión de riesgos proactivo siguiendo las herramientas propuestas por el SNS:

- Descripción del contexto
- Definición de la misión, visión y valores de la UCI.
- QDF
- DAFO y Benchmarking
- Identificación de riesgos siguiendo el esquema de clasificación de los factores contribuyentes descritos por la National Patient Safety Agency (NPSA).
- Análisis proactivo: AMFE, Matriz de riesgos, VME (valor Monetario Esperado), Análisis de Barreras.
- Planes de contingencia.
- Despliegue, implementación y comunicación.

## Resultados:

**Características del Servicio a desplegar según QDF:** profesionales con perfil competencial adecuado al puesto, formación y aprendizaje continuo, programa de acogida al PNI, documento de información al paciente. **Áreas a potenciar para dar respuesta a las necesidades del cliente principal fueron:** Criterios de selección y provisión de las plazas. Impulsar y potenciar la formación continuada, Actualización periódica de los programas de acogida. Garantizar documentos de información accesibles a los pacientes y se actualizan periódicamente.

**DAFO:** estamos dentro de la franja adecuada. Pequeño despunte en zona competitiva y algunos aspectos que suponen riesgo. Se realizaron recomendaciones en cuanto a la plantilla médica, la tecnología, el clima laboral, y enfermería. Benchmarking: todos indicadores analizados son positivos para nuestra organización.

**Se detectaron 26 posibles riesgos** clasificados en las ocho categorías de riesgos del NPSA.

**AMFE (Análisis de modo de fallo y sus efectos):** La neumonía es el riesgo que su evitación es más positiva en este análisis, seguida del fallo gestión de alarmas.

Se calcula el **VME**.

**Análisis de barreras** de 12 riesgos: barreras existentes, grado de impacto, barreras adicionales para disminuir el riesgo, grado de impacto con la nueva barrera, coste de la misma y responsable de la implementación.

## Conclusiones:

- El uso de las herramientas que propone esta metodología conduce a un análisis pormenorizado de los riesgos relacionados con las diferentes áreas sometidas a análisis, estratificando los riesgos según su importancia y facilidad de abordaje.
- Las categorías de riesgos analizados con el NPSA cubre todo el espectro de posibilidades.
- Consideramos una metodología útil para la gestión de riesgos y la consiguiente toma de medidas para una atención más segura que garantice mayor calidad de nuestra asistencia.

## **CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO CERVICAL DE EVOLUCIÓN CRÓNICA**

Garza Trasobares E., Botella Esteban MT., Thomson Llisterri C., Alcalá Escriche MJ., Doñate Borao B., Gómez Rucio MA., Cuervo Menéndez CA., Martínez Morales M.

*Unidad de Aparato Digestivo. Endoscopias  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

Presentación de caso clínico infrecuente de cuerpo extraño esofágico en paciente con antecedente lejano de intervención a nivel de columna cervical.

### **Material y Métodos:**

Exposición del caso y exploraciones complementarias, con imagen de la esofagoscopia

### **Resultados:**

Paciente de 66 años de edad con antecedente de diabetes tipo 2, histerectomía por neoplasia de útero. Fue vista hace 8 años por disminución de fuerza en extremidades superiores con parestesias en manos, diagnosticada de mielopatía cervical. RMN: hernias discales en espacios C4-C5, C5-C6, protusión C6-C7 con compresión de la médula espinal.

Intervenida con discectomía por vía anterior C4 a C7 con artrodesis con cajas de titanio y, en una segunda intervención, injerto de cresta iliaca y 2 cajas en C4-C5 y C6-C7.

Aqueja disfagia moderada persistente. Es valorada en ORL hace 2 años y se le realiza tránsito esofágico que no muestra alteraciones, con dificultad para la deglución del bario. Se realiza una esofagoscopia recientemente que demuestra una estructura metálica que sobresale a la luz del esófago cervical, a 15 cm. de arcada dental, por debajo del esfínter esofágico superior.(Foto).

### **Conclusiones:**

En este caso infrecuente de cuerpo extraño en esófago cervical de evolución crónica se le entregó informe a la paciente aconsejando revisión por su neurocirujano y valoración de retirar la pieza de titanio por el riesgo de eventuales complicaciones derivadas de la comunicación establecida con la luz del esófago y para solucionar la sintomatología referida por la paciente.

## **TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR**

Vicario Bermúdez, Juana M<sup>a</sup>; Garzarán Tejeiro, Ana; Roig Salgado, Cristina; Fernández Alamán, Amalia; Fonseca López, Cherpentier; Caballero Castro, Julien; Lerín Sánchez, Fco. Javier; Bidabehere, Ana.

*Medicina Interna*  
*Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

La Tuberculosis Pulmonar constituye un 75% de todas las formas de tuberculosis, y es la que contribuye de forma fundamental a la transmisión, y por tanto al mantenimiento de la enfermedad tuberculosa, especialmente las formas bacilíferas. En los últimos años la frecuencia de la tuberculosis extrapulmonar ha aumentado por diversos factores.

### **Material y Métodos:**

Presentación del caso de un paciente de 30 años de edad inmigrante, que ingresa en el Servicio de Digestivo para estudio de dolor abdominal en fosa iliaca derecha. Sin antecedentes personales de interés. Refiere comienzo del dolor hace un año aproximadamente, con exacerbación del mismo la semana previa, junto con síndrome febril de 3-4 días de evolución. A la exploración física presenta T<sup>a</sup> 37.7°C, FC 110 lpm y TA 110/70 mmHg. Adenopatías laterocervicales derechas, blandas, móviles no dolorosas, la mayor de ellas de 1-1.5 cms. A nivel de tronco y extremidades superiores máculas hipocromas algo descamadas. Como pruebas complementarias se le realiza RADIOGRAFÍA ABDOMINAL con neumatización de asas intestinales, ECOGRAFÍA ABDOMINAL con intensísima neumatización en todo el marco cólico. En RADIOGRAFÍA TORÁCICA infiltrados pulmonares con probable cavitación en ambos lóbulos superiores. Se practica MANTOUX positivo 1/10 mms junto con PCR positivo a M. Tuberculosis. Se realiza biopsia de ganglio cervical con linfadenitis crónica granulomatosa con granulomas epitelioides y necrosis caseosa. Bacilos ácido alcohol resistentes compatibles con TBC. Se realiza TC TORACO-ABDOMINAL con contraste IV observándose lesión cavitada en LSD de morfología irregular, loculada (2 cavitaciones adyacentes), de pares gruesa. Se aprecian varias lesiones nodulares bien delimitadas adyacentes a la caverna, la mayor de ellas de 1cm. Infiltrado alodonoso en LSI. Múltiples adenopatías mediastínicas, en espacio prevascular, paratraqueales, subcarinales y paraesofágica derecha, y adenopatías hiliares bilaterales de mayor tamaño en el lado derecho. Presenta múltiples adenopatías abdominales, la mayoría hiperdensas, con conglomerado adenopático en la raíz del mesenterio, adenopatías próximas al hilio esplénico, alrededor del tronco celíaco y retroperitoneales alrededor de los grandes vasos. Engrosamiento de la pared del ileon terminal, que afecta a toda la circunferencia del asa con estrechamiento de la luz intestinal y engrosamiento irregular de la pared del ciego. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis menor.

### **Resultados:**

Ante los hallazgos clínicos y pruebas complementarias realizadas al paciente se diagnostica de Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar.

### **Conclusiones:**

Actualmente existe una mayor afectación TCB Pulmonar que en sus formas extrapulmonares. Esto, unido a que obtener una muestra para la confirmación diagnóstica puede ser más difícil que en la TBC Pulmonar, conlleva con frecuencia un retraso en su diagnóstico, y en la instauración de un tratamiento eficaz, hasta el punto que la mortalidad directa atribuible puede ser del 7%.

Teniendo en cuenta la alta frecuencia de aparición de la misma en pacientes inmigrados de zonas con alta incidencia de tuberculosis, debería de darse lugar a la obtención de muestras para el diagnóstico de dicha patología, evitándose el retraso en su confirmación y la instauración de un tratamiento eficaz.

## FENÓMENO DE MILKING

Vicario Bermúdez, Juana M<sup>a</sup>; Calpe Gil, M<sup>a</sup> José; Roig Salgado, Cristina; Fernández Alamán, Amalia; Caballero Castro, Julien; Bidabehere, Ana; Dolz Aspas, Raquel; Fonseca López, Cherpentier.

*Servicio de Medicina Interna  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

El Fenómeno de Milking ó trayecto intramiocárdico de compresión sistólica ó puente miocárdico aparece cuando existe un segmento de la arteria coronaria principal que discurre dentro del espesor de la pared muscular. Es una anomalía congénita debido a un fallo en la exteriorización de la primitiva red arterial intratrabecular cuya causa es desconocida. En cada sístole se producirá una estenosis de la luz vascular, llegando incluso a colapsar la arteria afectada (fenómeno de ordeñamiento o milking). La DA en su tercio proximal o medio es la arteria más afectada. Dicho fenómeno se diagnostica por su imagen característica en la coronariografía. Se trata de un segmento que se estenosa o colapsa en sístole, y que recupera el calibre en diástole. Esta diferencia de calibre suele descartar una placa ateromatosa que causa una estenosis fija o un espasmo coronario, confirmando el diagnóstico de puente miocárdico. Parece ser que un stent intracoronario en la zona del milking puede revertir las alteraciones hemodinámicas locales que causan la isquemia, así como normalizar la reserva coronaria. El tratamiento quirúrgico del puente miocárdico consiste en la liberación de la arteria mediante miotomía suprararterial. Se reserva para los casos severos en los que el paciente presenta un puente miocárdico sintomático con angina refractaria al tratamiento médico, en los que se prefiera evitar la colocación de un stent intravascular.

### **Material y Métodos:**

Presentación de un paciente varón de 50 años de edad sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV), a excepción de fumador de 7-8 cigarrillos al día. No antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Como antecedente quirúrgico fractura de antebrazo izquierdo. Un mes previo a su ingreso presenta 3 episodios de dolor opresivo centrotorácico en reposo, irradiado a región dorsal, con sensación disneica. Acude al Servicio de Urgencias, y pese a la normalidad electrocardiográfica y de los marcadores de necrosis miocárdica se decide su ingreso en el Servicio de Cardiología. Durante el mismo se realiza Test de Esfuerzo y Ecocardiograma que resultan normales, decidiéndose el alta hospitalaria. Un mes más tarde acude de nuevo al Servicio de Urgencias por nuevo episodio de dolor torácico opresivo similar al previo de aproximadamente 30 minutos de duración, observándose en el electrocardiograma supradesnivelación del segmento ST en cara anterior, que cede tras la administración de Cefinetrina sublingual, y elevación de enzimas miocárdicas, decidiéndose su ingreso en UCI para monitorización y tratamiento del síndrome coronario con elevación del segmento ST.

### **Resultados:**

Se solicita estudio hemodinámico donde se detecta Fenómeno de Milking largo a nivel de la Arteria Descendente Anterior media, donde se coloca Stent farmacoactivo en dicho nivel. Se procede a la doble antiagregación durante 1 año.

### **Conclusiones:**

Ante un SCA en un paciente sin FRCV, debemos sospechar un SCA con coronarias normales, siendo entre ellas una de las causas más frecuentes el Fenómeno de Milking o puente miocárdico.

## ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO: CASO CLÍNICO

D. Escribano, M. Oset, C. Pastor, L. Comín, A. Utrillas, J.M. Del Val

*Servicio de Cirugía general y digestiva  
H. Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

Los tumores de intestino delgado son una patología del tracto digestivo poco frecuente (2.4%), sobre todo si tenemos en cuenta que éste constituye el 75% de la longitud de todo el tracto gastrointestinal y hasta el 90% de su superficie. Presentamos un caso clínico referente a esta rara neoplasia cuya incidencia estimada no supera los 1,6 casos/100.000.

### Material y Métodos:

Revisión exhaustiva de la historia del caso clínico a estudio.

### Resultados:

Se trata de un varón de 68 años entre cuyos antecedentes personales más relevantes se encuentran episodios de hemorragia digestiva alta por esofagitis grado I, gastritis crónica difusa, lesiones agudas gástricas (tratamiento erradicador de H. Pylori) y pólipos colónicos.

En agosto de 2004 acude a Urgencias por nuevo episodio de hemorragia digestiva alta no complicada, encontrándose en ese momento pendiente de exploración con cápsula endoscópica en otro centro. En los cuatro meses siguientes el paciente permanece asintomático y finalmente se realiza la prueba, que informa de dos lesiones sugerentes de angiodisplasia, otra compatible con linfangiectasia y una de aspecto xantomatoso en yeyuno, mientras que en ileon se detectan dos lesiones adyacentes sospechosas de malignidad localizadas en submucosa y una tercera en porción terminal de aspecto ulcerado. Posteriormente se efectúa TAC toracoabdominal como estudio de extensión que es negativo.

Ante los hallazgos se decide tratamiento quirúrgico siendo intervenido en febrero de 2005 y confirmándose de forma intraoperatoria tres lesiones en intestino delgado y un nódulo sugestivo de adenopatía en mesenterio ileal. Se lleva a cabo resección segmentaria de intestino delgado a unos 75 cm de la válvula ileocecal con anastomosis latero-lateral manual. La anatomía patológica informó de tumor adenocarcinoide de tipo tubular estadio III (T4, N1, M0).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y en la actualidad el paciente sigue controles anuales mediante TAC abdominal y marcadores tumorales, siendo éstos hasta el momento normales y encontrándose el paciente asintomático.

### Conclusiones:

El hecho de que la patología neoplásica del intestino delgado sea poco frecuente, sumado a que sus síntomas de presentación suelen ser vagos e inespecíficos, hace que su diagnóstico sea habitualmente tardío lo que conlleva peor pronóstico y nos obliga a pensar en esta patología de cara a realizar un diagnóstico más precoz. Se estima que la supervivencia a los 5 años es menor del 30% (18% si hay enfermedad metastásica). Por otro lado, pese a que los pacientes que presentan esta patología tardan como media un mes en acudir a su médico tras el inicio de los síntomas (dolor abdominal intermitente y hemorragia los más frecuentes), el diagnóstico definitivo y tratamiento se retrasa hasta ocho meses a la espera de todas las pruebas diagnósticas.

En el caso clínico presentado, el sangrado digestivo probablemente debido a la angiodisplasia es lo que motivó el estudio endoscópico gracias al cual se detectaron de forma casual los tumores. Aún así, desde la consulta del paciente hasta la intervención quirúrgica pasaron 6 meses, encontrándose el tumor en un estadio III en el momento en que se trató. No obstante, la cirugía a día de hoy ha resultado ser curativa.

# RECIDIVA TRAS LA REPARACIÓN DE LA EVENTRACIÓN: SUTURA VS MALLA

D. Escribano, C. Pastor, M. Oset, L. Comín, A. Utrillas, J.M. Del Val

*Cirugía general y digestiva*  
*H. Obispo Polanco. Teruel.*

## Introducción / Objetivos:

Las eventraciones (también conocidas como hernias ventrales o incisionales) son una complicación común de la cirugía abdominal y se trata de una herniación de asas intestinales envueltas en peritoneo a través de una herida quirúrgica por disrupción de la fascia. Todavía hoy existe controversia sobre en qué casos se impone una reparación con malla protésica y en cuáles el tratamiento puede limitarse a una mera reparación anatómica mediante sutura del defecto. Cada una de las técnicas va a llevar asociadas una serie de complicaciones, siendo la más importante la recidiva de la eventración. La tasa de recidiva es muy variable según los diversos autores que han escrito al respecto, con cifras del 28.5% (4%-63%) de recidiva tras reparación anatómica, y del 10.7% (0-32%) para la reparación con malla.

El objetivo del presente estudio es realizar una revisión de los pacientes intervenidos de eventración en los últimos 3 años en nuestro servicio para determinar cual fue la tasa de recidiva de la eventración comparando las dos técnicas de reparación: anatómica o con protésica.

## Material y Métodos:

Se revisaron 69 pacientes de ambos sexos intervenidos de eventración desde el año 2007 en nuestro servicio.

## Resultados:

65 de las 69 eventraciones surgidas se repararon mediante eventroplastia con malla de polipropileno supraaponeurótica (en 4 ocasiones de forma laparoscópica con malla preperitoneal) y sólo 4 casos con eventrorrafia. Del total de eventraciones reparadas, recidivaron 10 casos. Mientras que la tasa de recidiva asociada a la reparación con malla fue de 9 de 65 casos (todos ellos con cirugía abierta), la reparación anatómica registró 1 de 4 casos. Entre todos los casos recidivados, se observó que existía algún factor de riesgo conocido para la recidiva en 3 de ellos, tratándose de 1 caso de Diabetes Mellitus tipo II, 1 caso de obesidad mórbida y 1 caso de cirugía previa de aneurisma de aorta abdominal.

## Conclusiones:

En la gran mayoría de los casos de eventración (94.2%) se optó por una reparación protésica con malla de polipropileno, donde el 6% se realizó de forma laparoscópica, y se recurrió a la eventrorrafia en sólo 4 ocasiones (5.8%). La tasa de recidiva global, independientemente de la técnica de reparación empleada, fue del 11.5%, cifra que concuerda con la registrada en la bibliografía al respecto. Comparando ambas técnicas, el 13.8% de las eventroplastias recidivaron, mientras que en el caso de las eventrorrafias llegó al 25%. Cabe destacar que el 30% de todos los casos recidivados presentaba algún factor de riesgo conocido para la recidiva. Por tanto, podemos concluir que según nuestra serie, al igual que en la mayoría de series actuales, la eventroplastia ha obtenido mejores resultados en términos de recidiva respecto a la reparación anatómica.

# FACTORES DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE UNA EVENTRACIÓN: ESTUDIO DE CASOS

D. Escribano, M. Oset, C. Pastor, L. Comín, A. Utrillas, J. M. Del Val

*Cirugía general y digestiva*  
*H. Obispo Polanco (Teruel)*

## Introducción / Objetivos:

La eventración o hernia incisional es una complicación común de la cirugía abdominal cuya incidencia media en la bibliografía se estima en un 11%, oscilando entre 2-23%.

Tras la cirugía abdominal existen una serie de factores que inciden en el desarrollo del defecto herniario, unos relacionados con la técnica de cierre de la pared abdominal y otros independientes, tales como la infección de herida quirúrgica (la más importante), presión intraabdominal aumentada, enfermedades concomitantes o alteraciones del tejido conectivo.

Realizamos un análisis de las características de la cirugía primaria abdominal en aquellos pacientes que se han intervenido posteriormente de eventración en nuestro servicio en los últimos tres años.

## Material y Métodos:

Se revisaron 69 pacientes de ambos sexos intervenidos de eventración en los últimos 3 años en nuestro servicio, realizando un análisis de las características de la cirugía primaria abdominal: carácter urgente o programado, complicaciones surgidas en el postoperatorio o tipo de incisión realizada.

## Resultados:

Entre los 69 pacientes intervenidos de eventración en dicho período, el grupo de edad más frecuente fue de 60 a 76 años (42% del total) con una edad media de 61.6 años (29-86 años). El sexo predominante fue el femenino, con 36 pacientes mujeres frente a 33 hombres.

Las localizaciones más frecuentes de la eventración fueron la infraumbilical con 17 casos, seguida de la supra-infraumbilical con 14 casos, supraumbilical con 12 casos, McBurney con 9 casos y subcostal con 6 casos. El resto de localizaciones fueron: paraumbilical en 3 casos, sobre herida de trócar de laparoscopia en 3 casos (4.3%), sobre orificio de drenajes en 2 casos, sobre incisión de lumbotomía en 2 casos y, por último, periestomal en 1 caso.

En cuanto a la cirugía primaria, en 39 casos se trató de cirugía de urgencia y en 30 casos de cirugía programada. De todos ellos, desarrollaron complicaciones postoperatorias 15 pacientes, de los cuales 11 eran con cirugía de urgencia y 4 de cirugía programada. Las complicaciones postoperatorias encontradas fueron: 7 casos de infección de herida, 3 casos de seroma, 2 casos de hematoma de pared, 1 caso de fístula entero-cutánea, 1 caso de neumonía nosocomial y 1 caso de distensión abdominal por íleo.

## Conclusiones:

Observamos una mayor frecuencia de eventraciones en las laparotomías medias, especialmente la infraumbilical con un 24.6%, seguida de la supra-infraumbilical con un 20.3%.

Por otro lado, en más de la mitad de los casos (56.5%) la cirugía primaria fue cirugía de urgencia, por lo que éste tipo registra una mayor frecuencia de eventraciones. De entre todos los casos estudiados, el 21.7% habían desarrollado complicaciones durante el postoperatorio de la cirugía primaria, siendo la más frecuente la infección de herida, seguida del seroma y el hematoma de pared. Por tanto, parece que estas complicaciones que dificultan la adecuada cicatrización de la pared predisponen a la aparición de una posterior eventración.

## **PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS**

D. Escribano, C. Pastor, A. Utrillas, L. Comín, J.M. Del Val

*Cirugía general y digestiva*  
*H. Obispo Polanco (Teruel)*

### **Introducción / Objetivos:**

El pseudomixoma peritoneal constituye un tumor secundario peritoneal poco frecuente (2 casos cada 10.000 laparotomías) que aparece por rotura en la cavidad abdominal libre de una neoplasia, benigna o maligna, con contenido mucoide. El tumor originario más frecuente en ambos sexos es el carcinoma apendicular o mucocoele (52%), seguido del adenocarcinoma intestinal. En las mujeres también puede haber un origen ovárico a partir de un carcinoma mucinoso. La edad de presentación es alrededor de los 55 años.

### **Material y Métodos:**

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos tratados en nuestro servicio en los últimos 10 años. La recopilación de los datos fue llevada a cabo por los autores a través de una revisión exhaustiva de las historias clínicas y los protocolos quirúrgicos.

### **Resultados:**

En los últimos 10 años, 4 pacientes han sido diagnosticados e intervenidos de pseudomixoma peritoneal en nuestro servicio, 3 hombres y una mujer. Dos pacientes tenían 80 años en el momento del diagnóstico, otro 58 y la mujer 60. En 3 casos el origen fue un adenocarcinoma mucinoso de ciego y en 1 caso de cistoadenoma mucinoso apendicular. La mitad de los casos se diagnosticaron a raíz de ser estudiados en consulta por sintomatología abdominal y la otra mitad procedía de urgencias por cuadro oclusivo. 2 de los 4 pacientes presentaron diseminación extraabdominal en el momento del diagnóstico, en un caso hepática y en otro hepática y pulmonar. 3 de los 4 casos, donde se incluyen los 2 que presentaban afectación metastásica, precisaron reintervenciones por recidiva. La supervivencia a los 3 años es del 50%. De los fallecidos, uno fue por causa cardiorrespiratoria y otro por complicaciones derivadas de la evolución de la enfermedad tumoral.

### **Conclusiones:**

El origen más frecuente del pseudomixoma fue el adenocarcinoma mucinoso de ciego. La edad media de presentación fue de 69.5 años y la mayoría de pacientes eran hombres. Es habitual que el motivo de consulta que motive el estudio sea de entrada la oclusión intestinal. Con frecuencia se observó diseminación extraabdominal de inicio, especialmente en hígado. La mayoría tuvo que ser reintervenido por recidiva de la enfermedad antes del primer año tras el diagnóstico. El paciente que no fue reintervenido había fallecido precozmente por causa cardiorrespiratoria. La mitad de los pacientes sobrevive 3 años después del diagnóstico.

## **TUMORACIÓN DEL URACO INFECTADO**

C. Pastor, M. Oset, D. Escribano, A. Utrillas, L. Comín, M. Gonzalez.

*Servicio de Cirugía General  
Hospital Obispo Polanco*

### **Introducción / Objetivos:**

El uraco es un remanente embriológico que deriva de la involución de la alantoides con una estructura tubular localizada en la línea media y que se extiende desde la porción anterior de la cúpula vesical hasta el ombligo. Las anomalías del uraco tienen como denominador común un fallo en la obliteración de la luz del mismo. De ellas, una de las más frecuentes es la transformación quística que afecta a uno de cada 5000 nacimientos. Los quistes del uraco permanecen habitualmente asintomáticos salvo cuando se complican, siendo la complicación más frecuente la infección.

### **Material y Métodos:**

Presentamos el caso de un varón de 57 años sin antecedentes de interés, que acudió a nuestro servicio de urgencias por un cuadro clínico de fiebre y dolor abdominal infraumbilical con sensación de masa de 20 días de evolución. A la exploración clínica el abdomen es globuloso, blando, depresible, doloroso a nivel infraumbilical, donde se palpa una masa de 3x5 cm aproximadamente, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza una ecografía abdominal y TC que demuestran la existencia de una masa abdominal en la zona referida, de borde irregular de 4'5 cm de diámetro aproximadamente, en contacto por delante con la pared abdominal anterior, inferiormente con la parte anterior de la cúpula vesical y por detrás con las asas yeyunales de apariencia normal independientes de la masa. Todo ello sugiere lesión de tipo inflamatorio, por probable quiste de uraco abscesificado.

Se pautó antibioterapia de amplio espectro y se intervino quirúrgicamente al cabo de varios días, mediante una incisión media infraumbilical, realizándose exéresis completa de dicha tumoración, dejando drenaje de tipo Redón en el espacio Retzius izquierdo y un Penrose preperitoneal. Se le realizó biopsia intraoperatoria que confirmó el diagnóstico de sospecha y ausencia de malignidad. El estudio anatomopatológico definitivo informó de tejido inflamatorio.

### **Resultados:**

No hubo complicaciones intraoperatorias ni durante el postoperatorio inmediato. A los 13 días de la intervención quirúrgica presenta un absceso de la herida quirúrgica que se drenó dejando dos penroses subcutáneos.

### **Conclusiones:**

Ante una masa suprapúbica que se acompaña de fiebre, dolor abdominal infraumbilical alrededor de la línea media y clínica miccional con o sin infección urinaria debemos pensar en un proceso patológico del uraco, debiendo realizar para su diagnóstico una buena exploración física, una ecografía, y si es necesario un TAC. El diagnóstico diferencial se realizará con otras patologías como: enfermedad pélvica inflamatoria, apendicitis aguda, cistitis, enfermedad inflamatoria intestinal, perforación visceral, hernia umbilical estrangulada, absceso pélvico o intraabdominal y divertículo de Meckel.

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL CÁNCER COLORRECTAL EN TERUEL?

Oset García, M<sup>1</sup> Botella Esteban M.T<sup>2</sup>, Thomson Llisterri C<sup>2</sup>, Muniesa Soriano JA<sup>3</sup>, Lázaro Maisanava JM<sup>3</sup>, Alcalá Escriche MJ<sup>2</sup>, Garza Trasobares E<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>*Cirugía general y del aparato digestivo*, <sup>2</sup>*Unidad de Aparato Digestivo*, <sup>3</sup>*Servicio de Anatomía Patológica Hospital Obispo Polanco (Teruel)*

### **Introducción / Objetivos:**

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia por orden de frecuencia, y la segunda causa de mortalidad por cáncer en países desarrollados. Nuestro objetivo es conocer mediante qué medios se llega al diagnóstico de cáncer colorrectal en nuestro hospital.

### **Material y Métodos:**

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo sobre 100 pacientes diagnosticados de forma consecutiva de cáncer colorrectal en nuestro hospital, analizando cómo se obtuvo la muestra para el diagnóstico anatomopatológico y el motivo que condujo a este proceso.

### **Resultados:**

De los 100 pacientes estudiados, en 6 casos se obtuvo el diagnóstico mediante biopsia quirúrgica y en los 94 restantes de forma endoscópica.

De los 6 pacientes quirúrgicos, en 4 ocasiones la muestra histológica se obtuvo durante una intervención urgente por un cuadro de oclusión intestinal, en otro paciente mediante biopsia de una lesión perianal que se extendía desde el canal anal, y en la restante durante una intervención ginecológica programada por sospecha de endometriosis ovárica, en la que se halló una tumoración en ángulo esplénico del colon.

De los 94 pacientes diagnosticados por biopsia endoscópica, el motivo único de solicitud más frecuente fue la rectorragia (28 casos), seguido de anemia (9) y oclusión intestinal (8). En 11 pacientes la colonoscopia se llevó a cabo por la asociación de varios síntomas y signos, siendo más frecuente la rectorragia acompañada de diarrea, y el síndrome constitucional con anemia (3 casos respectivamente).

### **Conclusiones:**

En la gran mayoría de los pacientes (94%) se llegó al diagnóstico de cáncer colorrectal mediante biopsia endoscópica, siendo la rectorragia el motivo más frecuente de solicitud con un 29'78%, seguido de la anemia (9'57%) y la oclusión intestinal (8'51%). En el 11'7% de los casos, la asociación de varios síntomas y signos fue lo que motivó la solicitud de colonoscopia, siendo en este caso la rectorragia acompañada de diarrea y el síndrome constitucional con anemia los cuadros predominantes (27'27% respectivamente). Por último, de los 6 pacientes diagnosticados mediante biopsia quirúrgica, el 66'67% de los mismos lo fue en el transcurso de una intervención urgente por oclusión intestinal.

## UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Oset García M, Pastor Espuig C, Escribano Pérez D, Utrillas Martínez AC, Comín Novella L, Fernández Inganzo A, Del Val Gil JM.

*Cirugía general y del aparato digestivo  
Hospital Obispo Polanco (Teruel)*

### **Introducción / Objetivos:**

Los bezoares, concreciones de material no digerido, como fibras vegetales o pelo, son una entidad rara, frecuentemente asociados a cirugía gástrica previa, sobre todo a vagotomía troncular y antrectomía, que pueden llegar a originar un cuadro de obstrucción intestinal mecánica por impactación, generalmente en el íleon terminal.

### **Material y Métodos:**

Revisamos dos casos de oclusión intestinal por bezoar diagnosticados en nuestro hospital en el último año.

### **Resultados:**

El primer paciente era un varón de 63 años con antecedentes de intervención por úlcera duodenal hace 27 años (vagotomía y piloroplastia) y varios episodios recientes de oclusión intestinal simple que cedieron con tratamiento conservador. Acudió a Urgencias por dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos, y con escasa emisión de gases y heces. A la exploración el abdomen estaba distendido, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa y sin signos de irritación peritoneal. El estudio analítico no mostraba ninguna alteración destacable. En la radiografía simple de abdomen se observó dilatación de asas de delgado, con múltiples niveles hidroaéreos, compatible con obstrucción de intestino delgado.

Se hospitalizó al paciente y se trató inicialmente de forma conservadora. Tras varios días dada la ausencia de mejoría, se realizó TAC abdominal que identificó dilatación de asas de delgado, con gran contenido líquido y engrosamiento de la pared, con un cambio de calibre de las asas a nivel de fosa iliaca derecha, pero sin llegar a determinar la causa. Se decidió intervenir de forma urgente, hallándose una tumoración en íleon terminal y dilatación de todo el intestino delgado. Ante la sospecha de una neoplasia se realizó resección segmentaria de 10 cm de delgado. Posteriormente se abrió la pieza quirúrgica, observando que la citada tumoración tenía aspecto macroscópico de un bezoar, que se confirmó en el estudio anatomopatológico. No se observaron otras masas en el resto del intestino delgado ni en estómago.

El segundo paciente era un varón de 72 años sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias por dolor abdominal de varias horas de evolución y ausencia de emisión de gases. A la exploración el abdomen era doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. El estudio analítico se encontraba dentro de los límites de la normalidad. La radiografía simple de abdomen objetivó niveles hidroaéreos en intestino delgado. Se realizó TAC abdominal, en el que se apreció dilatación de asas de intestino delgado hasta íleon, donde se hallaba una masa intraluminal sugestiva de bezoar. Se intervino quirúrgicamente encontrándose en íleon terminal un bezoar formado por pulpa y pepitas de naranja, por lo que se realizó enterotomía, extracción de la masa y enterorrafia transversal. En este paciente tampoco se encontraron otras masas en intestino o estómago.

En ambos casos la evolución postoperatoria fue satisfactoria, salvo infección de herida quirúrgica en el primer paciente.

### **Conclusiones:**

Ante una oclusión intestinal mecánica de intestino delgado debemos realizar un diagnóstico diferencial entre varias causas, siendo las más frecuentes las bridas-adherencias, hernias internas, bezoares (especialmente en pacientes intervenidos previamente de cirugía gástrica) e íleo biliar, etc. ayudando al diagnóstico clínico la radiografía simple de abdomen y el TAC abdominal.

## **RECETA ELECTRÓNICA EN TERUEL, AÑO 2010**

F. Muñoz Espílez

*Inspección de Farmacia SALUD  
Sector Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

En la ciudad de Teruel se está realizando la prueba piloto de receta electrónica para Aragón. Esta prueba comenzó en julio de 2008 y en este momento se está planificando su extensión a toda la Comunidad Autónoma. El objetivo de este trabajo ha sido conocer el grado de implantación de la misma en los Centros de Salud de la capital, así como su distribución en las distintas Oficinas de Farmacia

### **Material y Métodos:**

Los datos han sido obtenidos de las recetas facturadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Teruel al Servicio Aragonés de Salud en Teruel

### **Resultados:**

Desde que se inició el proyecto piloto en Teruel, se han realizado 136.312 dispensaciones por Receta Electrónica.

Durante el año 2010, en el periodo de enero a Julio se han dispensado en Teruel 54.620 recetas electrónicas procedentes de los dos Centros de Salud de la ciudad, lo que supone un 14.6 % del total de recetas prescritas.

El 74 % son de pensionistas, similar a la recetas en papel, que son el 72.8 %.

Separado por Centros de Salud, es ligeramente mas utilizada en el Centro de Salud Teruel Ensanche, 15.9 % de las prescripciones, frente al 13.5 % en Teruel Centro. En cuanto a la distribución por CIAS hay mas diferencias, oscilando desde el 38.5 % de las prescripciones en receta electrónica por parte de un facultativo al mínimo del 0.3 % de las prescripciones por otros.

Todas las Oficinas de Farmacia de Teruel capital dispensan recetas electrónicas, siendo la variabilidad entre las mismas del 11.1 % al 20.1 % del total de las recetas dispensadas.

En la Inspección de Farmacia no se ha recibido ninguna reclamación en relación a la receta electrónica

### **Conclusiones:**

La implantación de receta electrónica en Teruel, ha sido muy gradual, pasando de 2.899 recetas mensuales en diciembre de 2008 a 11.038 en julio de 2010.

Su utilización es muy similar en los dos Centros de Salud de la capital, aunque existen grandes diferencias entre los diferentes facultativos.

La proporción de recetas dispensadas por receta electrónica en las distintas Oficinas de Farmacia de Teruel es más equilibrada que las de modelo papel, lo que indica la accesibilidad de los ciudadanos a esta prestación

# EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE DE MANOS Y USO DE GUANTES ENTRE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE TERUEL

Aguirre Alonso B, Fernández Santos R.

*Unidad de Medicina Preventiva  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

## **Introducción / Objetivos:**

La infección asociada a los cuidados sanitarios es un problema que afecta a la calidad de la asistencia en Hospitales. Diversos estudios evidencian que un tercio de estas infecciones pueden ser prevenidas. Una gran proporción de las infecciones hospitalarias se producen como consecuencia de una contaminación cruzada, cuyo principal vector de transmisión son las manos del personal sanitario. Mediante una adecuada higiene de manos se puede prevenir la contaminación cruzada, disminuyendo así las tasas de infección en los pacientes, por lo que esta práctica ha sido reconocida como la principal medida para prevenir la infección asociada a los cuidados sanitarios.

La higiene de manos y el uso de guantes son medidas sencillas, efectivas y al alcance de todos, pero es imprescindible una formación adecuada para llevar a cabo estas prácticas correctamente. Por ello, es fundamental que los alumnos de enfermería inicien su periodo de formación en el Hospital con unos conocimientos teóricos sólidos, para que sean capaces de integrar esos conocimientos y llevarlos a la práctica a la hora de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para su desempeño profesional, implicándose en el logro de la seguridad clínica de los pacientes.

Nuestro objetivo es valorar el grado de conocimientos sobre higiene de manos y uso de guantes que tienen los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Teruel.

## **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo transversal.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario de 11 preguntas relacionadas con los conocimientos de higiene de manos y uso de guantes.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron la edad y el sexo.

La encuesta se pasó durante los meses de mayo y octubre, siendo distribuida a los alumnos de los tres cursos de los nuevos estudios de Grado, y a los del último curso de Diplomado en Enfermería.

## **Resultados:**

- El porcentaje de respuestas correctas en las preguntas relacionadas con el uso de guantes se sitúa por encima del 75%.
- Las preguntas que hacían referencia a los momentos en los que se precisa higiene de manos, al producto que debe utilizarse y al tiempo de aplicación fueron contestadas correctamente en el 36% de los casos.
- El porcentaje total de respuestas correctas entre los alumnos de primer curso fue del 68,5%, los de segundo curso contestaron correctamente a un 83,1% de las preguntas, los de tercero acertaron el 74,4%, y los de la última promoción de Diplomatura respondieron adecuadamente al 70,7% de las preguntas.

## **Conclusiones:**

- La diferencia entre los conocimientos relacionados con la higiene de manos y el uso de guantes que tienen los alumnos en los diferentes cursos no es muy importante.
- Podría ser de utilidad que la Escuela de Enfermería adquiriese material divulgativo para que fuera repartido entre los alumnos o colocado en las aulas o los pasillos.
- Podría ser conveniente que se organizaran talleres formativos de higiene de manos y uso de guantes para los alumnos de la Escuela de Enfermería.

# ALTERACIONES TIROIDEAS EN LAS EMBARAZADAS DE TERUEL. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE TRES AÑOS.

MN. Tarazón Alcocer (1), J. Horno Delgado (2), LM. Tarazón Alcocer (3), M. Mata Roig (4), C. Gallardo Ganuza(5), S. Valdearcos Enguñados(6).

(1)CS Ribarroja del Turia, (2)Servicio de Laboratorio,(3)Universidad Politécnica de Valencia, (4)Fundación Investigación H .General Valencia, (5)CS Teruel Ensanche, (6)Unidad Docente Sector Teruel.  
(1)Hospital de Manises, (2) Hospital Obispo Polanco.

## Introducción

El hipotiroidismo es la disminución de niveles de H. Tiroideas en plasma y consecuentemente en tejidos. Supone la alteración funcional más común de la glándula tiroides. Clínica: facies hipotiroidea; hipoventilación; bradicardia; digestiones pesadas, estreñimiento; retención de líquidos y edemas; letargia, somnolencia, cefalea, lentitud de reflejos osteotendinosos, parestesias, Hipoacusia; contracturas musculares; piel pálida, reseca; esterilidad, abortos; intolerancia al frío. Diagnóstico: determinación de TSH y T4 libre. La TSH está elevada y T4L disminuida (Primario) o normal (Sub-clínico). Durante el embarazo, debe ser precoz: el desarrollo del cerebro fetal es dependiente de la T4 materna desde la concepción. En el laboratorio del H. Obispo Polanco, el rango de referencia de TSH=0.27-4.20 mU/L, de T4L=1.0-1.8 mU/L. Tratamiento: administrar tiroxina, y monitorización de niveles.

## Material y Métodos:

Población en estudio: muestra de 710 embarazadas, durante los años 2005 a 2007. Se ha recogido los datos en el laboratorio del Hospital Obispo Polanco: analítica sanguínea completa, que incluye TSH y T4L entre otras determinaciones, realizada durante la primera visita a CE Maternidad. Se han tabulado los datos según patología-año, y patología-edad; utilizando tabla de síntesis, diagrama de barras, diagrama de sectores. Se ha recurrido a fuentes bibliográficas sobre el tema.

## Resultados:

En cuanto a patología tiroidea por cada año obtenemos:

Año 2005: 217 casos, 204 sanos, 13 enfermos (12 con hipotiroidismo, 1 hipertiroidismo).

Año 2006: 226 casos, 204 sanos, 22 enfermos (20 con hipotiroidismo, 2 hipertiroidismo).

Año 2007: 267 casos, 246 sanos, 21 enfermos (20 con hipotiroidismo, 1 hipertiroidismo).

Vemos que hay mayor proporción de hipotiroidismo.

En el estudio diferencial de Hipotiroidismo obtenemos:

2005:13 casos enfermos (1 Hipotiroidismo Primario, 11 Hipotiroidismo Sub-clínico, 1 hipertiroidismo).

2006: 22 casos enfermos (10 H. Primario, 10 H. Sub-clínico, 2 hipertiroidismo).

2007:21 casos enfermos (5 H. Primario, 15 H. Sub-clínico, 1 hipertiroidismo).

Vemos que hay mayor proporción de hipotiroidismo sub-clínico en los años 2005 y 2007.

Pero en el 2006 se igualan el Sub-clínico y el Primario.

La media de edad de las pacientes según patología, es mayor en el hipotiroidismo sub-clínico en los años 2005 (30 años) y 2007 (32 años). En el 2006, la media de edad es menor en el H. Sub-clínico (29 años).

Respecto a las alteraciones tiroideas según intervalo de edad encontramos mayor proporción de alteración en los extremos de edad gestacional: alrededor de los 15 años, y por encima de los 40.

En cuanto a hipotiroidismo respecto a hipertiroidismo según intervalo de edad, hay mayor proporción de hipotiroidismo en cada intervalo, no encontrándose ningún caso de hipertiroidismo en tres rangos de edad (15-19, 35-39, 45-49).

En el estudio diferencial de hipotiroidismo según intervalo de edad, vemos que se igualan el hipotiroidismo primario y el sub-clínico en los intervalos comprendidos entre 15-19 años, y 40-44 años. En el resto de intervalos, hay mayor proporción de Hipotiroidismo Sub-clínico; a excepción del intervalo 45-49 años, que no hay ningún caso de dicha patología.

## Conclusiones:

Se ha querido investigar las alteraciones tiroideas durante el embarazo, en un periodo de tres años. Mediante datos de laboratorio y con el manejo de datos estadísticos, se ha descrito, en la práctica, si las mujeres embarazadas desarrollan Hipotiroidismo Primario, Hipotiroidismo Sub-clínico o Hipertiroidismo, durante el periodo de gestación. Ofrecer un tamizaje para hipotiroidismo durante la gestación, implica ofrecer eventualmente su tratamiento con levotiroxina. La elevada prevalencia de patología tiroidea en embarazo, derivarían en beneficios si se instaurase precozmente el tratamiento. Se calcula que entre 1-2% de gestantes, reciben terapia con levotiroxina.

# INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y TERAPIA ERRADICADORA: NUESTRA EXPERIENCIA

MT. Botella Esteban, C. Thomson Llisteri, E. Garza Trasobares, MJ. Alcalá Escriche, C. Cuervo Menéndez, B. Doñate Borao, MA. Gómez Rucio

*Unidad de Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

## Introducción / Objetivos:

El *Helicobacter pylori* (HP) es el principal causante de úlceras pépticas y un factor de riesgo para la aparición de cáncer gástrico. La terapia triple con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en una dosis estándar, claritromicina 500 mg y amoxicilina 1 g o metronidazol 500 mg, todos cada 12 h y durante 7-10 días, es el tratamiento de elección de la infección. Sin embargo, se viene observando un aumento de las resistencias primarias a antibióticos, específicamente a claritromicina, con el consiguiente aumento de la tasa de fracasos terapéuticos, que puede superar el 30% en nuestro medio. Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo de la experiencia de nuestro centro en el tratamiento erradicador de HP a través de los resultados de los test de aliento realizados para la determinación de la actividad ureasa de la bacteria en el estómago. Para el estudio estadístico se utilizó el test de Chi cuadrado.

## Material y Métodos:

Se han analizado los datos de los 485 test del aliento realizados de forma sucesiva entre el 1 de noviembre de 2008 al 1 de septiembre de 2010 en pacientes en los que constaba si se les había pautado previamente un tratamiento erradicador o no. Se registró edad, sexo, indicación, número de terapias previas y resultado del test.

## Resultados:

No habían recibido ningún tratamiento erradicador 146 pacientes (66,4% mujeres, 33,6% hombres) con edad media de 42,1 años (Rango 12-78). En estos casos, en un 48,4% la indicación era la dispepsia y en 15,4% los antecedentes familiares de cáncer gástrico. El test resultó positivo en 60 casos (41,4%) y negativo en 86 casos (58,9%). Ni el sexo ( $p=0,520$ ) ni la edad ( $p=0,763$ ) estuvieron asociados al resultado.

Habían recibido globalmente algún tratamiento erradicador previo 339 casos (59,6% mujeres, 40,4% hombres) con edad media de 47,3 años (Rango 17-82).

En 270 pacientes se había puesto un primer tratamiento de elección. La indicación fue en un 51,7% la dispepsia, en un 30% los antecedentes familiares de cáncer gástrico o la gastritis crónica, en un 12,5% la úlcera duodenal y en un 5,8% la úlcera gástrica. Se consiguió negativizar el HP en 191 de ellos (70,7%) y en 79 (29,3%) la bacteria resultó resistente. No se encontró asociación entre la erradicación del HP con el sexo ( $p=0,323$ ), con la edad ( $p=0,667$ ) ni con la indicación de su erradicación ( $p=0,243$ ).

Se había puesto un segundo tratamiento de rescate con intención erradicadora en 52 pacientes. El porcentaje de erradicación que se consiguió en estos pacientes fue del 57,7%, negativizando 30 de ellos. En los 17 pacientes que llegan a recibir un tercer tratamiento, se consigue la desaparición de la bacteria en 11 (64,7%).

## Conclusiones:

Tras el tratamiento inicial de elección para la erradicación del HP, y tal y como está ocurriendo en otras series, se consigue la eliminación de la bacteria en un 70,7% de los pacientes llegando a un casi 30% de fracasos terapéuticos. No hemos encontrado diferencias significativas en la negativización del HP con relación a la edad y el sexo del paciente ni con el motivo de la indicación de su erradicación.

# APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX® PARA LA DETERMINACION DEL RIESGO DE FRACTURA EN MUJERES DE UN ÁMBITO RURAL

Gómez Navarro, R.

*Centro de Salud Teruel Rural.*

## **Introducción / Objetivos:**

Las fracturas por fragilidad constituyen un importante problema de salud pública. Establecer intervenciones preventivas basadas en el riesgo absoluto de fractura debe convertirse en una prioridad.

Los objetivos de este trabajo son: determinar el riesgo absoluto de fractura en las mujeres postmenopáusicas y en función del mismo considerar las recomendaciones sobre la conveniencia de la realización de DEXA y/o de iniciar tratamiento antirresortivo.

## **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo transversal realizado en una población rural.

Se estudió a todas las mujeres con edades comprendidas entre 40 y 90 años. Calculamos su riesgo de fractura mediante la herramienta FRAX®. Se consideró causa de excepción el seguir tratamiento con antirresortivos y estar diagnosticada de enfermedad terminal.

Las recomendaciones sobre la solicitud de DEXA y/o de iniciar tratamiento se fundamentaron en la Guía Europea para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la mujer postmenopáusica.

## **Resultados:**

El número final de mujeres estudiadas fue 76, su edad media  $67,9 \pm 13,4$ .

El riesgo absoluto de fractura osteoporótica fue del  $8,1 \pm 7,9$  y el riesgo de fractura de cadera del  $3,7 \pm 5,3$ . Se recomendó solicitar DEXA en 9 (11,8%) y plantear el inicio de tratamiento en 3 (3,9%).

Para 9 mujeres (>84 años), la Guía no establecía recomendaciones.

El número necesario de mujeres a cribar para indicar la realización de una DEXA es 8,4 y de 25,3 para iniciar un tratamiento.

Se inició en los 3 casos recomendados y en otra mujer más para la que la Guía no emitía recomendación.

## **Conclusiones:**

La herramienta FRAX® nos ha facilitado determinar de una manera sencilla el riesgo absoluto de fractura osteoporótica y de cadera de las mujeres de nuestra población lo que nos ha ayudado a decidir iniciar tratamiento antirresortivo casi en el 4 % de las estudiadas.

# STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA. SITUACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO

Ramos Germán F.J, Chocarro Escanero M.P. Cosculluela Abadía A.

*Laboratorio de Análisis Clínicos (Microbiología) Atención Primaria  
Hospital Obispo Polanco (Teruel)*

## Introducción / Objetivos:

Hemos analizado los aislamientos de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) realizados en nuestro laboratorio durante los últimos nueve meses.

El objetivo del estudio es conocer la situación actual y compararla con la existente hace 8 años (2001-2002) y sugerir las medidas adecuadas para controlar la progresión de este tipo de infecciones

## Material y Métodos:

Se han analizado 285 aislamientos de *S. aureus* correspondientes a 259 pacientes. Se determinó la sensibilidad a meticilina / oxacilina mediante método automatizado (VITEK 2, Biomerieux®) Se consideran SARM los aislamientos resistentes a oxacilina.

## Resultados:

El 44,9% de los aislamientos fueron SARM. No se apreciaron diferencias entre los aislamientos hospitalarios (42,7%) y ambulatorios (44,29%). Hay un ligero descenso de los aislamientos hospitalarios respecto al periodo 2001-2002 y un marcado incremento en los ambulatorios, pasando del 21,45% al actual 44,29%

Los aislamientos hospitalarios procedían principalmente de los servicios de Medicina Interna, 40,91% del total, Hemodiálisis, Cirugía y UCI. En los tres primeros servicios el porcentaje de aislamientos SARM sobre el total de aislamientos de *S. aureus* fue superior al 50%. Respecto al periodo 2001-2002 destaca el marcado descenso de aislamientos SARM en UCI, que en aquel periodo eran el 29,7% del total, pasando al 4,5%, incluyendo muestras de control.

El aislamiento de SARM es especialmente frecuente en el Hospital Provincial San José, 92,86% de aislamientos de *S. aureus* y en la Residencia Mixta del IASS, 75%, aunque en este caso se aprecia cierto descenso respecto al periodo 2001-2002 (del 85% al 75%)

Las muestras en las que más frecuentemente se producen los aislamientos son Exudados de herida (29,55%), Hemocultivos (18,18%) y Esputos (13,64%). Respecto al total de aislamientos de *S. aureus* SARM es más frecuente en Orina (74%), Hemocultivos (61,54%), Esputos (54,55%) y Heridas (43,44%)

Entre los aislamientos de atención primaria SARM supuso el 44,29% de todos los aislamientos de *S. aureus*, siendo los Centros de Salud de Monreal, Teruel Ensanche, Teruel y Calamocha donde se produjo el mayor número de aislamientos. Los porcentajes más elevados de aislamientos SARM respecto al total de aislamientos de *S. aureus* se produjeron en los Centros de Salud de Alfambra y Santa Eulalia (100%), Monreal (80%), Utrillas (66,67%) y Calamocha, Báguena y Teruel Rural (50%). Los aislamientos procedían principalmente de Exudados de herida (77,24%) y Orina (12,9%) y fueron especialmente frecuentes en Orina (66% del total de aislamientos de *S. aureus*) y Exudados de herida (52,7%)

Respecto al mecanismo de resistencia a meticilina el 48,22% lo fueron por algún tipo de modificación en las PBP's y el 51,78% por hiperproducción de beta-lactamasas. En los aislamientos hospitalarios el porcentaje de aislamientos con modificación de las PBP's fue del 48,8% y en atención primaria del 50,52%. Respecto al periodo 2001-2002 destaca el incremento de cepas hiperproductoras de beta-lactamasas, tanto en aislamientos hospitalarios como ambulatorios. Se ha pasado del 23,21% en aquel periodo al 51,78% actual, sin diferencias significativas entre los aislamientos hospitalarios y ambulatorios.

## Conclusiones:

Destaca la elevada prevalencia de aislamientos SARM en nuestro medio, prevalencia que en el caso de aislamientos hospitalarios a penas se aprecian diferencias respecto al periodo 2001-2002 (45,18% respecto al 42,7% actual). Sin embargo es de destacar el marcado incremento de aislamientos ambulatorios, pasando del 21,45% en 2001-2002 al 44,29% en la actualidad.

Igualmente es destacable el incremento de aislamientos SARM productores de beta-lactamasas, pasando del 23,21% en 2001-2002 al 51,78% actual.

Es de remarcar la notable reducción de aislamientos SARM en la UCI, pasando del 29,7% del total de aislamientos en 2001-2002 a sólo el 4,5% en la actualidad. Este significativo hecho demuestra que es posible el control de la infección por SARM cuando se toman las medidas adecuadas y que medidas tan sencillas como el adecuado lavado de manos son básicas para el control de esta infección, sin olvidar otras medidas ampliamente conocidas.

## NIVELES PLASMÁTICOS DE CA 125 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Vicario Bermúdez, Juana M<sup>a</sup>; Zabala López, Sergio; Roig Salgado, Cristina; Martínez Oviedo, Antonio; Caballero Castro, Julien; Fernández Alamán, Amalia; Dolz Aspas, Raquel; Gracia Sánchez, Pilar.

*Servicio de Medicina Interna  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### Introducción / Objetivos:

El CA 125 es una glucoproteína que se sintetiza en los epitelios derivados de la cavidad celómica, por tanto, en estructuras tan diversas como el mesotelio de la pleura y del peritoneo, el pericardio o el epitelio mülleriano. Se ha empleado en clínica como marcador tumoral en el carcinoma ovárico epitelial no mucinoso. Sin embargo, se ha encontrado elevado en otras patologías tanto neoplásicas como no neoplásicas, señalándose la posibilidad de que la elevación fuera consecuencia de la presencia de líquido en las serosas, con independencia de la etiología subyacente. En el caso de la insuficiencia cardíaca (IC), puede especularse con que la congestión venosa aguda o crónica podría ser el estímulo para la secreción por el mesotelio de este marcador. El objeto del presente estudio es analizar los niveles plasmáticos de CA 125 en un grupo de pacientes ingresados por IC y evaluar: Si la elevación se presenta en todos los pacientes con IC o sólo en aquellos con derrame pleural, derrame pericárdico o ascitis. Si existen diferencias en función de la etiología de la cardiopatía. Si la elevación se correlaciona con el descenso de la Fracción de Eyección del Ventrículo izquierdo. Si la elevación se correlaciona con la existencia de Hipertensión Pulmonar estimada por ecocardiografía.

### Material y Métodos:

Se realiza un estudio descriptivo transversal en una muestra de 68 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Obispo Polanco (Teruel), con el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca (IC) según los criterios de Framingham, desde el mes de Enero de 2009 a Junio de 2010. Todos los pacientes incluidos en nuestro estudio fueron informados de la inclusión en el presente estudio con el consiguiente consentimiento informado. Quedan **excluidos** todos aquellos pacientes diagnosticados a su ingreso de cualquier patología neoplásica, y aquellos pacientes con Insuficiencia Renal Severa con cifras de creatinina superiores a 2.2 mgr/dl, ya que darían lugar a elevaciones importantes del CA-125 que podrían interferir en los resultados derivados de nuestro estudio, por la disminución de su excreción urinaria. Como **criterio de inclusión** deben cumplir los **Criterios de Framingham** al ingreso. (Se requieren 2 criterios mayores ó 1 mayor y 2 menores que no puedan ser atribuidos a otra causa). Se toma como variable principal niveles plasmáticos CA 125, y como variables secundarias edad, sexo, NYHA, causas IC, parámetros radiológicos y ecocardiográficos. El método estadístico Chi-Cuadrado.

### Resultados:

Dentro de nuestra *variable principal e independiente* de estudio representada por los valores del **CA 125** el valor medio obtenido de nuestra muestra de 68 pacientes fue de 103.12 UI/mL, desviación típica de +/- 100 UI/ml y rango comprendido entre (114.20-527 UI/mL). Valores elevados en el 60% de la muestra. El 57% son mujeres, 60% mayores de 80 años, derrame pleural 54%, 50% NYHA III al ingreso, HTP 38%, FEVI deprimida 35-40%, cardiopatía isquémica 54%.

### Conclusiones:

**1.** No encontramos una relación estadísticamente significativa entre niveles plasmáticos de CA 125 y el diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca con los Criterios de Framingham en los pacientes de nuestra muestra. **2.** La mayor elevación, sin alcanzar significación estadística, se observa en aquellos pacientes que presentan derrame pleural, derrame pericárdico o ascitis. **3.** No existe una relación significativa entre los niveles elevados de CA 125 y el tipo de cardiopatía responsable del cuadro clínico de Insuficiencia Cardíaca. **4.** La elevación de los niveles plasmáticos de CA 125 no se correlaciona con los parámetros ecocardiográficos estudiados: FEVI y PSP. **5.** Existe una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) con el grado funcional según la clasificación de la NYHA, correspondiendo los niveles más elevados a los pacientes en clase III y IV. **6.** Queda por establecer si un incremento en el tamaño de la muestra estudiada mejoraría la relación entre estas variables alcanzando significación estadística.

# **MIELITIS TRANSVERSA AGUDA: UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA, REVISIÓN CLÍNICA Y ALGORITMO DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO IDIOPÁTICO.**

F. Lenghel, P. Sánchez Santos, L. Fatahi Bandpey, C. Roig Salgado, D. Yago Escusa, I. Fernández Bedoya.

*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

## **Introducción / Objetivos:**

La mielitis transversa aguda (MTA) es un síndrome clínico, causado por enfermedades relacionadas con un proceso infeccioso agudo, en relación a enfermedades del sistema inmunitario o de forma idiopática que probablemente con mediación inmunológica producen inflamación medular.

Su incidencia es baja, entre 1-8 casos por millón de personas/año.

Se define clínicamente por un cuadro neurológico agudo o subagudo (más de 4 horas y menos de cuatro semanas de evolución) con afectación del sistema motor, sensitivo y autónomo en el nivel de la inflamación medular.

Los objetivos de este póster son conocer las distintas formas de MTA existentes, recalcar la utilidad de la Resonancia Magnética (RM) en la patología medular aguda y proponer el algoritmo diagnóstico más adecuado en el medio geográfico en el que nos encontramos, que nos permita clasificar las distintas clases de MTA de forma ordenada.

## **Material y Métodos:**

Búsqueda en la base de datos Pub Med. Hallazgos: estudios descriptivos, observaciones clínicas e informes de comités de expertos nivel de evidencia III.

Se presenta el caso clínico de un varón de 15 años que presenta el día previo sensación de cansancio inespecífico dolor cervical e interestapular, náuseas y vómitos. Posteriormente parestesias e hipoestesia con pérdida de fuerza de EESS que evolucionó a diplegia braquial.

## **Resultados:**

Batería de serologías infecciosas, estudio y anticuerpos de enfermedad autoinmune, TAC cerebral y cervical, RM cerebral y dorsal y análisis de LCR normales.

RM cervical: lesión intramedular central de C2 a C5 hiperintensa en T2 e hipointensa en T1 que afecta a más de 2/3 del diámetro transversal de la médula con realce difuso sutil tras el gadolinio compatible con mielitis transversa.

Evolución: mejoría de la lesión en RM disminuyendo de tamaño sin poder filiar la etiología: idiopática. Tras rehabilitación periódica balance muscular 4/5 en EESS afectando la abducción y antepulsión del hombro que puede llegar a los 60°. Se solicita valoración para transposición tendinosa a centro de referencia.

Las pruebas sobre las que sustenta la batería inicial del diagnóstico son la RM y la punción lumbar (pleocitosis y/o índice IgG elevado).

La RM permite diferenciar en primer lugar si la lesión es intra o extramedular. Permite definir el criterio de transversalidad con localización central y longitud mayor de dos tercios del diámetro transversal de la médula. Otras utilidades de la RM son: permite orientar el diagnóstico hacia esclerosis múltiple o encefalitis aguda diseminada al realizar una RM cerebral que es obligatoria; contribuye al diagnóstico diferencial con otras lesiones tumorales o que se localizan preferentemente en cordones anteriores y posteriores; dispone de criterios de predisposición a recurrencia, de progresión de una MTA a esclerosis múltiple/neuromielitis óptica y criterios pronósticos. También permite su seguimiento.

## **Conclusiones:**

La mielitis transversa es un síndrome clínico con criterios diagnósticos de inclusión y exclusión, en el que la RM constituye un pilar fundamental para su diagnóstico, seguimiento y pronóstico.

Los algoritmos diagnósticos permiten llegar a su diagnóstico de una forma más fácil y clasificar sus distintos tipos.

## DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN TERUEL

Pilar Tregón Martín, Belén Laguía Hermida, M<sup>a</sup> Cruz Vicente Clavero

*Paritorio*

*Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

Conocer la duración de la Lactancia Materna (LM) en mujeres que dieron a luz con parto por vía vaginal durante el periodo de tiempo de Enero a Mayo del año 2010.

### **Material y Métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo mediante encuesta telefónica en la que se explicó a las mujeres la finalidad de la investigación, pidiéndose su colaboración de forma voluntaria y anónima. Dicha encuesta incluía las siguientes variables: tiempo de lactancia materna, si el bebé fue colocado al pecho en el mismo paritorio, edad, paridad, actividad laboral y apoyo recibido en su entorno.

### **Resultados:**

En el HOP ha habido en estos cinco meses de estudio 253 partos, de los cuales 216 han sido por vía vaginal. Las cesáreas (37) se consideran criterio de exclusión en el estudio.

De las 216 mujeres, se obtuvo un índice de participación del 90.27 % (195 mujeres) y no se pudo realizar la encuesta a 21 mujeres, bien por imposibilidad de comunicar con ellas o por dificultad idiomática.

La edad media de las mujeres que han participado en el estudio es de 31.31 años.

Eran primíparas un 43.99 % (95) y multíparas un 56.01 % (121).

El 86.15 % optó por la LM.

De la población estudiada, el 55.38 % trabaja y el 81.02 % manifiesta haber tenido un apoyo aceptable o bueno en su entorno.

Se colocó al recién nacido al pecho de la madre en el paritorio en un 89.23 % de los casos.

En cuanto a la duración de la lactancia materna, dividimos varios grupos:

- Un mes: 4.17 %
- Dos meses: 17.86 %
- Tres meses: 10.71
- Cuatro meses: 35.71 %

Cinco meses o más: 31.55 %

### **Conclusiones:**

- Un 67.26 % de las madres dan el pecho a sus hijos más de cuatro meses y eso no está relacionado ni con la paridad, ni con la actividad laboral.
- Del 10.77 % de las mujeres a las que no se les colocó al bebé al pecho en el paritorio, cabe destacar que corresponde prácticamente al porcentaje de recién nacidos que tuvieron que ser ingresados en la Unidad de Pediatría (9.26 %), por lo que se deduce que casi la totalidad de los bebés inician la lactancia materna durante su estancia en el paritorio en las dos primeras horas de vida.

## ¿CONOCEMOS NUESTRA ENFERMEDAD Y CÓMO TOMAR LA MEDICACIÓN?

I. Rueda Gracia, A.J. Sánchez Rodrigo

*Unidad de Media Estancia (UME) y Centro de Día.  
C.R.P. San Juan de Dios. Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

La falta de cumplimiento del tratamiento prescrito y la no conciencia de enfermedad son las principales causas de recaída en el paciente con trastorno mental grave (TMG). Con un buen manejo de la medicación y reconocimiento de los síntomas de alarma, se actuará precozmente sobre las recaídas y se mejorará la calidad de vida de los pacientes. Por todo esto, uno de los talleres de psicoeducación que se realizan en la UME y Centro de Día está dirigido a aumentar la conciencia de enfermedad y al manejo de la medicación.

El objetivo de este trabajo es valorar el grado de autonomía de los pacientes en cada uno de los ítems presentes en la escala.

### **Material y Métodos:**

Realizamos un estudio de prevalencia con una muestra de doce pacientes pertenecientes a la UME y Centro de día.

Como material usamos la escala de valoración de la autonomía en el manejo de la medicación instaurada en el centro, a la que añadimos tres indicadores: reconocimiento de la enfermedad, descripción del curso habitual de la enfermedad, y descripción de signos y síntomas de las complicaciones.

En el momento en el que cada paciente debe prepararse su medicación diaria, objetivamos los ítems de esta escala y los puntuamos en función de la autonomía que presenta cada uno de ellos, independientemente del número de veces que haya participado en el taller psicoeducacional.

### **Resultados:**

Tras realizar la escala de valoración, los resultados obtenidos respecto al grado de autonomía son:

Mayor grado de independencia total en:

- Identificación de la medicación (83%)
- Administración correcta y reconocimiento de la enfermedad (75%)

Mayor grado de dependencia total en:

- Acción terapéutica del fármaco (33%)
- Efectos secundarios de la medicación y signos y síntomas de las complicaciones (25%)

### **Conclusiones:**

La mayoría de los pacientes tiene conciencia de enfermedad, a pesar de que hay que incidir en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de las complicaciones.

Igualmente son independientes a la hora de identificar la medicación y saber cuándo tomarla, pero no conocen sus efectos secundarios ni cuál es su acción terapéutica.

Así pues creemos conveniente que en el taller de psicoeducación se trabajen más estos aspectos para mejorarlos.

## ESTUDIO DE LAS NEOPLASIAS MÚLTIPLES EN EL RHT

José Ángel Muniesa Soriano, Carmen Gallardo Ganuza\*, José Miguel Lázaro Maisanava, Loto Remón Garijo.

*Anatomía Patológica, Atención Primaria\**

*Hospital General Obispo Polanco y Centro de Salud Teruel Ensanche\**

### **Introducción / Objetivos:**

Las Neoplasias Primarias Múltiples se definen como la aparición de más de un tumor primario en un mismo paciente. Fueron descritas por primera vez en 1889 por Billroth y los criterios para su reconocimiento han sido establecidos por la IARC (International Agency For Research On Cancer).

El objetivo del estudio es analizar las Neoplasias Primarias Múltiples encontradas en el Registro Hospitalario de Tumores (RHT) del Hospital General Obispo Polanco.

### **Material y Métodos:**

Se ha realizado un estudio observacional longitudinal de los datos recogidos en el RHT desde el año 1994 hasta el 2009 (en total 15 años), excluyendo del mismo los epitelomas cutáneos y analizando el grado estadístico de asociación mediante el test de chi cuadrado.

### **Resultados:**

El número de tumores malignos primarios detectados entre los años 1994 y 2009 ha sido de 6545, con una relación 1,6:1 entre hombres y mujeres, una edad media de 71 años y DE de 13,7. De ellos, el número de pacientes con Neoplasias Múltiples ha sido de 279 con un total de 565 tumores (272 dobles tumores y 7 triples). Esto supone una incidencia del 8,63%. La relación entre hombres y mujeres ha sido de 2,2:1 y la edad media de 71,9.

Las relaciones o asociaciones más frecuentes han sido próstata-vejiga (10'04%), colorrectal-próstata (6,1%), mama-mama (6,1%), mama-endometrio (3,6%), pulmón-vejiga (4,3%), laringe-pulmón (3,2%), estómago-estómago (3'6%), colorrectal-vejiga (2,9%), colorrectal-mama (2,9%), pulmón-próstata (2,9%), estómago-próstata (2,9%), laringe-vejiga (2,5%), próstata-leucemias/linfomas (2,5%) y riñón-leucemias/linfomas (2,1%). Las asociaciones con significación estadística han sido próstata-vejiga ( $p<0'000001$ ), colorrectal-próstata ( $p<0'0001$ ), laringe-pulmón (0'001), laringe-vejiga ( $p<0'01$ ), pulmón-vejiga (0'001), estómago-estómago (0'001) y mama-mama (0'0001). El tiempo medio transcurrido entre los tumores es de 54 meses (DE 46,49).

### **Conclusiones:**

En el seguimiento clínico de pacientes con cáncer hay que reforzar la búsqueda de segundas neoplasias, especialmente en aquellas cuya asociación ha resultado estadísticamente significativa.

# UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA MÖLNDAL EN LAS INTERVENCIONES DE PRÓTESIS DE RODILLA

M<sup>a</sup> P. Domingo Lizama; M<sup>a</sup> J. Abril Sánchez; C. Esteban Silvestre, M<sup>a</sup> T. Tolos Marin, A. Castillo García, C. Pérez Abril, M<sup>a</sup> L. Navarro Andrés, M<sup>a</sup> T. Torán Sebastian, C. Hermosilla Robles, V. Maudos Marco.

*Servicio de Quirófano y Unidad de Hospitalización de Traumatología.  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

## Introducción / Objetivos:

A consecuencia de la aparición de de las lesiones cutáneas (flictenas) y del mal control del exudado, en las heridas postquirúrgicas en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla, se estableció el cambio del apósito y de la fijación del mismo, decidimos hacer un estudio conjunto entre los dos servicios para valorar el grado de eficacia de la Técnica de Mölndal (TM) y comprobar si mejoraba el estado de las heridas quirúrgicas.

En la desinfección de la piel antes de la intervención quirúrgica se utiliza como antiséptico la clorhexidina al 5 % , en la cura quirúrgica también se utiliza la clorhexidina al 5% y la TM que consiste en la aplicación de un apósito de hidrofibra hidrocoloide, cubierto por un film de poliuretano trasparente que permite ver la evolución de la herida.

Como objetivo nos planteamos lograr la disminución de las flictenas y de las infecciones, mejorar el estado de la herida, espaciar las curas y dar mayor confortabilidad al paciente.

## Material y Métodos:

Desde marzo de 2010 se ha puesto en práctica la .T. M. en las curas de prótesis de rodilla, el proceso comienza tras la intervención en la cura de quirófano, continúa en planta: a las 48 horas, 72 horas y en las sucesivas curas si permanece más días ingresado el paciente. Se ha llevado un control en quirófano de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla, a través de una base de datos para analizar toda la información relativa a la intervención y el tipo de cura realizado; y se adjunta una hoja de registro para valorar en planta el estado de la piel, la presencia de hematoma o eritema así como la aparición de flictenas, y exudado que se incluye en la historia de paciente tras la intervención quirúrgica, para que el personal de enfermería en planta valore y anote lo referido a las curas postoperatorias.

## Resultados:

En este periodo se han intervenido 60 pacientes de prótesis total de rodilla de una edad media de 72,05, (de 84 años a. 34 años). En los primeros 6 pacientes se utilizó la TM. y además se aplicó novecutan® en la piel antes de colocar el film de poliuretano, en 52 casos se modificó la técnica utilizando clorhexidina al 5% para la desinfección, el apósito de hidrofibra hidrocoloide y vendaje con algodón y crepé y en 2 casos se utilizó una cura plana con povidona yodada aplicando antes del apósito de esparadrapo novecutan®. En otros estudios publicados solamente se habla de los resultados de la técnica möndal en comparación con la técnica convencional, nosotros analizaremos los datos de las diferentes técnicas utilizadas aunque en un 86,66% de los casos se ha utilizado la TM modificada (TMM). En el 60% de los pacientes no hubo exudado y en el 65% de los pacientes la primera cura se llevo a cabo a 48 horas, apareció eritema en 11,66% y hematoma en el 5% al realizar la primera cura. Gracias al uso de la TM y TMM ha disminuido la carga de trabajo en enfermería ya que las curas se pueden realizar en 48 horas y se evitan manipulaciones innecesarias que hacen que la herida no se infecte o se contamine. Con ello también ha mejorado el confort del paciente ya que al utilizar apósitos de gran absorción los vendajes son más ligeros y la capacidad de movimiento no esta tan limitada.

Nuestro principal motivo de investigación era la aparición de flictenas en las heridas quirúrgicas de las intervenciones de prótesis de rodilla y por el cual se modificó la técnica de la cura, pero a pesar de la utilización de la TMM las flictenas siguen apareciendo aunque en un porcentaje muy pequeño. En un 90% de los pacientes no aparecieron flictenas, de un 3,33% no hubo datos registrados y desglosando los casos en los que aparecieron las flictenas por el tipo de cura que se realizó los resultados fueron los siguientes:

Con la TM 6 pacientes, 2 con flictenas ( 33%), con la TMM 52 pacientes, 2 con flictenas el 3,84% de los casos y de cura plana con povidona yodada 2 pacientes, 1 con flictenas lo que supone el 50%.

## Conclusiones:

Podemos decir que aplicando la TMM y la TM no hemos conseguido el objetivo principal ya que las flictenas siguen apareciendo; aunque en una proporción muy baja. Sin embargo se ha logrado un beneficio para el paciente y los profesionales de enfermería, ya que se ha conseguido un buen control del exudado que da un mayor confort al paciente y disminuye la carga de trabajo, porque en un porcentaje elevado de la primera cura se realiza a las 48 horas de la intervención quirúrgica, sin olvidar que al disminuir el numero de curas por paciente también se disminuye el gasto hospitalario.

# ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS BASADAS EN PRUEBAS DE IMAGEN NO INVASIVAS EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA: ESTUDIO PROSPECTIVO EN NUESTRO HOSPITAL

María Luiza Fatahi Bandpey, Cristina Roig Salgado, Florin Olimpiu Lenghel, María Dolores Yago Escusa, Pedro José Sánchez Santos, Eva Vilar Bonacasa, Gloria Martínez Sanz

*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

## Introducción / Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una complicación de la trombosis venosa profunda (TVP). Se produce como consecuencia de la migración hasta el árbol arterial pulmonar de un trombo procedente del territorio venoso, generalmente del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores (EEII). Ambas expresiones clínicas, TEP y TVP, constituyen una misma entidad, la enfermedad tromboembólica (ETE).

La incidencia anual en España ronda el 1 ‰, constituye entre el 1 y el 2% de los ingresos hospitalarios, y su mortalidad intrahospitalaria oscila entre el 6 y el 15%. Por lo tanto, se trata de una enfermedad frecuente y grave, cuyo tratamiento conlleva importantes efectos secundarios. Es fundamental estratificar a los pacientes de forma que no se sospeche la enfermedad en exceso ni queden casos sin diagnosticar. Por ello hay que abordar el diagnóstico desde una visión integral, primero con la valoración clínico-analítica, y posteriormente con técnicas de imagen.

El dímero D plasmático expresa la presencia en sangre de productos de degradación de la fibrina. Puede estar asociado a situaciones clínicas diversas, además de la ETE, pero en estos últimos sólo es negativo en un 0,75%. Tiene, por lo tanto un alto valor predictivo negativo para la ETE.

En un 70% de los pacientes con TEP existe TVP, pero la detección con ecografía varía entre el 30 y el 50%. La realización de una ecografía antes de la TC puede estar indicada en pacientes con contraindicaciones para el contraste o la radiación, ya que el hallazgo de TVP proximal en pacientes con sospecha de TEP es suficiente para establecer el tratamiento anticoagulante sin pruebas adicionales. También se puede utilizar como procedimiento de seguridad para reducir los falsos negativos cuando se usa TC de un solo detector.

La angio-TC torácica es actualmente la técnica de imagen de elección para el diagnóstico del TEP, con una sensibilidad similar a la de la arteriografía, pero con las ventajas adicionales de ser no invasiva y de poder facilitar un diagnóstico alternativo en muchos casos. Por otra parte, en el momento actual está disponible en la mayoría de los hospitales y es de más fácil acceso fuera de las horas asistenciales.

El enfoque en caso de sospecha de TEP puede variar legítimamente de acuerdo con la disponibilidad local de las pruebas en los contextos clínicos específicos.

## Material y Métodos:

Se realiza un estudio prospectivo de 6 meses de duración, que incluye todas las peticiones urgentes de angio-TC torácica solicitadas por sospecha clínico-analítica de TEP que se reciben en nuestro servicio. Se revisan los resultados de dichas pruebas, y se correlacionan con las cifras de dímero D, y con las peticiones de ecografía venosa de miembros inferiores, para establecer las estrategias diagnósticas de la ETE basándonos en las pruebas de imagen disponibles en nuestro hospital.

## Resultados:

De los 50 casos estudiados, se objetivaron signos de TEP en la angio-TC en 13 (26%) de ellos (cifra similar a la descrita en otros estudios), y en 37 (74%) no.

De los casos con TEP confirmado, en 2 no se había solicitado el dímero D, y en los otros 11 los valores variaron entre 1212 y 4655 ng/ml. En 3 de los casos sin TEP no se había realizado el dímero D, y en los otros 34, las cifras fueron de entre 153 y 5538 ng/ml.

En los pacientes sin signos de TEP, se solicitó después ecografía venosa de EEII en 4, siendo positiva en 2 de ellos. De los pacientes con TEP confirmado mediante TC, en 4 (31%) no se solicitó posteriormente ecografía, y en 9 (69%) sí. De los 9 casos estudiados mediante ecografía, en 1(11,1%) no se encontró TVP, y en 8 (88,9%) sí.

## Conclusiones:

La ETE supone el 0,8% de las urgencias radiológicas, siendo positivos solamente el 25% de los estudios realizados. En los últimos años la angio-TC torácica y la ecografía venosa de EEII se están generalizando como pruebas de elección para el diagnóstico del TEP. El orden en que se realiza cada una, junto a los valores del dímero D y la probabilidad clínica, es motivo de estudio y controversia. La mayoría de las estrategias se han validado en pacientes ambulatorios. Existen menos evidencias en pacientes hospitalizados.

# **FOMENTO DE LA MOTIVACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

Beatriz Rueda Marques\* Noelia Pérez Gamir\*

*\*Unidad de Media Estancia  
CRP San Juan de Dios de Teruel*

## **Introducción / Objetivos:**

La importancia de la motivación en los usuarios de una Unidad de Media Estancia nos ha llevado a desarrollar una serie de intervenciones para impulsar la motivación de los pacientes.

Nuestro objetivo es motivar al paciente para realizar las actividades programadas y también resaltar la relevancia del papel de la enfermera de salud mental como impulsora de la motivación de los pacientes a nivel individual.

## **Material y Métodos:**

Inicialmente seleccionamos a aquellos pacientes a los que más les cuesta cumplir con las tareas básicas programadas y se realizan una serie de intervenciones de enfermería.

## **Resultados:**

En la mayoría de los casos ha mejorado el nivel de cumplimiento por parte de los pacientes en las tareas pactadas.

## **Conclusiones:**

Destacar el papel de la enfermera en el fomento de la motivación en pacientes con TMG en una Unidad de Media Estancia, a nivel individual y como parte de un equipo multidisciplinar.

## **EL ARTE Y LA NATURALEZA EN LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS**

Vilar Bonacasa, E. Y., Roig Salgado, C., Fatahi, L., Lenghel, F. Yago Escusa, M. D.,  
Fernández-Bedoya I. U

*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco*

### **Introducción / Objetivos:**

El análisis de las imágenes y datos funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes, y otras fuentes de energía, es utilizado para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en la especialidad de Radiodiagnóstico.

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer los aspectos artísticos, que descubrimos en las imágenes diagnósticas.

### **Material y Métodos:**

Mostramos 16 imágenes diagnósticas y las comparamos con elementos que se encuentran en la naturaleza y obras de arte, demostrando la similitud entre ellas.

### **Resultados:**

Las imágenes las hemos obtenido de los estudios radiológicos que se realizan en el trabajo diario, se trata de imágenes ecográficas y de tomografía computarizada. Hemos excluido aquellas que se encuentran ya descritas por su similitud como signos radiológicos.

### **Conclusiones:**

Las imágenes radiológicas en ocasiones tienen una faceta artística poco reconocida.

## **ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DE LOS DELIRIOS EN EL ÁREA DE TERUEL.**

Esteban Rodríguez, Eugenia; Reboreda Amoedo, Alejandra; Pereyra Grustán, Lorena; Iglesias Echegoyen, Carlos; Lafuente Casanova, Óscar; Saa Sendra, David; Gómez Chagoyen, Blanca; Gómez Bernal, Germán.

*Psiquiatría*

*CRP San Juan de Dios. Hospital O. Polanco. Centro Salud Ensanche.*

### **Introducción / Objetivos:**

La presencia de ideas delirantes es el síntoma cardinal de algunas formas de trastornos mentales graves, si bien pueden estar presentes en otros cuadros. Las formas de expresión clínica de estas ideas son muy dispares, tanto en el contenido como en la psicopatología acompañante. Dado que existe esta variabilidad, nos proponemos analizar cuáles son las características fenomenológicas de los pacientes delirantes de nuestra área de salud mental, prestando especial atención al contenido de los delirios.

### **Material y Métodos:**

Contamos con una muestra de 61 pacientes que presentan o han presentado en el pasado ideas delirantes, y que han sido atendidos en los dispositivos de salud mental de Teruel (excluimos los pacientes institucionalizados) en los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 2010. Contamos pues con pacientes atendidos en la unidad de corta estancia, en la unidad de media estancia, en el centro de día y en la unidad de salud mental. La recogida de datos se hace a través de un breve formulario, que cumplimenta el psiquiatra o psicólogo responsable de cada caso, y que recoge información del afecto, el contenido de los delirios y la presencia de alteraciones sensorio-perceptivas. Se hace un análisis descriptivo de la información obtenida.

### **Resultados:**

Lo más llamativo la predominancia de los hombres en la muestra, así como la presencia simultánea de varios delirios en más de la mitad de los pacientes, destacando por su mayoritaria frecuencia los de alusión, referencia y perjuicio. En cuanto al afecto, se aprecia eutimia en la mayor parte de los pacientes cuando están estables, mientras que se ve turbado en las descompensaciones. Han padecido alteraciones sensorio-perceptivas aproximadamente un cuarto de los pacientes, cifra que podría estar subestimada, siendo claramente predominantes las alucinaciones auditivas.

### **Conclusiones:**

En nuestra muestra, la mayoría de los pacientes son varones, el delirio que más probablemente desarrollan tiene como contenido la alusión, la referencia o el perjuicio y aproximadamente la mitad tiene varios delirios referentes.

## **FÍSTULA COLÓ-YESICAL COMO COMPLICACIÓN DE DIVERTICULITIS AGUDA**

Lenghel, F., Vilar Bonacasa, E.Y., Roig Salgado, C., Fatahi, L., Sánchez Santos, P.J., Martínez Sanz, G., Torres Nuez, J.,

*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

La diverticulitis complicada diagnosticada por TC o Ecografía tiene una relación estadísticamente significativa con el riesgo del fallo en el tratamiento médico durante la fase aguda y con la predicción de complicaciones a largo plazo.

La diverticulitis aguda complicada es una causa frecuente del desarrollo de fístulas internas, como la fístula colovesical. Su existencia debe de sospecharse ante la presencia de neumaturia y/o fecaluria e infecciones urinarias de repetición en pacientes con antecedentes de diverticulitis aguda complicada.

### **Material y Métodos:**

Presentamos los casos de dos pacientes que tras sufrir un cuadro de diverticulitis aguda complicada, desarrollaron como complicación una fístula colovesical.

En ambos casos se evidenció el trayecto fistuloso y la neumaturia en el estudio con TC.

Ambos pacientes presentaron neumaturia e infecciones urinarias de repetición

### **Resultados:**

En el primer caso y debido a la edad avanzada de la paciente, fue rechazado el tratamiento quirúrgico tanto de la diverticulitis aguda complicada como de la fístula colo-vesical, por la familia. A la paciente se le dio profilaxis antibiótica para las infecciones urinarias recurrentes.

El segundo paciente tuvo que ser intervenido por presentar además de la fístula colo-vesical una fístula íleo-cólica. Debido a la presencia de cambios inflamatorios y fibrosos en la zona afectada, no se logró identificar la fístula íleo-cólica en el acto quirúrgico y se trató conservadoramente.

En cuanto al diagnóstico radiológico, en el primer caso se diagnosticó mediante TC la diverticulitis aguda perforada con absceso presacro y posteriormente se identificó el trayecto fistuloso desde el colon al absceso y desde éste a la vejiga, que presentaba aire en su interior.

En el segundo caso, se diagnosticó por TC la diverticulitis aguda complicada con fístula íleo-cólica y colovesical, con presencia de paso de contraste oral desde delgado a sigma en la zona inflamada y engrosamiento de la pared posterior de la vejiga, con contenido aéreo y trayecto fistuloso. La cistografía no pudo demostrar la existencia de la fístula.

### **Conclusiones:**

En la actualidad, la TC es superior a cualquier prueba en el diagnóstico de la diverticulitis aguda, en la distinción entre diverticulitis simple y complicada y en la identificación de complicaciones a largo plazo.

En estos dos casos se cumple el hecho de que el desarrollo de complicaciones a largo plazo tiene una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada.

## TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES DE LA UCE DE PSIQUIATRÍA

Navarro Martínez, Ana Cristina; Jiménez Nogués, Beatriz; Serrano Torres, M<sup>a</sup> Dolores; Mallén Bayo, Pilar;  
Peiró Hinojosa, Francisca; Castellote Martínez, Amalia; Simón Simón, Consuelo; Rueda Gracia, Isabel.

*UCE de Psiquiatría  
Hospital Obispo Polanco – Teruel*

### Introducción / Objetivos:

- El sueño es un indicador de la salud y de la calidad de vida.
- Los trastornos del sueño suponen un importante riesgo de trastornos somáticos y psicológicos y afectan muy negativamente a la calidad de vida.
- Se ha documentado la relación entre calidad de sueño y bienestar psicológico. Una duración insuficiente del sueño se ha relacionado con mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el abuso de sustancias.

Los objetivos de este estudio son:

- Analizar la prevalencia de trastornos del sueño en los pacientes de la UCE.
- Analizar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes diagnosticados de Depresión/ Distimia.
- Analizar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con trastornos relacionados con el abuso de sustancias.
- Analizar las variables sociodemográficas: edad, sexo.

### Material y Métodos:

- Estudio descriptivo de los pacientes dados de alta en la UCE durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 30 de Septiembre del 2010.
- **Población a estudio:** 167 pacientes.
- **Instrumentos para la recogida de información:** informe de alta del psiquiatra donde consta el diagnóstico psiquiátrico e informe de continuidad de cuidados de enfermería donde consta los diagnósticos de enfermería.

### Resultados:

- **Prevalencia de trastornos del sueño en los pacientes de la UCE:** 83 pacientes (50%).
- **Edad media de los pacientes que presentaron trastornos del sueño:** 45 años.
- **Prevalencia de trastornos del sueño en pacientes diagnosticados de Depresión/ Distimia:** 12 pacientes (50%). De ellos 10 mujeres (83%) y 2 hombres (17%).
- **Edad media de los pacientes diagnosticados de Depresión/ Distimia que presentaron trastornos del sueño:** 55 años.
- **Prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con trastornos relacionados con el abuso de sustancias:** 14 pacientes (64%). De ellos 12 hombres (86%) y 2 mujeres (14%).
- **Edad media de los pacientes con trastornos relacionados con el abuso de sustancias que presentaron trastornos del sueño:** 41 años.

### Conclusiones:

- Los trastornos del sueño son muy prevalentes en los pacientes de la UCE.
- Como profesionales de enfermería podemos mejorar la calidad de vida de los pacientes ingresados en la UCE interviniendo para mejorar el sueño (NIC 1850).

## SEROMAS EN CIRUGÍA DE MAMA, ¿SE PUEDEN EVITAR?

Z. Balciscueta Coltell, M. López Bañeres, A. Sotos Portolés, J. Pardo Martínez, M. Aguado Pérez, C. Rueda Alcárcel, V. Primo Romaguera, A. Chiralt Carrera, F. Asencio Arana.

*Cirugía General y Digestiva  
Arnau de Vilanova de Valencia*

### Introducción / Objetivos:

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer en nuestro país. La cirugía de mama, actualmente, es fundamental para su tratamiento, pero no está exenta de complicaciones.

Los seromas postoperatorios son la complicación más frecuente de la cirugía mamaria, con una incidencia variable de 2,5 - 89%, y a pesar de ser ampliamente estudiado, todavía existe controversia respecto a su etiología, prevención y tratamiento.

Se define seroma como una colección de líquido seroso dentro de una cavidad residual postquirúrgica.

La cirugía mamaria asociada a una disección axilar crea un ambiente favorable para su aparición, debido a la extensa sección de vasos sanguíneos, conductos linfáticos y a la formación de una cavidad virtual entre la pared torácica y piel. Cuando es sintomático requiere su punción y, en ocasiones, varias veces.

Nosotros hemos diseñado un sistema de compresión axilar y/o torácica que ejerce una presión sobre el lecho quirúrgico favoreciendo la reabsorción de líquidos acumulados, con el fin de prevenir los seromas.

### OBJETIVOS:

1. Demostrar que el sistema de compresión axilar y/o torácica reduce seromas tras linfadenectomía axilar.
2. Evidenciar el comportamiento de seromas dependiendo de la utilización de técnicas de compresión axilar estándar o el sistema de compresión axilar y/o torácica.
3. Observar que la realización de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) evita la aparición de seromas.

### Material y Métodos:

Se han estudiado 94 mujeres que han sido intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, 57 de estas 94 pacientes fueron estudiadas prospectivamente (intervenidas en 2008 y 2009) y el resto (N=37) retrospectivamente (intervenidas en 2004). Todas estas pacientes fueron sometidas a linfadenectomía axilar (LA), a excepción de 14 pacientes de estas 57 estudiadas prospectivamente que fueron sometidas a BSGC. A estas 57 pacientes se les adaptó un nuevo sistema de compresión axilar y/ o torácico y se les dio una hoja de recogida de datos para rellenar por ellas mismas y, al resto (N=37), se les colocó un vendaje compresivo estándar.

A todas se les colocó un drenaje axilar y se registraron datos sobre el débito y duración de dichos drenajes en el postoperatorio.

### Resultados:

De las 94 mujeres estudiadas presentaron seroma 27 de ellas (28,7%). De las 57 mujeres a las que se les adaptó este nuevo sistema de compresión (60,6%), tan sólo 9 de ellas (15,8%) presentaron seroma. En el grupo (N=37) que no se colocó este sistema desarrollaron seroma 18 (48,6%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $P=0,001$ ).

Tan sólo tuvimos tres casos de infección del seroma tras su punción (11,1%) y uno de los cuales fistulizó (3,7%).

Ninguna de las 14 pacientes sometidas a BSGC (N=14) desarrollaron seroma (0%), en cambio, presentaron seroma 27 (33,75%) de las 80 pacientes que fueron intervenidas con una técnica diferente;  $P = 0,009$ .

Las pacientes que desarrollaron seroma llevaron el drenaje una media  $\pm$  DS de  $4,15 \pm 1,834$  días, menos días que las que no desarrollaron seroma ( $5,16 \pm 4,088$  días), pero sin poder demostrar que estas diferencias fueron significativas.

El débito total de drenaje fue mayor en las pacientes con seroma (media  $\pm$  DS:  $438,15 \pm 330,33$  cc.) y sobre todo en los primeros días de postoperatorio, a diferencia de las pacientes que no desarrollaron seroma que tuvieron un débito total medio del drenaje de  $333,94 \pm 387,35$  cc., sin ser estadísticamente significativo. También observamos que el débito diario del drenaje era menor en cuanto se aplicaba el sistema de compresión axilar y/o torácica.

### Conclusiones:

- El Sistema de compresión axilar y/o torácica reduce la aparición de seromas, necesidad de punciones y el débito de los drenajes en postoperatorio
- La realización de la técnica BSGC consigue evitar los seromas.

## HAMARTOMA MAMARIO

Z. Balciscueta Coltell, M. López Bañeres, P. Arlandis Palau, M. Aguado Pérez, C. Rueda Alcárcel, V. Primo Romaguera, A. Chiralt Carrera, F. Asencio Arana

*Cirugía General y Digestiva*  
*Arnau de Vilanova de Valencia*

### **Introducción / Objetivos:**

El Hamartoma de mama es una tumoración de mama rara, benigna y de crecimiento lento, también conocida como fibroadenolipoma.

La incidencia actual es del 0,1-0,7% del total de los tumores benignos de mama diagnosticados en las mujeres y su principal característica es la variedad de tejidos que contiene (glándula mamaria, tejido adiposo y tejido fibroso).

### **Material y Métodos:**

Se presenta el caso clínico de una mujer de 42 años que consultó por presentar una tumoración palpable en CSE de mama derecha, indolora, sin relación con los cambios menstruales.

Mamografía: imagen nodular de 3 cm de diámetro de contorno liso.

Ecografía mamaria: nódulo de ecogenicidad heterogénea en el contexto de mama con fibroadenomas.

### **Resultados:**

Ante la sospecha radiológica de hamartoma de mama se procede a la escisión local de la tumoración.

Anatomía Patológica: Hamartoma de mama.

Actualmente la paciente está en seguimiento en consultas externas, sin recidiva.

El Hamartoma de mama es una enfermedad probablemente infradiagnosticada, aunque el número de casos ha aumentado últimamente gracias al diagnóstico por imagen.

Son masas indoloras, móviles, no adheridas ni a piel ni a planos profundos, que suelen afectar a mujeres, aunque es posible su aparición en hombres.

Para su diagnóstico es imprescindible el empleo de técnicas de imagen.

La mamografía es típica mostrando una lesión bien delimitada, con áreas radiolúcidas que contiene grasa, tejido fibroso y elementos adenomatosos.

La ecografía mamaria muestra un patrón ecogénico heterogéneo.

La PAAF y la BAG tienen un papel limitado.

La excisión quirúrgica completa es el tratamiento de elección.

Se han descrito casos de malignidad.

El seguimiento es fundamental por el potencial de recurrencia que tienen.

### **Conclusiones:**

- El hamartoma de mama es una tumoración de mama rara.
- Es obligado su diagnóstico diferencial ante la sospecha de lipoma, fibroadenoma o tumor phyllodes de mama.
- El tratamiento quirúrgico es curativo, dada la posibilidad de malignización.
- Requieren un seguimiento, dado el índice de recidivas.

# EVALUACIÓN DEL MENÚ ESCOLAR DE UN COLEGIO PÚBLICO DE TERUEL DURANTE DOS AÑOS LECTIVOS

Muñoz Giménez, Noeli; Mora Corberá, Elena

*Oficina de Farmacia Noeli Muñoz (Alba del Campo, Teruel)*

## Introducción / Objetivos:

La presencia de sobrepeso y obesidad a edades tempranas ha hecho que la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición del Ministerio de Sanidad y Consumo y, el Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte pongan en marcha un proyecto piloto denominado PERSEO (programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad) dirigido a la población escolar de educación primaria con el fin de prevenir la obesidad infantil y de sensibilizar a toda la comunidad educativa.

Nuestro planteamiento ha sido conocer el grado de seguimiento y de cumplimiento de estas recomendaciones en el menú escolar de un colegio público, durante dos cursos lectivos consecutivos.

## Material y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal del menú escolar de un colegio de Teruel con cocina en el mismo centro durante dos cursos escolares, 2007/08 (145 días) y 2008/09 (144 días). Los períodos analizados fueron de Octubre a Mayo. El análisis se realizó a partir de las hojas de los menús que el centro escolar distribuye a los padres de los niños que utilizan el comedor.

## Resultados y Conclusiones:

**-Análisis de los 1<sup>os</sup> platos:** Se ofertaron cinco tipos diferentes: pasta, verdura, legumbres, sopa y arroz. Todos ellos se ofrecieron de forma más o menos constante durante los dos cursos, siendo la verdura la mayoritaria, alcanzando aproximadamente un 33%.

Se recomienda variar y dar a conocer nuevos alimentos. La variedad y las distintas formas de preparar la pasta y la sopa, reflejan el interés por parte del colegio de que los niños aprendan a comer aquellas que les pueden resultar un poco más complicadas (tallarines o espaguetis) y que ganen en conocimientos en relación a la diversidad de recetas culinarias.

El consumo de legumbres durante el primer curso fue de un 58,62% para las lentejas, un 37,93% para los garbanzos y un 3,45% para las judías. En el segundo curso, el reparto fue más homogéneo con un 36,66% para las lentejas, un 36,66% para los garbanzos y un 26,68% para las judías. Pese a la gran variedad de legumbres y de recetas culinarias ofrecidas, no se consumen las 2 o 3 raciones por semana recomendadas.

**-Análisis de los 2<sup>os</sup> platos:** Se ofertaron tres tipos diferentes de segundos platos: carne, pescado y huevos.

La carne es el más ofrecido con un 70% los dos cursos, lo que supone una oferta de casi 4 veces a la semana. Se recomienda una frecuencia de 3-4 raciones a la semana que se obtiene tan sólo con los días lectivos de comedor.

El pescado se ofrece un 19,31% para el primer curso y un 22,22% para el segundo. Se ofrece tan sólo un día por semana, alejándose mucho de las recomendaciones que son de al menos 3-4 raciones por semana. Los huevos se ofrecieron tan sólo un 11,03% para el curso 2007/08 y aún disminuyó más el siguiente curso con un 6,95%. Su consumo es demasiado bajo y además poco constante ya que hay meses en los que no se ofertó ningún día. Se recomiendan 3 raciones de huevos a la semana.

En cuanto a los métodos culinarios, en las carnes predominan los sanos (asado, plancha, en salsa o guisado) y tan sólo un 10,13% es empanado y disminuye hasta un 5,88% el segundo año. Para los pescados ocurre lo contrario, destaca el rebozado con un 73,08% en el curso 2007/08, que mejora el curso siguiente hasta un 56,53%.

**-Análisis de los postres:** Se ofrecen dos tipos de postres: fruta (fresca o en almíbar) y lácteo. La fruta se presenta fresca o en almíbar. La fruta fresca es ampliamente la más ofrecida, con un 66,90% en el curso 2007/08 y un 67,36% el siguiente. Para el curso 2007/08 los lácteos suponen un 19,31% y la fruta en almíbar un 13,79%. En el siguiente, los lácteos aumentaron con un 22,92%, en cambio, la fruta en almíbar disminuyó hasta un 9,72%. Se recomienda que la fruta fresca sea el postre habitual y no debería ser sustituida por zumos de fruta, fruta en almíbar o lácteos.

# **ESTUDIO DE LA UTILIDAD SOCIAL Y DE LA RENTABILIDAD ECONÓMICA DE LAS GUARDIAS DE UNA OFICINA DE FARMACIA RURAL DE LA PROVINCIA DE TERUEL**

Muñoz Giménez, Noeli; Mora Corberá, Elena

*Oficina de Farmacia Noeli Muñoz  
Alba del Campo, (Teruel)*

## **Introducción / Objetivos:**

En este estudio se ha pretendido poner en conocimiento el servicio público que prestan las oficinas de farmacias, la mala utilización por parte de la sociedad y la baja rentabilidad que supone para el farmacéutico.

## **Material y Métodos:**

Se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal de todas las ventas realizadas durante un año en las horas de guardia de una oficina de farmacia de una zona rural correspondiente al Centro de Salud de Santa Eulalia, cubriendo una totalidad de 2.259 habitantes (según datos del INE a fecha del 1 de enero de 2009). En la oficina de farmacia estudiada, tan sólo se analizaron las horas de guardias de fines de semana y festivos. Las guardias analizadas fueron 13 fines de semana, discurriendo de las 19 horas del viernes hasta las 10 horas del lunes, suponiendo 63 horas continuadas y, tres puentes festivos, dos de ellos de 109 horas continuas y uno de 85 horas. El período analizado fue desde el 1 de septiembre de 2009 al 31 de agosto del 2010. Las guardias corresponden a 35 días y 53 noches, con una totalidad de 1.122 horas.

Los datos se recogieron a partir del programa informático de la farmacia.

## **Resultados:**

-Durante todo el período analizado, se realizaron 276 dispensaciones. De éstas, el 34,42% corresponden con pacientes que no visitaron el centro de salud y el 65,58% con pacientes que aportaron recetas. De estos últimos, el 75,69% eran prescripciones para pacientes activos y tan sólo el 24,31% eran para pacientes pensionistas.

-Cada dispensación realizada de venta libre tuvo una facturación bruta de 6,26 euros, mientras que las realizadas con receta médica fue de 5,67 euros.

-En cuanto a la carga de trabajo, calculada según la totalidad de las horas de guardia realizadas, nos indica que es de tan sólo una dispensación cada 4 horas. Esto se traduce en una remuneración bruta de 1,44 euros la hora.

-De la totalidad de las dispensaciones realizadas, el 69,93% son diurnas. Esto supone 5,51 dispensaciones al día. Cada acto diurno tendría un valor de 5,99 euros, lo que supone una factura media diaria de 33,02 euros brutos.

-El 30,07% de las ventas se realiza en horario nocturno. En cada noche se realizan 1,57 actos. El 43,37% se corresponden con actos de venta libre y el 56,63% de las ventas fueron con receta médica, siendo el 11,02% pacientes pensionistas.

-Cada venta libre realizada durante el horario nocturno, tiene un valor bruto de 6,71 euros. Las dispensaciones con receta médica suponen 4,74 euros brutos. En total, el horario nocturno supone una facturación bruta de 8,76 euros/noche.

## **Conclusiones:**

-Son los pacientes activos los que más requieren del servicio de guardia de la oficina de farmacia.

-Tan sólo el 17% acudió a la oficina de farmacia con receta médica y en horario nocturno. Y un 13% acudió a la farmacia sin receta médica y en horario nocturno. Unos ejemplos reales de la urgencia nocturna son repelentes de mosquitos, tiritas, pasta y cepillo dentales, corta callos, tratamiento antipiojos o sal de frutas.

-Inviabilidad económica. Teniendo en cuenta que los resultados obtenidos son ventas a PVP, habría que calcular el margen de beneficio y a éste, restarle los gastos intrínsecos al negocio.

-El estrecho margen de beneficios implica el problema de contratación de un farmacéutico y por tanto, el servicio de guardia lo realiza el farmacéutico titular.

-Desgaste laboral del farmacéutico, ya que las horas de guardias presenciales abarcan de 63 a 109 horas continuas de trabajo, más la jornada laboral semanal anterior y posterior sin descanso.

# ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MENÚS ESCOLARES DE TRES COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

Muñoz Giménez, Noeli; Mora Corberá, Elena

*Oficina de Farmacia Noeli Muñoz  
Alba del Campo, (Teruel)*

## Introducción / Objetivos:

La diversidad gastronómica y los diferentes hábitos alimentarios que existen entre las provincias españolas también quedan reflejados en los menús ofrecidos a los niños que utilizan el comedor escolar de las distintas comunidades autónomas.

Nuestro estudio se ha centrado en comparar los menús escolares de tres comunidades autónomas españolas (Aragón, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid), así como el grado de cumplimiento de dichos menús según las recomendaciones PERSEO y las "Guías de alimentación saludable en edad escolar" desarrolladas en dichas CC.AA.

## Material y Métodos:

Se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal de los menús escolares de 14 centros, tanto públicos como concertados, de tres comunidades autónomas españolas (Aragón, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid) ofrecidos durante los meses de otoño del año 2009.

Se han estudiado aspectos como la composición del menú, el método de cocción y el acompañamiento.

Se evaluaron las hojas de los menús que los centros distribuyen a los padres de los niños que hacen uso del comedor escolar. Y para ello, se utilizaron las distintas "Guías de alimentación saludable en edad escolar" de diversas comunidades autónomas y las recomendaciones PERSEO.

## Resultados:

**Comparación de los 1<sup>os</sup> platos:** En Aragón destacan las verduras (30,72%) y las legumbres (22,22%). Los cereales destacan en la C. Valenciana con un 63,39%, mientras que en la C. de Madrid y en Aragón lo hacen con un 50%. La C. Valenciana es la única que ofrece como primer plato carne y/o huevos, y menos de un 15% de verduras.

Aragón es la única comunidad que ofrece un consumo de legumbres más homogéneo con un 44,12% de lentejas, un 29,41% de garbanzos y 26,47 de alubias. Destaca el alto consumo de alubias en la C. de Madrid con un 30%.

**Comparación de los 2<sup>os</sup> platos:** La que menos carne y pescado ofrece es la C. Valenciana, en cambio destaca su oferta homogénea de pescado, huevos, fritos y embutidos muy próxima al 14%. Aragón es la que ofrece menos frituras con un 5,88% y la C. de Madrid la que más pescado ofrece con un 22%.

En cuanto al origen de las carnes, se trata de cerdo, ternera y pollo, y tan sólo Aragón ofrece además, un 2% de pavo. En la C. de Madrid destaca el consumo de ternera con un 26% y en Aragón lo hace el de cerdo con un 28,46%. En la C. Valenciana, el pollo es el grupo cárnico más ofrecido después del cerdo (17,26%) con un 13,10%.

En cuanto al origen del pescado, Aragón solamente consume pescado blanco y la C. Valenciana es la que más pescado azul ofrece con un 6%.

Tan sólo la C. Valenciana ofrece 2<sup>o</sup> platos sin cocción. Los métodos de preparación sanos (plancha, horno, asado, guisado y cocido) destacan en las comunidades de Aragón y Madrid con un 56,21% y un 54%, respectivamente. En la C. Valenciana destaca la fritura con un 55,65%.

Sólo la C. de Madrid incluye como acompañamiento el arroz con un 4% y es la mayoritaria ofreciendo verdura y ensalada (68%). El resto de acompañamiento lo realiza con patatas fritas suponiendo un 26%.

**Comparación de los postres:** En las tres comunidades se da la fruta fresca como mayoritaria, más del 60%. La C. Valenciana es la que más variedad ofrece, incluyendo un 33,04% de lácteos. Sólo Aragón destaca la fruta en almíbar con un 10,46%.

## Conclusiones:

-Aragón es la comunidad que más legumbres ofrece con una ración a la semana. No se alcanzan las 2-3 raciones recomendadas, es posible que los padres complementen la dieta el fin de semana.

-La C. Valenciana es la que menos carne ofrece, suponiendo tan sólo 2 raciones por semana. Pero es la que más utiliza como método culinario de los segundos platos, la fritura.

-La C. de Madrid es la que más utiliza la verdura y la ensalada como guarnición del segundo plato.

-En todas, el consumo de huevos y de pescado es muy bajo. Se recomiendan 3 raciones por semana y sólo se alcanza uno por semana.

## ¿PARA QUÉ UTILIZAMOS LA ECOGRAFÍA ENDOANAL?

Ana Cristina Utrillas, Teresa Hernández, Manuel Sanz, Celia Moreno, Pedro López, Mónica Oset, Consuelo Pastor, José M<sup>a</sup> Del Val.

*Cirugía General y Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Actualmente la ecografía endorrectal se ha convertido en un instrumento diagnóstico de gran utilidad para las alteraciones anorrectales, siendo un método rápido, fiable, barato y no invasivo. Revisamos nuestra experiencia en la realización de ecografía endoanal y analizamos las indicaciones más frecuentes para su realización en nuestro medio.

### **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo retrospectivo de las ecografías realizadas en los últimos 5 años y valoramos la edad y sexo de los pacientes, antecedentes proctológicos, la indicación para su realización, y en caso de tumores el estadio tumoral endoscópico.

### **Resultados:**

Revisamos 178 ecografías realizadas a 166 pacientes con una edad media de 52 años. El 53% eran varones y un 42% tenían antecedentes proctológicos, tratándose en el 31,2% de abscesos y 18,7% de fístulas. La indicación más frecuente fue la fístula perianal (47,3%), seguida por el tumor rectal (21%). Cuando el motivo de solicitud era la fístula perianal, la ecografía era positiva en el 77,7% de las exploraciones y tras la cirugía se comprobó que la ecografía era fiable en el 75% de las ocasiones. En el caso de los tumores, se encontraron adenopatías en el 40% de las exploraciones y pudimos establecer el estadio tumoral endoscópico en el 86,6% de los pacientes de tal forma que en el 69,3% el tumor afectaba a la muscular propia sin invasión de la grasa perirrectal ( uT2).

### **Conclusiones:**

La ecografía endoanal supone una herramienta diagnóstica útil en patología anorrectal, siendo las indicaciones más frecuentes en nuestra serie, como en el resto, la patología infecciosa y tumoral. En el caso de los tumores nos permite ver el grado de progresión en la pared intestinal, tamaño y adenopatías perirrectales. Ello ha servido para una mejor estadificación y mejor enfoque terapéutico.

## QUISTE HIDATÍDICO GIGANTE

Ana Cristina Utrillas, Alberto Cruces, Dolores Yago, Eva Vilar, Diana Escribano Pérez, José M<sup>a</sup> Del Val Gil

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Servicio de Radiología  
Hospital Obispo Polanco. Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

El quiste hidatídico está producido por la larva del *Echinococcus granulosus*. Los quistes hidatídicos complicados son infrecuentes, siendo la infección primaria asintomática generalmente.

### **Material y Métodos:**

Descripción de un caso clínico.

### **Resultados:**

Varón de 41 años, profesor, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho de varios días de evolución, con sensación de plenitud. A la exploración destaca un abdomen doloroso en epigastrio, con una hepatomegalia manifiesta. La analítica realizada en urgencias mostraba una elevación de las transaminasas, así como una discreta hiperfibrinogenemia. Se realiza ecografía abdominal que informa de hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho, con dos lesiones quísticas voluminosas, y mínima dilatación de la vía biliar intrahepática. Concluye que las lesiones son sugestivas de quistes biliares simples, aunque dado que la pared es gruesa y en uno de ellos parece existir contenido denso, aconsejan descartar hidatidosis. Se solicita serología para el *E. granulosus*, que es negativa, así como un TC abdominal que revela dos lesiones quísticas de 16x12 cms y 10x7,6 cms. La más medial presenta una zona de despegamiento que podría corresponder al despegamiento de la pared o a una vesícula dependiente de la misma. Dado que la TC no es diagnóstica, solicitamos RM hepática, que informa en conclusión de quistes hepáticos simples de tamaño gigante con efecto masa sobre las estructuras vecinas, incluida la aorta abdominal. Dados los hallazgos y la sintomatología dolorosa del paciente, se optó por realizar una punción evacuadora de los quistes, objetivándose durante la misma la salida de membranas a través de la aguja, lo que confirmaba el diagnóstico de hidatidosis hepática. Se programa para intervención en la que se observa un gran quiste en la cúpula hepática, intensamente adherido al diafragma y otro algo más pequeño y más medial. Se realizó punción, inyección de suero hipertónico y quistoperiquistectomía parcial. En el postoperatorio el paciente desarrolló un absceso subfrénico que requirió drenaje quirúrgico. Se administró Mebendazol durante 3 meses.

### **Conclusiones:**

La hidatidosis en nuestro medio está en clara regresión, siendo infrecuentes los quistes complicados. Generalmente se detectan de forma asintomática, siendo la hepatomegalia el signo clínico más frecuente de presentación. La distensión capsular del hígado debido a su crecimiento puede dar origen a dolor así como saciedad precoz o aumento del perímetro abdominal. El diagnóstico se realiza mediante ultrasonografía, que es diagnóstica prácticamente en el 100% de los casos. El diagnóstico diferencial con los quistes congénitos simples se hace mediante serología. El TC helicoidal es imprescindible para la planificación quirúrgica y la RM permite evaluar las vías biliares así como el parénquima hepático. En nuestro paciente tuvimos una clara dificultad diagnóstica, siendo las 2 opciones radiológicas quistes simples vs hidatidosis. La serología fue negativa (hay que decir que la detección de anticuerpos a *E. granulosus* en suero tiene una sensibilidad del 80 al 85%) y la radiología apuntaba a la presencia de quistes simples, por lo que se optó por la punción y evacuación del líquido. Dados los hallazgos de hidatidosis en la misma, se indicó la intervención quirúrgica, que es el tratamiento estándar de la hidatidosis.

# EFICACIA, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO) TRATADOS CON HIDROMORFONA.

D. García Aguilera Dra. Rosario Escartín Martínez

*Servicio de Traumatología y Servicio de Anestesia. Unidad Dolor  
Hospital Obispo Polanco Teruel*

## Introducción / Objetivos:

El DCNO afecta en España al 11% de la población y empeora la calidad de vida de los pacientes que lo sufren. En la U. Dolor de nuestro Hospital hemos estudiado a pacientes con DCNO de moderado a severo no controlado y mal descanso nocturno, iniciando tratamiento con Hidromorfona de liberación prolongada OROS, opioide semisintético, agonista  $\mu$  que posee un sistema de liberación sostenida utilizando tecnología osmótica de liberación Push-Pull durante 24h.

Objetivos: Evaluación de eficacia, tolerabilidad y calidad del sueño en pacientes tratados con Hidromorfona de liberación prolongada, a través del Test de Lattinen y Escala del Sueño de MOS simplificada en visita basal y a las 4 semanas.

## Material y Métodos:

Estudio observacional prospectivo de 40 pacientes con DCNO osteoarticular. Todos cumplían los criterios de inclusión. La dosis de inicio de Hidromorfona fue de 4ng o en su defecto tabla equianalgésica + antiemético + laxante s/p. En 32 pacientes rescate con AINE.

Valoración Efectividad con Test de Lattinen en visita basal y a las 4 semanas.

Valoración Tolerabilidad por seguimiento telefónico 1ª y 4ª semana.

Valoración Calidad Sueño con Escala de MOS simplificada en visita basal y a las 4 semanas.

La población analizada ha sido de 39 por imposibilidad de seguimiento en 1 paciente.

## Resultados:

Nº pacientes 39. Media edad 58,30 (de 37 a 81). Sexo 11 V (28,21%) y 28 M (71,79%).

Tolerabilidad: 10 (25,6%) efectos secundarios ( de más a menos frecuencia: nauseas, nerviosismo, vómitos, estreñimiento, astenia, vértigo, edemas, enrojecimiento facial).

Eficacia: En el análisis de los resultados se considera BUENO disminución del Test de Lattinen hasta unos valores de 4 a 6, REGULAR 7 a 9 y MALO mayor de 10. Siendo de 19 (48,72%) los pacientes que obtienen un resultado Bueno con una disminución del Test de Lattinen hasta valores menos de 6. Obtuvieron resultado Regular 7 pacientes (17,95%) siendo en su mayoría necesario el aumento de dosis del fármaco. Por último lugar los pacientes que obtuvieron un resultado MALO 13 (33,33%) principalmente por sus efectos secundarios o por no control analgésico obligando a abandonar el tratamiento y volver al previo.

Test Lattinen 19 pacientes BUENO (48,72%), 7 pacientes REGULAR (17,95%), 13 pacientes MALO (33,33%).

Calidad Sueño: MOS simplificado a las 4 semanas, mejoría calidad del sueño con una diferencia de 2,59  $\pm$  3,435 (p=0,001).

## Conclusiones:

- Hidromorfona es un Opiode semisintético que se utiliza desde hace años en otros países y se comercializa ahora en España, en su forma de liberación sostenida (OROS®) para el tratamiento del dolor crónico moderado - intenso.
- Hidromorfona, presenta una buena eficacia. Ventaja de posología un comprimido al día.
- A dosis equianalgésicas disminuyen los efectos secundarios de sedación, prurito, nauseas y vómitos.
- Mejoría de la calidad de sueño por disminución del dolor.

## Discusión:

El uso de hidromorfona liberación prolongada OROS según el comité de evaluación de nuevos medicamentos de Aragón califica a hidromorfona OROS como "NO SUPONE UN AVANCE TERAPÉUTICO", sin embargo como estrategia de rotación de opiodes según nuestra experiencia clínica supone un tratamiento alternativo candidato a pacientes con mala calidad del sueño y dolor no controlado por otros opiodes. Aunque sería necesario más estudios para establecer su eficacia.

## COMPLICACIONES TRAS FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

D.García Aguilera, T.Espallargas Doñate, A. Fuertes Vallcorba, J.V. Díaz Martínez, A.Castro Sauras, C Martín Hernández.

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Obispo Polanco (Teruel), Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética Hospital Miguel Servet (Zaragoza)*

### Introducción / Objetivos:

El tratamiento de las fracturas suelen tener buenos resultados en la mayoría de los casos pero son múltiples las posibles complicaciones tras una fractura tanto a nivel sistémico como locales. Tanto el síndrome compartimental (*conjunto de signos y síntomas secundarios al aumento de la presión en una celda fascial de un miembro, lo cual provoca una disminución de la presión de perfusión capilar comprometiendo la viabilidad de los tejidos de dicha celda*) como la contractura isquémica de Volkmann (*conjunto de secuelas morfológicas y funcionales de la necrosis muscular y nerviosa que sigue a un Sd Compartimental Agudo no tratado correctamente o de mala evolución*) son complicaciones poco frecuentes, fáciles de diagnosticar y gran importancia clínica por las posibles secuelas.

### Material y Métodos:

Se expone el caso de un varón de 23 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por caída de bicicleta presentando impotencia funcional en antebrazo derecho.

Presenta dos heridas inciso-contusas de 2cm con bordes irregulares en su antebrazo derecho, con importante edema, tumefacción y deformidad a nivel medio diafisario. Pulsos distales conservados. Disminución de la movilidad de los dedos con parestesias distales en mano.

En el estudio radiológico se observa fractura desplazada medio-diafisaria de radio y cúbito derechos. Se interviene quirúrgicamente realizando osteosíntesis con placas LCP en radio y cúbito.

En el postoperatorio inmediato presenta un síndrome compartimental agudo del, antebrazo requiriendo una nueva intervención quirúrgica de urgencia (Fasciotomía de los compartimentos del antebrazo).

### Resultados:

En su evolución se realiza interconsulta al Servicio de Cirugía plástica para colocación de injerto cutáneo en el antebrazo tras la fasciotomía por imposibilidad de cobertura cutánea. Con buena evolución clínica sin alteraciones sensitivas ni motoras al alta tras un mes de ingreso hospitalario. Revisión en consultas de Cirugía plástica y traumatología con injerto prendido y buenos controles radiográficos con signos de consolidación. Inicia rehabilitación con ejercicios pasivo-activos de flexo-extensión.

Tras dos meses de evolución presenta actitud en flexión de las articulaciones MTCF e IF de los dedos, retracción del antebrazo e hipoestesia de los cinco dedos, por lo que se diagnostica de Contractura isquémica de Volkmann y se programa para desbridamiento zonas necróticas y z-plastias.

En el postoperatorio inmediato presenta necrosis del injerto previo realizándose curas cada 72 horas.

Resultado final: limitación extensión completa, pérdida fuerza en 20%. No alteraciones sensitivas.

### Conclusiones:

Tanto el síndrome compartimental agudo como la contractura isquémica de Volkmann son dos entidades clínicas poco frecuentes pero que requieren un diagnóstico precoz para evitar las posibles secuelas.

## SÍNDROME DE KALLMAN, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MN. Tarazón Alcocer(1), L. Cipres Casasnovas(2), I. Tarazón Alcocer(3), C. Gallardo Ganuza(4), LM. Tarazón Alcocer(5), J. Debón Alcadori.

(1)CS Ribarroja del Túrria, (2) Endocrinología y Medicina Interna. (3)CS L'Alcudia, (4)CS Teruel Ensanche,(5) Universidad Politécnica Valencia. (1)Hospital de Manises, (2) Hospital Obispo Polanco, (3) Hospital de La Ribera.

### Introducción

S. de Kallman: enfermedad hereditaria que afecta 1/10.000 varones y 1/70.000 mujeres. Genética: autosómica dominante, ligada a X o autosómica recesiva. Clínica: unos 5 tipos (SK 1, SK2, SK 3, SK con paraplejia espástica, SK con braquiotelefalangia), cada uno con diferentes síntomas; todos concuerdan con hipogonadismo hipogonadotrofo y anosmia/hiposmia. Pueden padecer algunos efectos 2º, incluso después de iniciar el tratamiento, por haber estado tanto tiempo sin las hormonas necesarias. El más serio: osteoporosis. Diagnóstico: Además de la clínica (ausencia de pubertad, anosmia) por analítica: medir niveles de hormonas en sangre (inyección de HCG, GnRH, FSH/LH para estimular hipotálamo, pituitaria y gónadas, midiendo la respuesta del organismo). Con una RNM hipofisaria que evalúe el estado de los bulbos olfativos. Con investigación genética: cariotipo. Tratamiento: Gonadotropinas exógenas (HCG para estimular las células de Leydig y células foliculares, tiene los efectos de la LH; HMG para estimular la espermatogénesis y la maduración del folículo y reemplazaría a la FSH). Inicialmente, se administran 1.000-3.000 UI hCG, 3 veces a la semana, hasta alcanzar nivel sérico de testosterona normal. Después, una dosis de 75-150 UI de hMG-HP tres veces a la semana durante varios meses, hasta alcanzar tamaño testicular adecuado. Tiempo de tratamiento: de 5-35 meses y depende en gran medida del volumen testicular inicial. La supervisión del tratamiento se realiza mediante medición del volumen testicular, determinación de testosterona plasmática y la práctica de espermioigramas cada 4 meses (cuando sea necesario).

### Material y Métodos:

Describimos el caso de un varón de 23 años, que acude al CS Teruel-Ensanche a por recetas y analítica de control, diagnosticado cuatro años antes en el Hospital de un Síndrome de Kallman.

### Resultados:

Se trata de un varón, 2º hijo, que acude con 19 años (5-12-05) a Consultas Externas de Endocrinología, H. Obispo Polanco, por ausencia de desarrollo puberal. Talla 175.7 cm, Peso 53 Kg. Testículos: Derecho 4 cm, Izquierdo=2 cm. Se sospecha un S. de Klinefelter. Se solicita cariotipo; analítica que incluya FSH/LH, TSH/T4L, PRL, SHBG, Progesterona, testosterona Total, Testosterona Libre. 2ª visita(11-1-06), se obtiene: FSH=0.8mU/ml(5-20mU/ml), Testosterona Total=0.2ng/ml(1.66-8.77ng/ml),Testosterona Libre=0.4pg/ml(12.5-40 pg/ml); junto con clínica de anosmia: se diagnostica de S. de Kallman. Se solicita RNM Hipotálamo-Hipofisaria. 3º visita(23-2-06), se obtiene RNM compatible con la normalidad, Cariotipo= 46 XY. Se pauta tratamiento: Gonadotropina Menopáusica humana (hMG-HP, que contiene FSH=75 UI, LH=75 UI), vía Subcutánea. Dosis inicial de 375 UI (5 ampollas juntas) tres veces a la semana y se valora analítica al mes. 4ª visita, Testosterona total=0.4, Testosterona libre=1. Se reduce a dosis de mantenimiento de hMG-HP=150 UI (2 ampollas juntas) tres veces por semana. 5ª visita(1-6-06), se valora tamaño testicular: derecho=6cm, izquierdo=4cm, y se cita con analítica. 6ª visita(17-10-06), FSH=5.8, testosterona=0.1, T Libre=0.56. El tamaño testicular es el mismo, se continúa con dosis de mantenimiento, tres veces por semana. 7ª visita(28-12-06), FSH=8.1, testosterona=0.4, T Libre=1.48. Tamaño testicular: derecho=10cm, izquierdo=6-8cm. 8ª visita(11-4-07),Testosterona 0.3, T libre 0.73, pero como los testículos han crecido, se continúa con misma pauta. 9ª visita(8-8-07), FSH=5.1, Testosterona 0.48. Testículo derecho=10cm, izqdo.=6-8 cm. 10ª visita(3-12-07),Testosterona=0.2,T Libre=0.59. 11ª visita(28-02-08), Testosterona 0.4, T Libre=0.88. Misma dosis pero cada 3 semanas, y se revisará en 3 meses.

### Conclusiones:

Para el diagnóstico, una RNM no es siempre 100% eficaz, ya que la deformidad de los bulbos olfativos en el cerebro, puede ser tan pequeña que sea imperceptible por medios físicos.

El Tratamiento farmacológico para obtener la maduración gonadal y la inducción de la espermatogénesis y la foliculogénesis, está restringida clínicamente al Hipogonadismo Hipogonadotrofo. La administración de gonadotropinas exógenas está destinada a la inducción de la pubertad y la fertilidad. Con ello, se puede conseguir al mismo tiempo la virilización y el desarrollo testicular que no habría podido obtenerse con la administración aislada de testosterona. Y se evita el riesgo de desarrollar osteoporosis.

El aumento de volumen testicular es un buen indicador de la respuesta al tratamiento.

# ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN PACIENTES HOSPITALARIOS

Álvarez Cárcel P., Hernández Torres A., Gil Collado N.

*Departamento de Salud y Consumo*

*Subdirección Provincial de Salud Pública de Teruel*

## **Introducción / Objetivos:**

Los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), son una causa frecuente de morbilidad constituyendo un problema sanitario de dimensiones considerables. El elevado número de acontecimientos adversos por medicamentos que ocurren debido a discrepancias y errores de medicación en pacientes ingresados nos debe obligar a establecer medidas para evitarlos.

El objetivo es describir los Problemas Relacionados con Medicamentos más representativos de una intervención sobre pacientes hospitalarios

## **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo transversal, en diferentes áreas de un hospital de tercer nivel durante 3 meses en 305 pacientes (290 se incluyeron en el estudio, descartándose 15) para detectar problemas relacionados con los medicamentos.

Tras analizar el historial de los pacientes ingresados, se realizó una entrevista y se procedió a la revisión y estudio farmacéutico de todos los medicamentos que tomaba la población diana hospitalaria.

Se analizaron los PRM y se comunicó por escrito la recomendación terapéutica a seguir.

En el alta hospitalaria se realizó una entrevista educativa y se entregó información del tratamiento completo en ese momento.

Se recogieron las intervenciones realizadas y en la semana siguiente al alta se valoraron telefónicamente. Se midió la satisfacción del paciente.

## **Resultados:**

1. El 62.12 % de los Problemas Relacionados con Medicamentos fueron errores de medicación reales afectando al paciente un 50.41% de los mismos.
2. Los errores más frecuentes detectados fueron por duplicidad en un 55%, omisión de medicación en un 20% y dosis incorrecta 11%.
3. En la fase de prescripción se detectaron más del 60% de los Problemas Relacionados con Medicamentos.
4. En la intervención educativo farmacéutica las acciones más frecuentes fueron suspender la medicación en un 49%, aconsejar otra alternativa en un 17% e indicar posología en un 11%
5. La intervención farmacéutico-preventiva consistió en un 59% de los casos en prevenir efectos adversos.
6. Las intervenciones fueron aceptadas por los prescriptores sin modificación en un 91% y sólo se rechazaron un 5%.
7. Las intervenciones fueron significativas o muy significativas en un 94% y en un 6% sólo se produjo una reducción de costes farmacéuticos.
8. El 71% de las intervenciones tuvieron consecuencias positivas, un 1% produjeron efectos negativos, en un 9% no hubo modificaciones y un 19% de las acciones no se pudieron valorar.
9. Un 64,4% refirió que las instrucciones recibidas le ayudaron a solucionar sus problemas con los medicamentos.
10. La satisfacción con el servicio fue muy alta en un 84,64%.

## **Conclusiones:**

Los problemas relacionados con los medicamentos son un problema frecuente e importante.

El estudio de atención farmacéutica se ha mostrado útil para detectar, prevenir y resolver PRM.

Se ha conseguido un alto nivel de satisfacción en los pacientes estudiados.

# **PANICULITIS MESENTÉRICA: EL APOORTE DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, REVISIÓN CLÍNICA Y ALGORITMO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE 3 CASOS.**

F. Lenghel, D. Yago Escusa, G. Sanz Martínez, E. Vilar Bonacasa, P. Sánchez Santos, I. Fernández Bedoya, C. Roig Salgado, L. Fatahi Bandpey.

*Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

## **Introducción / Objetivos:**

La pancreatitis mesentérica es un complejo proceso inflamatorio del tejido adiposo del mesenterio intestinal, poco frecuente, de etiología desconocida. Es más frecuente en varones entre 50 y 70 años.

Las localizaciones más frecuentes son: la raíz mesentérica del intestino delgado, el mesocolón, las regiones peripáncreática, omento, retroperitoneo o pelvis.

Los objetivos de este póster son conocer las distintas formas de presentación, haciéndose hincapié en la utilidad de la Tomografía Computarizada (TAC) en aportar datos esenciales en el diagnóstico de la pancreatitis mesentérica.

## **Material y Métodos:**

Búsqueda en la base de datos Pub Med. Hallazgos: estudios descriptivos, observaciones clínicas e informes de comités de expertos nivel de evidencia III.

Se presentan 3 casos de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias. En los primeros 2 casos, los pacientes presentaban dolor abdominal epigástrico, que se intensificaba tras la ingesta, con plenitud postprandial, sin fiebre, ni vómitos. En el tercer caso, el paciente acudía a Urgencias por dolor torácico opresivo, antecedentes de dilatación de la aorta ascendente.

## **Resultados:**

En el caso del primer paciente, la analítica fue normal y se realizó una ecografía abdominal, que evidenció aumento de la ecogenicidad de la grasa abdominal. El paciente ingresó en el Servicio de Cirugía y notó una mejoría clínica con tratamiento conservador.

Se realizó: Gastroscoopia, Colonoscopia y AngioRM, solicitándose TAC de control.

En el segundo caso, la ecografía abdominal fue normal y el paciente fue remitido a casa, pero volvió a Urgencias 4 días después por repetición del episodio, con leucocitosis y ↑ PCR, ↑ VSG. Ingresó en el Servicio de Digestivo, la Gastroscoopia se informó Gastritis crónica y pequeña Hernia de hiato.

Se citó para RMN.

En el tercer caso, se solicitó una TAC toraco-abdominal, para descartar lesión aórtica.

Los hallazgos radiológicos que se encuentran en la TAC abdominal, son los siguientes:

masa bien definida con contenido graso de aspecto heterogéneo (aspecto rayado), elongación de los vasos, sin producir estenosis, desplazamiento de las asas intestinales, ganglios dispersos por la masa, halo graso alrededor de los vasos y de los nódulos, masas nodulares con densidad de partes blandas, calcificaciones en las zonas necróticas, masas quísticas.

El diagnóstico diferencial se establece entre una masa de predominio graso (Liposarcoma o teratoma con contenido graso) y un nódulo de densidad de partes blandas: tumores carcinomatosos, tumores desmoides, carcinomatosis peritoneal, linfoma.

El diagnóstico se establece por: biopsia percutánea, biopsia quirúrgica y excluyendo enfermedad subyacente (inflamatoria o tumoral).

El tratamiento está constituido por: corticoides, fármacos inmunosupresores, colchicina, progesterona, la resección quirúrgica total es difícil por el compromiso vascular, si hay compromiso colónico puede ser necesaria la colostomía.

## **Conclusiones:**

Debemos incluir la pancreatitis mesentérica en el diagnóstico diferencial en paciente (varón) con más de 50 años con dolor abdominal, adelgazamiento y/o fiebre sin foco evidente.

La TAC es la técnica clave para el diagnóstico, pudiendo indicar la fase o estadio de la enfermedad, el diagnóstico definitivo siendo el estudio histopatológico.

## INFECCIÓN EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.

N. González Gómez, I. Cuesta Gallardo. J.A. Angós Segura. G. Martínez (1). J.M. Montón Dito (2).

*Servicio de Hematología. Servicio de Radiodiagnóstico (1) y Servicio de Cuidados Intensivos (2).  
Hospital Obispo Polanco.*

### Introducción / Objetivos:

La infección es la complicación con mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes hematológicos inmunodeprimidos, aunque no siempre la infección inicial y si la sobreinfección tardía la causante de la evolución fatal de estos casos. Resulta de gran importancia el conocimiento de la etiología, factores predisponentes y el disponer de guías clínicas de actuación, todo ello nos facilita el diagnóstico y tratamiento precoz de estos enfermos, lo cual es fundamental en el pronóstico de los mismos.

### Material y Métodos:

Presentamos a una mujer de 62 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada de Mieloma Múltiple IgG kappa estadio II-A (junio/2008), que realizó tratamiento de inducción con quimioterapia con posterior consolidación con trasplante (TASPE, diciembre/2009). Durante el trasplante presentó infección por Ps. Aëroginosa y bronconeumonía por virus N1H1, que requirió prolongado ingreso en UCI y tratamiento con corticoides a dosis altas (diabetes y miopatía esteroidea). A la semana del alta (marzo/2010) acude a urgencias por fiebre, tos seca, disnea y edemas. La valoración inicial de esta enferma incluyó: 1. Detallada anamnesis (antecedentes de infección por Ps. Aëro., tratamiento domiciliario con corticoides, fluconazol e insulina) y exploración (lesiones vesiculosas en mucosa oral, crepitantes basales bilaterales, Te 38°C y sat. O2 90%). 2. Hemograma (1.200 neutro., Hb 9.5 y 150.000 plaq.) y bioquímica (glucemia 195 mg/dl, IgA 22 mg/dl, IgG 350 mg/dl e IgM 30 mg/dl). 3. Cultivos de sangre, orina, esputo y de colonización (todos negativos) y serologías, incluyendo determinación del Ag galactomanano y PCR de virus herpes (todo negativo). 4. pruebas simples de imagen (condensación basal derecha). Con el diagnóstico de Neumonía basal derecha en paciente con severa inmunodepresión y alto riesgo de infección fúngica invasiva se inició tratamiento con imipenem, fluconazol y aciclovir. A las 72 horas, persiste la fiebre y se agrava el cuadro respiratorio, se realiza TAC torácico (bronconeumonía bilateral) y broncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL). Ingresa en UCI, precisando ventiloterapia mecánica no invasiva (VMNI) y se modifica el tratamiento (ceftazidima, piperacilina-tazobactam, caspofungina y aciclovir). Ante la mala evolución de la paciente y la llegada de resultados microbiológicos (Cándida Parapsilosis en BAL, Ps. Aëro. multiresistente en esputo y C. Albicans en diversos cultivos de colonización) se inicia tratamiento con colistina IV y anfotericina B liposomal, manteniéndose el aciclovir y la piperacilina-tazobactam.

### Resultados:

La paciente evolucionó favorablemente, manteniéndose el tratamiento hasta recuperación clínica, negativización de cultivos y resolución radiológica. Ante la persistencia de C. albicans en el exudado faríngeo se realizó tratamiento con anfotericina B en solución oral.

### Conclusiones:

1. La anamnesis detallada es importante para determinar el riesgo de infección y orientar sobre la etiología de la misma.
2. En los pacientes con riesgo de infección frente a Ps. Aëro. Está indicado el tratamiento empírico con 2 antibióticos activos frente a este patógeno.
3. La VMNI ha mejorado la supervivencia de estos pacientes en la UCI.
4. La utilización de guías clínicas es fundamental para el correcto manejo de estos pacientes.

## **RESULTADOS IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO “CUIDADOS DEL CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO” EN EL HOSPITAL O. POLANCO**

Soguero Pérez, M M; Pérez Martínez, C; Lorente Samper, L; Soler Hernández, E; Álvarez Moreno, R; Laguía Hermida, A B; Gómez Gómez, L; Lucía Plumed, M I; Guimerá Gascón, J; Soto Calderón M L; Alegre Soriano, S; Simón Simón, C; Esteban Igual, D; para el grupo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón.

*Plantas de hospitalización  
Hospital Obispo Polanco Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

Introducción: Este proyecto ha sido realizado por el grupo de Enfermería basada en la evidencia (EBE) de Atención Especializada del Sector Teruel, coordinado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y fue implementado en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. En el proceso de implementación y en una primera fase se identificaron barreras y facilitadores para la puesta en marcha del protocolo; y para su difusión se realizaron sesiones formativas y se utilizaron materiales diseñados para ello realizándose procesos de consenso con inclusión de todos los profesionales implicados. Se diseñaron registros específicos para el seguimiento de los indicadores. Este protocolo se implementó progresivamente en la mayoría de las unidades de hospitalización.

Objetivos:

Disminuir la variabilidad en los cuidados de CVP

Reducir el riesgo de flebitis en los pacientes portadores de CVP

### **Material y Métodos:**

Los resultados corresponden al periodo de observación 2008-2009. Se realizó una evaluación previa para conocer la situación de partida y comprobar los registros. El número de vías periféricas evaluadas durante el periodo de estudio fue de 854. Las variables analizadas descritas en el protocolo fueron: mantenimiento del CVP superior a 96 horas, apósito manchado/despegado y signos de flebitis. La asociación entre factores se investigó mediante pruebas de contraste de hipótesis, con comparación de proporciones (chi cuadrado, prueba exacta de Fisher) y en caso de darse relación entre variables estudiadas se constató la dirección de dichas asociaciones a través del análisis de los residuos estandarizados.

Se evaluaron los indicadores de: ESTRUCTURA: Porcentaje de disponibilidad del protocolo en las Unidades, PROCESO: Porcentaje de pacientes con apósito despegado ó manchado. Porcentaje de pacientes con CVP insertada más de 96 horas y RESULTADO: Porcentaje de pacientes con signos de flebitis

### **Resultados:**

La media de pacientes portadores de CVP en las unidades de estudio, durante el periodo de observación fue del 66% en el Hospital de Teruel. El protocolo estuvo disponible en todas las unidades de hospitalización. El porcentaje de mantenimiento de CVP superior a 96 horas fue del 20%.

El porcentaje de pacientes que presentaban el apósito manchado/despegado fue 13%. Los signos de flebitis observados 5%. Hay una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el mantenimiento del CVP superior a 96 horas y signos de flebitis. Hay una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el apósito manchado/despegado y signos de flebitis.

### **Conclusiones:**

El porcentaje de pacientes portadores de vías venosas periféricas se ha incrementado en los últimos años pasando de un 27% en 1990 a un 44% en el año 2000; en estos resultados la prevalencia es todavía mayor, lo que justifica la elaboración e implementación de este protocolo. Se ha encontrado una relación significativa entre el tiempo de permanencia de las vías periféricas y la aparición de signos de flebitis y entre el apósito despegado/manchado y signos de flebitis, lo que parece indicar que un mantenimiento adecuado de dichas vías reduce el riesgo de flebitis. La utilización de protocolos basados en la evidencia es de gran utilidad para mejorar los cuidados que prestamos y disminuir la variabilidad en la práctica clínica, aportando a los profesionales información y conocimientos que les permitan tomar las mejores decisiones en el cuidado de los pacientes.

## INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO.

Aguado Pérez. M, Asencio Arana .F, Balciscueta Coltell. Z, Rueda Alcárcel. C, Primo Romaguera, V, Chiralt Carrera.A, López Bañeres. MF, Uribe Quintana. N

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo  
Arnau de Vilanova, Valencia*

### **Introducción / Objetivos:**

La invaginación intestinal en el adulto se define como aquel proceso patológico consistente en la penetración de un segmento intestinal en otro, generalmente distal, siendo en su mayoría asintomáticas y de larga evolución. Fue descrita por Paúl Barbette hace más de tres siglos, en 1674 y es a John Hutchinson a quien se le atribuye la primera intervención quirúrgica realizada con éxito en 1871.

Esta entidad constituye la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños menores de un año (80-90%). Por el contrario, en el adulto, su aparición es rara, constituyendo menos del 5% de los casos.

Entre el 75 y 80% se asientan en el intestino delgado, siendo la invaginación yeyuno-yeyunal la más frecuente. Se han identificado las siguientes variables anatomopatológicas: colo-cólica, apendico-ceco-cólica, recto-cólica, ileo-ileal e ileo-ceco-cólica.

Generalmente la invaginación intestinal en niños es idiopática en 95% de los casos, y en los adultos tiene una causa demostrable en el 90%, siendo la patología tumoral la principal causa. Entre los tumores benignos destacan los hamartomas, lipomas, pólipos fibroides inflamatorios, Pseutz-Jeghers, lipomatosis intestinal, cistoadenoma mucinoso del apéndice y el páncreas ectópico. Otras causas son los cuerpos extraños, divertículo de Meckel, enfermedad celíaca o postquirúrgicas como hematoma de la pared intestinal, cicatrices o líneas de sutura. De los tumores malignos encontrados en el intestino delgado la mayoría son metastáticos, linfomas, sarcomas, melanomas y adenocarcinomas.

La clínica es inespecífica y a menudo crónica, con una media de duración de los síntomas antes del diagnóstico de más de 30 días. La principal manifestación es dolor abdominal cólico, acompañado de náusea y vómito. En la mitad de los pacientes se presenta oclusión intestinal parcial o completa. Otros hallazgos pueden ser hemorragia gastrointestinal, fiebre o tumor abdominal, como en nuestro caso.

De las pruebas de imagen que orientan el diagnóstico, el mejor es el TC de abdomen con contraste oral e intravenoso, ya que aporta la ventaja de identificar la causa de la invaginación y valorar la existencia de metástasis en otros órganos o adenopatías. Otros exámenes útiles son la radiografía de abdomen, estudios con bario, ultrasonido y colonoscopia.

En los adultos, la alta probabilidad de lesión subyacente hace que en la mayoría de los casos se recomiende cirugía inicialmente. Se recomienda la resección total del segmento involucrado si reducción, para evitar complicaciones embólicas del tumor, diseminación intraluminal o en los casos que exista perforación, evitar la salida de material intestinal hacia cavidad peritoneal. Cuando la causa es benigna, puede ser útil la reducción para evitar la resección de intestino afectado

### **Material y Métodos:**

Presentamos el caso de una mujer de 55 años que consulta por dolor abdominal de dos días de evolución que se inició en epigastrio y se irradia a FID, sin náuseas ni vómitos, alteración del tránsito intestinal o fiebre. En la exploración física destaca dolor a la palpación en FID con sensación de masa y defensa a dicho nivel. No soplo abdominal. La analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda, radiografía de abdomen sin hallazgos destacables y la ecografía solicitada muestra líquido libre interasas y subhepático con dilatación de asas de intestino delgado; se sospecha una invaginación en FID, probablemente ileocecal, siendo la invaginación de gran tamaño con engrosamiento de pared de las asas de hasta un centímetro. Con estos hallazgos ecográficos y el estado clínico de la paciente, se decide intervención quirúrgica urgente.

### **Resultados:**

Se objetiva un tramo de 25 cm de ileon terminal, con una formación polipoide en su interior, invaginado en región cecal. Durante la manipulación, se logra reducir el tramo cecal, que queda sin lesiones, y se realiza resección intestinal del tramo de intestino delgado afecto con anastomosis T-T manual.

El resultado anatomopatológico es de lipoma submucoso.

### **Conclusiones:**

La invaginación intestinal en adultos es una enfermedad rara que se presenta por lo general en oclusión intestinal, siendo el diagnóstico en la mayoría de los pacientes en el momento de la cirugía. Existe una causa desencadenante en un 90% de los casos y el tratamiento quirúrgico más recomendado es la resección sin la reducción de la invaginación.

## **DIVERTÍCULO SOLITARIO DE CIEGO COMPLICADO.**

Aguado Pérez. M, Balciscueta Coltell. Z, Rueda Alcárcel. C, Primo Romaguera, V, Chiralt Carrera. A, López Bañeres. MF, Uribe Quintana. N, Asencio Arana. F

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo  
Arnau de Vilanova, Valencia*

### **Introducción / Objetivos:**

El divertículo de ciego es una condición benigna que fue descrita originariamente por Potier en 1912. Se trata de una entidad infrecuente en los países occidentales, pero altamente prevalente en la población oriental. En Asia la enfermedad diverticular del lado derecho se acompaña también en general de múltiples divertículos, mientras que en el mundo occidental, la enfermedad diverticular del lado derecho es habitualmente debida a un único divertículo. Su prevalencia se estima en 0,9 a 5 % de los pacientes portadores de enfermedad diverticular. Comprende todas las capas de la pared colónica, se localiza en la cara anterior del ciego, cercano a la válvula ileocecal.

La etiología del divertículo único de ciego es aún motivo de discusión, sin embargo estudios embriológicos han demostrado la existencia de una saculación en el ciego entre la sexta y la séptima semana de desarrollo embrionario, sugiriendo que un defecto en la reabsorción de la misma pudiera ser el origen de esta enfermedad.

Usualmente los divertículos de ciego son asintomáticos y se vuelven evidentes cuando presentan inflamación (manifestación más frecuente), hemorragia o perforación. Las manifestaciones clínicas son semejantes a la apendicitis aguda. Es extremadamente difícil distinguir entre estas dos patologías basándose sólo en la presentación clínica y el porcentaje de error diagnóstico es mayor del 90%.

El diagnóstico diferencial, además de la apendicitis aguda, debe incluir la adenocarcinoma de colon derecho, enteritis regional, diverticulitis de Meckel, colitis amebiana, enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad de Crohn, actinomicosis o la tuberculosis intestinal.

En estudios de imagen, que van desde una radiografía simple de abdomen hasta un TC, los divertículos cecales generalmente son un hallazgo incidental, ya que cursan asintomáticos, y cuando éstos se complican la forma diagnóstica es habitualmente intraoperatoria.

Entre las opciones terapéuticas se incluyen desde la diverticulectomía simple, cuando el proceso inflamatorio está localizado alrededor del divertículo patológico, hasta una cecectomía parcial y hemicolectomía derecha, cuando el proceso inflamatorio es amplio.

### **Material y Métodos:**

Varón de 57 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución continuo, localizado en hemiabdomen derecho, asociado a náuseas sin vómitos, alteración del tránsito intestinal o fiebre. No síndrome miccional. A la exploración física se objetiva un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en FID-vacio derecho, con maniobras apendiculares dudosas, sin hernias y pulsos periféricos palpables.

Presenta leucocitosis con desviación izquierda, orina y rx de abdomen sin alteraciones. La ecografía solicitada informa de una colección localizada en FID de aproximadamente 3,2 cm, con múltiples burbujas aéreas en su interior, sugestivo de absceso de probable origen apendicular. Se observa líquido libre alrededor de dicha zona y marcados cambios inflamatorios en la grasa de FID.

Se decide ingreso hospitalario e intervención quirúrgica urgente.

### **Resultados:**

Durante el acto quirúrgico se aprecia plastrón inflamatorio que comprende ciego e ileon terminal y se realiza una resección ileo-cecal con anastomosis latero-lateral mecánica.

El resultado anatomopatológico es de divertículo solitario de ciego, inflamado y abscesificado, con apéndice cecal sin cambios significativos.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, dándose de alta a los tres días de la intervención.

### **Conclusiones:**

En la mayoría de los casos, los pacientes con divertículo en ciego cursan de forma asintomática, pero cuando se desarrolla una diverticulitis, es casi imposible diferenciar clínicamente de una apendicitis aguda; por ello, debe siempre estar presente en el diagnóstico diferencial de dolor en FID.

# FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA SECUNDARIA COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO MASIVO.

Primo Romaguera, V; López Bañeres, M; Aguado Pérez, M; Balciscueta Coltell, Z; Rueda Alcarcel, C; Chiralt Carrera, A; Martín Dieguez, M; Martínez Caamaño, A; Asencio Arana, F.

*Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Hospital Arnau de Vilanova de València.*

## Introducción / Objetivos:

Comunicación de un caso de hemorragia digestiva masiva a consecuencia de una fistula aortoentérica en un paciente intervenido de aneurisma de aorta abdominal con reparación por prótesis.

La fistula aortoentérica es la comunicación entre la aorta abdominal y alguna porción del tubo digestivo. Se define como primaria cuando ocurre como consecuencia de aneurismas o patología inflamatoria en la vecindad del tubo digestivo. Las secundarias (FAEs) ocurren por factores predisponentes como prótesis vasculares (90% de los casos), cuerpos extraños. Más del 75% se encuentra en el duodeno (>60% en D3, 5-8% en D4, 3% D2, 1% D1), yeyuno e ileon 17%, colon-sigma en 5'5% de los casos. La FAE secundarias aparecen en el 0'3-1'6% de los pacientes con injerto, presentándose desde pocos meses hasta más de 15 años después de la intervención

El diagnóstico diferencial se establece con otras causas de HDB masiva: enfermedad diverticular, angiodisplasia, EII, neoplasia colónica, HDA, enfermedad benigna proctológica.

Clínicamente, la FAEs, se caracteriza por la hemorragia intestinal como signo más frecuente. Con menor frecuencia se encuentra la anemia crónica o los signos de infección protésica. 1/3 de los paciente presenta antecedentes de sangrados previos antes del efecto catastrófico (hemorragia centinela).

El diagnóstico se realiza por TC + contraste intravenoso (presencia de contraste en intestino es un hallazgo muy raro pero patognomónico; la presencia de aire periprótisis en un signo frecuente). La endoscopia alta y la angiografía son otras técnicas diagnósticas todavía utilizadas. La laparotomía exploradora es la técnica de elección si existe inestabilidad hemodinámica.

La mortalidad a 30 días es del 13-70% según las series.

## Material y Métodos:

Se presenta un caso clínico de un varón de 68 años, con antecedentes personales de HTA, DM II, arteriosclerosis generalizada, anemia crónica, pólipos de sigma, diverticulosis sigmoidea, adenomas vellosos colónicos, intervenido de tromboendarterectomía + angioplastia carotídea bilateral 1 año antes, y portador de prótesis aórtica de 19 años de evolución.

El paciente acude a urgencias por rectorragia, con el siguiente hemograma: Hb 12.3g/dl y Hto 37.2%; y estabilidad hemodinámica (PA 157/100, FC 86, SatO2 97%). Pasa a observación donde presenta nuevo episodio de HDB, síncope y caída al suelo con fractura de huesos propios nasales, imposibilitando la colocación de SNG. Tras 8 h en observación, presenta el control analítico siguiente: Hb 10.7g/dl, Hto 32.6% y leucocitosis de 13.600. Seguidamente el paciente se inestabiliza y sufre una PCR.

Tras la resucitación se interviene quirúrgicamente de manera urgente, mediante una laparotomía exploradora con sospecha de FAE secundaria.

## Resultados:

En la intervención se localiza punto sangrante en la tercera porción del duodeno. Tras el clampaje de la aorta se avisa a cirujano vascular de zona. Con la disección de retroperitoneo, se observa prótesis de dacrón en aorta infrarrenal, objetivando zona fistulizada en anastomosis proximal. Se procede a la extirpación protésica, con recambio por prótesis de dacrón con recubrimiento de plata. Se protege anastomosis con epilon. Durante la intervención se realiza infusión de 20 concentrados de hematíes, 6 de plasma y 1 pool de plaquetas.

Tras el lavado de la cavidad, la colocación del drenaje y cierre de laparotomía, el paciente fallece antes de ser trasladado a UCI.

## Conclusiones:

La fistula aortoentérica es una causa rara pero extremadamente grave de sangrado gastrointestinal, que debe ser valorada en aquellos pacientes con antecedentes de cirugía aórtica (FAE secundaria) o con factores de riesgo importantes, como aneurisma de aorta abdominal (FAE primaria). Se requiere una alta sospecha clínica y una conducta quirúrgica urgente para mejorar el pronóstico de esta patología.

## **VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA DE LA UNIDAD DE RODILLA EN EL B. Q.**

Tolos Marín M.T.; Peñalosa Garcés M.D.; Andrés saliente A.; Martín Hernández C.; Domingo Lizama P.

*Servicio de Quirófano. Hospital Obispo Polanco.  
Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

El “checklist” o listado de verificación quirúrgica consiste en reflejar sobre el papel en forma de listado, las acciones realizadas y normalizadas que incurren en la seguridad del paciente dentro de un quirófano con el objetivo de disminuir los posibles errores y complicaciones evitables en todo el proceso quirúrgico.

En este trabajo nos proponemos ofrecer los resultados de la implantación del listado de verificación quirúrgica en los quirófanos de traumatología y cirugía ortopédica (prótesis de rodilla).

### **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo de la implementación del listado de verificación quirúrgica en nuestros quirófanos de traumatología y cirugía ortopédica, en el proceso de prótesis de rodilla

Hemos utilizado el modelo de El “checklist” propuesto por el MSC, a su vez propuesto por la OMS en su campaña “la cirugía segura salva vidas”, con pequeñas modificaciones de adaptación a la dinámica de nuestros quirófanos.

En el estudio se recogen los datos desde 1-05-2010 hasta 30-09-2010.

La estadística utilizada se expresa en porcentajes.

**La lista de verificación o “checklist”** comprende las siguientes validaciones:

1. Paciente correcto – intervención correcta- lugar correcto
2. Prevenir el daño de la anestesia (pulsioxímetro) y evitar el dolor
3. Identificar riesgos de vía aérea
4. Identificar riesgos de pérdida significativa de sangre (Fx y prótesis)
5. Evitar reacciones alérgicas y adversas con riesgo conocido
6. Minimizar riesgo de infección quirúrgica (Profilaxis antibiótica)
7. Prevenir problemas con el material quirúrgico.
8. Identificación adecuada de muestras obtenidas
9. Comunicar información relevante para la seguridad del paciente (comunicación equipo multidisciplinar y fomentar el trabajo en equipo)
10. Establecer sistemas de vigilancia y monitorización quirúrgica

### **Resultados:**

En total se valoraron 36 pacientes de prótesis de rodilla y en el 75% de los pacientes se ha alcanzado una correcta verificación de la seguridad de la cirugía, en un 22,2% hubo errores en la recogida de datos o se omitieron datos y en 2,7% no se realizó la valoración.

También consideramos resultados cualitativos obtenidos de la implantación del “checklist”

- Sensibilizar al personal facultativo y de enfermería adscrito a la Unidad de Rodilla y al bloque quirúrgico en relación con los efectos adversos generados por su actuación sobre el paciente.
- Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
- Asegurar la identificación precisa de todos los pacientes en tratamiento quirúrgico.
- Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
- Reducir sustancialmente la morbilidad en el área quirúrgica.
- Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.
- Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Promueve una práctica segura.

### **Conclusiones:**

- El “checklist” o lista de verificación ha constituido una herramienta clave en la mejora de la seguridad de pacientes intervenidos de prótesis de rodilla.
- Contribuye a inculcar la cultura de seguridad clínica en los profesionales.
- Mejora la calidad de la asistencia y la seguridad clínica de pacientes.

## **TERAPIA COMPRESIVA EN ÚLCERAS VARICOSAS**

Ana Cristina Utrillas, Teresa Hernández, Sofía Pérez, Maite Jiménez, Manuel Sanz, Alejandro Fernández, Aurora Andrés, José M<sup>a</sup> Del Val.

*Cirugía General y Aparato Digestivo  
Hospital Obispo Polanco. Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Las úlceras varicosas son una patología de alta prevalencia, que además presentan el inconveniente de la cronicidad y recidiva. Ello supone un reto para el profesional sanitario y un importante problema para el sistema de salud.

### **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo de nuestra experiencia en la consulta de Cirugía relacionada con el tratamiento de las úlceras de las extremidades inferiores. Incluimos 5 casos de pacientes atendidos por dicha patología que han sido tratados mediante terapia compresiva.

### **Resultados:**

Los 5 pacientes son mujeres con insuficiencia venosa crónica. Todas ellas fueron sometidas a una exhaustiva historia clínica y exploración física, incluido Doppler para descartar patología arterial asociada que contraindique la terapia compresiva. Realizamos cuidados locales de la úlcera, que incluyen: el cuidado de la piel perilesional (expuesta al exudado de la herida) mediante productos barrera; el control del exudado mediante apósitos compatibles con la terapia compresiva; el control de la infección, que se vería favorecida por el exudado (mediante antibioterapia sistémica o con el uso de apósitos de plata); el desbridamiento del tejido desvitalizado (ya sea mediante desbridamiento quirúrgico, enzimático o autolítico) y el tratamiento del dolor. Se realizan curas con vendaje compresivo multicapa cada semana en la consulta de cirugía, o en algunos casos cada 3 días, de tal forma que una vez por semana vienen a la consulta y la otra cura se realiza en el Centro de Salud. Dos de ellas presentaron una úlcera secundaria al desbridamiento de un hematoma traumático en la pierna. El resto presentaron úlceras secundarias directamente a su hipertensión venosa. La edad media de las pacientes fue de 69,6 años (46-81) y presentaban un tiempo medio de evolución de sus úlceras de 16 meses (1 – 60 meses). En 2 casos hemos conseguido el cierre completo (con dos y cinco meses de tratamiento). En otra paciente que consultó por úlceras bilaterales conseguimos el cierre de la úlcera en la pierna izquierda a los 2 meses de iniciar el tratamiento. En los otros dos pacientes hemos observado una clara disminución del tamaño de las úlceras.

### **Conclusiones:**

La terapia compresiva tiene por objeto facilitar el retorno venoso hacia el corazón para que la circulación vuelva a ser normal y la herida cicatrice. Así, se ha comprobado que la compresión aumenta la velocidad del flujo de retorno, disminuye el edema, facilita la acción del músculo de la pantorrilla y disminuye la presión en el sistema venoso superficial y en el sistema venoso profundo. Los sistemas multicapa como el que empleamos nosotros ha demostrado un índice de curación del 80%, alcanzándose hasta el 90% en 12 semanas.

## **SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN DISPENSACIÓN AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. EVALUACIÓN DE RESULTADOS.**

Escusa Julián, M; Pérez Martínez, C; Martín Pérez, M<sup>a</sup> D; Doñate Linares, E; Conde Pérez, M<sup>a</sup> D; Sanchis Motilla, R; Gimeno Mora, A ; Agustín Moreno, T; García Herrero, L.

*Servicio de Farmacia.*

*Hospital Obispo Polanco de Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

Pretendemos analizar la percepción y satisfacción que muestran los pacientes externos al hospital a los que se les dispensa la medicación desde nuestro servicio. Con el objetivo de poder conocer aquellas necesidades que queden sin cubrir y mejorarlas en lo posible haciendo partícipes a los profesionales del servicio así como proporcionando los recursos materiales que sean necesarios para conseguirlo.

### **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo de las encuestas realizadas al público tipificado mencionado sobre la satisfacción de los pacientes externos en dispensación ambulatoria desde el servicio de farmacia. La encuesta se pasó en el plazo de un mes, a la cual respondieron 90 pacientes. Se trataba de una encuesta anónima, voluntaria, con preguntas abiertas y cerradas y a la cual podían responder los propios pacientes o la persona encargada de recoger la medicación habitualmente. Su recogida se hacía depositando la encuesta en una caja precintada en la propia unidad de dispensación.

Programas: Excel.

### **Resultados:**

Se recogen 90 encuestas. Porcentaje de encuestas 3%. De las encuestas realizadas 71 de ellas fueron contestadas por el propio paciente y 19 por la persona encargada de recoger la medicación. De las contestadas por el propio paciente el 42% fueron hombres, el 29% mujeres y el 18% ns/nc. De las que fueron contestadas por la persona encargada de recogerlas el 17% hombres, el 32% mujeres y el 39% ns/nc. De los pacientes que responden el 36% vive en Teruel, el 35% no viven en Teruel y el 19% ns/nc. En cuanto a las indicaciones para localizar el servicio de dispensación ambulatoria el 23% responde que es excelente, el 35% muy bueno, el 25% bueno y el 3% malo. Sobre las condiciones de la sala de dispensación para el 19% son excelentes, al 31% le resultan muy buenas, al 36% buenas y al 2% malas. Sobre el grado de intimidad durante la dispensación para el 28% es excelente, para el 29% muy bueno, para el 20% bueno, para el 1% malo y el 6% ns/nc. En cuanto al tiempo de reserva de la medicación (2 días): al 15 % le parece excelente, al 29% le parece muy bueno, al 34% le parece bueno, al 3% le parece malo y al 7% ns/nc. Sobre si han tenido problemas para recibir la medicación: el 61% responde que nunca, el 21% alguna vez, el 2% casi siempre y el 5% ns/nc. No hay ningún paciente que responda en el ítem siempre. A la pregunta de ¿considera adecuada la dispensación mensual? El 85% responde que sí, el 14% que no y el 1% ns/nc. Sobre si consideran adecuado el horario de dispensación ambulatoria el 77% responde sí, el 17% que no y el 6% ns/nc. Valoración global de la puntuación que recibe nuestro servicio: 34%(10) ,22%(9) ,17%(8) ,22%(ns/nc) , 1%(7), 2%(6), 1%(5), 1%(2).

### **Conclusiones:**

Las indicaciones para localizar el servicio de dispensación ambulatoria , así como las condiciones de la sala de dispensación son reconocidas como muy buenas ó buenas en su gran mayoría, no obstante hay pacientes que indican posibilidad de mejora, para lo cual se han tomado medidas al respecto (diseñando carteles que hagan más visible su localización, dotando de más recursos materiales la sala,,,) Pero hay otros intereses reflejados por los pacientes que son más difíciles de mejorar por el momento aunque si tenidos en cuenta como potencial de mejora, tales como que se den dosis para más tiempo, transportar la medicación ambulatoria hasta los pueblos, tener más stock de medicamentos en el servicio.

## **EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO Y LACTANCIA**

Álvarez Cárcel P; Calatayud Gómez E; Hernández Torres A; Tolosa Fraj MP; Vicente Remón A; Barberá Soldado M A.

*Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel.*

### **Introducción / Objetivos:**

La alimentación durante el embarazo, la lactancia y la infancia pueden tener implicaciones importantes en el desarrollo físico e intelectual del niño, además de influir en el desarrollo posterior de enfermedades en el adulto. En estas situaciones que requieren un mayor esfuerzo fisiológico, debido a la producción de cambios biológicos importantes, implican la necesidad de mantener una dieta adecuada, con un aporte suficiente de los diferentes nutrientes en cada momento. 29 farmacias de la provincia han participado en el PLENUFAR IV, recogiendo información a cerca de la alimentación de mujeres embarazadas y madres lactantes y realizando una labor educativa para establecer hábitos saludables.

Nuestro objetivo es establecer hábitos alimentarios saludables en las mujeres embarazadas y madres lactantes, que pudieran influir positivamente en la futura salud de sus hijos.

### **Material y Métodos:**

Valoración del estado nutricional de las mujeres embarazadas y en período de lactancia de la provincia de Teruel durante un período de tres meses. Se realizaron 212 encuestas sobre el estado nutricional y la valoración de los hábitos dietéticos a mujeres en estado preconcepcional (n=67), a embarazadas (n=72) y a mujeres en período de lactancia (n=73). Para mejorar los conocimientos acerca de una alimentación saludable los farmacéuticos impartieron sesiones formativas en la población diana.

### **Resultados:**

Evaluación global mediante las encuestas de mujeres embarazadas:

- El IMC medio de las mujeres antes de su embarazo era de 24.
- En cuanto a los hábitos de vida un 7% era fumadoras activas durante su embarazo.
- El 60% de las mujeres encuestadas consideraba que tenía una dieta variada y equilibrada.
- El consumo diario de hidratos de carbono era menor de lo recomendado (sólo el 20% consumía diariamente) y el de proteínas era superior (el 30% las consumía a diario).
- Más de un 40% consumía bollería industrial y embutidos semanalmente. Lo que supone un aumento del consumo de grasas saturadas.
- También es deficitario el consumo de frutos secos, muy recomendado por el elevado contenido en ácido fólico y en ácidos grasos omega3. Un 25% de las embarazadas nunca los consumía.

### **Conclusiones:**

- La alimentación tanto en estado preconcepcional, como en embarazo y lactancia es bastante buena, existiendo un exceso en el consumo de proteínas y un defecto en el caso de los hidratos de carbono.
- El consumo de bollería industrial y grasas saturadas es superior al recomendado.
- El consumo de ácido fólico como parte de la dieta es escaso, casi el 50% lo toma como complemento alimenticio.
- Es necesario seguir trabajando en el problema de salud que supone el tabaquismo en general, y durante el embarazo en particular.
- El farmacéutico puede intervenir en mejorar los conocimientos y la dieta de las mujeres en estado preconcepcional, embarazadas y en período de lactancia para cubrir las necesidades en estas situaciones especiales.

## **SÍNTOMAS NEUROCOGNITIVOS Y PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTE CON QUISTE EPIDERMOIDE CEREBRAL.**

Pereyra Grustán. Lorena, Esteban Rodríguez. Eugenia, Rebores Amodeo. Sandra, García Gómez. Miguel Ángel, Fonseca López. Cherpentier. Saa Sendra, David.

*Unidad de Agudos de Psiquiatría.  
Hospital Obispo Polanco*

### **Introducción / Objetivos:**

- INTRODUCCIÓN Algunos tumores cerebrales son acompañados por síntomas psiquiátricos de tipo afectivo, psicótico, y del comportamiento. Presentamos un caso de delirio y alteración del comportamiento secundarios a tumor cerebral en un hombre de cuarenta años con diagnóstico de Trastorno Mental Orgánico. Los quistes epidérmicos intracraneales son de origen ectodérmico, representan menos del 1% de los tumores intracraneales expansivos y son benignos de crecimiento lento.

- PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar la respuesta a los psicofármacos de los síntomas neuropsiquiátricos causados por el quiste epidérmoide. Nos centramos en los síntomas psicóticos y la transformación de la personalidad secundarios al tumor cerebral. Enfatizamos en la presentación clínica y los síntomas que pueden llevar a la sospecha de una etiología orgánica más allá de una enfermedad mental primaria.

### **Material y Métodos:**

DESCRIPCIÓN DE UN CASO Paciente de 40 años intervenido de quiste epidérmoide cerebral de línea media hace 7 años. Tras la intervención persiste masa residual de 6x4 cm que ha ido creciendo durante los últimos años. Tras la cirugía diagnosticaron al paciente de Trastorno Frontal Secundario con evolución Subaguda en forma de apatía, anhedonia parcial y fallos de memoria anterógrada que le permitieron hacer una vida relativamente normal. En los últimos dos meses sufre un cambio agudo en forma de disforia, irritabilidad, pérdida de memoria reciente e inmediata, suspicacia y delirio de perjuicio sin sistematización de que le cambian las cosas de sitio. Existe falta de insight. En RM cerebral refieren existencia de masa en línea media polilobulada que produce efecto compresivo sobre cuerno occipital y lóbulo temporal izquierdo que no produce hipertensión intracraneal con dimensiones de 6x5.5x7cm. El EEG demuestra actividad prerrolándica anormal.

### **Resultados:**

Iniciamos tratamiento con ansiolíticos (clorazepato 10 mg/8h), neurolépticos (olanzapina 20 mg/d) y antiepilépticos (valproato 1500 mg/d). Con el tratamiento presentó mejoría en suspicacia y disforia, no volviendo a presentar alteraciones del comportamiento graves como las que produjeron su ingreso. El delirio de perjuicio es irreductible así como la desinhibición sexual. Se mantienen inalterables los síntomas amnésicos y falta de insight, lo que podría contribuir en el futuro al mantenimiento de la suspicacia y la irritabilidad. Creemos necesario nueva valoración neuroquirúrgica para valorar reintervención.

### **Conclusiones:**

Algunos de los síntomas de los tumores cerebrales pueden ser contenidos con psicofármacos. No obstante, la clínica es determinada por la lesión en sí y el impacto que produce en áreas adyacentes. Para hacer un diagnóstico, es necesario realizar una historia médico-psiquiátrica completa, prestando especial atención a los síntomas neurológicos y psiquiátricos y el tiempo de inicio de éstos.

El tratamiento incluye la exéresis de la masa como única forma de resolución completa de los síntomas psiquiátricos. No obstante en función de la localización éstos podrían persistir a pesar de ésta. La psicoterapia es útil para la mejora sintomática, la adaptación al diagnóstico y a las consecuencias de su tratamiento, así como para la mejora general de la calidad de vida.

# LA INFUSIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES EN LA HERIDA QUIRÚRGICA, COMO INTEGRANTE DE LA ANALGESIA MULTIMODAL

Conesa Marín, Vicente José; Ruiz Doñate, José Antonio; Escartín Martínez, Rosario

*Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor*  
*Hospital Obispo Polanco*

## Introducción / Objetivos:

El tratamiento del dolor agudo postoperatorio sigue siendo deficiente en la mayoría de los casos. Sin embargo está demostrado en la literatura, que su adecuado manejo supone una mejora del confort y satisfacción del paciente, una disminución de las complicaciones postoperatorias con un descenso asociado de la morbi-mortalidad, así como una reducción del tiempo de estancia hospitalaria.

Nuestro objetivo, es valorar la eficacia de la infusión continua de anestésicos locales en la herida quirúrgica para el control del dolor, así como el grado de satisfacción del enfermo.

## Material y Métodos:

Los criterios de inclusión empleados son: pacientes intervenidos de cirugía general con laparotomía media y anastomosis primaria, ASA I-II y edad comprendida entre 45-75 años.

Los criterios de exclusión considerados fueron: IMC >30, Enf. Inflamatoria Intestinal, disfunción cognitiva, dolor crónico, consumo previo de opioides, coagulopatía, enfs. psiquiátricas, diabetes, ASA ≥3, prolongación excesiva del tiempo quirúrgico, reintervenciones y la existencia de incisiones múltiples.

Con ello, los pacientes incluidos fueron 14 casos de laparotomía media para cirugía colorrectal con anastomosis primaria, y 11 casos como control.

El manejo anestésico durante la cirugía y en el postoperatorio fue equivalente para no generar sesgos.

En el caso de los 14 enfermos en los cuales se decidió instaurar la terapia a estudio, se les colocó a nivel subcutáneo y por parte del cirujano, un catéter Infiltralong multiperforado de 15 cms (19G x 600mm) en el momento de cierre de la herida quirúrgica. Posteriormente, éste se conectó a una perfusión continua de levobupivacaína 0,25%, a un ritmo de 2 cc/h durante 48 horas con bomba elastomérica.

Para valorar los resultados obtenidos, se utilizó la escala numérica simple (0-10) en planta a las 24 y 48 horas para control de la intensidad del dolor, y una escala numérica del 0 al 10 que cuantificaba el grado de satisfacción del paciente con la terapia analgésica empleada en las primeras 48 horas postoperatorias.

## Resultados:

En cuanto a la valoración del dolor, se evidenció que a las 24 horas el porcentaje de pacientes que presentaban un grado de analgesia aceptable (EVA menor a 5) era de un 66,6%, en contraposición con los pacientes que no portaban la perfusión continua subcutánea que era de un 45,4%.

Con respecto a los datos a las 48 horas, un EVA menor de 5 se presentó en el 86,6% de los integrantes del primer grupo frente al 72,7% del segundo.

El grado de satisfacción a las 48 hs. fue de un valor medio de 9, en el grupo de catéter subcutáneo, y de 6.5 en el caso de no presentar éste.

## Conclusiones:

Nuestros resultados son comparables a otros estudios realizados en la literatura científica con respecto al tema tratado, evidenciándose: un mejor control analgésico, una disminución de los efectos secundarios por mórficos, una buena satisfacción del paciente, así como que se trata de una técnica segura, con una colocación simple y cómoda, y con un manejo sencillo en planta.

## **DERRAME PLEURAL QUILIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

N. Sanllehí Vila, M.I. Valbuena Turienzo, A. Valero, M. P. Martínez Cortés, \*P. Gracia, J. Horno Delgado.

*Servicio de Análisis Clínicos. \*Servicio de Medicina Interna.  
Hospital General Obispo Polanco (Teruel)*

### **Introducción / Objetivos:**

El derrame pleural (DP) colesterínico o quiliforme (pseudoquilotórax) es una forma poco frecuente de DP de curso crónico, caracterizado por un líquido rico en colesterol. En contraposición al quilotórax, mucho más frecuente, el análisis bioquímico del pseudoquilotórax revela la existencia o de cristales de colesterol o de unas cifras de colesterol >250 mg/dl.

Las dos etiologías más comunes son la Tuberculosis pleural 54% y los derrames secundarios a Artritis Reumatoide (9%), aunque en muchos pacientes el origen del DP permanece indeterminado. La teoría más aceptada es que los derrames colesterínicos se forman a partir de exudados que permanecen durante largo tiempo atrapados en el espacio pleural, rodeados de una pleura engrosada y fibrótica. Su patogenia es desconocida, pero se piensa que se originan por la acumulación de los productos de degradación de las células presentes en el derrame (hematíes, leucocitos..).

Le caracteriza su elevado contenido en colesterol, bajo contenido en triglicéridos (<50 mg/dl) y ausencia de quilomicrones. La presencia de cristales de colesterol tiene valor diagnóstico, aunque no es constante, y tampoco se correlaciona siempre su presencia con la concentración de colesterol en el líquido o en suero.

Nuestro objetivo es dar a conocer un hallazgo poco frecuente como son los cristales de colesterol en líquido pleural y su significado clínico.

### **Material y Métodos:**

Presentamos el caso de un paciente de 82 años que acude por disnea progresiva, disnea paroxística nocturna, edema en extremidades inferiores de una semana de evolución, con antecedentes de HTA, DM2, hipercolesterolemia, cardiopatía esclerosa y neumonía con atelectasia izquierda.

ECO y Rdx abdominal sin alteraciones valorables. Se le practica TC torácico que revela abundante derrame pleural derecho de contorno ligeramente lobulado en la región superior. Atelectasia del LID posiblemente por compresión. Al paciente se le practicó toracocentesis diagnóstica. El líquido recibido en el laboratorio presentaba un aspecto amarillo brillante y turbio por la presencia de partículas doradas en suspensión (microcristales). Se determina: glucosa, proteínas, albúmina, colesterol y triglicéridos. El recuento obtenido fue de 225 leucocitos/mm<sup>3</sup> (69% mononucleares, 31% polinucleares), destacando la presencia de abundantes cristales de colesterol confirmados con microscopía óptica de luz polarizada. El análisis citológico revela un predominio de células mononucleares, con abundantes histiocitos y células mesoteliales, sin células atípicas, además de los cristales. ADA: 37,5 UI/L. Exploraciones complementarias: bioquímica general, cultivos aerobio y anaerobio (-), proteinograma normal, mantoux(+), serologías infecciosas: (-), esputo (3 muestras) micobacterias: (-) tras 40 días de incubación. PCR M. tuberculosis: (-). Se replicó el recuento inicial (hemocitómetro) con un contador hematológico. Se solicita pleuroscopia diagnóstica y se cita al paciente a la semana de realización de la misma.

### **Resultados:**

- 1-Las características bioquímicas del líquido indican que se trata de un exudado.
- 2- El líquido procesado con el contador da un resultado de 17400 leucocitos/mm<sup>3</sup>.
- 3- Tras mejoría, se le da de alta pendiente de diagnóstico y tratamiento los resultados de la pleuroscopia.
- 4- Con los datos mencionados se propone como juicio clínico: Exudado pleural crónico, probable tuberculosis pleural.

### **Conclusiones:**

- Valor diagnóstico de los cristales de colesterol: Aunque su ausencia en LP no descarta un pseudoquilotórax, su hallazgo, sí es diagnóstico de pseudoquilotórax.
- La etiología del derrame queda pendiente de resolución a espera de resultados (pleuroscopia).
- La bibliografía consultada revela que un porcentaje de pacientes con derrames crónificados de estas características queda sin diagnosticar.
- En la bibliografía consultada se describe la asociación de presencia de cristales de colesterol con falsas elevaciones del recuento leucocitario empleando contadores automatizados, este hallazgo pudimos comprobarlo con nuestro líquido (225 leucocitos/mm<sup>3</sup> vs. 17.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>).
- La fiabilidad de los resultados depende de la calidad de la muestra obtenida (contenedor de muestra y aditivos empleados, agitación pertinente, si es preciso condiciones anaerobiosis etc).

# ESTUDIO DE LOS NIVELES DE FÁRMACOS EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

N. Sanllehí Vila, M. I. Valbuena Turienzo, P. Muñoz Espílez\*, J. Horno Delgado.

*Servicio de Análisis Clínicos, \*Inspección de Farmacia.  
Hospital General Obispo Polanco (Teruel)*

## Introducción / Objetivos:

La farmacocinética clínica es una ciencia de carácter multidisciplinar y de un gran interés sanitario, siendo su objetivo en la práctica asistencial la individualización posológica, u optimización de los tratamientos farmacológicos a fin de alcanzar la máxima eficacia terapéutica con la mínima incidencia de efectos adversos. Los inicios de la farmacocinética clínica se sitúan a mediados de los años setenta. Varios estudios recientes publican que son pocos los hospitales que realizan seguimiento de fármacos, limitándose la mayoría únicamente a la determinación de niveles plasmáticos, como es nuestro caso.

El interés de la determinación de niveles plasmáticos de fármacos se limita a medicamentos que presentan un estrecho rango terapéutico o presenten una gran variabilidad individual o interindividual en su perfil farmacocinético: sospecha de incumplimiento o infradosificación, sospecha de toxicidad o intoxicación aguda, interacciones, situaciones clínicas que afectan a la farmacocinética del fármaco: Insuficiencia renal, , I. hepática, obesidad, otros tratamientos..

Nuestro objetivo es dar a conocer las peticiones que hemos recibido en nuestro laboratorio durante un periodo de 12 meses, analizar los resultados analíticos obtenidos, concienciar a las distintas partes implicadas sobre la importancia de la fase preanalítica: condiciones de extracción (obtención de la muestra en los tiempos adecuados), envío y conservación y los tratamientos vigentes medidos como DDD y seguimiento de estos pacientes. La determinación racional de niveles plasmáticos de fármacos es un instrumento de comprobación de su uso clínico.

## Material y Métodos:

Se recogen los datos de los niveles de fármacos: Carbamazepina, Digoxina, Fenitoina, Fenobarbital, Litio y Teofilina que se han determinado en el laboratorio de urgencias en el periodo comprendido entre octubre de 2009 y septiembre de 2010. Las determinaciones se realizaron con el autoanalizador Vitros 350 de Orthoclinical Diagnostics, empleando tecnología de química seca.

## Resultados:

Los niveles obtenidos para cada uno de los fármacos se clasificaron en 2 grupos: niveles normales y niveles patológicos, subdividiéndose éstos a su vez en B (bajos), BB (muy bajos), A (altos), AA (muy altos).

| Prueba             | n   | Normales    | Patológicas | BB        | B           | A          | AA         | Valor mín. | Valor máx | Media      |
|--------------------|-----|-------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|------------|-----------|------------|
| srn-Carbamazepina  | 44  | 36 (81,8%)  | 8 (18,1%)   | 0         | 8 (18,1%)   | 0          | 0          | 1          | 9,8 mg/L  | 6,37 mg/L  |
| srn-Digoxina       | 894 | 470 (52,5%) | 424 (47,4%) | 0         | 371 (41,5%) | 29 (3,24%) | 24 (2,68%) | 0,3 ng/ml  | 9 ng/ml   | 1,06 ng/ml |
| srn-Fenitoina      | 47  | 27 (57,4%)  | 20 (42,5%)  | 9 (19,1%) | 6 (12,7%)   | 3 (6,38%)  | 2 (4,26%)  | 2 mg/L     | 28 mg/L   | 11,4 mg/L  |
| srn-Fenobarbital   | 34  | 24 (70,5%)  | 10 (29,4%)  | 3 (8,82%) | 3 (8,82%)   | 2 (5,88%)  | 2 (5,88%)  | 1,3 mg/L   | 88,9 mg/L | 27,2 mg/L  |
| srn-Litio          | 178 | 86 (48,3%)  | 92 (51,6%)  | 0         | 85 (47,7%)  | 5 (2,81%)  | 2 (1,12%)  | 0,2        | 5         | 0,69       |
| srn-Teofilina      | 27  | 11 (40,7%)  | 16 (59,2%)  | 4 (14,8%) | 12 (44,4%)  | 0          | 0          | 0,1 mg/L   | 18,1 mg/L | 8,65 mg/L  |
| srn-Teofilina pico | 18  | 18 (100%)   | 0           | 0         | 0           | 0          | 0          | 4,2 mg/L   | 17,2 mg/L | 11,73 mg/L |

## Conclusiones:

- Los niveles de fármacos más solicitados son srm-digoxina (71,9%) y srm-Litio (14,33%)
- srm-Litio y srm-digoxina son los que presentan mayor porcentaje de datos anómalos.
- Respecto a los datos anómalos destacan los niveles bajos (incumplimiento, infradosificación ...
- Al realizar este trabajo hemos detectado algunas cuestiones que es posible mejorar. La existencia de un volante específico podría aportar datos sobre el paciente y la extracción, a tener en cuenta, por su implicación en una posible decisión terapéutica.
- Dado que no tenemos constancia de que el momento de la extracción haya sido el adecuado, no podemos hacer consideraciones al respecto. El hecho de tener este dato creemos que mejoraría la calidad preanalítica para el análisis de fármacos.

## UTILIZACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES TUNELIZADOS EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO.

Antonio Gascón Mariño, Francisco Martín Marín\*, Emilia Iglesias Quirós, Almudena Núñez Sánchez, Belén Moragrega Cardona.

*Nefrología*

*Hospital Obispo Polanco de Teruel. Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza\*.*

### Introducción / Objetivos:

Los catéteres venosos centrales (CVC) tunelizados se han revelado como una buena opción de acceso vascular en hemodiálisis (HD), especialmente en pacientes con un precario sistema vascular en los que puede llegar a ser dificultoso obtener una fístula arteriovenosa interna (FAVI) como acceso vascular. Las Guías de acceso vascular en HD de la Sociedad Española de Nefrología recomiendan evitar la utilización prolongada en el tiempo, no más de 3 semanas, de CVC temporales de HD no tunelizados. Objetivo: analizar la utilización de CVC tunelizados en la Unidad de HD de Teruel.

### Material y Métodos:

Actualmente se dializan 43 pacientes en la Unidad de HD de Teruel, 26 hombres y 17 mujeres. Edad media 72.95 años, con un rango de 35 a 91 años. De los 43 pacientes, 17 enfermos ( 9 mujeres y 8 hombres ) utilizan un CVC tunelizado como acceso vascular para HD, que representa el 39.53% de la población en diálisis. La edad media de los pacientes portadores de CVC tunelizado es de 76.47 años. De ellos el 76.5% son mayores de 75 años. Los catéteres utilizados son tipo Tesio e implantados en el servicio de Nefrología del Hospital Clínico de Zaragoza por un nefrólogo intervencionista que en ocasiones requiere la colaboración del Servicio de Cirugía Vascular. La localización principal de los CVC tunelizados es la vena yugular interna derecha en 12 casos, la vena femoral derecha en 3 casos y la vena yugular interna izquierda en 2 casos. Ante la existencia de infección no controlada de los CVC tunelizados, estos son retirados en quirófano por el Servicio de Cirugía General de nuestro Hospital.

### Resultados:

En el año 2010 se han implantado 10 CVC tipo Tesio a pacientes de HD en Teruel. Todos presentaban problemas de acceso vascular: fístulas arteriovenosas no funcionantes o infectadas, infección o deterioro de catéteres previos que habían condicionado su retirada. En el año 2009 se insertaron siete CVC tunelizados, en el año 2008 cinco catéteres y en el año 2007 seis catéteres. Se objetiva un incremento progresivo en la utilización de CVC tunelizados que nos permiten adecuarnos a las normas de actuación que recomiendan no utilizar catéteres temporales no tunelizados por periodos superiores a 3 semanas. Por otra parte, los pacientes refieren una mayor confortabilidad con estos catéteres tunelizados, se logra un mayor flujo de sangre que oscila entre 280 a 350 ml/min, menos disfunciones posicionales del catéter, se reduce la incidencia de infecciones y la vida media de los catéteres es superior a 12 meses. En relación a datos disponibles del año 2008, de los 41 pacientes en HD en Teruel, 12 se dializaban utilizando un catéter Tesio, que representaba el 29,27% de la población en HD, porcentaje inferior al 39.53% actual. Este dato confirma el progresivo incremento en la utilización de CVC tunelizados en la unidad de HD de Teruel. Actualmente hay 6 pacientes que se dializan con un CVC tunelizado desde hace más de 2 años. Los cuidados estrictos de los CVC tunelizados por la enfermería de HD permite evitar infecciones y prolongar su vida útil.

### Conclusiones:

El acceso vascular óptimo para HD es la FAVI. No obstante, ante un malfuncionamiento, trombosis o infección de la FAVI debemos asegurar un acceso vascular con un CVC tunelizado lo antes posible. Se debe solicitar una nueva FAVI al servicio de Cirugía Vascular, y hasta que la nueva FAVI pueda ser utilizada debemos evitar el uso de CVC temporales de HD no tunelizados. En pacientes con agotamiento vascular para realizar nueva FAVI es imprescindible utilizar CVC tunelizados. En la Unidad de HD de Teruel se aprecia un incremento progresivo en los últimos años en la utilización de estos catéteres que mejora la calidad asistencial de nuestros enfermos.

## ENTERITIS RADICA, COMPLICACIÓN Y TRATAMIENTO

Rueda Alcárcel C.; López Bañeres M.; Aguado Pérez M.; Balciscueta Coltell Z.; Primo Romaguera V.; Chiralt Carrera A.; Ahmad Hassan-Mohamed M.; Asencio Arana, F.

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

### Introducción / Objetivos:

Cerca de un 50% de pacientes reciben radioterapia como parte del tratamiento de varios tipos de cánceres de tracto digestivo, urológico o ginecológico. La radiación induce daño tisular afectando al endotelio, causando: hipoxia, inflamación, fibrosis, isquemia del intersticio y subsecuentemente necrosis del tejido. Al aumentar la sobrevida de estos pacientes, la enteritis actínica en tanto que efecto adverso crónico, se convierte en un problema cada vez más frecuente cuya verdadera prevalencia es desconocida (entre 5 a 20% de los expuestos). La prevención y el tratamiento médico no están del todo protocolizados debido a la falta de estudios de evidencia científica adecuada.

El objetivo es presentar un caso de enteritis actínica crónica manejada en un principio con medidas conservadoras y experimentales y requiriendo intervención quirúrgica urgente con buena evolución post-operatoria.

### Material y Métodos:

A propósito de una mujer de 42 años con antecedentes de HTA, tabaquismo y carcinoma epidermoide de cérvix IB2 tratado con linfadenectomía pélvica y para-aórtica y tratamiento adyuvante con quimioterapia (cisplatino x 6 semanas) y radioterapia (50Gy en útero y linfáticos y pélvicos y 66Gy en parametrios) + braquiterapia hasta 22Gy.

La paciente no presenta síntomas que sugieran enteritis aguda post- RDT y solo 14 meses después de la irradiación refiere molestias abdominales inespecíficas y estreñimiento. Un mes después es hospitalizada por dolor abdominal inespecífico, realizando coprocultivos y TAC abdominal que indica cambios post-RDT con afectación de intestino delgado y edema de pared del sigma. Recibe manejo sintomático ambulatorio pero 2 meses después presenta nuevo ingreso por cuadro de diarrea líquida, dolor abdominal y vómitos que se alternan con cuadros sub-occlusivos de intestino delgado.

### Resultados:

Con la impresión diagnóstica y radiológica de enteritis actínica y cuadro sub-occlusivo secundario se ingresa a la paciente en nuestra unidad con tratamiento conservador con reposo intestinal y colocación de SNG, reposición hidro-electrolítica y NPT. Rx abdomen: dilatación de asas de delgado sin niveles hidroaéreos. Tránsito intestinal: dilatación de asas de delgado sin evidencia de oclusión anatómica clara y retardo en el tránsito sobretudo en íleon distal. La evolución general de la paciente es mala, por lo que se intentan medidas experimentales iniciando Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), recibiendo 20 sesiones de 35 programadas. La respuesta a las mismas es buena al principio pero desarrolla oclusión intestinal completa por lo que se realiza laparotomía de urgencia encontrando absceso pélvico, engrosamiento del sigma y plastrón retro-uterino que involucra asa de íleon distal, edematizada y fibrosa con gran dilatación retrógrada de asas, que se reseca, haciendo una anastomosis íleo-ileal termino-terminal manual. No requiere resección del sigma y no se hace ostomía de protección. El post operatorio es adecuado con buena tolerancia alimentaria y recuperación de hábitos intestinales normales. No presenta molestias intestinales ni signos de infección abdominal al alta.

Hay poca evidencia científica que indique cual es el tratamiento ideal de la enteritis actínica. La Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) es un tratamiento no invasivo que proporciona presiones parciales de oxígeno elevadas. Induce la angiogénesis, estimulando la microvascularización y facilita la formación de tejido de granulación incluso en tejidos previamente hipóxicos (ej. Irradiados). Hay estudios que sugieren mejor evolución post-operatoria tras exposición pre-Qx a OHB.

Los criterios de cirugía en enteritis actínica son obstrucción intestinal por estenosis, dolor, perforación de víscera hueca, sangrado o casos intratables de forma conservadora.

### Conclusiones:

La radioterapia hace parte del arsenal terapéutico usado a diario con hasta 50% de comorbilidad crónica importante. El tratamiento específico de la enteritis actínica no está bien establecido pero se considera de elección un manejo conservador no invasivo, dejando el rescate quirúrgico para casos seleccionados. Se requieren estudios de peso estadístico para definir la OHB como parte del tratamiento médico o como profilaxis del fallo de causa isquémica de suturas gastrointestinales.

## ACATISIA; NO SÓLO UN SÍNDROME MOTOR

J.D. Saa Sendra, G. Gómez Bernal, L.C. Iglesias Echegoyen, M.A. García Gómez, A. Mont Canela, E. Esteban Rodríguez

*Servicio de Psiquiatría  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

El diagnóstico de acatisia puede ser difícil.

Es una patología muy frecuente, que normalmente es infradiagnosticada, y por lo tanto tratada de forma errónea, provocando un malestar intenso en las personas que la sufren.

Con el presente trabajo pretendemos hacer hincapié en la importancia del diagnóstico de acatisia y de sus diferentes subtipos, explicando las diferentes formas de presentación, y así, evitar que pase desapercibida.

### **Material y Métodos:**

En la fisiopatología de la acatisia están involucrados diferentes receptores (dopamina, acetilcolina, GABA, noradrenalina, serotonina y neuropéptidos).

Se discute la idea de algunos científicos de que la acatisia se debe a un simple bloqueo de receptores de dopamina: en el uso de quetiapina y clozapina, neurolépticos que a dosis normales no producen parkinsonismos, se ha podido observar la aparición de acatisia.

Según el DSM IV se define acatisia como quejas subjetivas de inquietud que se acompañan de movimientos observables (p. ej.: movimientos de piernas, balanceo de pierna a pierna, paseos o incapacidad para permanecer sentado o estar en pie) que aparecen varias semanas después de iniciar o aumentar la dosis de neurolépticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales).

La acatisia consta de 3 componentes: acatisia subjetiva, distress y fenómenos motores.

La acatisia subjetiva se trata de un sentimiento de inquietud que los pacientes pueden diferenciar de la agitación. Es una causa frecuente de suicidio.

### **Resultados:**

Muchos pacientes pueden reprimir la necesidad de moverse, afectando el diagnóstico de acatisia. No obstante la acatisia subjetiva es un componente que se presenta desde el principio.

La BARS es la escala más utilizada para el screening de acatisia, valorando items objetivos y subjetivos de inquietud, así como distress y consciencia de inquietud.

Consecuencias: falta de adherencia al tratamiento, suicidio, violencia y auto-heteroagresividad, empeoramiento de la psicosis, abuso de sustancias, aumento del riesgo de discinesia tardía.

Diagnóstico diferencial: agitación secundaria a otras enfermedades psiquiátricas, retirada de tóxicos, síndrome de piernas inquietas, discinesia tardía.

Tratamiento:  $\beta$ -bloqueantes, benzodiazepinas, anticolinérgicos, reducción de dosis de neurolépticos.

### **Conclusiones:**

En el diagnóstico de acatisia se debe prestar atención a la inquietud subjetiva relatada por el paciente. Además es de vital importancia diferenciar los subtipos de ésta. Es importante remarcar que la dopamina no es el único neurotransmisor involucrado en la producción de acatisia.

## **CREATIVIDAD, GENIALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL**

J.D. Saa Sendra, D. Escribano Pérez, S.Reboreda, A.Mont Canela, L.C. Iglesias Echegoyen, L.Pereyra Grustán.

*Servicio de Psiquiatría  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

Numerosos autores hacen referencia a la asociación entre el origen de la creatividad y el origen de la psicopatología. No obstante "originalidad" significa regresar al origen, y ese es el venero y el impulso apreciable y apreciado en las producciones artísticas de los enfermos mentales.

En este trabajo se pretende ver la asociación entre la creatividad y la enfermedad mental.

### **Material y Métodos:**

Se realiza la presentación de un caso clínico y una revisión bibliográfica sobre el tema.

Paciente de 23 años con antecedentes psiquiátricos de seguimiento por la USM de Teruel desde los 14 años por alteraciones conductuales, consumo de tóxicos, ingresando en UCE psiquiatría de Teruel en 4 ocasiones (entre 2006 y 2009) con diagnósticos de trastorno de la personalidad, consumo perjudicial de tóxicos y psicosis por tóxicos.

La paciente acude al HOP con clínica psicótica y la presencia de tóxicos en orina positivos para cocaína y cannabis. Durante su estancia en UCE presenta ideación delirante de contenido místico, hiperactividad, verborrea, con aumento de la creatividad (llena la unidad de dibujos y esculturas de papel).

### **Resultados:**

A los días del inicio del tratamiento con estabilizadores del ánimo y neurolépticos la paciente se muestra más tranquila y contenida, cediendo la ideación delirante y mejorando el pensamiento desorganizado, pero manifiesta su disconformidad por el tratamiento ya que "no puede crear como en días anteriores".

Diversos autores han relacionado la creatividad con el temperamento melancólico o con trastornos de la personalidad, viéndose en un estudio reciente la asociación de trastornos de la personalidad en personas dedicadas al mundo del arte.

Se ha observado en estudios de neuroimagen que en personas más creativas existe una hiperactivación cerebral incrementándose el flujo cerebral en lóbulos frontales y temporales. Esta hiperactividad neural explicaría el elevado riesgo de fatiga emocional y depresión en los artistas (fatiga neuropsicológica).

### **Conclusiones:**

Aunque algunos estudios realizados nos permitan apreciar una relación entre arte y enfermedad mental, a día de hoy no nos permiten aportar una respuesta sobre cuál es el motivo de dichos procesos neuronales en la creatividad y qué relación tienen con la enfermedad mental

## **ANABOLIZANTES Y PSICOSIS**

J.D. Saa Sendra, L. Pereyra Grustán, B. Gómez Chagoyen, O.P. Lafuente, E. Esteban Rodríguez, M.A. García Gómez

*Servicio de Psiquiatría  
Hospital Obispo Polanco de Teruel*

### **Introducción / Objetivos:**

Los esteroides anabolizantes androgénicos se emplean ampliamente de manera ilegal, especialmente por jóvenes que quieren aumentar la masa y la potencia musculares, con fines deportivos o simplemente para mejorar el aspecto personal.

El abuso de EAA puede tener múltiples reacciones adversas entre ellos el trastorno psicótico y los trastornos del ánimo producidos por éstos.

El trastorno psicótico asociado al consumo de EAA es raro, con el presente trabajo pretendemos hacer una revisión bibliográfica del tema a través de la presentación de un caso clínico.

### **Material y Métodos:**

Paciente varón de 41 años con antecedentes médicos de HTA, granulomas por “aceite” en ambos brazos tras administrárselo intramuscularmente mientras practicaba culturismo y hernia discal. Antecedentes personales psiquiátricos de consumo abusivo de anfetaminas y anabolizantes con seguimiento en unidad de toxicomanías. En tratamiento en el pasado con olanzapina, valium y gabapentina. Niega consumo de tóxicos desde hace 3 meses, no presenta ingresos psiquiátricos previos.

El paciente es detenido por conducción temeraria, presentando heteroagresividad hacia las fuerzas del orden público. Está consciente, orientado, hiperalerta, vigilante con actitud displicente y suspicaz. Actitudes demostrativas de su masa muscular, hostilidad manifiesta, respuestas evasivas, tensión emocional evidente. Conducta oposicionista a recibir tratamiento médico. Impresiona de alucinaciones auditivas (lleva papel higiénico en los oídos). Comenta delirio de complot de los americanos hacia sus familiares. Impresiona de control parcial de sintomatología psicótica predominando las alteraciones conductuales.

### **Resultados:**

Se realizan tóxicos en orina observándose cuerpos cetónicos y gran cantidad de proteínas en orina. No aparecen tóxicos.

Administramos haloperidol 30 gotas c/8 h por toma de alimentación líquida, con desconocimiento del paciente dada su negativa a la toma de fármacos, y valium 10 mg c/8h. Con el tratamiento instaurado mejora la conducta de forma evidente, así como la heteroagresividad, hostilidad y suspicacia.

La vigorexia aparece en 6-10 % de los usuarios habituales de gimnasio. Se trata de un trastorno de tipo cognitivo en el cual el sujeto tiene una percepción errónea de su propia imagen (dismorfia muscular). El sujeto presenta un reforzamiento negativo, es decir, malestar emocional en el momento de disminuir las horas de ejercicio. Los sujetos perciben mal su cuerpo, cómo más débil o más pequeño, y en algunos casos hacen uso de los anabolizantes para ayudar a aumentar la masa muscular.

En la mayoría de los casos de síntomas psicóticos por anabolizantes éstos remiten tras la interrupción de la sustancia causal, aunque ocasionalmente requieren un tratamiento breve con antipsicóticos.

### **Conclusiones:**

El uso cada vez más extendido de los EAA entre la población hace prever un aumento reacciones adversas derivadas de estos fármacos.

Sería necesario la detección temprana de pacientes con éste tipo de dismorfia corporal para iniciar tratamiento psicoterapéutico y farmacológico.

# **SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO DEL PIE SIN FRACTURAS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Fuertes Vallcorba, T. Espallargas Doñate, D. García Aguilera, JV. Díaz Martínez, A. Castro Sauras, C. Martín Hernández

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

## **Introducción / Objetivos:**

Se define síndrome compartimental como un incremento de la presión intersticial en un compartimento osteofascial cerrado que determina un compromiso microvascular. Los compartimentos más afectados son aquellos con estructuras óseas o fasciales poco adaptables, sobre todo en la pierna y antebrazo. Sin embargo, este síndrome puede aparecer en cualquier lugar que posea una fascia importante, como en el pie. Puede ser agudo, secundario a traumatismos, o crónico. Es de vital importancia su reconocimiento y diagnóstico precoz ya que si no se instaura un tratamiento eficaz temprano, conlleva la aparición de importantes secuelas. Presentamos un caso clínico de un paciente con un traumatismo directo en el pie, aparentemente benigno, sin fractura, que desarrolló un síndrome compartimental agudo en pocas horas que requirió de fasciotomía urgente.

## **Material y Métodos:**

Se expone el caso de un varón de 25 años sin antecedentes de interés que presenta un traumatismo directo en su pie derecho por caída de un objeto pesado. Acude a urgencias por presentar dolor, impotencia funcional y tumefacción del mismo. Se realiza estudio radiológico no observando lesiones óseas. Se ingresa para observación y a las dos horas de evolución se objetiva un importante aumento de la tumefacción del pie, con aparición de disestesias e hipoestesia en dedos e importante dolor. Se decide medir la presión intracompartimental según técnica de Whitesides y es mayor de 30 mmHg. Con el diagnóstico se interviene quirúrgicamente de urgencia realizando fasciotomías de los distintos compartimentos del pie.

## **Resultados:**

La evolución posterior es satisfactoria con una recuperación prácticamente total sin objetivar secuelas importantes en la funcionalidad del pie.

## **Conclusiones:**

La fisiopatología del síndrome compartimental en el pie es similar al mecanismo del síndrome compartimental en los miembros inferiores, sin embargo, es una lesión que se reconoce peor. Parece existir una compleja relación entre la energía liberada en el momento de la lesión y el desarrollo de síndrome compartimental en el pie, por ello las lesiones con aplastamiento tienen una alta probabilidad de provocar un síndrome compartimental (hasta un 27%), así como la presencia de múltiples fracturas de la región metatarsofalángica, las luxaciones de Lisfranc o las fracturas de calcáneo (10%). El dolor y los cambios sensitivos típicos del cuadro son menos aparentes en el pie en comparación con el síndrome compartimental en las piernas, de ahí la importancia de la monitorización invasiva directa de la presión compartimental en esta localización y la vigilancia constante del médico ya que este síndrome puede desarrollarse incluso 36 horas después de la lesión. Una vez que se sospecha la existencia de un síndrome compartimental, actualmente el tratamiento más liberador para descomprimir todos los compartimentos es mediante un abordaje con tres incisiones, dos dorsales y una medial, las cuales se deben cerrar secundariamente de 5 a 7 días después. Un síndrome compartimental no tratado puede dar lugar a la aparición de dedos en garra que pueden producir dolor y dificultad para calzarse, precisando en algunos casos una liberación quirúrgica y un realineamiento de los dedos.

## ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA BILATERAL SOBRE CADERAS DISPLÁSICAS

T. Espallargas Doñate, A. Castro Sauras, JC. Roncal Boj, JA. Blanco Llorca, A. Fuertes Vallcorba, D. García Aguilera, JV, Díaz Martínez, C. Martín Hernández

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

### **Introducción / Objetivos:**

La sustitución protésica sobre caderas displásicas constituye un importante reto quirúrgico. Esto es debido a las dificultades que plantean las alteraciones anatómicas severas que aparecen. Además, estas prótesis se suelen implantar en pacientes jóvenes lo que conlleva la necesidad de optar por implantes duraderos y que preserven la mayor cantidad de stock óseo posible con vistas a un posible futuro recambio protésico. Hay que tener en cuenta la posibilidad de embarazo de las mujeres jóvenes a la hora de aconsejar o no un par de fricción metal-metal en la sustitución protésica articular de cadera. Presentamos un caso clínico de una mujer joven con displasia bilateral de caderas que precisó de sustitución protésica de ambas.

### **Material y Métodos:**

Se presenta el caso de una mujer de 32 años de edad con displasia del desarrollo bilateral de caderas. Como antecedentes presenta una alteración de la talla en la niñez que precisó tratamiento con hormona de crecimiento, hiperprolactinemia y estrabismo ocular. La paciente ha manifestado su deseo de tener hijos.

A los 29 años acude a la consulta por presentar coxalgia bilateral severa, claudicación de la marcha y limitación de la movilidad importante de ambas caderas que le incapacitan para realizar actividades de la vida cotidiana. En el estudio radiológico se observa una displasia del desarrollo bilateral de ambas caderas grado I de Crowe y de tipo displásico según Hartofilakidis. El estudio analítico es normal. Se instaura tratamiento médico con AINES, analgésicos, protectores de cartílago y terapia rehabilitadora sin resultados, por lo que se le propone cirugía protésica.

### **Resultados:**

Con 30 años se opera su cadera izquierda practicando una artroplastia total de cadera no cementada de metal trabecular de tantalio, mediante un abordaje lateral directo, con par de fricción cerámica-polietileno, implantando el cotilo en su posición anatómica y sin precisar aloinjertos estructurales. Su evolución es completamente satisfactoria, obteniendo una puntuación final en la escala de Harris de 89 puntos. Ante los buenos resultados obtenidos, un año más tarde se procede a la protetización de su cadera contraria realizando, nuevamente, una artroplastia total no cementada, con el mismo abordaje, modelo y par de fricción, y sin precisar tampoco aloinjertos para implantar el cotilo en posición anatómica. El postoperatorio cursa sin complicaciones y en su evolución el resultado también es excelente con 90 puntos en la escala de Harris. En la actualidad se encuentra totalmente asintomática, realiza vida normal y no se observan signos de aflojamiento protésico en ambas caderas.

### **Conclusiones:**

La cirugía protésica sobre caderas displásicas del desarrollo es difícil por las peculiaridades anatómicas existentes, por la posibilidad de realizarse en pacientes que en la infancia ya han precisado de cirugía previa sobre sus caderas, y por la edad relativamente joven de los pacientes. Algunos autores limitan la indicación de cirugía protésica en estos casos a displasias grados I-II-III de Crowe, con una anteversión femoral menor de 45° y con una relativamente buena calidad ósea. La prótesis ideal sería aquella que mantuviese el mayor stock óseo posible y cuyo par de fricción fuese el más idóneo para evitar la necesidad de recambiarla en un corto espacio de tiempo. Al ser la paciente una mujer en edad fértil y que expresa su deseo de tener hijos, descartamos el par de fricción metal-metal por el posible paso de iones metálicos a través de la barrera placentaria que pudiese alterar el crecimiento fetal en un futuro embarazo. Las prótesis no cementadas de metal trabecular de tantalio aportan una muy buena osteointegración con una mayor durabilidad de los componentes. Es muy importante implantar las prótesis de manera anatómica lo que implica el uso de aloinjertos estructurales o la realización de osteotomías a nivel femoral.

Según la bibliografía, los resultados de las prótesis de cadera en este tipo de pacientes cuando se colocan de manera correcta son bastante similares a los obtenidos cuando se implantan en casos de coxartrosis.

En nuestra paciente no fue preciso el uso de aloinjertos acetabulares, al poderse reconstruir el centro de rotación de las caderas de forma correcta, y se pudo recomponer la longitud de las extremidades inferiores sin practicar osteotomías ni tenotomías. El resultado es excelente lo que nos anima a afrontar nuevos retos en este campo