

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

EFFECTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LAS
“GUÍAS DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIR A LA SEPSIS”
EN LA MORTALIDAD EN LA UCI

JORNADAS CIENTÍFICAS 2010

UCI HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL

OBJETIVOS



Promover cambios en el Proceso Asistencial de la Sepsis Grave implantando las Guías Clínicas de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis.

1.Cumplimiento del 100% de los Indicadores de Proceso Asistencial:

1.1.Diagnóstico precoz de sepsis grave en UCI

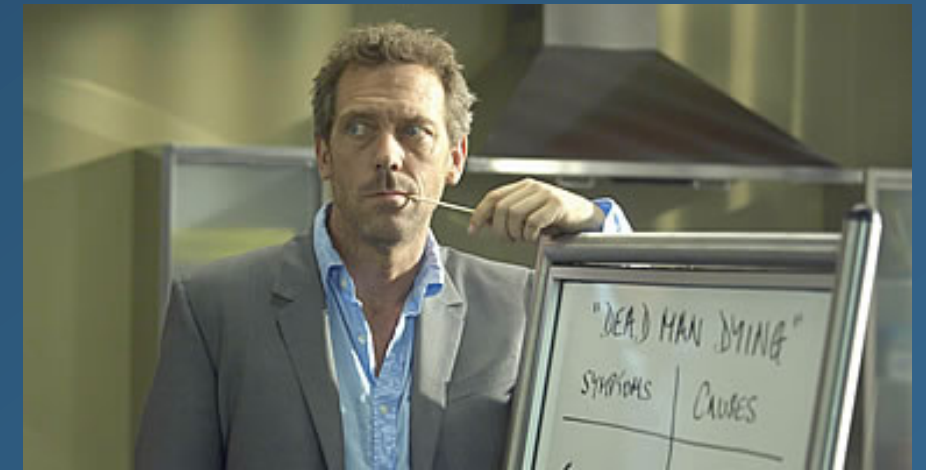
1.2.Seguimiento de Paquetes de medidas de las Guías de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis 2004-2008



2.Disminución de la mortalidad de la sepsis grave en la UCI:

Histórico 5 años UCI Teruel	46,3%	
Estudio UCIs Españolas		48,2%

METODOLOGÍA



- 1.Elaboración de Protocolo de: diagnóstico, tratamiento y evolución basado en las Guías clínicas de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis
- 2.Elaboración de Hoja de Registro: epidemiológico, diagnóstico, cumplimiento de medidas, tratamiento y evolución clínica y analítica
- 3.Elaboración de Indicadores de Proceso Asistencial
- 4.Difusión al personal de la UCI
- 5.Aplicación durante 1 año (Enero 08-Enero 09)
- 6.Seguimiento cada 3 meses del cumplimiento de indicadores
- 7.Cambios asistenciales según resultados
- 8.Evaluación final de resultados

Dellinger P, Levy M, Carlet J, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe and septic shock: 2008. Intensive Care Med 2008; 34: 17-60.

RESULTADOS



Características pacientes	
Nº pacientes	61
Edad	70 ($\pm$ 13)
APACHE II	21,7 ($\pm$ 8)
SOFA	8,5 ($\pm$ 4)
Origen infección	
Abdominal	59%
Pulmonar	21%
Urinaria	12%
Tejidos blandos	4%
Otros	4%
Aislamiento germen	75%
Estancia en UCI	15,3 días
Mortalidad	21.3%

-Cumplimiento del 100% de los Indicadores de Proceso

(Diagnóstico precoz en UCI y
Seguimiento de Paquetes de medidas)

-Disminución significativa de la Mortalidad en UCI

(48,2% antes de la implantación de las Guías
vs. 21,3% tras la implantación)

CONCLUSIONES



La Implantación de las Guías Clínicas de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis ha servido para mejorar la calidad del Proceso asistencial del enfermo con sepsis grave en la UCI con una disminución significativa de la mortalidad

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

V jornadas científicas del Hospital Obispo Polanco

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

C. Pastor, M. Oset, D. Escribano, A. Utrillas, L. Comín, P. López, J.M. Del Val.
*Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital Obispo Polanco, Teruel*

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

Introducción:

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.

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

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.

HISTIOKITOMA FIBROSO MALIGNO

Resultados:

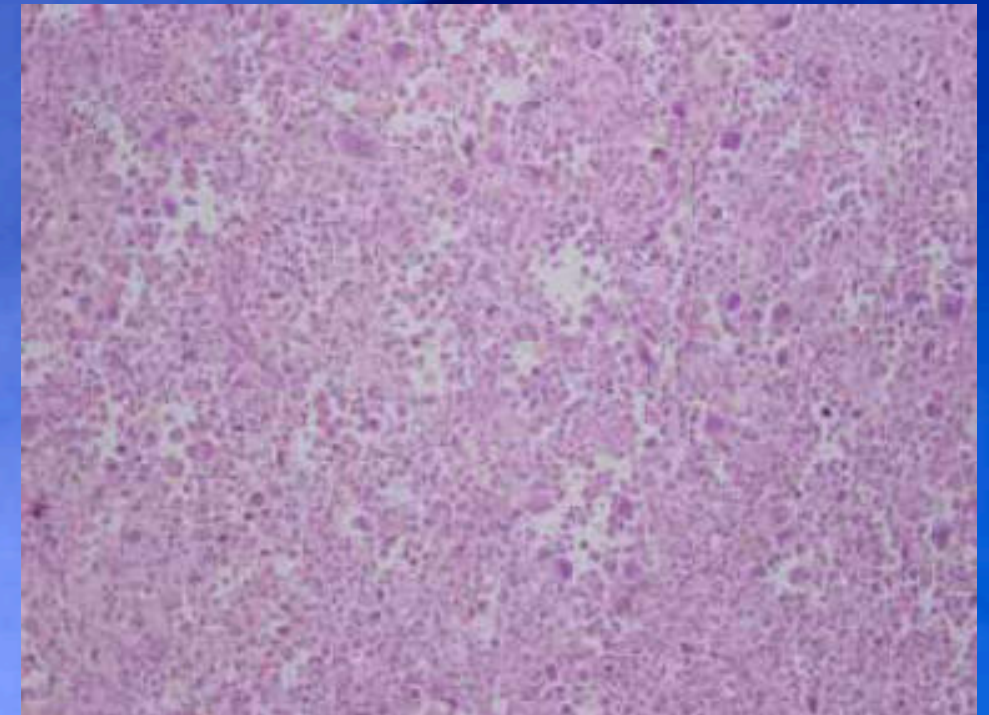
Ante la mala evolución, se realiza biopsia intraoperatoria con exéresis incompleta de abundante tejido cerebroide y vascular.

La anatomía patológica informa de histiocitoma fibroso maligno rico en células gigantes osteoclaso-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.



HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

V jornadas científicas del Hospital Obispo Polanco

PANICULITIS MESENTÉRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

C. Pastor, M. Oset, D. Escribano, A. Utrillas, L. Comín, J.M. Del Val.
*Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital Obispo Polanco, Teruel*

PANICULITIS MESENTÉRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

Introducción:

La paniculitis 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.

PANICULITIS MESENTÉRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

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.

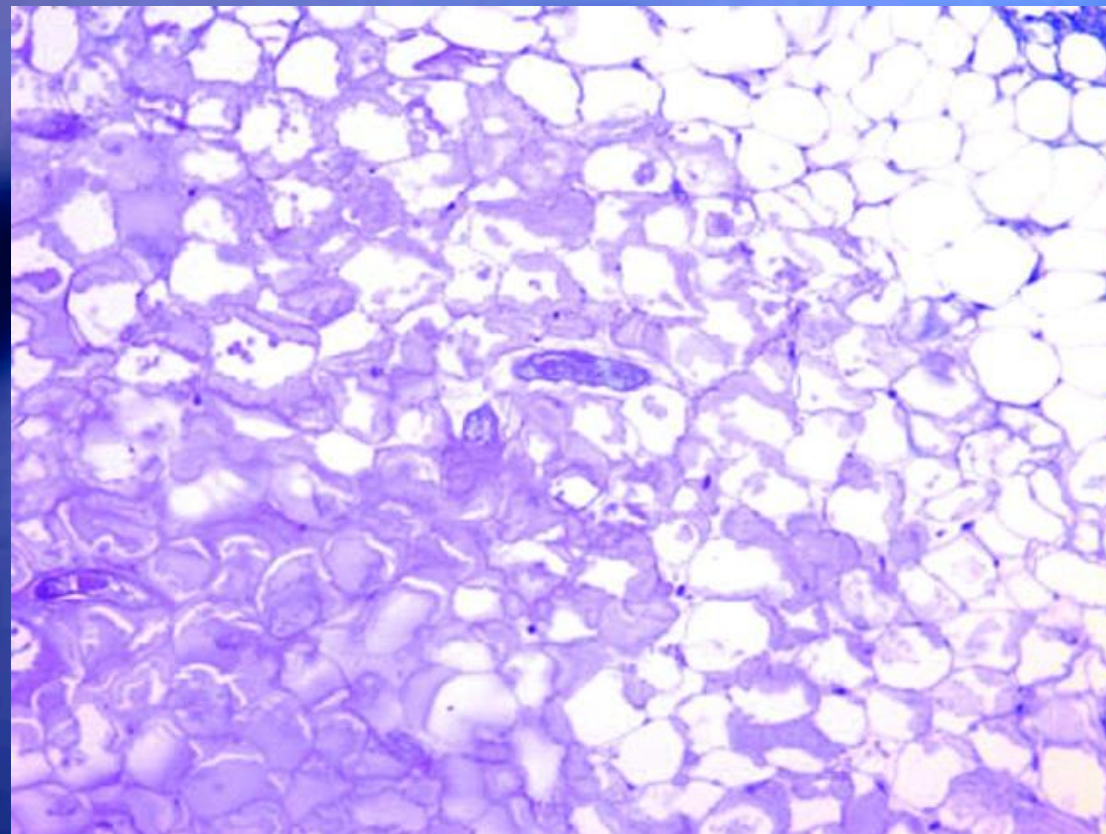
Ante la sospecha clínica y ecográfica de coledocolitiasis se interviene quirúrgicamente realizándose coledocoduodenostomía, con biopsia de una masa en mesogástrico sugestiva de acúmulo de grasa mesentérica. El postoperatorio cursó sin incidencias.

PANICULITIS MESENTÉRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

Resultados:

El estudio anatomopatológico de la biopsia se informó como paniculitis 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.



PANICULITIS MESENTÉRICA: A PROPOSITO DE UN CASO

Conclusiones:

El diagnostico 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 diagnostico sería conveniente la realización de pruebas complementarias para descartar la coexistencia de alguna enfermedad asociada.

El diagnostico 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

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

CUERPO EXTRAÑO EN EL FAGO CERVICAL DE EVOLUCION CRONICA



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

JORNADAS CIENTIFICAS
HOSPITAL OBISPO POLANCO. NOVIEMBRE 2010

HISTORIA CLINICA

Paciente de 66 años que fue diagnosticada 8 años antes de mielopatía cervical, con 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, injerto de cresta iliaca y 2 cajas en C4-C5 y C6-C7.

Aqueja disfagia moderada, persistente. Mantiene aceptable estado nutricional. Hace 2 años se le realizó tránsito esofágico que no muestra alteraciones, con dificultad para la deglución del bario.

Se realiza Esofagoscopia....

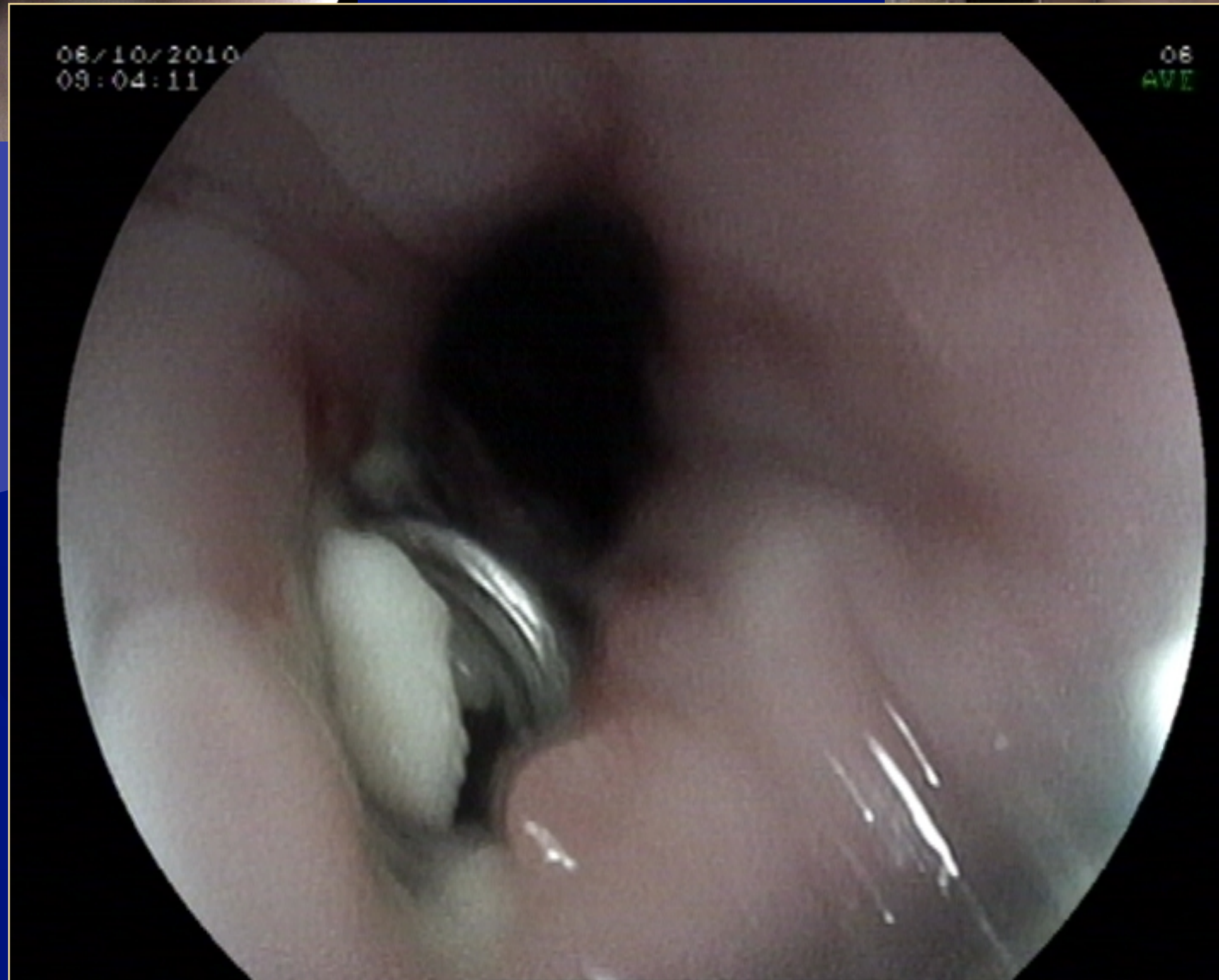
ESOFAGOSCOPIA



Muestra una estructura metálica sobresaliendo a la luz del esófago cervical, a 15 cm. de arcada dental, justo por debajo del esfínter esofágico superior -se aprecia al ir retirando el endoscopio-.



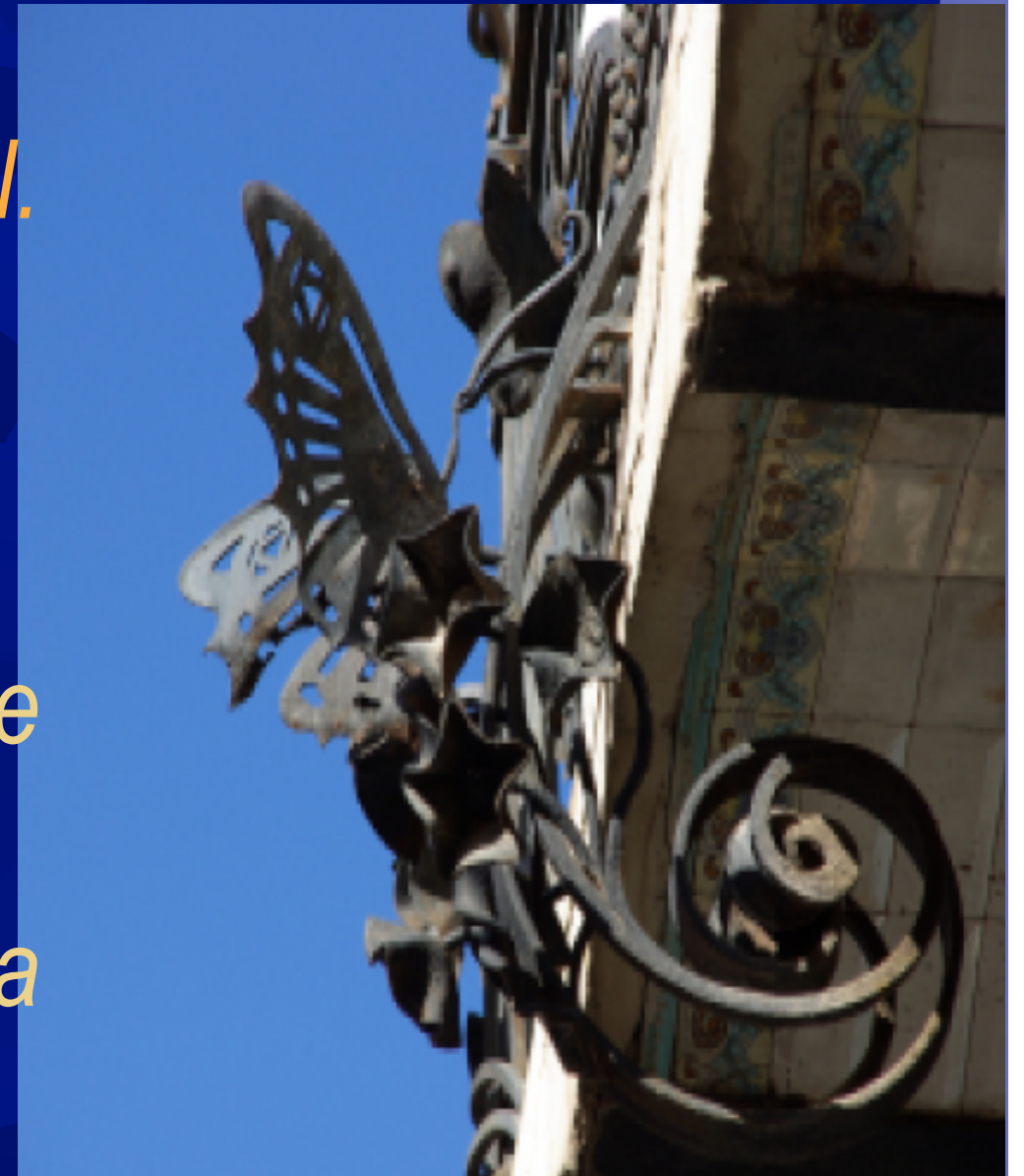
ESOFAGOSCOPIA



CONCLUSIONES

Caso infrecuente de cuerpo extraño en esófago, de evolución crónica, en paciente con antecedente lejano de intervención a nivel de columna cervical.

Se le aconseja revisión por su neurocirujano y valoración de retirar la pieza metálica por el riesgo de eventuales complicaciones derivadas de la comunicación establecida con la luz del esófago y también para solucionar la sintomatología referida.



V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

V jornadas científicas del Hospital Obispo Polanco

TUMORACIÓN DEL URACO INFECTADO

C. Pastor, M. Oset, D. Escribano, A. Utrillas, L. Comín, M. Gonzalez, J.M. Del Val.
*Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital Obispo Polanco, Teruel.*

TUMORACIÓN DEL URACO INFECTADO

Introducción:

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.

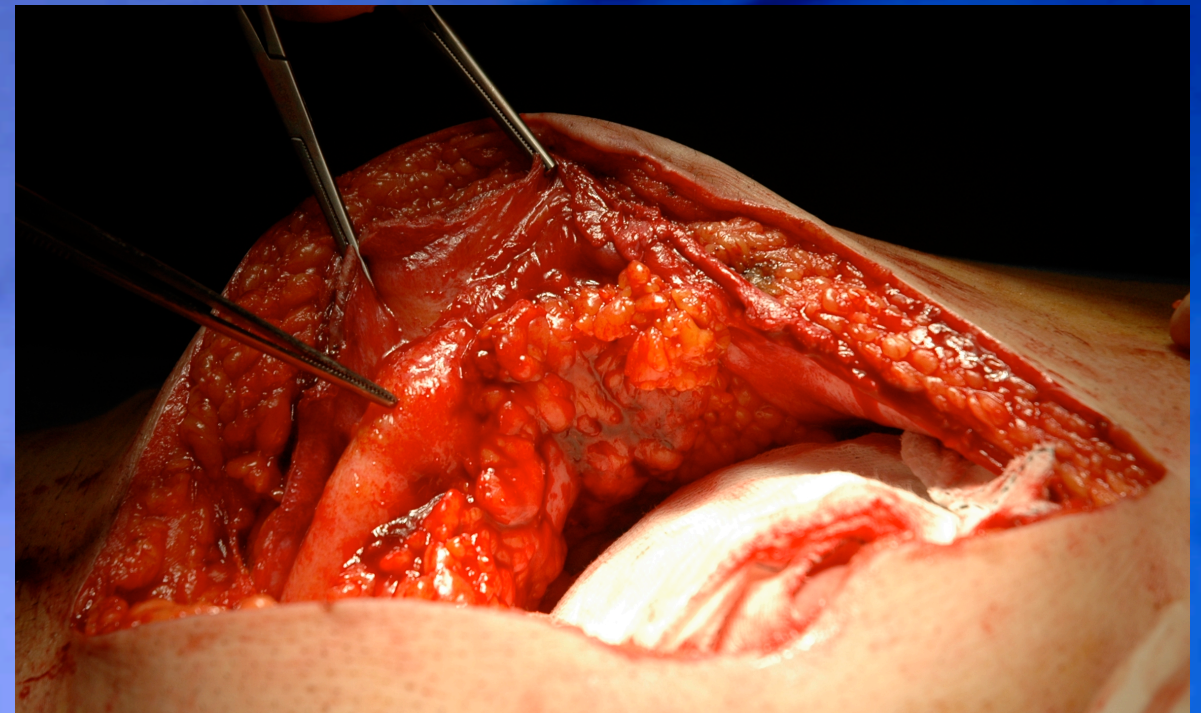
TUMORACIÓN DEL URACO INFECTADO

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.

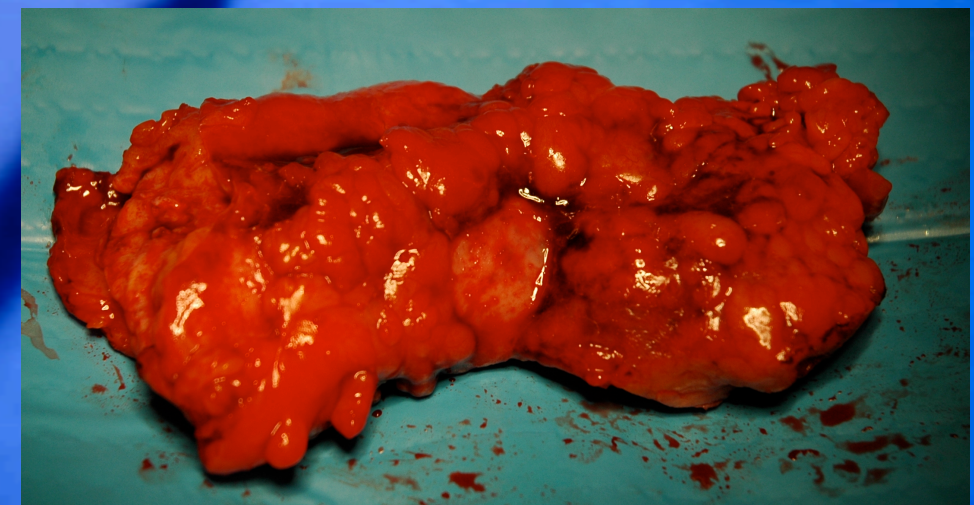


TUMORACIÓN DEL URACO INFECTADO

Material y métodos:

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.



TUMORACIÓN DEL URACO INFECTADO

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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación

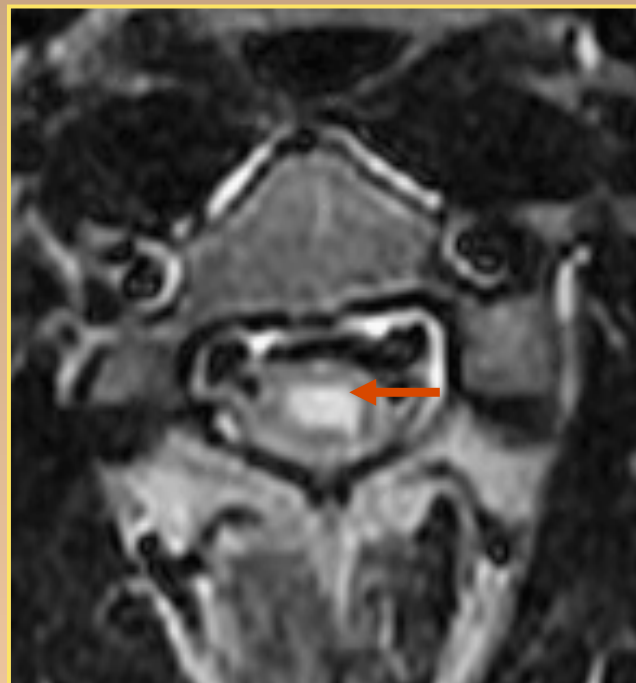


Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

MIELITIS TRANSVERSA AGUDA: Utilidad de la Resonancia Magnética, revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica, a propósito de un caso idiopático.

**Drs. Lenghel, Sánchez, Fatahi, Roig, Yago y Fernández.
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Obispo Polanco.**



Varón de 15 años, con dolor cervical y debilidad facial bilateral. Parestesias, hipoestesia y pérdida de fuerza en extremidades superiores que evoluciona a diplegia braquial en unas horas.

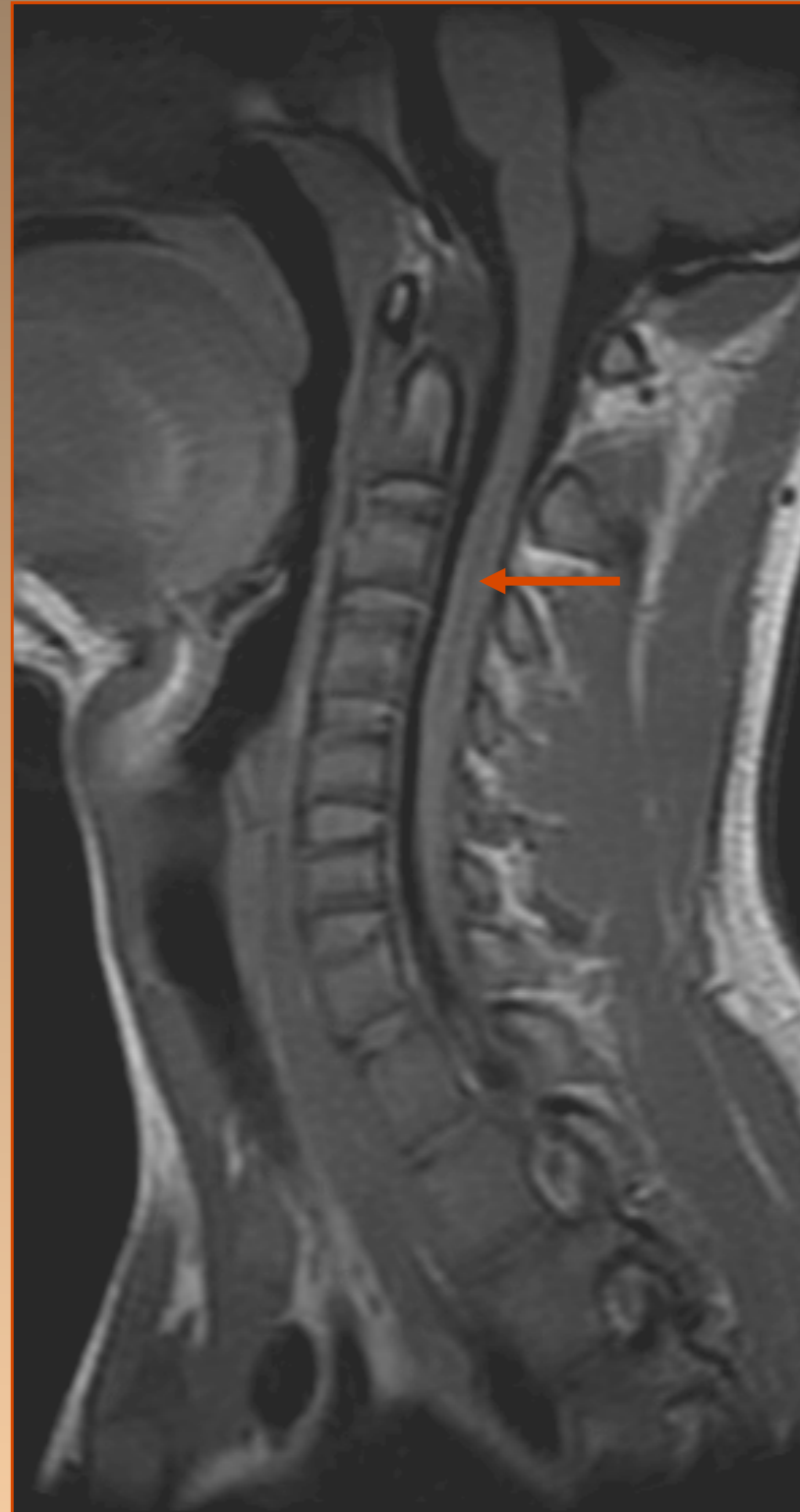
Servicio de Radiodiagnóstico H. Obispo Polanco

HALLAZGOS EN RM

T2: hiperseñal



T1: hiposeñal



Gadolinio: realce



Enfermedades asociadas con mielitis transversa

Parainfecciosa (ocurre al momento de y en asociación con una infección aguda o un episodio de infección).

Viral: Herpes simple, herpes zoster, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, enterovirus (poliomielitis, virus Cocksackie, echovirus), célula T humana, virus de leucemia, virus de inmunodeficiencia humana, influenza, rabia

Bacteriana: *Mycoplasma pneumoniae*, borreliosis de Lyme, sífilis, tuberculosis

Postvacunal

Enfermedad autoinmune sistémica

Lupus eritematoso sistémico

Síndrome de Sjögren

Sarcoidosis

Esclerosis múltiple

Síndrome paraneoplástico

Vascular

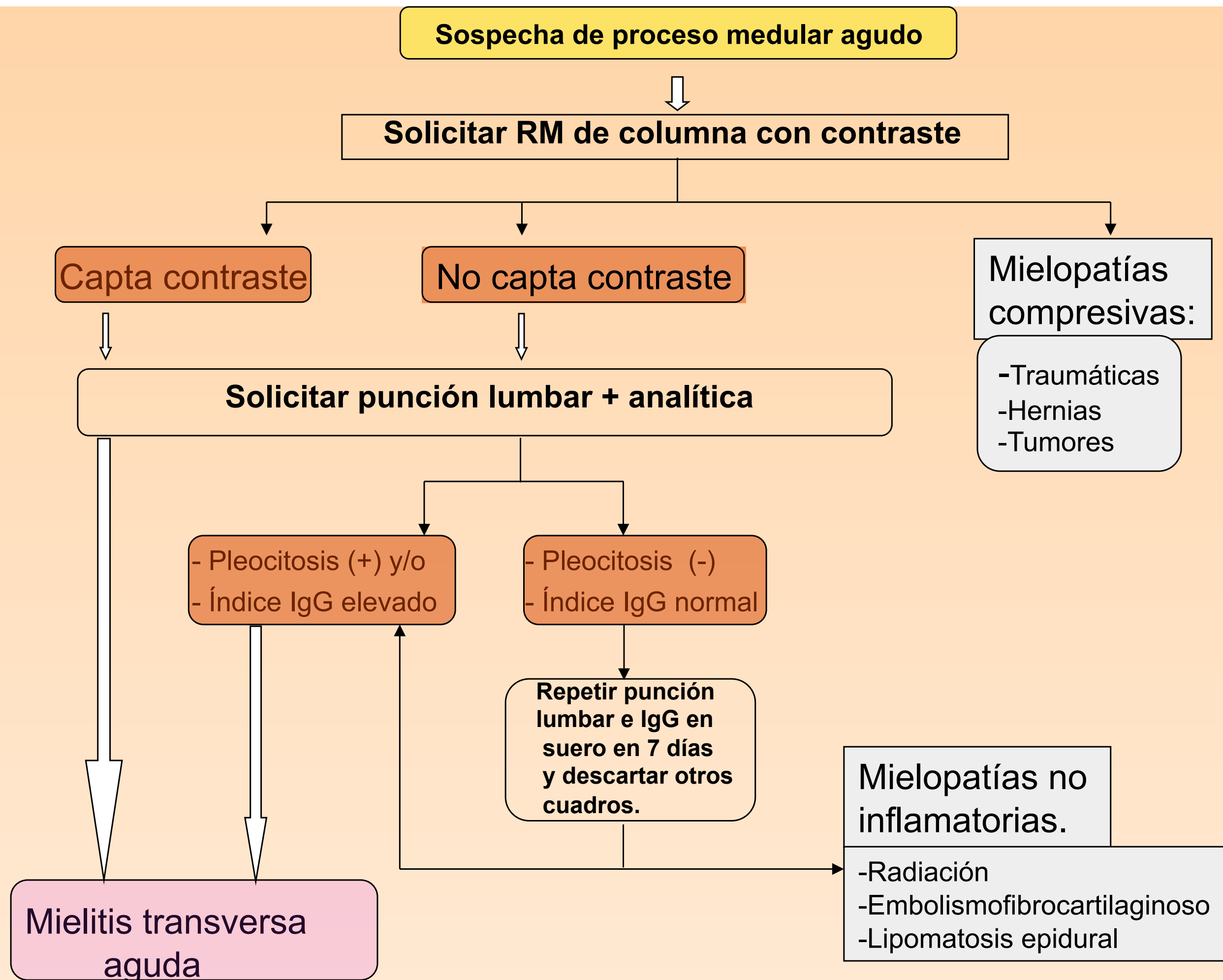
Trombosis de arterias espinales

Vasculitis secundaria al abuso de heroína

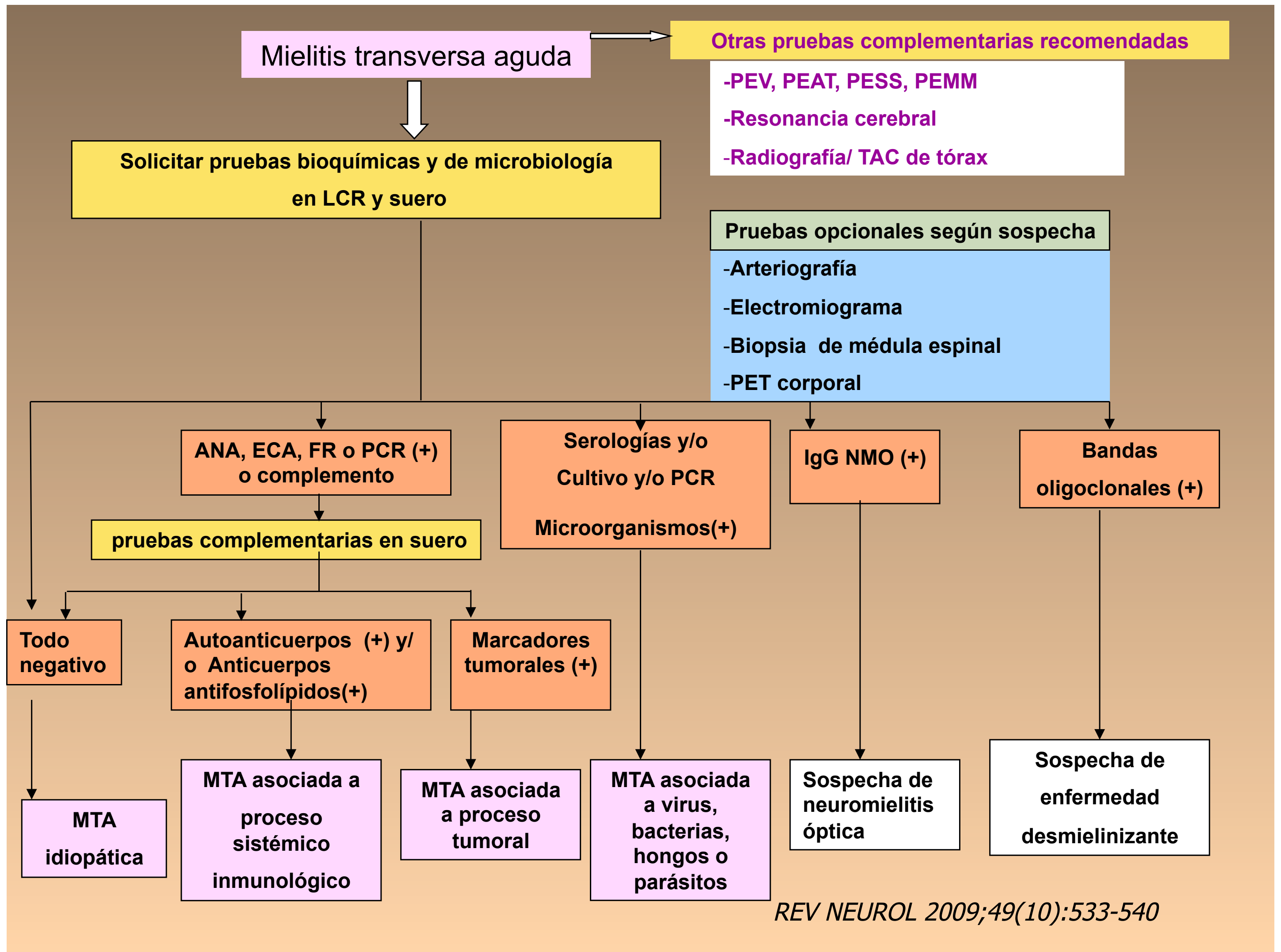
Malformación arteriovenosa espinal

Document: http://www.myelitis.org/es/Mielitis_transversa.htm

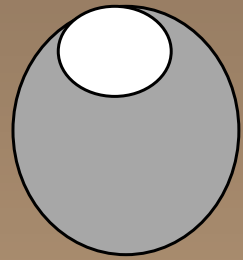
Last Modified: Tuesday, 12-Aug-2008 22:05:32 PDT



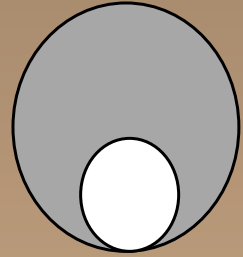
Mielitis transversa aguda: revisión clínica y algoritmo de actuación diagnóstica-. REV NEUROL 2009;49(10):533-540



Enfoque diagnóstico a la mielopatía aguda en RM por su localización



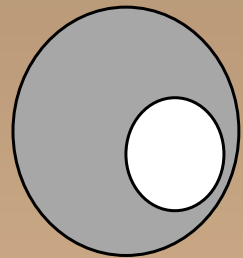
Anterior: infarto espinal



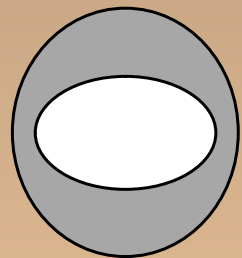
Posterior:

Degeneración combinada subaguda por déficit de B12

Mielopatía vacuolar en VIH



Esclerosis múltiple



Más de 2/3 del diámetro transversal : MIELITIS TRANSVERSA.

CONCLUSIONES:

La RM constituye un pilar fundamental para el diagnóstico de mielitis transversa.

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

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

Aplicación de la técnica Mölnadal en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla.

AUTORES: M^a Pilar Domingo Lizama, M^a Jesús Abril Sánchez,
Concha Esteban Silvestre, M^a Teresa Tolos Marin, Adoración Castillo García,
Concha Pérez Abril, M^a Luz Navarro Andrés, M^a Teresa Toran Sebastian,
Cristina Hermosilla Robles, Vanesa Maudos Marco.

V Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco
Teruel 24 , 25 de Noviembre 2010

PROBLEMAS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE RODILLA

- Aparición de flictenas
- Mal control de exudado y por ello una disminución del confort del paciente
- Un aumento en el número de curas por paciente a consecuencia del mal control del exudado



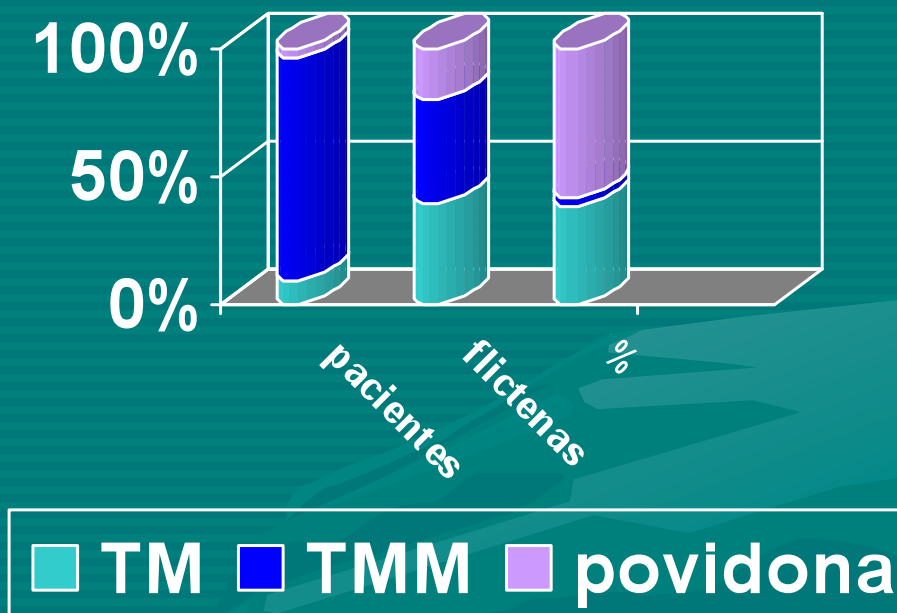
¿En que consiste la Técnica Mölndal?

- En quirófano limpiar la herida quirúrgica con suero fisiológico y clohexidrina 5%
- Aplicar dos apósitos de hidrofibra hidrocoloide, doblados en dos de forma longitudinal sobre la incisión
- Se fija con un film de poliuretano (en nuestro estudio solamente se aplicó a 6 pacientes)
- Se realiza un vendaje con algodón y crepé.



Material y métodos

- Para la valoración de las curas se elabora una hoja de registro.
- Se aplicaron en 60 pacientes a estudio difentes tecnicas de cura (técnica mölndal “ TM”, técnica Möndal modificada “TMM” y cura plana con povidona yodada), el objetivo principal se basaba en estudiar la relación entre la aparición de flictenas y el tipo de cura utilizado.



fecha	1ª cura	2ª cura	3ª cura	4ª cura
piel integra	Si / no	Si / no	Si / no	Si / no
eritema	Si / no	Si / no	Si / no	Si / no
Nº de flictenas				
Tamaño de las flictenas				
exudado	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2	0 / 1 / 2
Tipo de cura				
observaciones				

Resultados de la aplicación de la técnica

- En el 90% de los pacientes no aparecieron flictenas
- En el 60% de los pacientes se logro un buen control del exudado
- En el 65% de los pacientes la primera cura se realizó a las 48 horas de la intervención
- Se ha conseguido un importante beneficio para el paciente, aportándole un mayor confort al controlar el exudado y espaciar las curas 48 horas.
- También se ha disminuido la carga de trabajo al personal de enfermería.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

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



Muñoz Giménez, Noeli; Mora Corberá, Elena
Farmacéutica comunitaria de Alba del Campo (Teruel);
Farmacéutica comunitaria de Valencia

1.- Introducción / Objetivos:

La presencia de sobrepeso y obesidad a edades tempranas ha hecho que la AESAN 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.

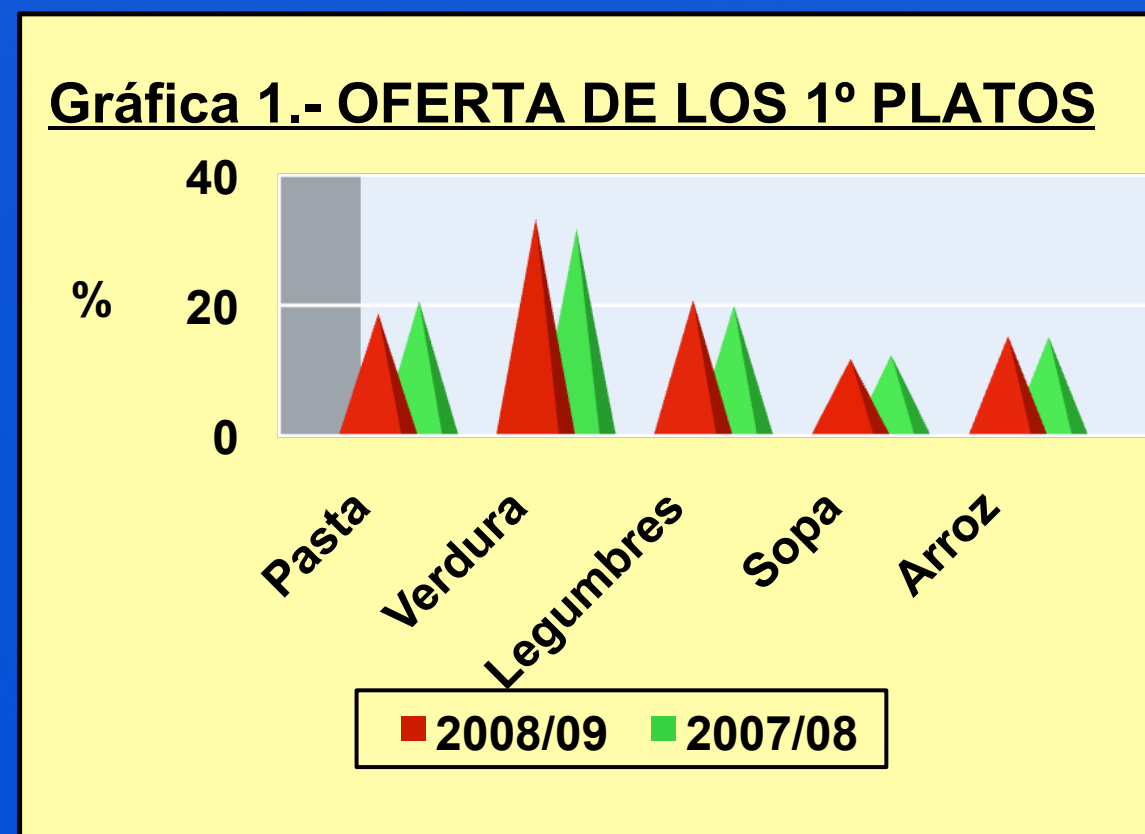
2.- Material y Métodos:

- 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).
- Período analizado: 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.

3.- Resultados y Conclusiones:

➤ Primeros platos: se ofertaron cinco tipos de forma más o menos constante durante los dos cursos. La verdura fue la mayoritaria (aproximadamente un 33%).

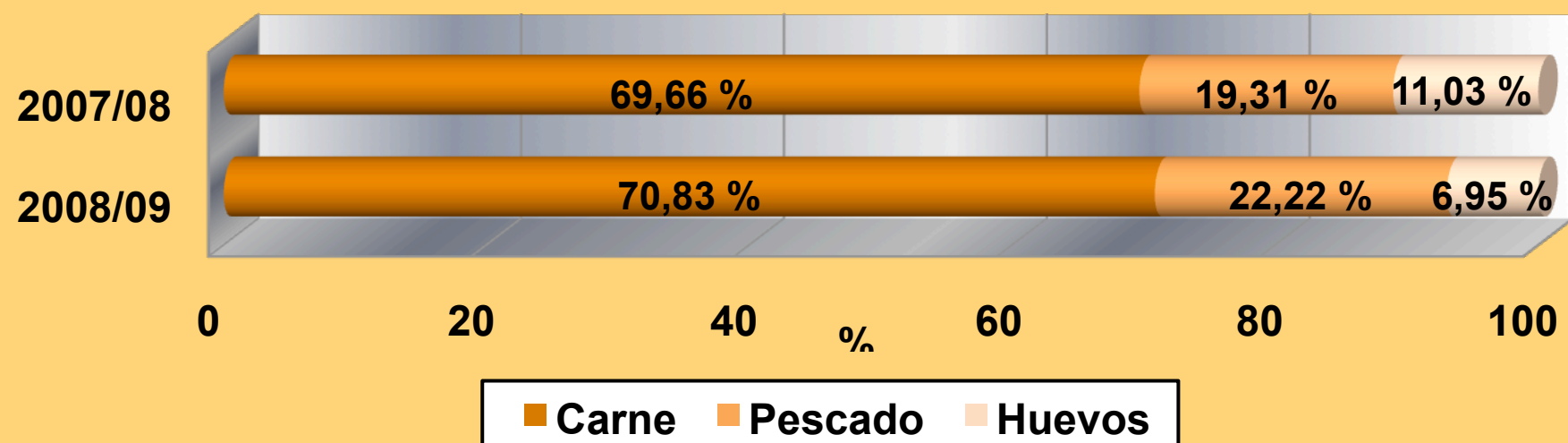
☺ *Se recomienda variar y dar a conocer nuevos alimentos.* La variedad y las distintas formas de preparar la pasta y la sopa, reflejan el interés por parte del colegio de que los niños aprendan a comer aquellas que les pueden resultar un poco más complicadas (tallarines o espaguetis) y que ganen en conocimientos 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: lentejas (36,66%), garbanzos (36,66%) y judías (26,68%).

☹ Gran variedad de legumbres y de recetas culinarias, pero no se consumen las *2 o 3 raciones por semana recomendadas.*

Gráfica 2.- OFERTA DE LOS 2º PLATOS

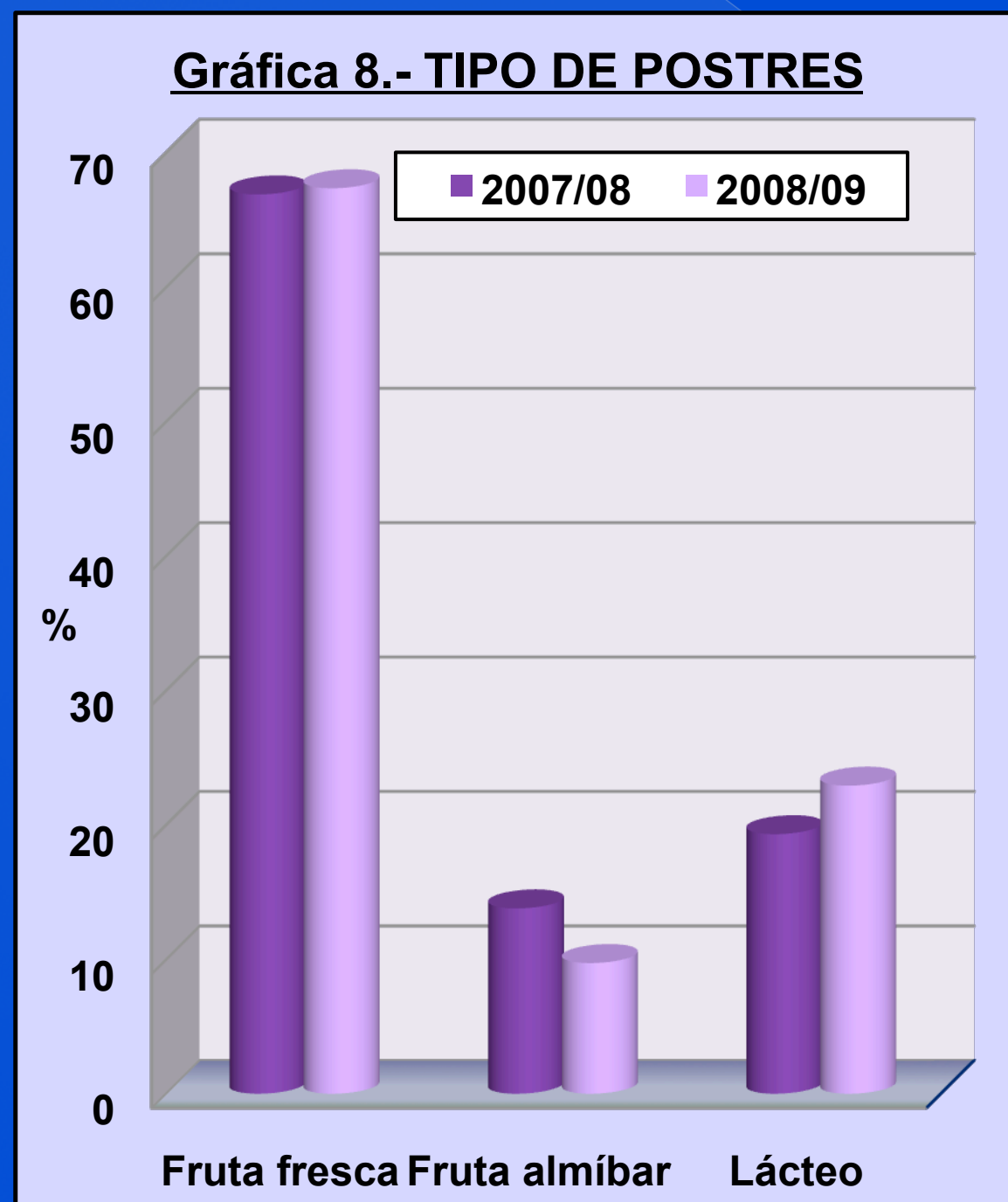


☹ **Carne:** el más ofrecido con un 70% los dos cursos, casi 4 veces a la semana. *Se recomienda una frecuencia de 3-4 raciones a la semana* que ya se obtiene tan sólo con los días lectivos de comedor.

☹ **Pescado:** 19,31% para el primer curso y un 22,22% para el segundo. Supone tan sólo un día por semana. Se aleja mucho de *las recomendaciones de al menos 3-4 raciones por semana.*

☹ **Huevos:** tan sólo un 11,03% para el curso 2007/08 y aún disminuyó más el siguiente. Consumo demasiado bajo y poco constante, hay meses en los que no se ofertó ningún día. *Se recomiendan 3 raciones a la semana.*

➤ Métodos culinarios: ☺ En las carnes predominan los sanos (asado, plancha, en salsa o guisado). Tan sólo un 10,13% es empanado y disminuye hasta un 5,88% el segundo curso. ☹ 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%.



☺ La fruta fresca es ampliamente el postre más ofrecido, 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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

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
Farmacéutica comunitaria de Alba del Campo (Teruel);
Farmacéutica comunitaria de Valencia**

1.- 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.

2.- Material y Métodos:

❖ 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).

❖ Se analizaron las horas de guardias de fines de semana y festivos. Las guardias analizadas fueron 13 fines de semana (desde 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 y uno de 85 horas continuas.

❖ Período analizado: desde el 1 de septiembre de 2009 al 31 de agosto del 2010, suponen 35 días y 53 noches, con una totalidad de 1.122 horas.

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

3.- 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.



• FRECUENCIA Y TIPO DE DISPENSACIONES:

-Suponen el 69,93% de la totalidad de las dispensaciones realizadas.

Durante el día se realizan 5,51 actos.

• RENTABILIDAD:

-Cada acto diurno tendría un valor de 5,99 euros.

El horario diurno supone una factura media diaria de 33,02 euros brutos.



-Suponen el 30,07% de la totalidad de las dispensaciones realizadas.
Cada noche se realizan 1,57 actos.

El 43,37% son actos de venta libre y el 56,63% fueron con receta médica (el 11,02% fueron pacientes pensionistas).

-Cada acto nocturno tendría un valor de 5,59 euros (cada venta libre tiene un valor bruto de 6,71 euros y las dispensaciones con receta médica suponen 4,74 euros brutos).

El horario nocturno supone una facturación bruta de 8,76 euros/noche.

4.- 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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MENÚS ESCOLARES DE TRES COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

Muñoz Giménez, Noeli; Mora Corberá, Elena
Farmacéutica comunitaria de Alba del Campo (Teruel);
Farmacéutica comunitaria de Valencia



1.- 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.

2.- Material y Métodos:

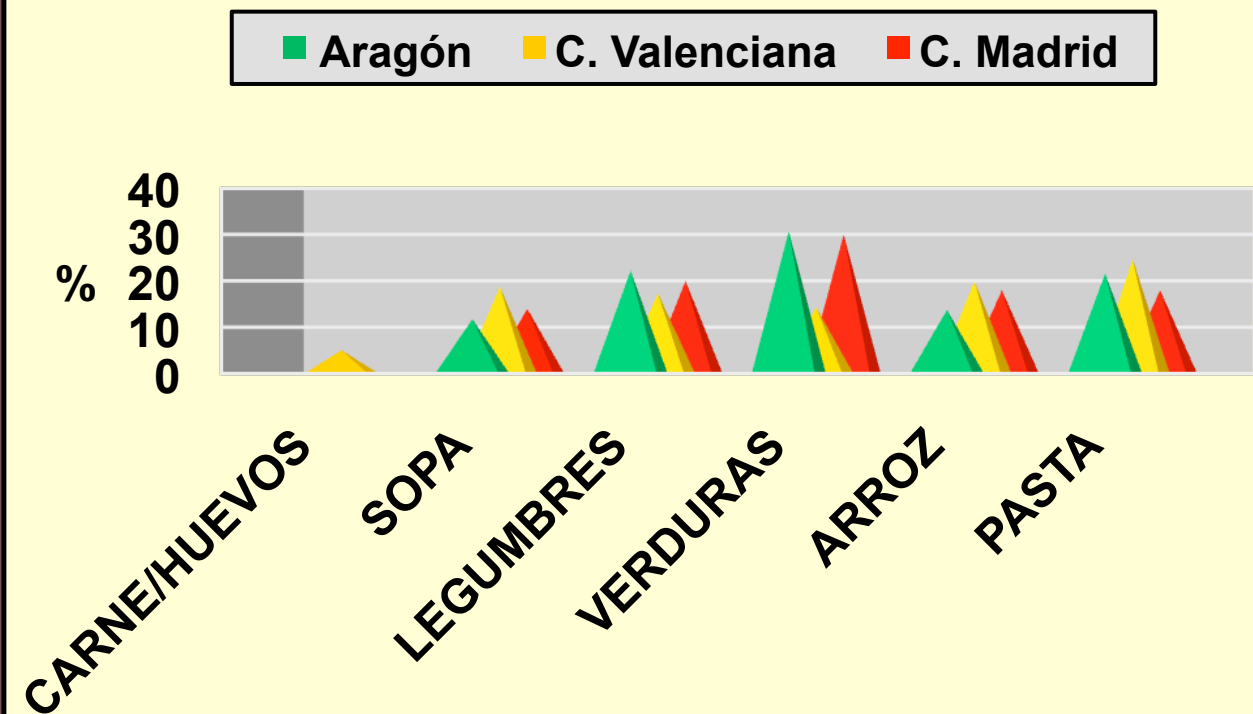
- ☐ Estudio descriptivo longitudinal de los menús escolares de 14 centros (públicos y concertados) de Aragón, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid ofrecidos durante los meses de otoño del año 2009.
- ☐ Aspectos estudiados: composición del menú, método de cocción y acompañamiento.
- ☐ Se evaluaron las hojas de los menús que los centros distribuyen a los padres de los niños que hacen uso del comedor escolar. Se utilizaron las distintas “Guías de alimentación saludable en edad escolar” de diversas comunidades autónomas y las recomendaciones PERSEO.

3.- Resultados:

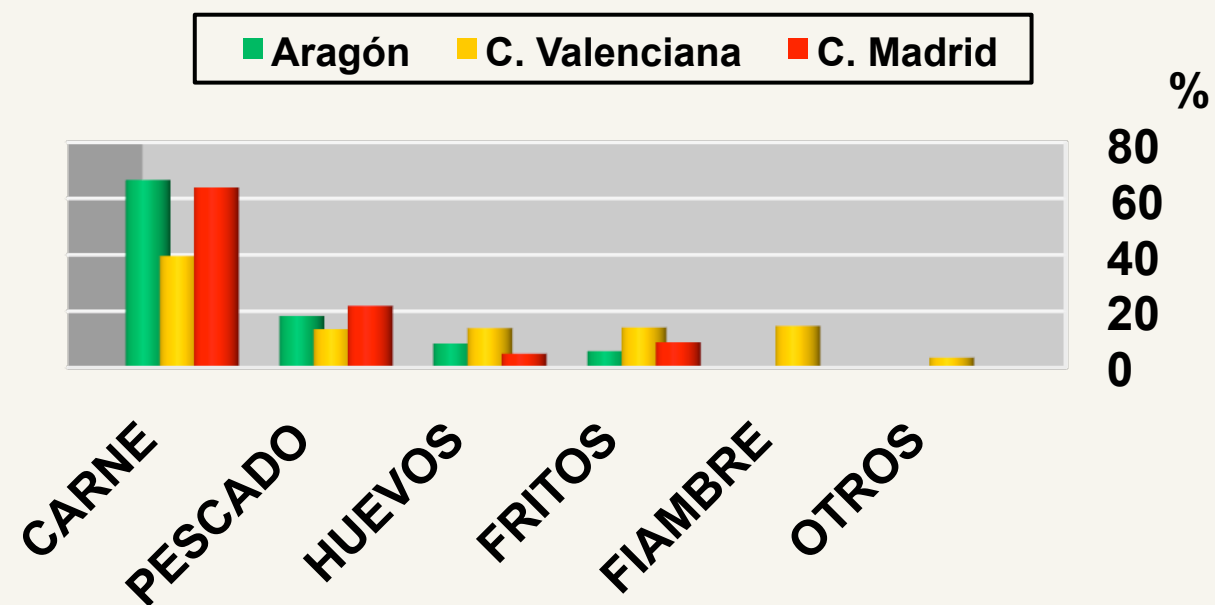
❑ En Aragón destacan las verduras (30,72%) y las legumbres (22,22%). Los cereales destacan en la C. Valenciana con un 63,39%, mientras que en la C. de Madrid y en Aragón lo hacen con un 50%. La C. Valenciana es la única que ofrece como primer plato carne y/o huevos, y menos de un 15% de verduras.

❑ Aragón es la única comunidad que ofrece un consumo de legumbres más homogéneo: 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 (30%).

Gráfico 1.- COMPARACIÓN DE LOS 1º PLATOS



**Gráfico 2.- COMPARACIÓN DE LOS
2º PLATOS**



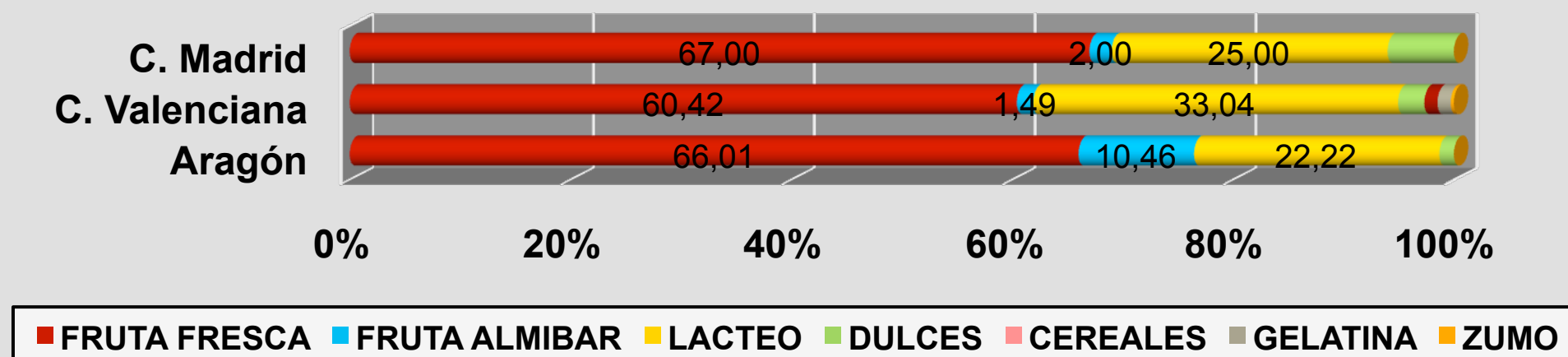
□ La que menos carne y pescado ofrece es la C. Valenciana, en cambio destaca su oferta homogénea de pescado, huevos, fritos y embutidos muy próxima al 14%. Aragón es la que ofrece menos frituras con un 5,88% y la C. de Madrid la que más pescado ofrece con un 22%.

□ Origen de la carne: cerdo, ternera y pollo. Tan sólo Aragón ofrece además, un 2% de pavo. En la C. de Madrid destaca el consumo de ternera (26%) y en Aragón lo hace el de cerdo (28,46%). En la C. Valenciana, el pollo es el grupo cárnico más ofrecido después del cerdo (17,26%) con un 13,10%.

□ Origen del pescado: Aragón sólo consume pescado blanco y la C. Valenciana es la que más pescado azul ofrece con un 6%.

□ La C. Valenciana es la única que ofrece 2ºs 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 (55,65%).

Gráfico 3.- COMPARACIÓN DE LOS POSTRES



❑ En las tres comunidades la fruta fresca es mayoritaria (>60%). La C. Valenciana es la que más variedad ofrece, incluyendo un 33,04% de lácteos. Sólo Aragón destaca la fruta en almíbar (10,46%).

4.- Conclusiones:

- 👍 Aragón es la 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. 👎 Es la que más utiliza la fritura en el segundo plato.
- 👍 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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

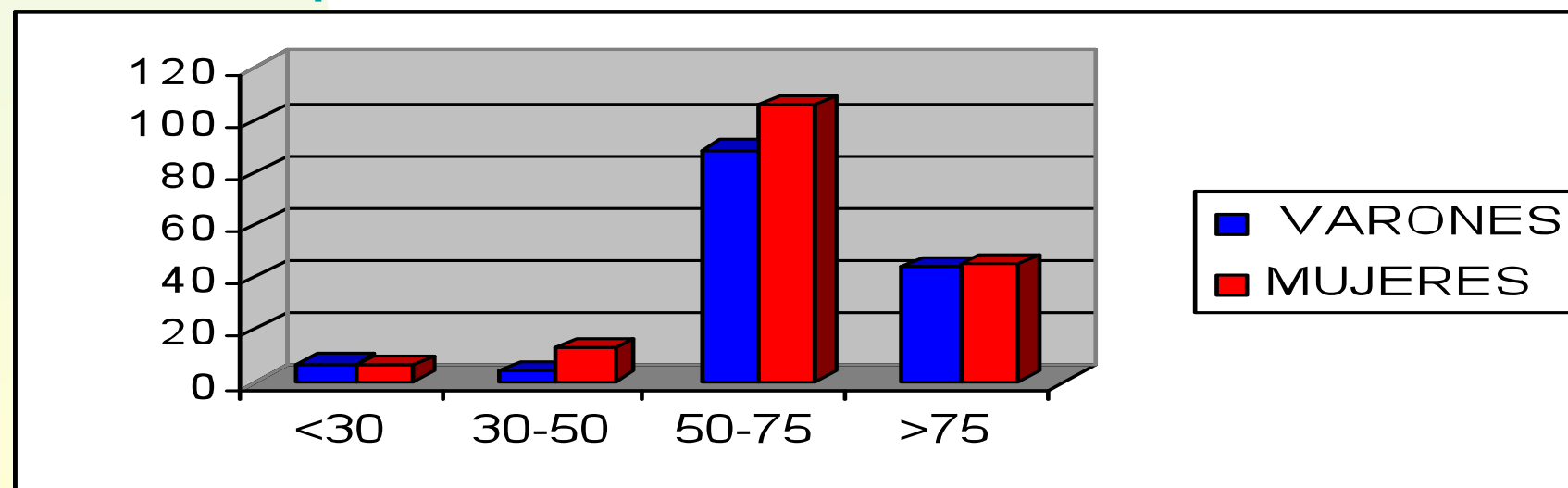
24
25 **Noviembre**
2010

Atención farmacéutica y detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes HOSPITALARIOS

- 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 en pacientes ingresados nos debe obligar a establecer medidas para evitarlos.
- **El objetivo** es describir los **PRM** más representativos de una intervención sobre pacientes hospitalarios.

Método

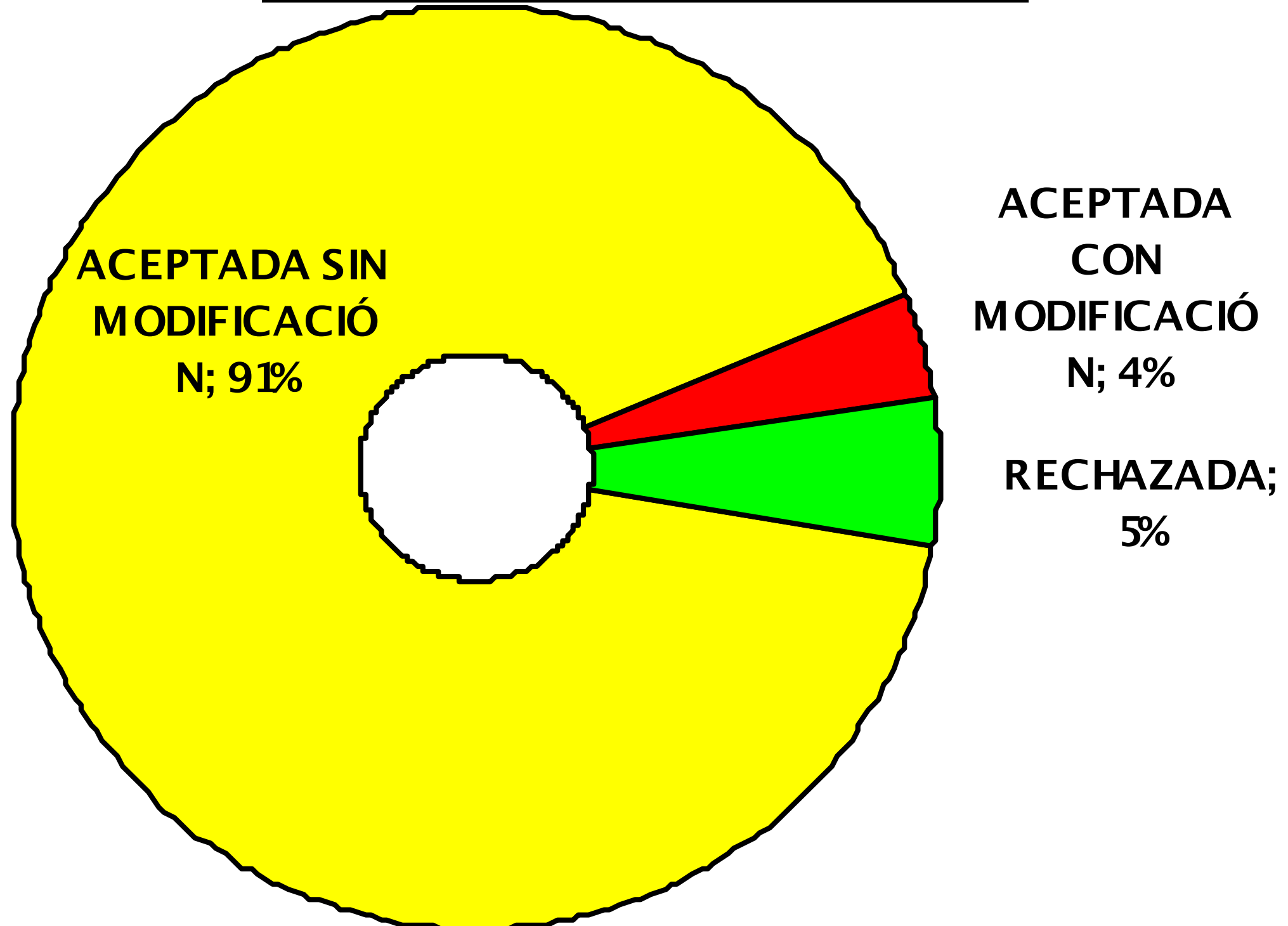
- Estudio descriptivo transversal, en diferentes áreas de un hospital de tercer nivel durante 3 meses en 305 pacientes para detectar PRM.
- Tras analizar el historial de los pacientes ingresados, se realizó una entrevista y se procedió a la revisión y estudio farmacéutico de todos los medicamentos que tomaba la población diana hospitalaria.
- Se analizaron los PRM y se comunicó por escrito la recomendación terapéutica.
- 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

- Los errores más frecuentes detectados fueron por duplicidad en un 55%, omisión de medicación en un 20% y dosis incorrecta 11%.
- En la fase de prescripción se detectaron más del 60% de los Problemas Relacionados con Medicamentos.
- Las intervenciones fueron significativas o muy significativas en un 94% y en un 6% sólo se produjo una reducción de costes farmacéuticos.
- Un 64,4% refirió que las instrucciones recibidas le ayudaron a solucionar sus problemas con los medicamentos.
- La satisfacción con el servicio fue muy alta en un 84,64%.

ACEPTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES



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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

Paniculitis mesentérica

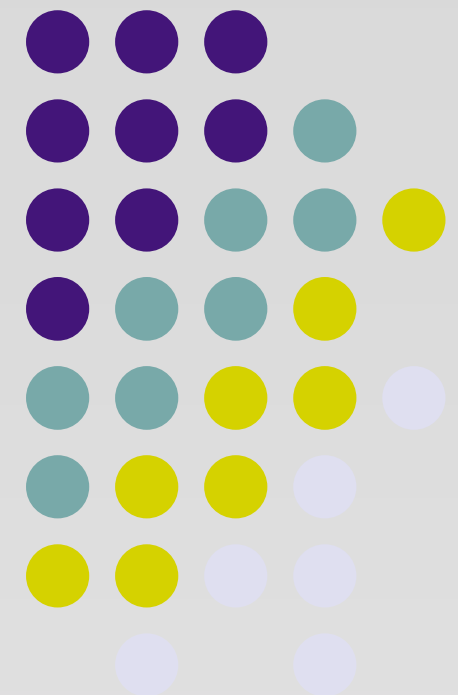
Aporte de la TC, revisión clínica y algoritmo diagnóstico, a propósito de 3 casos

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

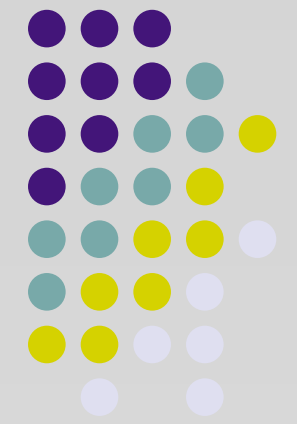
Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco, Teruel

La paniculitis mesentérica es un proceso inflamatorio del tejido adiposo del mesenterio intestinal, poco frecuente, de etiología desconocida.

Presentamos 3 casos de paniculitis mesentérica, que debutaron con un cuadro de dolor abdominal agudo.

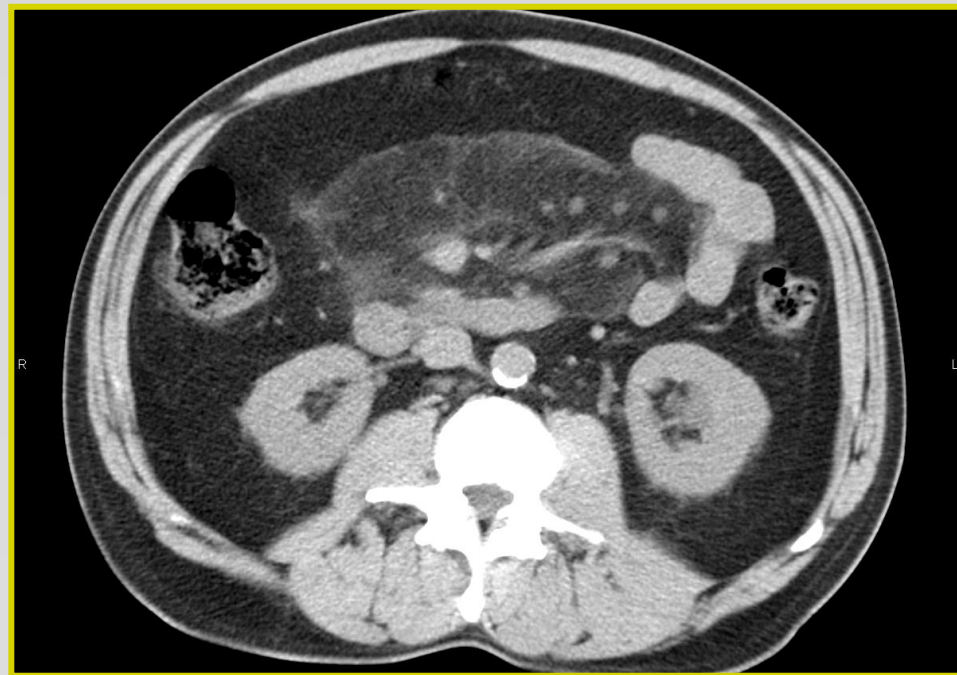


Caso 1



Varón de 49 años, que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico, sin fiebre, ni vómitos, masa palpable y analítica normal.

En la ecografía: aumento de la ecogenicidad de toda la grasa abdominal, por lo que se realiza TC de urgencia.

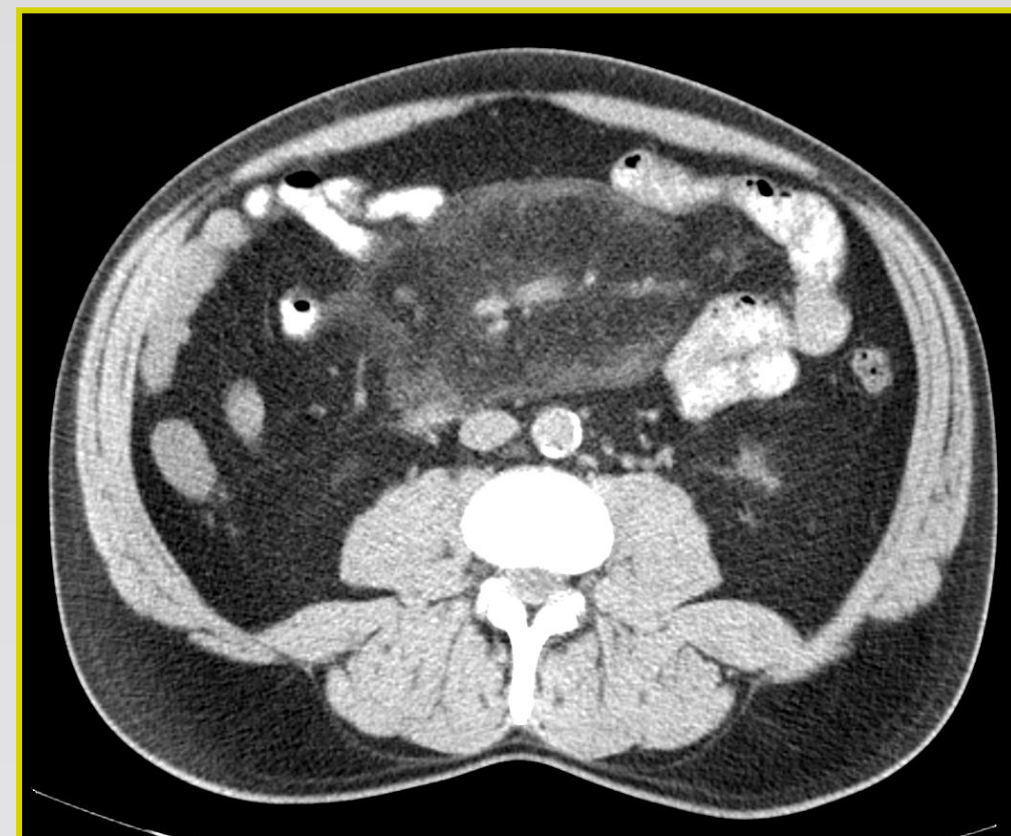


→ En TC sin contraste I.V.: aumento de la densidad de la grasa mesentérica, con efecto de masa, que desplaza las asas intestinales adyacentes, engloba y elonga los vasos mesentéricos, Pequeños ganglios mesentéricos.

El paciente presento mejoría clínica con tratamiento conservador.

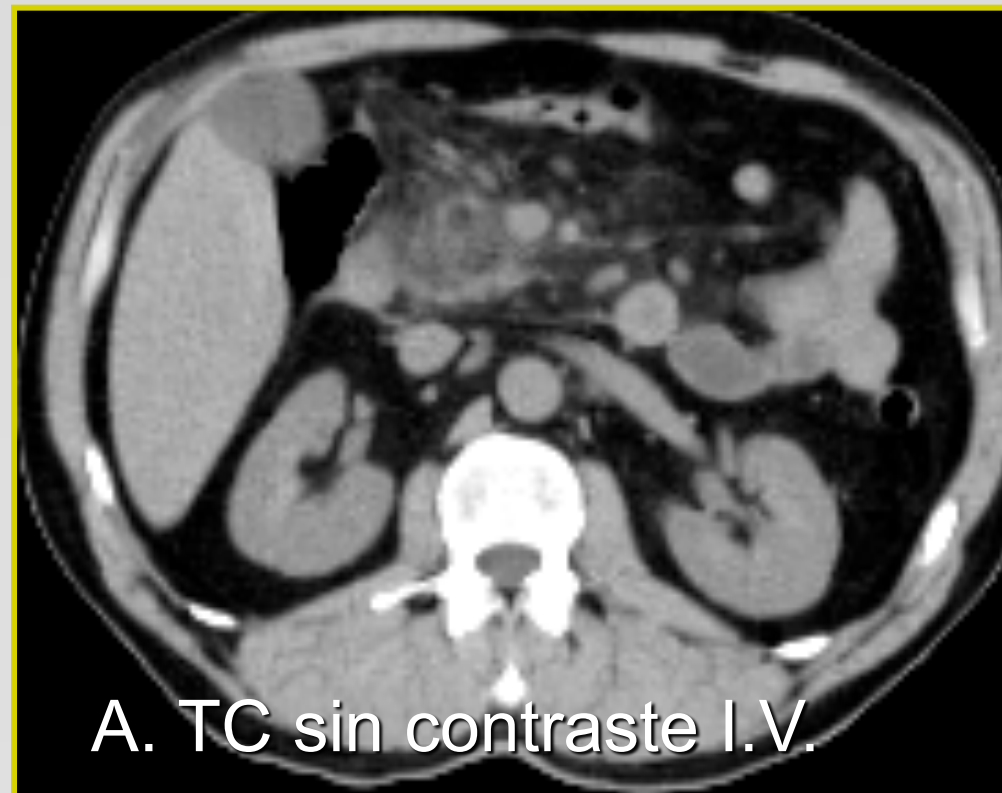
Se realizó gastroscopia y colonoscopia, para descartar patología tumoral, sin encontrar lesiones orgánicas.

Actualmente asintomático, con TC de control, sin cambios radiológicos significativos.

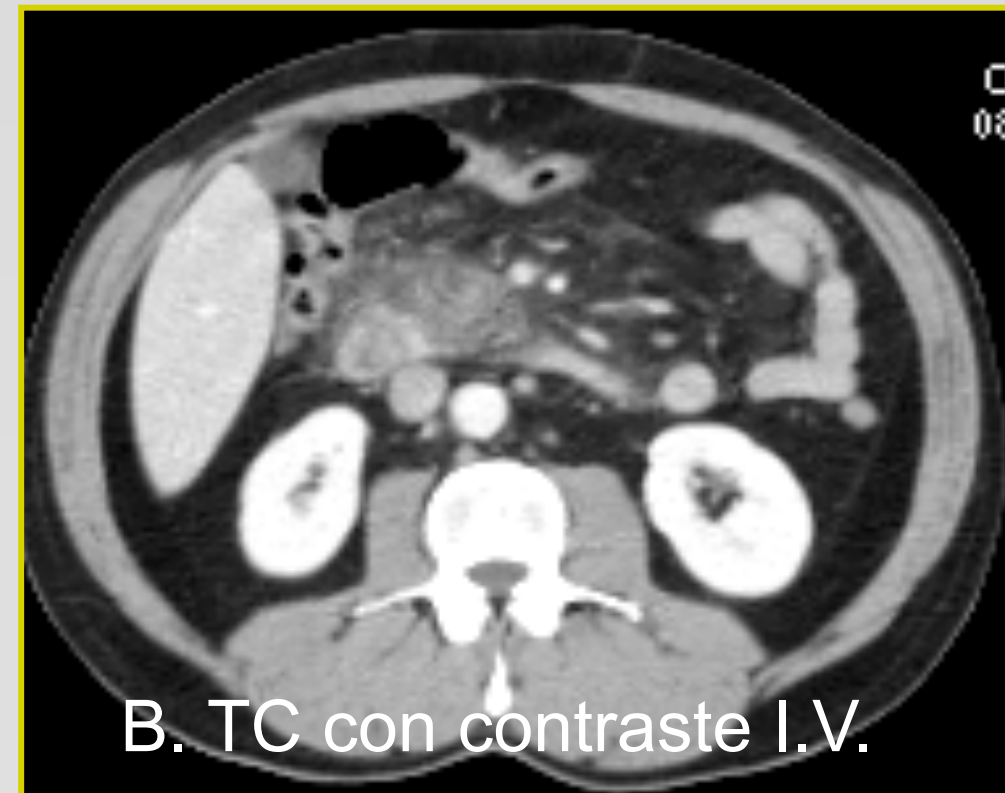


Caso 2

- Varón de 50 años, acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico fijo, sin fiebre. Se realizó una ecografía, que fue normal, mejoría con el tratamiento médico.
- 4 días después volvió a Urgencias, por repetición del episodio y presentó en la analítica: ↑ PCR, ↑ VSG y leucocitosis.



A. TC sin contraste I.V.



B. TC con contraste I.V.

Engrosamiento fibro-adiposo del mesenterio, con imagen de morfología nodular, mal definida y de mayor densidad, de 4,5 cms, adyacente al marco duodenal.

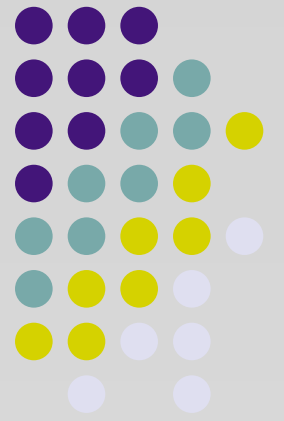
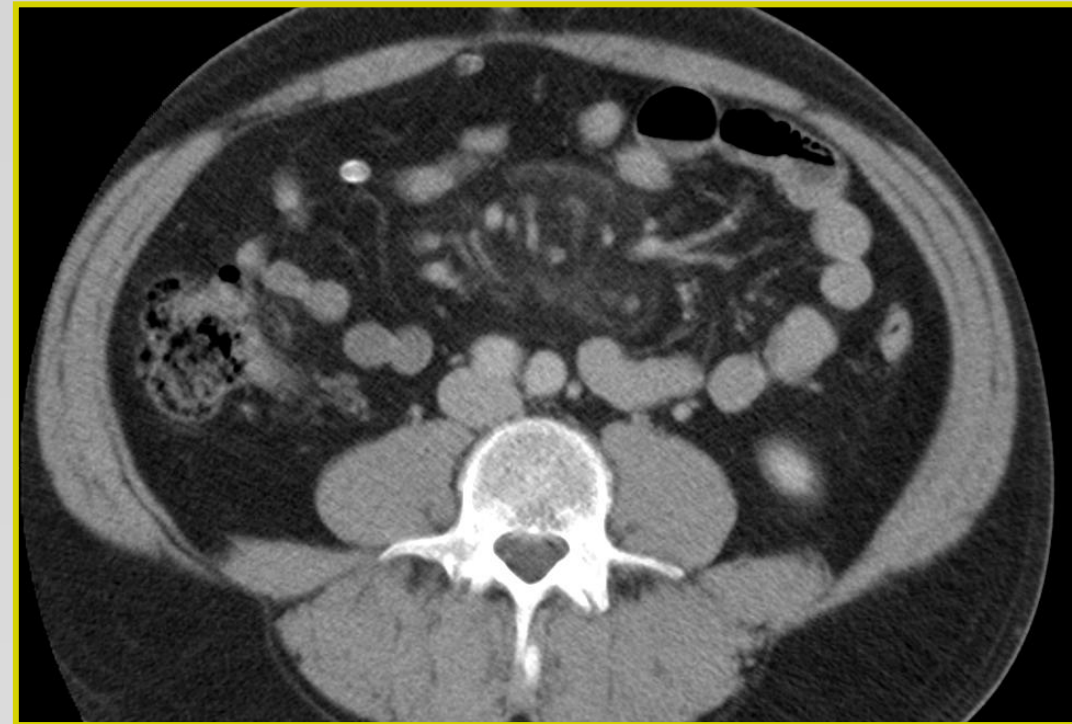
Múltiples adenopatías mesentéricas de pequeño tamaño.

La imagen planteó el diagnóstico diferencial con un proceso tumoral.

La RMN y la evolución clínica confirmaron el diagnóstico de pancreatitis mesentérica.

Caso 3

Varón de 44 años, que acudió a Urgencias por dolor torácico opresivo, antecedentes de dilatación de la aorta ascendente, por lo que se realiza TC toraco-abdominal para descartar lesión aórtica.



Hallazgos radiológicos de la paniculitis mesentérica:

- Masa bien definida, con contenido graso de aspecto heterogéneo.
- Elongación de los vasos, sin producir estenosis.
- Desplazamiento de las asas intestinales.
- Ganglios dispersos por la masa.
- Halo graso alrededor de la vasos y de los nódulos.
- Masas nodulares con densidad de partes blandas.
- Calcificaciones en las zonas necróticas.
- Masas quísticas.

Etiología:

- Autoinmune
- Secundaria - Proceso infeccioso
 - Traumatismo o cirugía
 - Proceso isquémico
 - Asociado a tumores

Estadio evolutivos:

- 1ª Fase: lipodistrofia mesentérica (sin signos inflamatorios, degeneración de la grasa)
- 2ª Fase: paniculitis mesentérica (con macrófagos, necrosis focal e infiltrados inflamatorios)
- 3ª Fase: mesenteritis retráctil con fibrosis

Clínica:

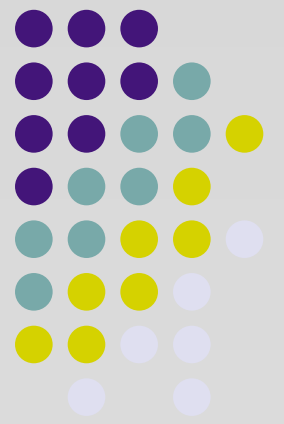
- Asintomático en 40%
- Masa palpable, Dolor abdominal
- Fiebre, pérdida de peso
- Fase retráctil :- Obstrucción intestinal,
 - Isquemia

Diagnóstico diferencial:

- Liposarcoma , teratoma
- Tumor carcinoide, T. desmoide
- Carcinomatosis peritoneal
- Linfoma

Diagnóstico definitivo:

- Biopsia percutánea quirúrgica.



Conclusión:

Incluir la paniculitis mesentérica en el diagnóstico diferencial en paciente (varón mayor de 50 años), con dolor abdominal, adelgazamiento y/o fiebre sin foco evidente. La TC es la técnica de elección para el diagnóstico, y nos permite establecer el estadio evolutivo de la enfermedad.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

Infección en paciente inmunodeprimido.

N.González Gómez, I.Cuesta Gallardo, J.A.Angós Segura, G.Martínez Sanz (1), J.M.Montón Dito (2).
Secc. de Hematología, Serv. de Radiodiagnóstico (1) y Secc. de Cuidados Intensivos (2). H. Obispo Polanco

Introducción/objetivos:

La infección es la complicación con mayor morbimortalidad en estos pacientes, aunque no siempre es 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.

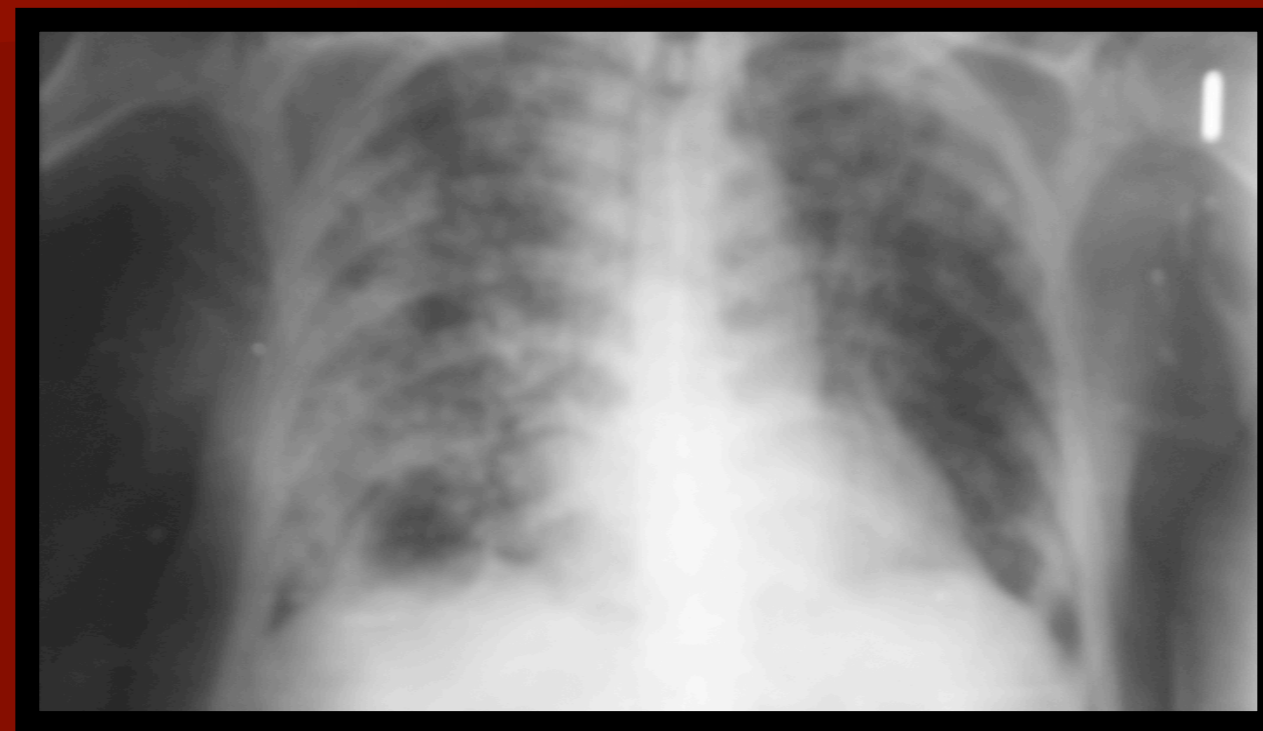
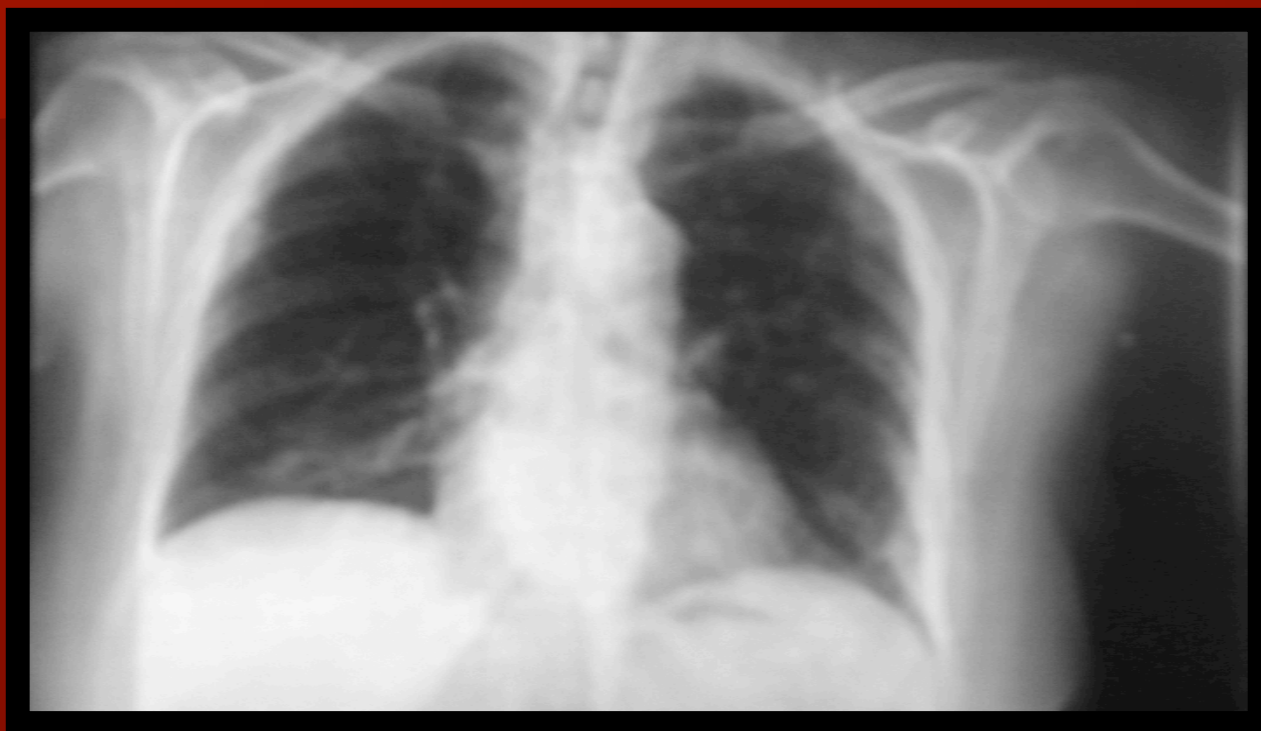
Material y métodos (1):

Mujer de 62 años de edad, sin antecedentes de interés, diagnosticada de Mieloma Múltiple IgG kappa estadio II-A (junio/2008), que realizó tratamiento quimioterápico de inducción con posterior consolidación con trasplante (TASPE, diciembre de/2009). Durante el trasplante presentó infección por Ps. Aeurogenosa y bronconeumonía por virus N1H1, que requirió prolongado ingreso en UCI y tratamiento con corticoides a dosis altas (diabetes y miopatía esteroidea).

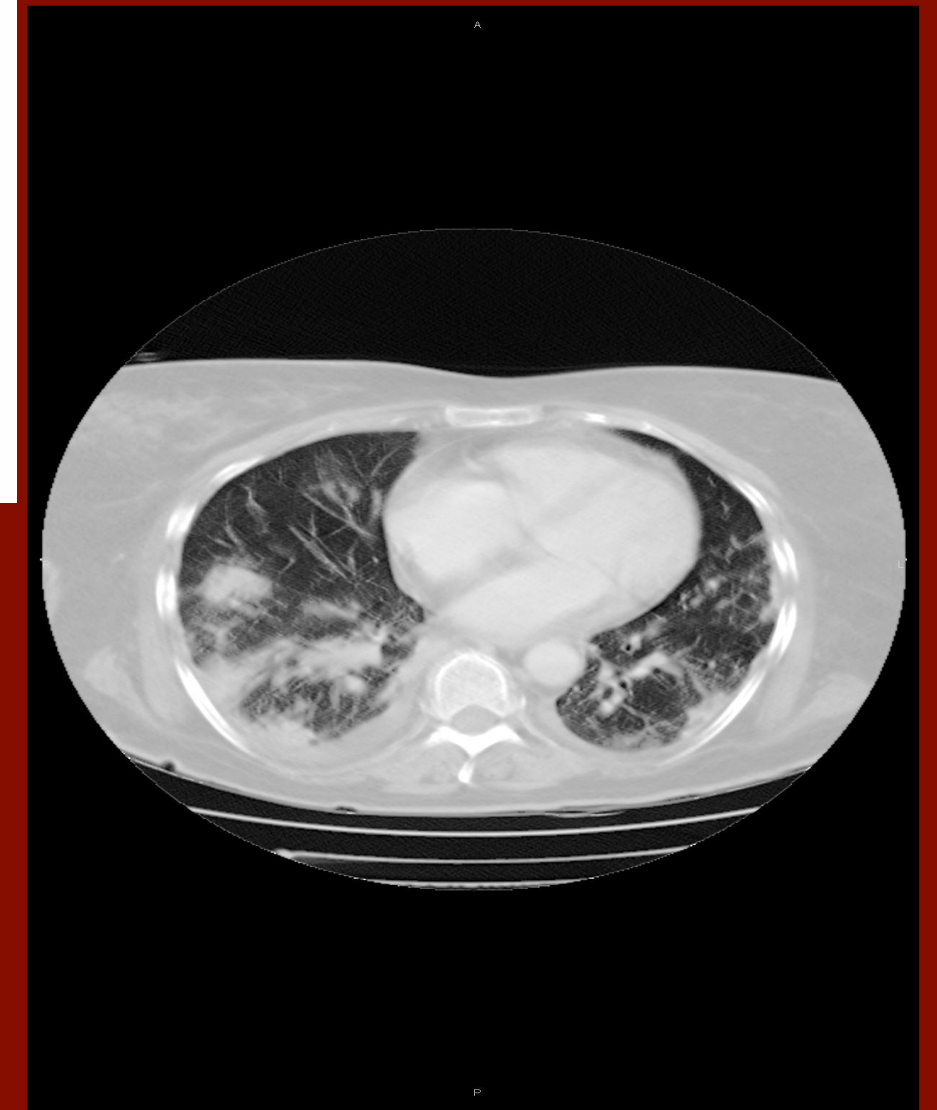
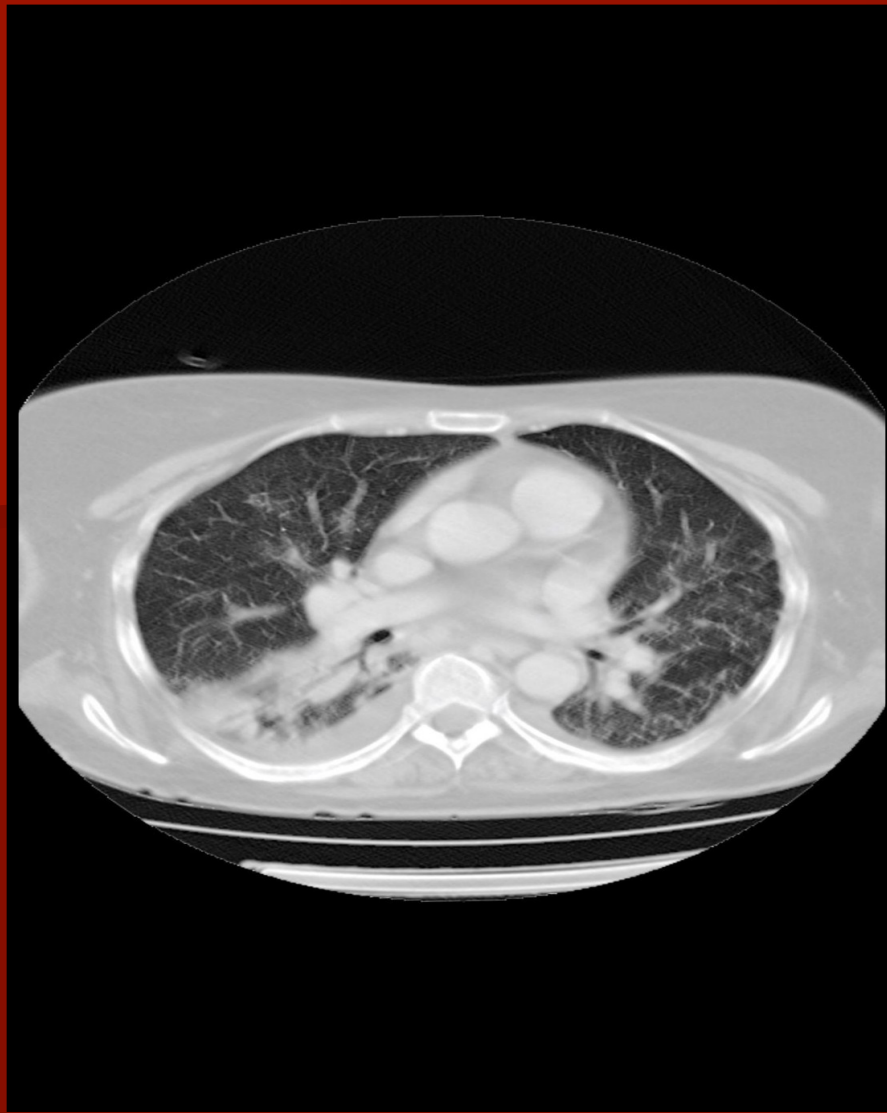
Material y métodos (2)

- A la semana del alta (marzo/2010) acude a urgencias por fiebre, tos seca, disnea y edemas. La **valoración inicial** incluyó: **1.** Detallada anamnesis (antecedentes por Ps. Aeu., 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 neutrófilos, Hb 9.5 y 150.00 plaq.) y bioquímica (glucemia 195mg/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 **A**).
- Con el diagnóstico de Neumonía basal derecha en paciente con severa inmunodepresión y alto riesgo de infección fúngica invasiva (IFI) 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 **B**) y broncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL). La paciente ingresa en UCI.

Material y métodos (3).



- En UCI ,la paciente precisa 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 Parapsilosi en BAL, Ps. Aeur. Multiresistente en esputo y C. Albicans en diversos cultivos de colonización) se inicia tratamiento con colistina IV y anfotericina B liposomal, manteniendose el aciclovir y la piperacilina-tazobactam.



Resultados

La paciente evolucionó favorablemente, manteniéndose el tratamiento hasta la recuperación clínica, negativización de cultivos y resolución radiológica. Ante la persistencia de *C. Albicans* en 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. Aeuro.*, 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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA DE LA UNIDAD DE RODILLA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Autores: Tolós Marín, M.T.; Peñalosa Garcés, M.D.; Andrés Saliente, A.; Martín Hernández, C.; Domingo Lizama, P..

V Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco
24,25 de noviembre de 2010

Introducción y 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.

Material y métodos: Check-List

- 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 desde 1/05/2010-30/09/2010.



ETIQUETA

PROCEDIMIENTO:



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la inducción de la anestesia

ENTRADA
☐ EL PACIENTE LLEVA BRAZALETE IDENTIFICATIVO
☐ EL PACIENTE HA CONFIRMADO • SU IDENTIDAD • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO • SU CONSENTIMIENTO
☐ MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO / NO PROCEDE
☐ SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA
☐ VÍA PERIFÉRICA COLOCADA Y PERMEABLE
¿TIENE EL PACIENTE:
ALERGIAS CONOCIDAS?
☐ NO ☐ SÍ
VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?
☐ NO ☐ SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE
RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?
☐ NO ☐ SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS

Antes de la incisión cutánea

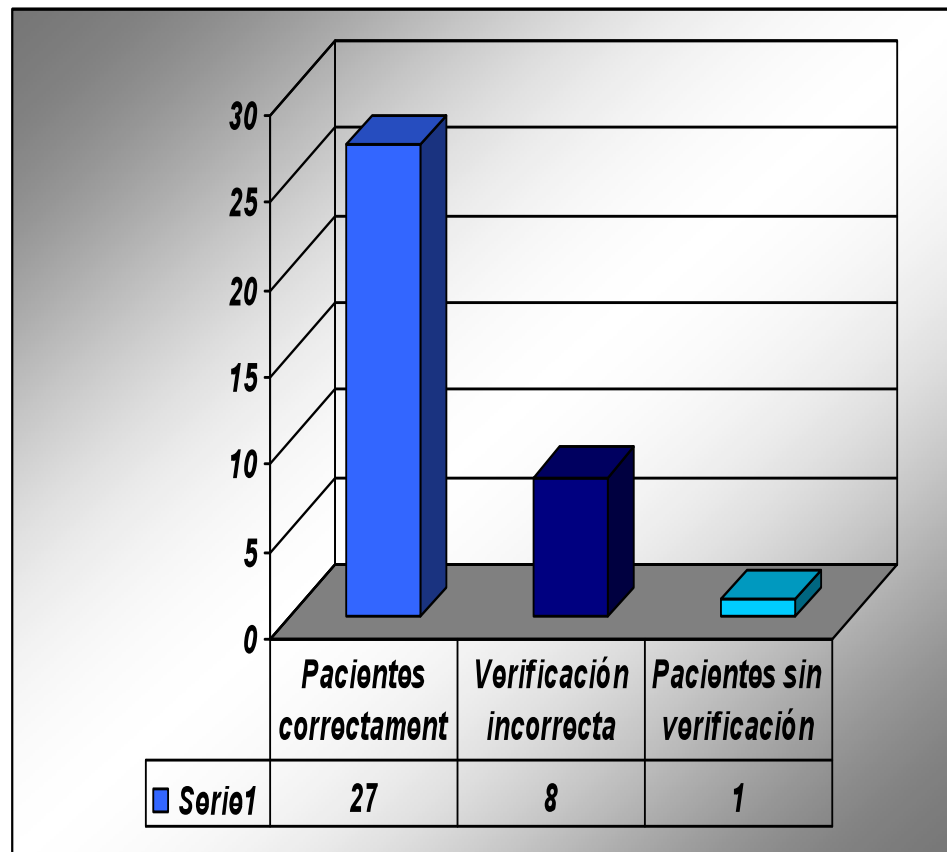
PAUSA QUIRÚRGICA
☐ CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAN IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN
☐ CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: • LA IDENTIDAD DEL PACIENTE • EL SITIO QUIRÚRGICO • EL PROCEDIMIENTO
☐ PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO
PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS
☐ EL CIRUJANO REVISAR: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA
☐ EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAR: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO
☐ EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAR: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
☐ SÍ ☐ NO PROCEDE
¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?
☐ SÍ ☐ NO PROCEDE

Antes de que el paciente salga del quirófano

SALIDA
LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:
☐ EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO
☐ QUE LOS RECuentOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)
☐ EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
☐ SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
☐ EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y ENFERMERA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
FIRMA: FECHA:

Resultados

- Cuantitativos



- Sensibilizar al personal sobre efectos adversos de la cirugía.
- Minimizar riesgos de:, identificación, localización, infección y morbilidad.
- Promover prácticas seguras.

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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



SATISFACCION DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN DISPENSACION AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. EVALUACION DE RESULTADOS

Autores: Escusa Julián, M; Pérez Martínez ,C; Martín Pérez, M^ªD; Doñate Linares ,E; Conde Pérez, M^ªD; Sanchis Motilla ,R; Gimeno Mora ,A; Agustín Moreno, T; García Herrero ,L.

Servicio: FARMACIA

Hospital: Hospital Obispo Polanco de Teruel

SATISFACCION DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN DISPENSACION AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. EVALUACION DE RESULTADOS.

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.

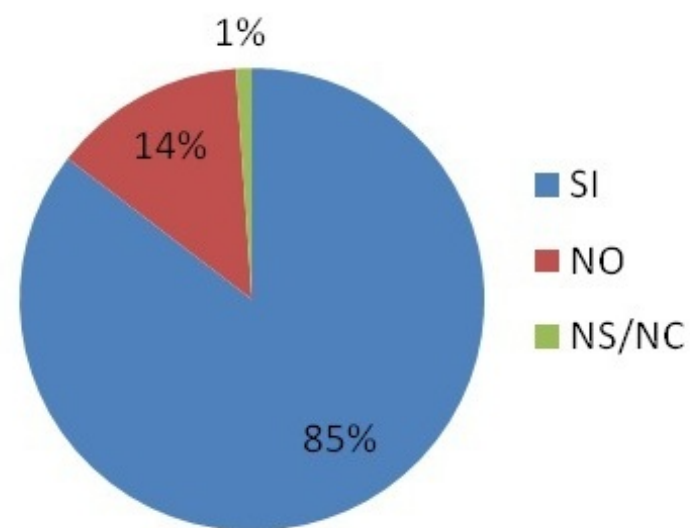
SATISFACCION DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN DISPENSACION AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

Resultados:

- Se recogen 90 encuestas(3% del total). De ellas 71 fueron contestadas por el propio paciente (42% fueron hombres, 29% mujeres y el 18% ns/nc) y 19 por la persona encargada de recoger la medicación (17% hombres, el 32% mujeres y el 39% ns/nc). 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% muy bueno, al 34% bueno, al 3% 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.

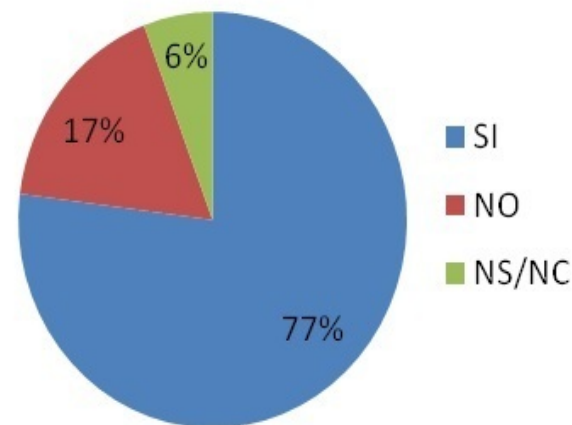
SATISFACCION DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN DISPENSACION AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA. EVALUACION DE RESULTADOS.

¿Considera adecuada la dispensación mensual?



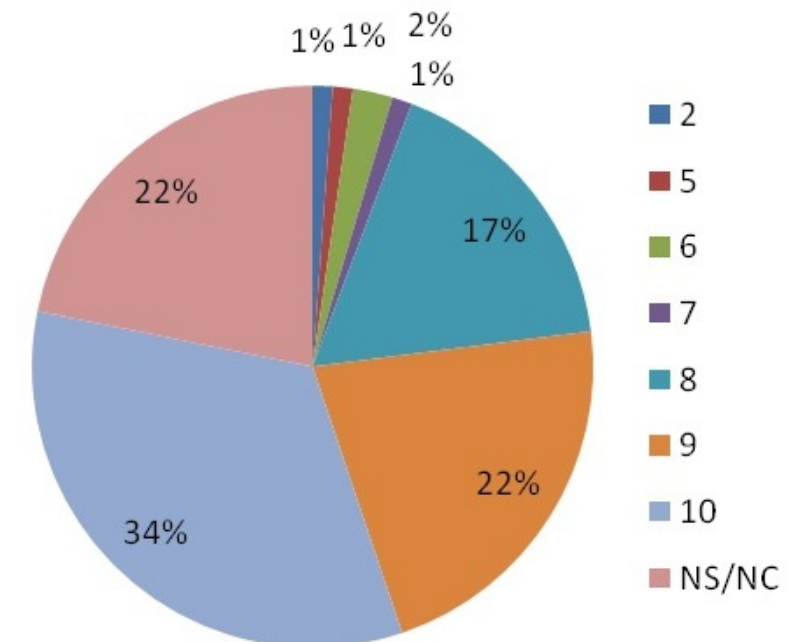
- El 85% responde que sí, el 14% que no y el 1% ns/nc.

¿Considera adecuado el horario de dispensación?



- El 77% responde sí, el 17% que no y el 6% ns/nc.

Puntuación recibida



- 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).

SATISFACCION DE LOS PACIENTES EXTERNOS EN DISPENSACION AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

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, trasportar la medicación ambulatoria hasta los pueblos, tener más stock de medicamentos en el servicio.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO Y LACTANCIA



**AUTORES: ALVAREZ CARCEL P, HERNANDEZ
TORRES A; CALATAYUD GÓMEZ E; TOLOSA FRAJ
MP; VICENTE REMON A; BARBERÁ SOLDADO A.**



INTRODUCCIÓN

- La alimentación durante el embarazo, la lactancia y la infancia puede tener consecuencias en el desarrollo físico e intelectual del niño.



OBJETIVOS

- Conocer los hábitos de vida y alimentarios de las mujeres en estado preconcepcional, embarazo y lactancia.
- Mejorar la salud de las mujeres embarazadas y de sus futuros hijos.
- Concienciar a las mujeres desde la etapa preconcepcional, de la importancia de la alimentación en el desarrollo y salud de su hijo y en la suya propia.

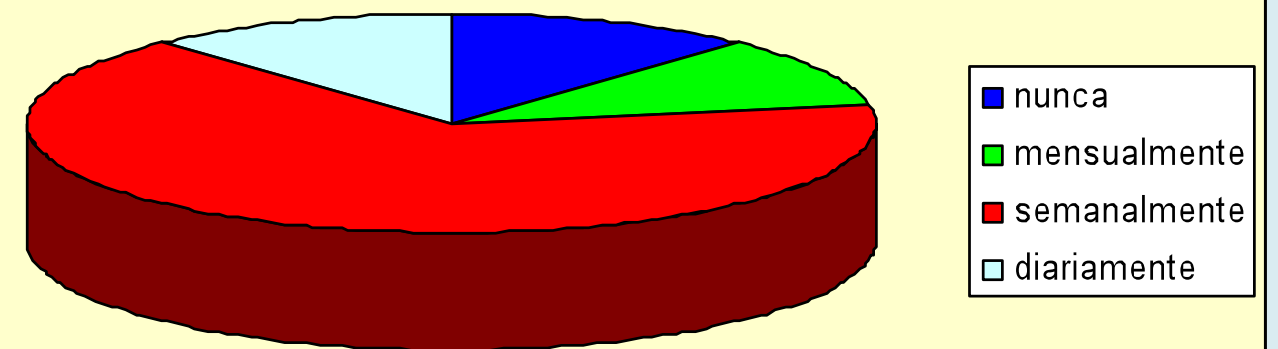
MATERIAL Y MÉTODO

- 29 farmacias de la provincia han participado en este estudio, recogiendo información y realizando una labor educativa para establecer hábitos alimentarios saludables.
- Se realizaron 212 encuestas :
 - mujeres en estado preconcepcional (n=67)
 - embarazadas (n=72)
 - mujeres en periodo de lactancia (n=73)
- Estudio del estado nutricional de las mujeres en estado preconcepcional, embarazadas y en período de lactancia de la provincia de Teruel durante un período de tres meses.
- Los farmacéuticos impartieron sesiones formativas en la población diana.

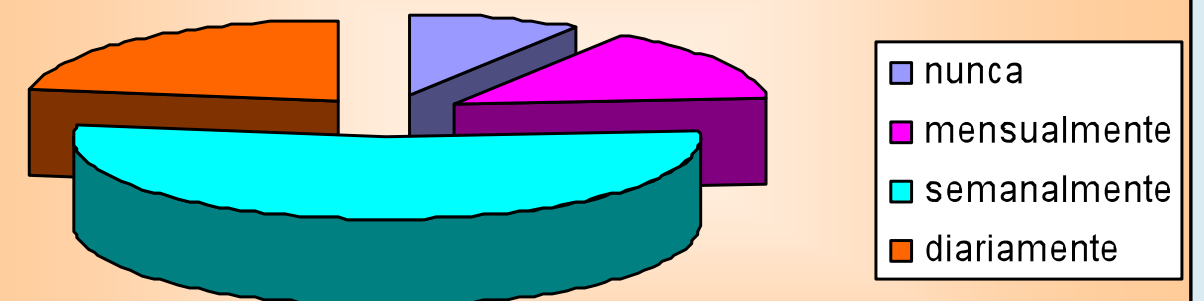
RESULTADOS EN EMBARAZADAS

- El IMC medio de las mujeres antes de su embarazo era de 24.
- Un 7% de las embarazadas y un 20 % de las preconcepcionales eran fumadoras activas.
- El 60% consideraba que tenía una dieta variada y equilibrada.
- El consumo diario de hidratos de carbono era menor de lo recomendado y el de proteínas superior.
- Es deficitario el consumo diario de frutos secos.

CONSUMO DE EMBUTIDOS



CONSUMO DE BOLLERÍA INDUSTRIAL



CONCLUSIONES

- ❑ El consumo de ácido fólico como parte de la dieta es escaso, sólo el 50% lo toma como complemento alimenticio.
- ❑ El consumo de hidratos de carbono debería ser de 2-3 raciones/día.
- ❑ El consumo de bollería industrial y grasas saturadas es superior al recomendado.
- ❑ El farmacéutico puede intervenir en mejorar los conocimientos y los hábitos alimenticios de las mujeres para cubrir sus necesidades en estas situaciones especiales.



V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



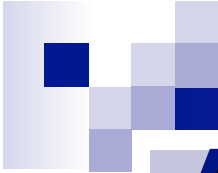
Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



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

MN. Tarazón Alcocer, J. Horno Delgado, LM. Tarazón Alcocer, M. Mata Roig, C. Gallardo Ganuza, S. Valdearcos Enguñdanos.

■ **Introducción:**

En el hipotiroidismo la TSH está elevada y la T4L disminuida (Primario) o normal (Sub-clínico). En el embarazo, su diagnóstico debe ser precoz: el desarrollo del cerebro fetal es dependiente de la T4 materna, desde la concepción. En nuestro laboratorio(HOP) El rango de referencia es TSH=0.27-4.2 mU/l y T4L= 1.0-1.8 mU/l. El tratamiento: administrando tiroxina, con monitorización de niveles.

■ **Material y métodos:**

Población en estudio=muestra de 710 embarazadas durante los años 2005 a 2007. Se ha recogido en el laboratorio la analítica sanguínea de la 1ª visita a CE maternidad. Se han tabulado los datos según patología-año y patología-edad; utilizando tabla de síntesis y diagrama de barras.



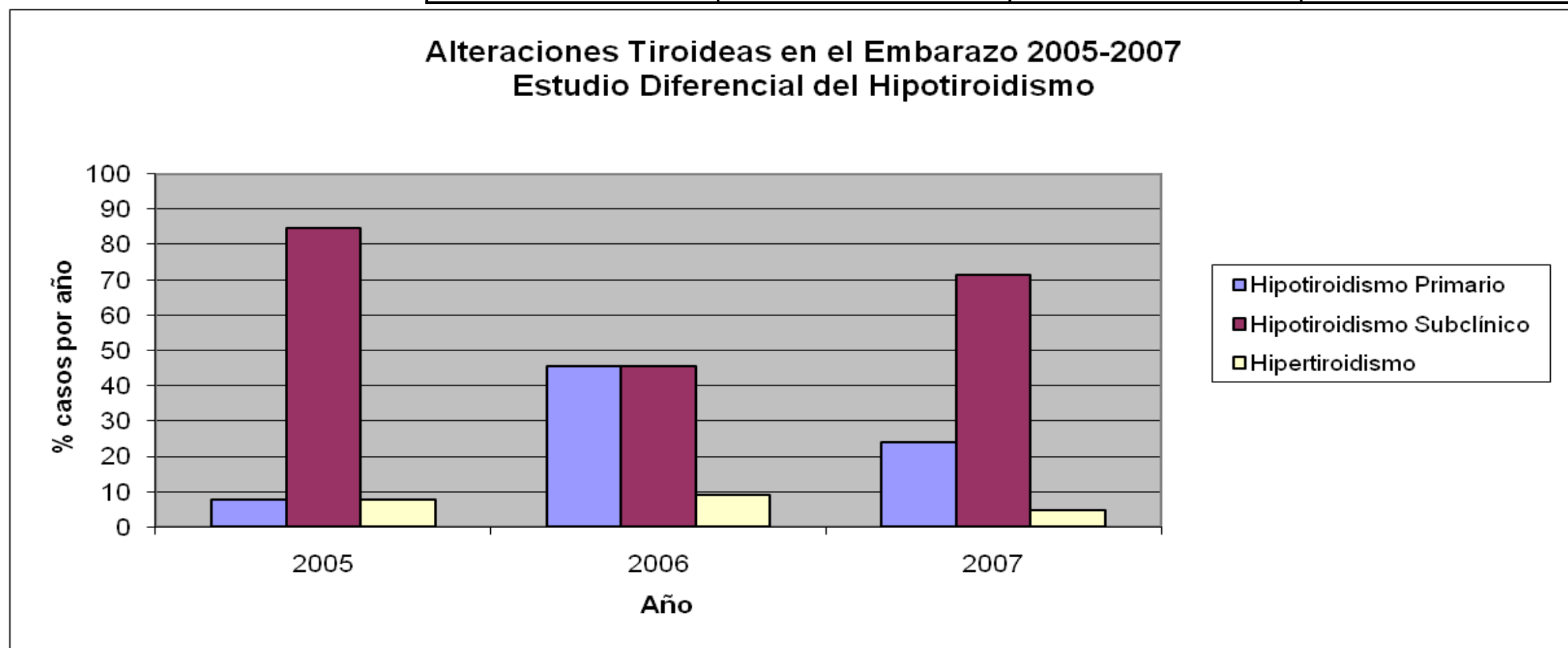
Resultados

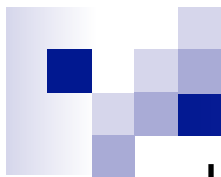
En el estudio diferencial de Hipotiroidismo, obtenemos número de casos:

AÑO	HIPOTIROIDISMO PRIMARIO	HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO	HIPER	ENFERMOS	SANOS	TOTAL
2005	1	11	1	13	204	217
2006	10	10	2	22	204	226
2007	5	15	1	21	246	267
TOTAL	16	36	4	56	654	710

Estudio diferencial de hipotiroidismo respecto al total de enfermos, en porcentajes, obtenemos:

AÑO	% H.PRIMARIO	% H.SUBCLINICO	% HIPER
2005	7,6923	84,6153	7,6923
2006	45,4545	45,4545	9,0909
2007	23,8095	71,4285	4,7619



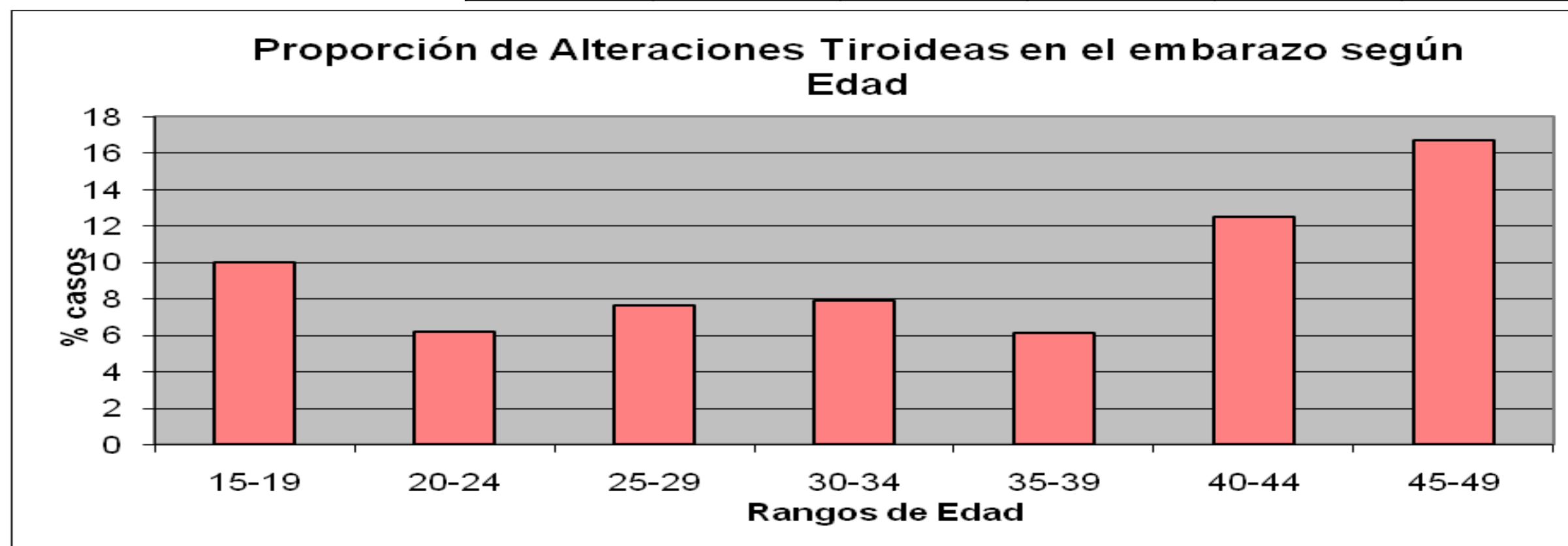


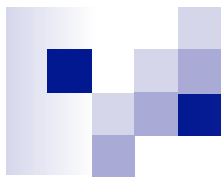
La media de edad de las pacientes según patología, es la siguiente:

AÑO	H.PRIMARIO	H.SUBCLINICO	HIPER	HIPOTIROIDISMO	ENFERMOS	TODOS
2005	26	30,18	27	29,83	29,61	30,77
2006	32,11	29,78	28	30,94	30,65	30,27
2007	31,80	32	41	31,94	32,40	31,34

En cuanto a alteraciones tiroideas en el embarazo según intervalo de edad, obtenemos número de casos:

EDAD	Enfermos	Sanos	% de enfermos	%de sanos	Total de casos
15-19	2	18	10	90	20
20-24	4	61	6,15	93,84	65
25-29	13	157	7,64	92,35	170
30-34	22	256	7,91	92,08	278
35-39	8	123	6,10	93,89	131
40-44	3	21	12,50	87,50	24
45-49	1	5	16,66	83,33	6

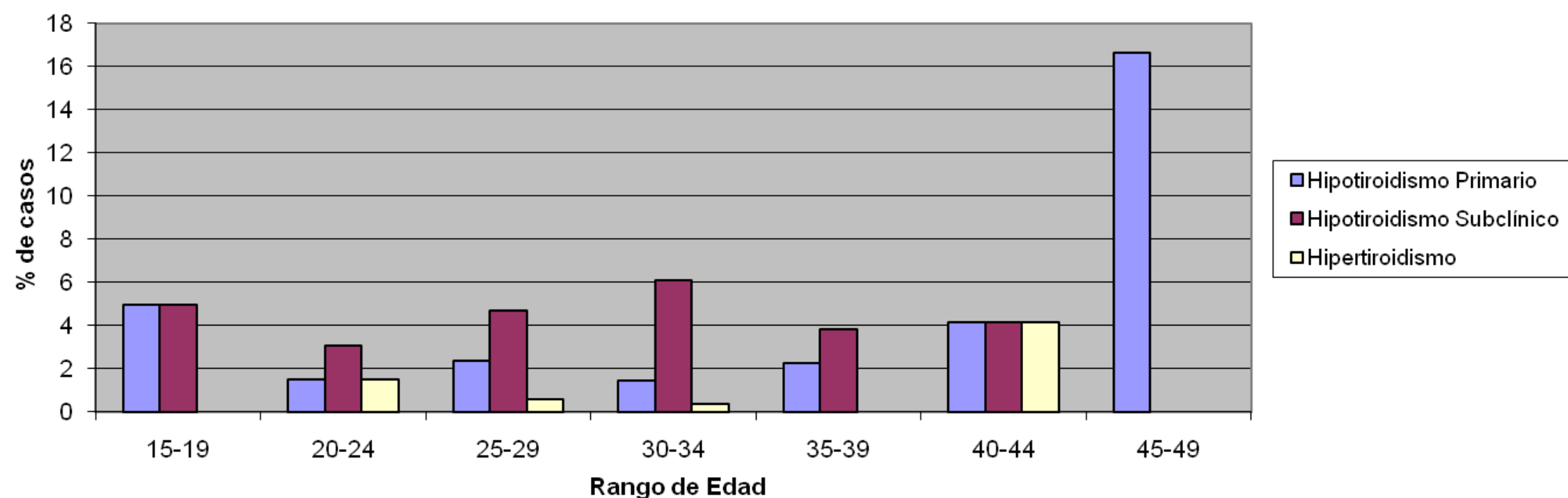




En el estudio diferencial de Hipotiroidismo según intervalo de edad obtenemos:

EDAD	H.PRIMARIO	H.SUBCLÍNICO	HIPER	% H. Primario	% H. Subclínico	% Hiper
15-19	1	1	0	5	5	0
20-24	1	2	1	1,5385	3,0769	1,5346
25-29	4	8	1	2,3529	4,7058	0,5882
30-34	4	17	1	1,4388	6,1151	0,3597
35-39	3	5	0	2,2901	3,8167	0
40-44	1	1	1	4,1667	4,1666	4,16
45-49	1	0	0	16,66	0	0

Proporción de Alteraciones Tiroideas en el embarazo según Edad y 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, derivaría en beneficios si se instaurase precozmente el tratamiento.

Según la literatura, se calcula que entre 1-2% de gestantes reciben terapia con levotiroxina.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



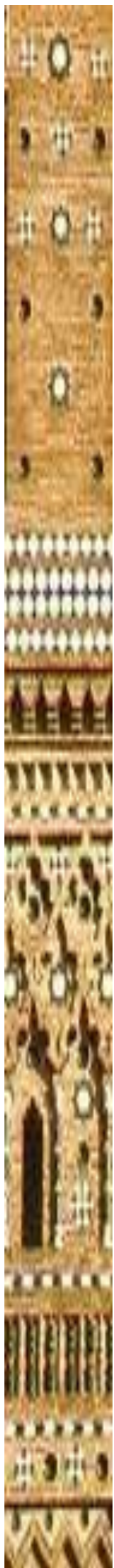
Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



Fístula colo-vesical 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 colo-vesical**.

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:

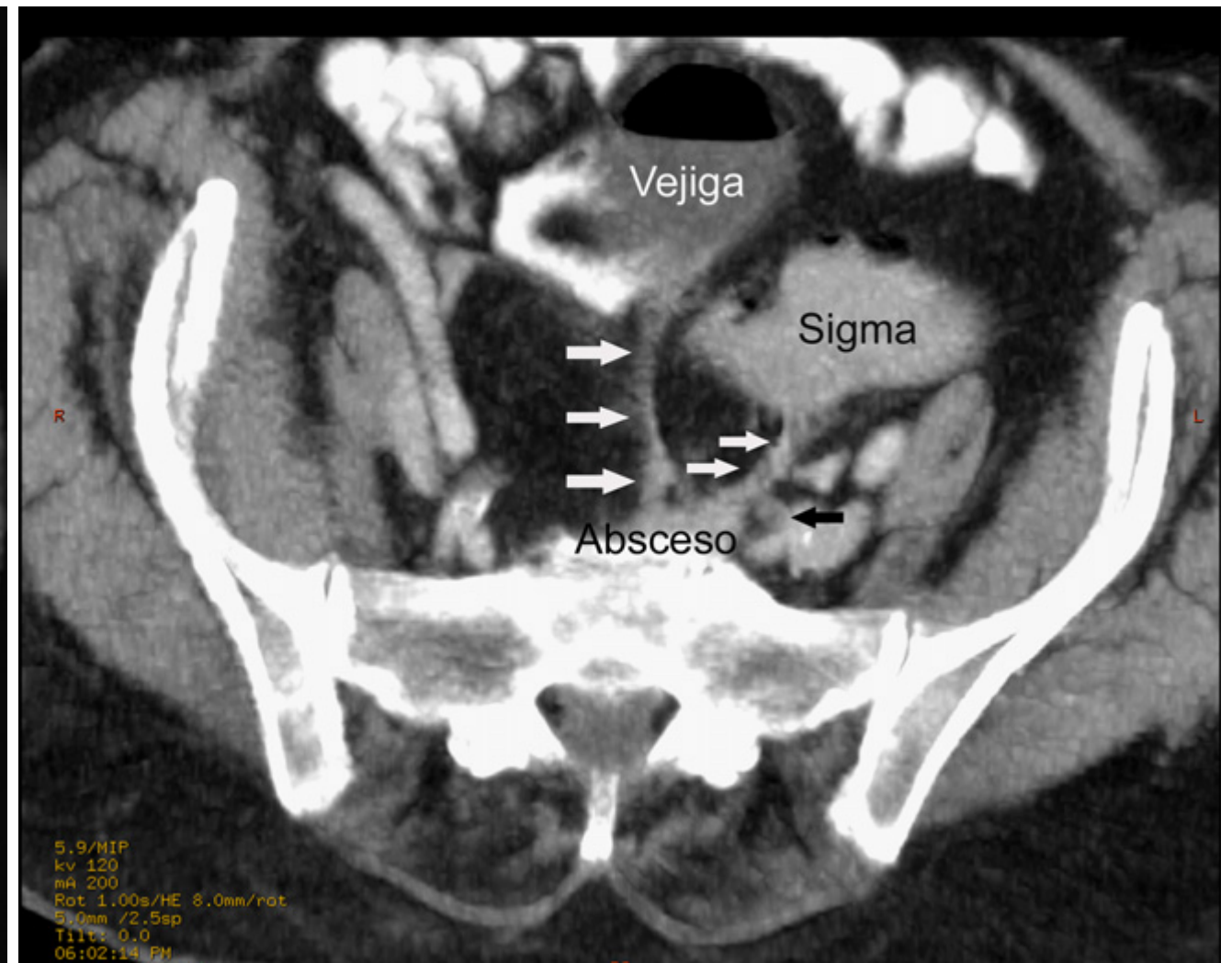
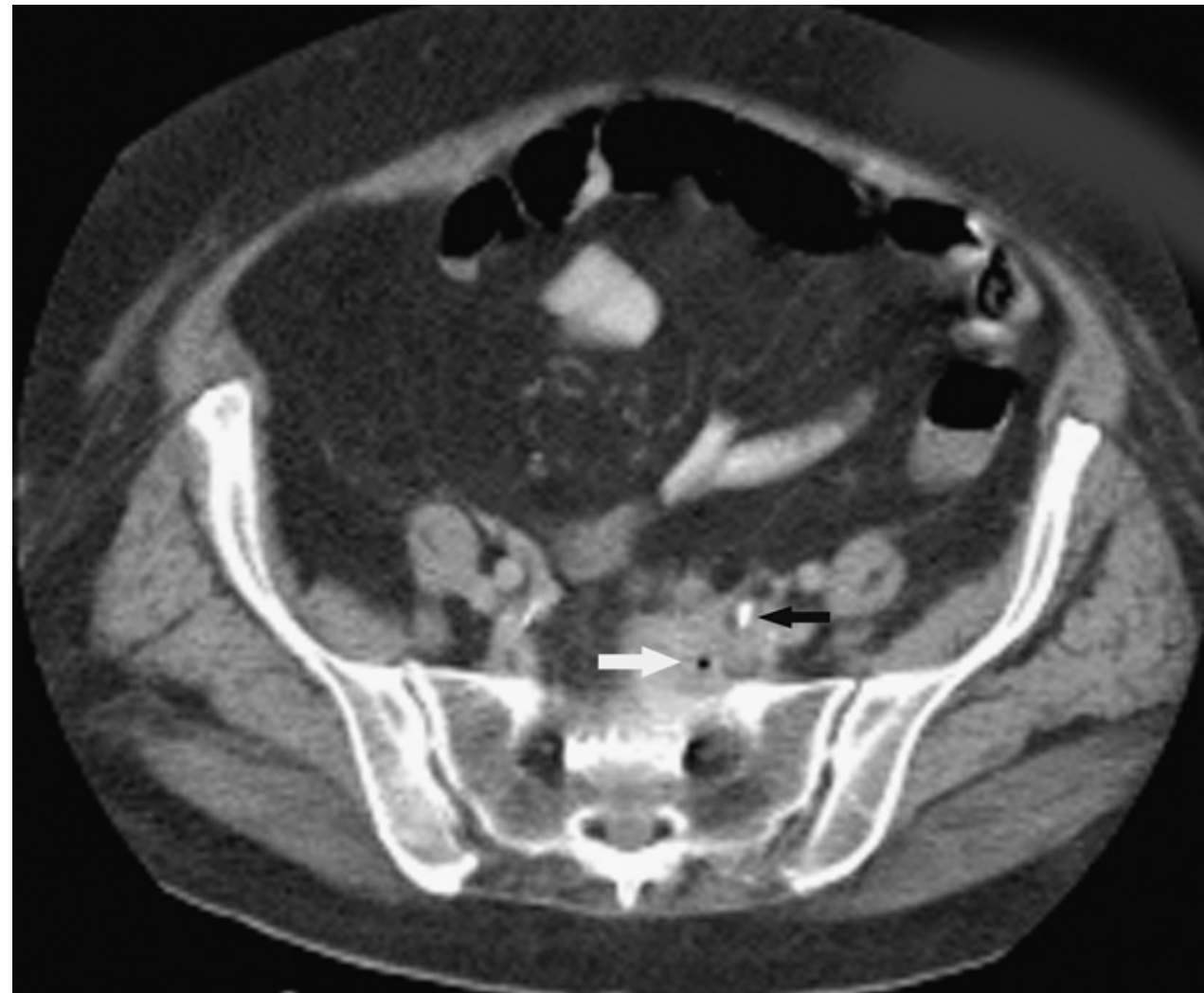
Presentamos los casos de dos pacientes que tras sufrir un cuadro de **diverticulitis aguda complicada**, desarrollaron como complicación **una fístula colo-vesical**.

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

Primer caso :

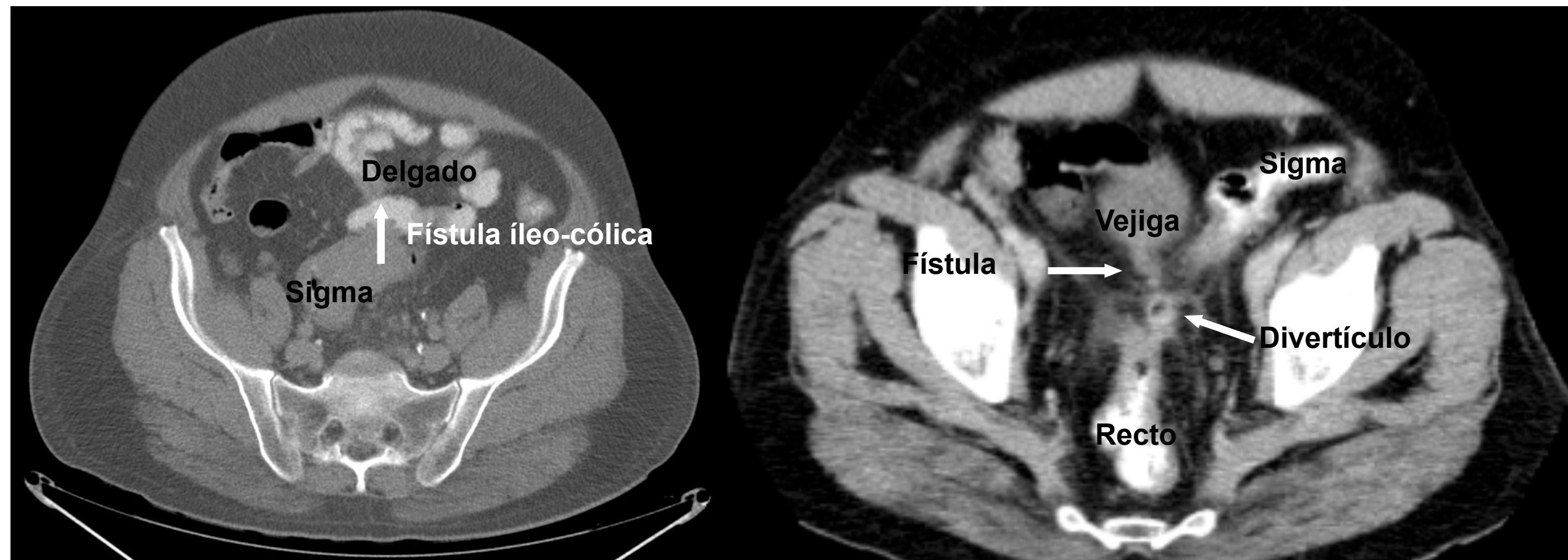
- Mujer de 86 años
- Se diagnosticó mediante TC la **diverticulitis aguda perforada con absceso presacro** y posteriormente se identificó el **trayecto fistuloso** desde el colon al absceso y desde éste a la vejiga, que presentaba aire en su interior.



- 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.

Segundo caso :

- Varón de 42 años
- Se diagnóstico 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



- Este paciente tuvo que ser intervenido por presentar además de la fístula colo-vesical una fístula íleo-cólica. No se logró identificar la fístula íleo-cólica en el acto quirúrgico y se trató conservadoramente.



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.**
- 

Bibliografía:

- Ambrosetti P, Becker C, Terrier F. Colonic diverticulitis: impact of imaging on surgical management a prospective study of 542 patients. EurRadiol. 2002;12:1145–9. 9.
- Rhea JT. CT evaluation of appendicitis and diverticulitis. Part II: Diverticulitis. EmergRadiol. 2000;7:237–44.