

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

RECETA ELECTRÓNICA EN TERUEL, AÑO 2010

F. MUÑOZ ESPÍLEZ

Servicio Aragonés de Salud.

Sector Teruel

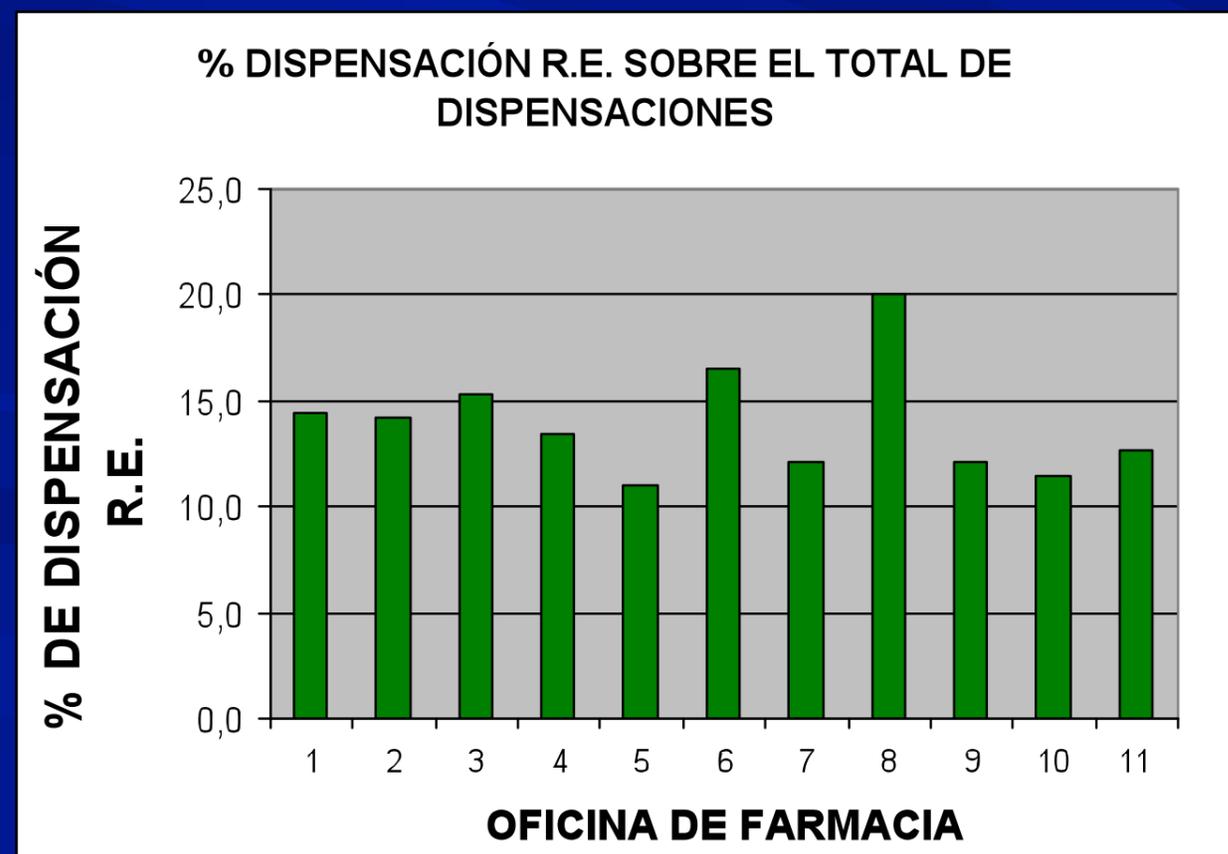
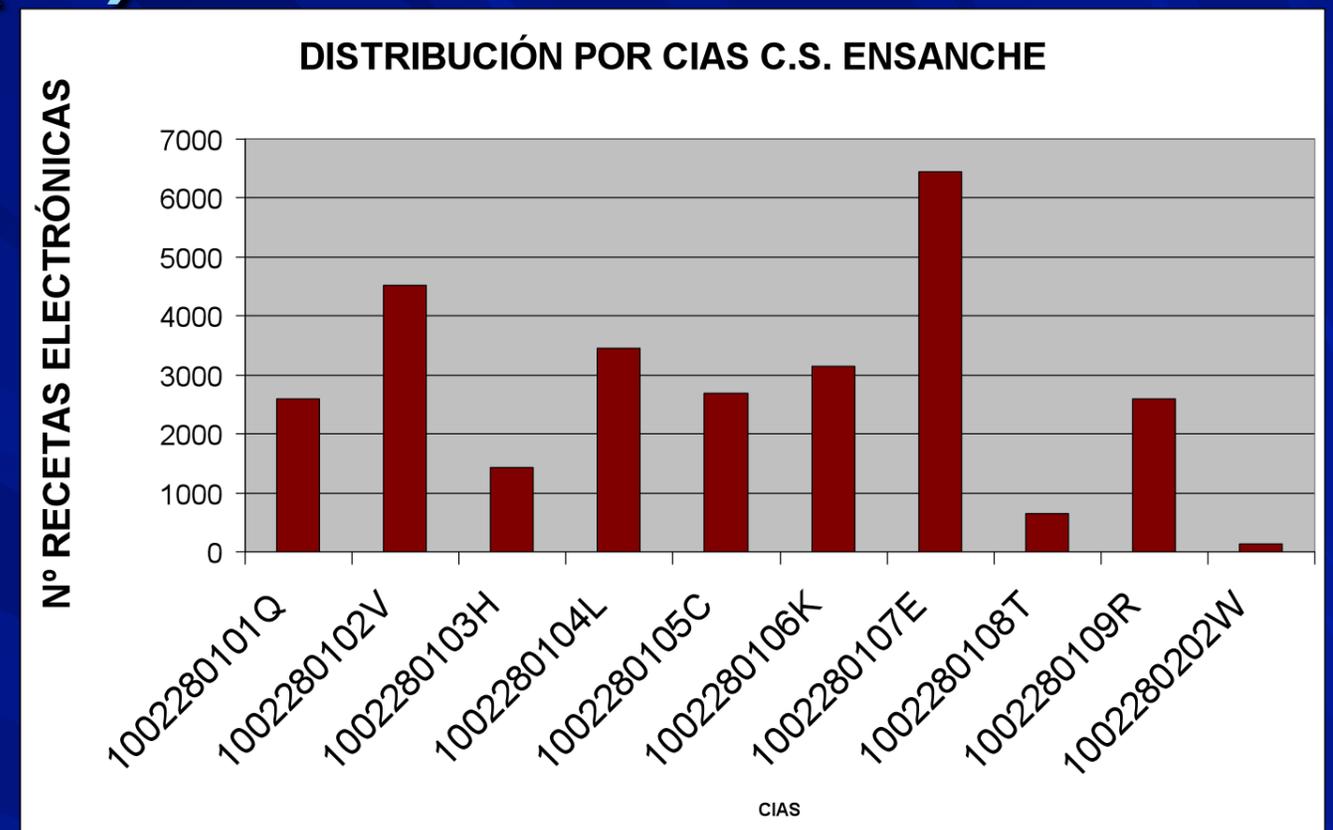
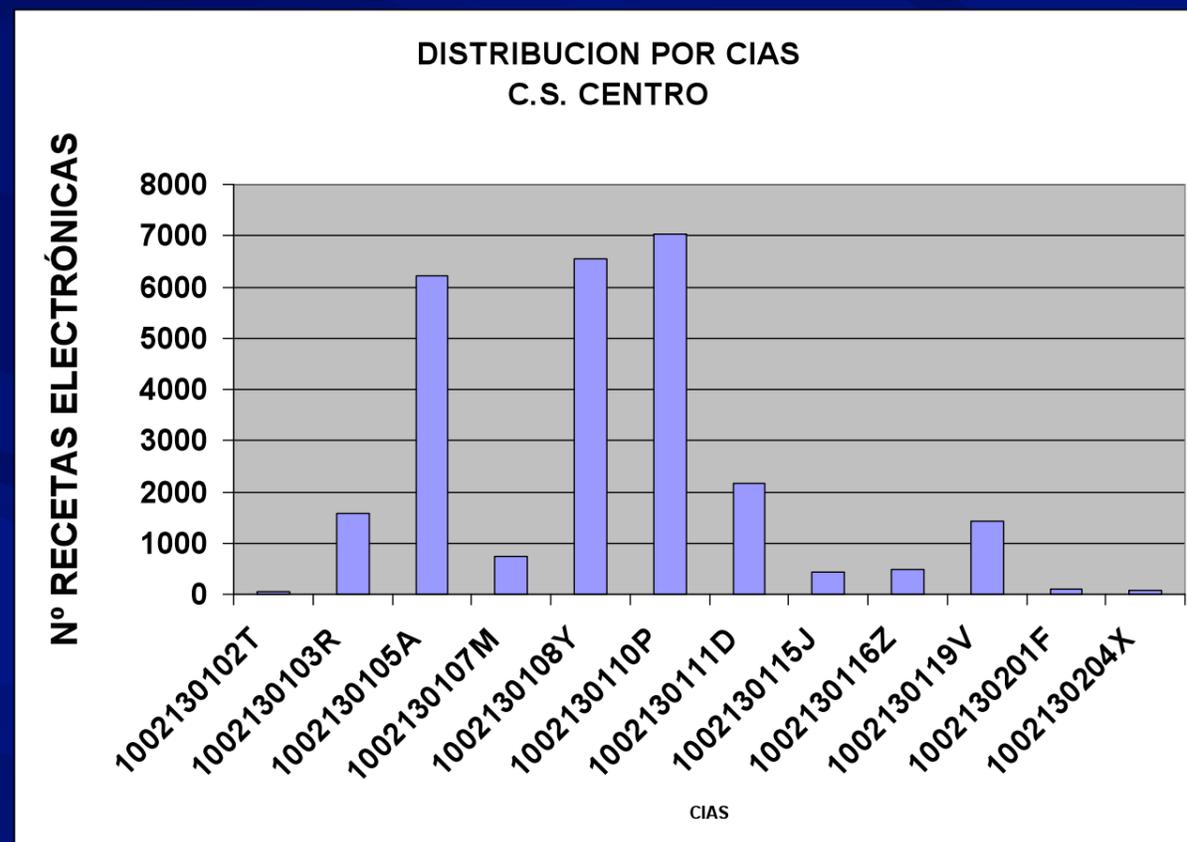
INTRODUCCIÓN

- En la ciudad de Teruel se está realizando la prueba piloto de receta electrónica para Aragón. La 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.
- 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(1)

- 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 receta 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

RESULTADOS (2)



RESULTADOS

- 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 distintos 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 gran accesibilidad de los ciudadanos a esta prestación

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



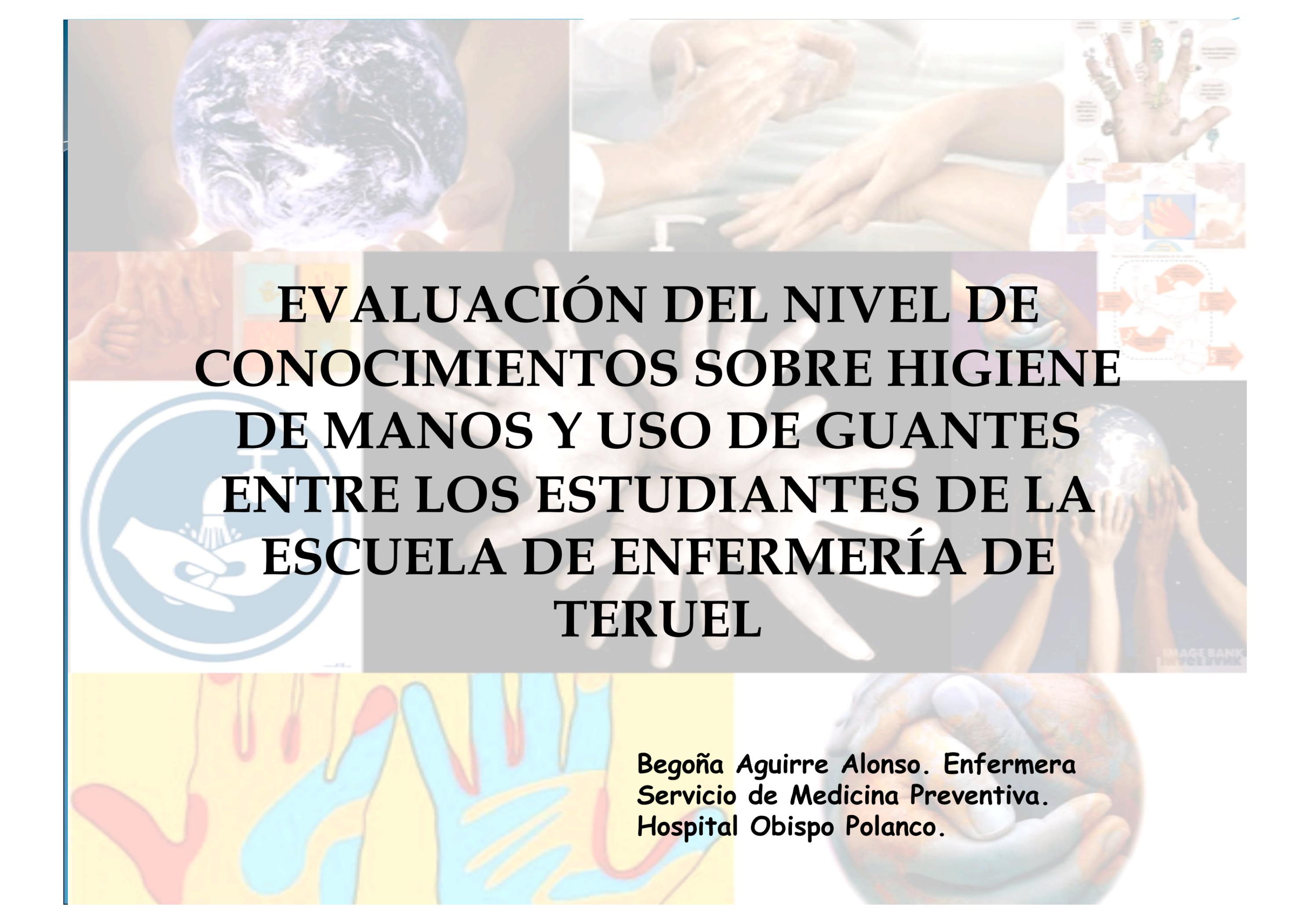
Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



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

**Begoña Aguirre Alonso. Enfermera
Servicio de Medicina Preventiva.
Hospital Obispo Polanco.**



INTRODUCCIÓN:

❖ La infección asociada a los cuidados sanitarios es un problema que afecta a la calidad de la asistencia en Hospitales

❖ Mediante una adecuada higiene de manos se puede prevenir la contaminación cruzada 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 con una formación adecuada para hacerlo correctamente.



OBJETIVO:

Valorar el grado de conocimientos sobre higiene de manos y uso de guantes que tienen los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Teruel.

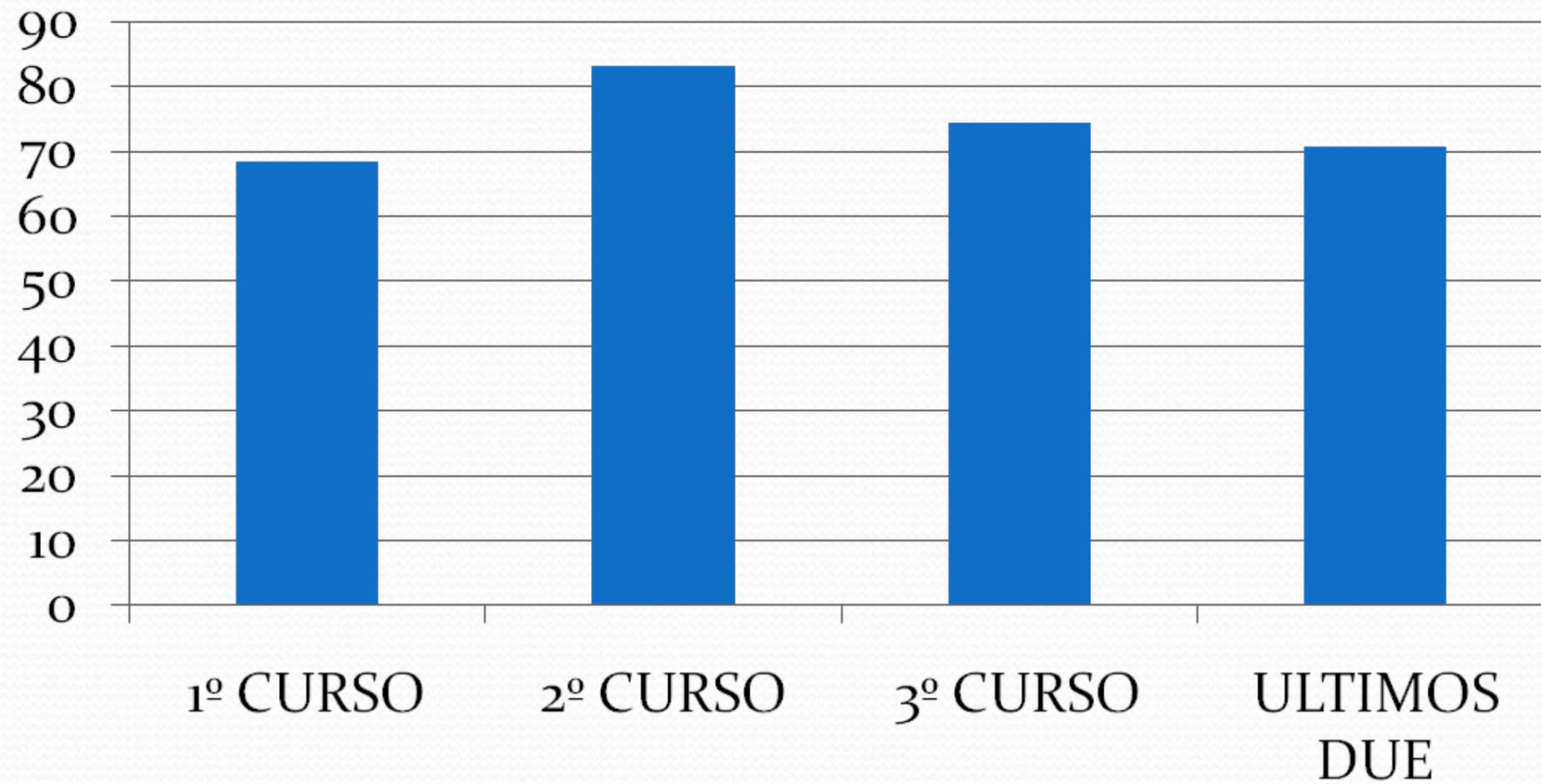
MATERIAL Y MÉTODOS:

- ❖ 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.



RESULTADOS

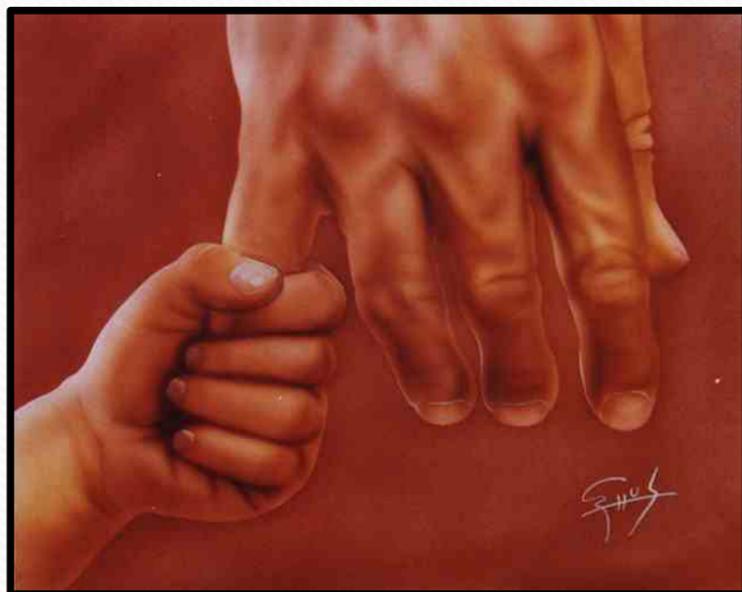
% RESPUESTAS CORRECTAS





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.



V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

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) Hospital Obispo Polanco (Teruel) Atención Primaria

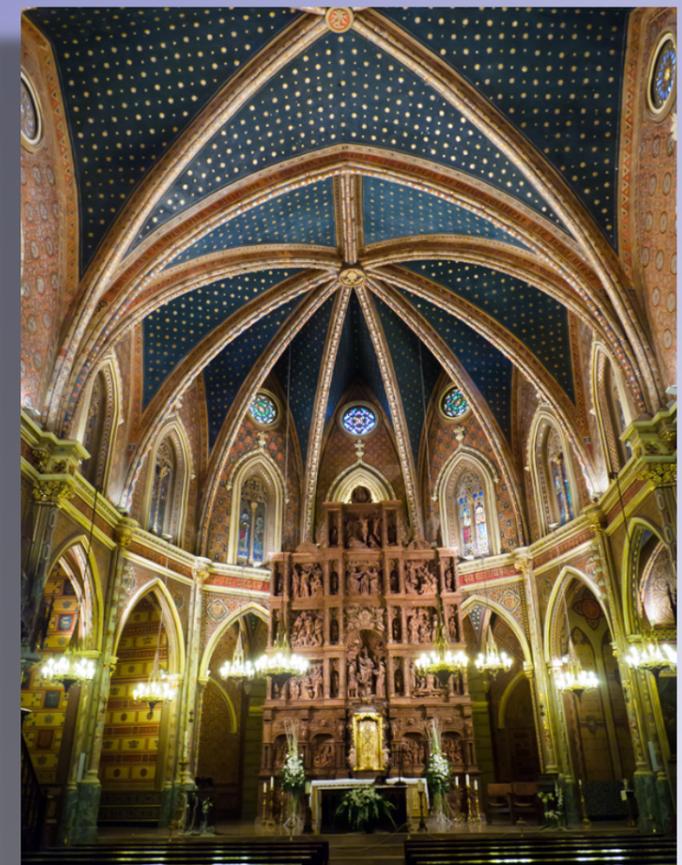
Introducción / Objetivos

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

Los objetivos del estudio son conocer la situación actual, 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.



Staphylococcus aureus resistente a meticilina. Situación en el último año

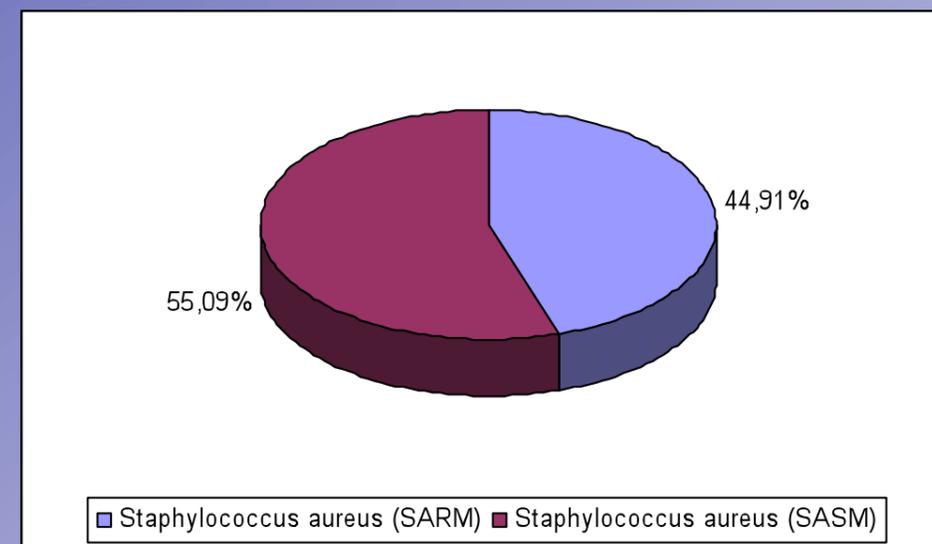
Ramos Germán F.J, Chocarro Escanero M.P. Cosculluela Abadía A.
Laboratorio de Análisis Clínicos (Microbiología) Hospital Obispo Polanco (Teruel) Atención Primaria

Resultados

El 44,9% de los aislamientos fueron SARM.. 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 Medicina Interna, 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 2,78%, incluyendo muestras de control.

Las muestras en las que mas 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 (75%), Hemocultivos (61,54%), Esputos (54,55%) y Heridas (43,33%)



AISLAMIENTOS SARM EN PACIENTES HOSPITALIZADOS		
MEDICINA INTERNA-PLANTA	% DE SARM EN EL SERVICIO	68,00%
	% DE SARM TOTAL	47,22%
CIRUGIA-PLANTA	% DE SARM EN EL SERVICIO	50,00%
	% DE SARM TOTAL	16,67%
NEFROLOGIA-DIALISIS	% DE SARM EN EL SERVICIO	40,00%
	% DE SARM TOTAL	11,11%
U. DE CUIDADOS INTENSIVOS	% DE SARM EN EL SERVICIO	12,50%
	% DE SARM TOTAL	2,78%

	% SARM EN LA MUESTRA	% SARM DEL TOTAL
Esputo	54,55%	13,64%
Orina	75,00%	6,82%
Hemocultivo	61,54%	18,18%
Exudado de herida	43,33%	29,55%

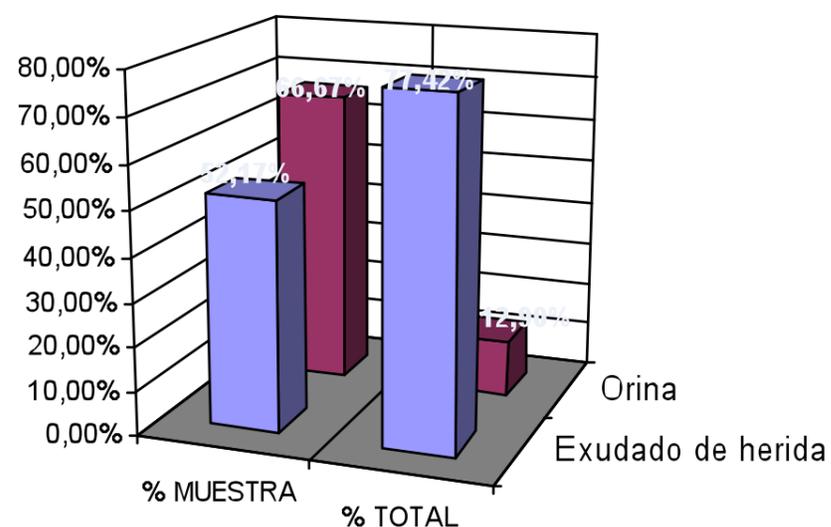
Staphylococcus aureus resistente a meticilina. Situación en el último año

Ramos Germán F.J, Chocarro Escanero M.P. Cosculluela Abadía A.
Laboratorio de Análisis Clínicos (Microbiología) Hospital Obispo Polanco (Teruel) Atención Primaria

CS CON MAYOR NÚMERO DE AISLAMIENTOS SARM

C.S.MONREAL	% SARM TOTAL	26%
C.S.TERUEL ENSANCHE	% SARM TOTAL	19%
C.S.TERUEL	% SARM TOTAL	13%
C.S.CALAMOCHA	% SARM TOTAL	13%

MUESTRAS. AISLAMIENTOS EN AP



Resultados:

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%)

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) Hospital Obispo Polanco (Teruel) Atención Primaria

Resultados

Respecto al mecanismo de resistencia a meticilina el 48,22% lo fueron por algún tipo de modificación en las PBPs y el 51,78% por hiperproducción de beta-lactamasas. En los aislamientos hospitalarios el porcentaje de aislamientos con modificación de las PBPs 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.

SARM: Mecanismos de resistencia		
	Hiperproducción de betalactamasas	Modificación de PBP
Ajenos	49,48%	50,52%
Atención Primaria	50,94%	49,06%
Consultas Externas	56,79%	43,21%
Hospitalizados	51,20%	48,80%

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) Hospital Obispo Polanco (Teruel) Atención Primaria

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. Sin embargo es de destacar el marcado incremento de aislamientos ambulatorios.

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.

AVISO

**OBLIGATORIO
LAVARSE
LAS MANOS**



V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



**Fomento de la motivación en los pacientes con
trastorno mental grave en una Unidad de Media
Estancia**

Beatriz Rueda Marqués
Noelia Pérez Gamir
Unidad de Media Estancia
CRP San Juan de Dios de Teruel

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

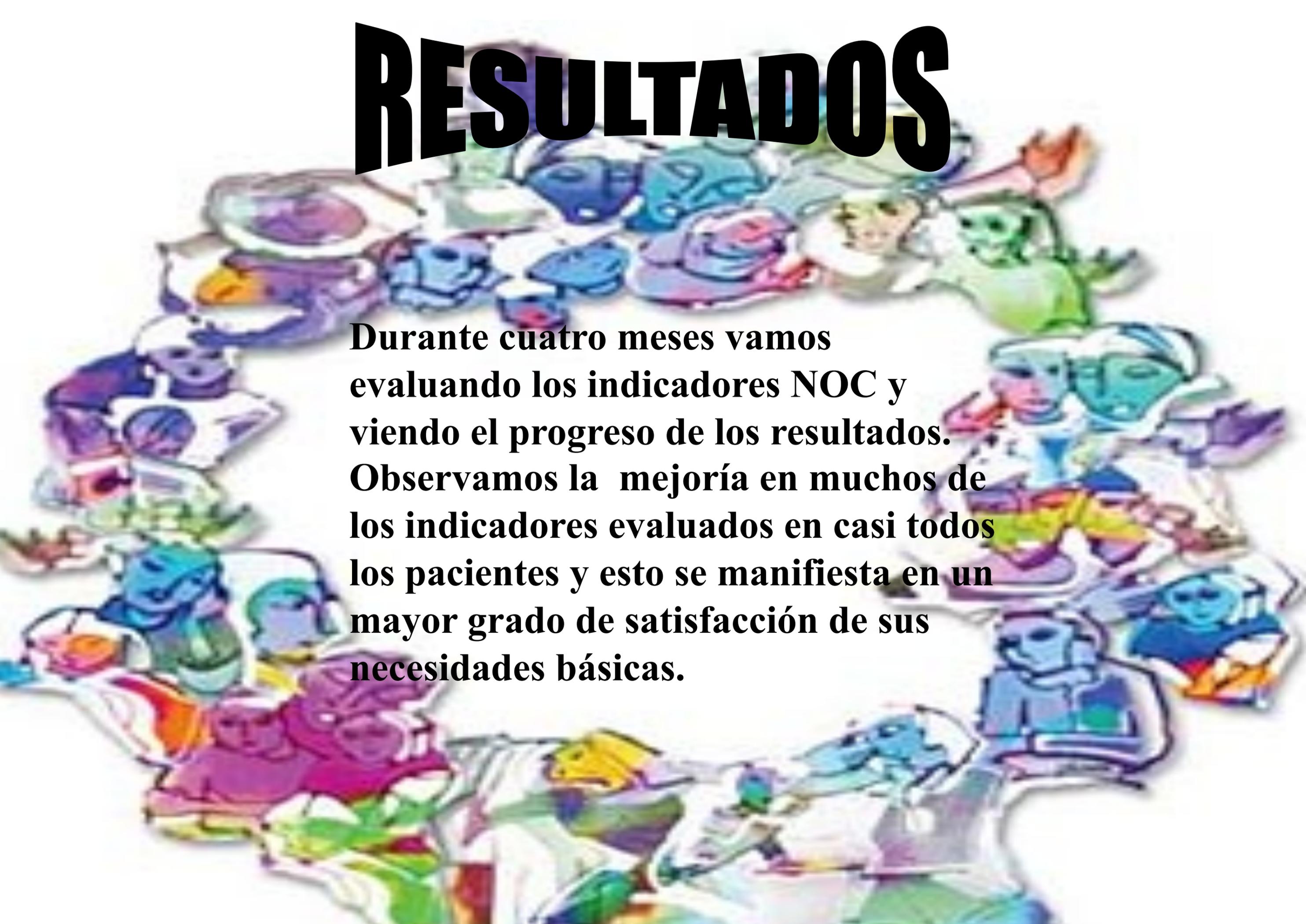
- o La Unidad de Media Estancia es una unidad rehabilitadora con carácter fundamentalmente abierto, cuyo fin es buscar la adaptación del paciente a la comunidad y su estancia es limitada en el tiempo.
- o Hay que destacar que el ingreso debe ser voluntario y consentido
- o Por otro lado cabe señalar que una de las características de los enfermos con TMG suele ser la dificultad para satisfacer sus necesidades básicas debido a la falta de motivación y otros.
- o De todo lo anterior se deriva la importancia de que los usuarios de una Unidad de Media Estancia estén estimulados para realizar las actividades programadas dentro del plan de rehabilitación psicosocial, lo cual nos ha llevado a planificar una serie de intervenciones para impulsar la motivación en los mismos
- o Nuestro objetivo será pues, conseguir que el paciente participe en dichas actividades y destacar la relevancia del papel de la enfermera de salud mental como impulsora de dicha motivación

MÉTODO/MATERIAL

- o Seleccionamos a un grupo de pacientes que tengan al menos tres de los siguientes diagnósticos de enfermería
00108 Déficit de autocuidados: baño/higiene
00109 Déficit de autocuidados :vestido/acicalamiento
00097 Déficit de actividades recreativas
00079 Incumplimiento del tratamiento
- Dichos diagnósticos deben estar relacionados con la falta de motivación
- o Buscamos los resultados más adecuados de estos diagnósticos de enfermería y utilizamos los indicadores NOC que más nos interesan para nuestro propósito realizando una evaluación de los mismos al inicio del plan de cuidados y transcurrido un tiempo del mismo.

- o Realizamos las siguientes intervenciones relacionadas con los diagnósticos y los resultados anteriores:
 - ✓ Escucha activa
 - ✓ Apoyo emocional
 - ✓ Facilitar autorresponsabilidad
 - ✓ Establecimiento de objetivos comunes
 - ✓ Acuerdo con el paciente
 - ✓ Fomento de la comunicación
 - ✓ Apoyo en la toma de decisiones
 - ✓ Presencia
 - ✓ Asoramiento
 - ✓ Potenciación de la autoestima
 - ✓ Enseñanza individual

RESULTADOS



Durante cuatro meses vamos evaluando los indicadores NOC y viendo el progreso de los resultados. Observamos la mejoría en muchos de los indicadores evaluados en casi todos los pacientes y esto se manifiesta en un mayor grado de satisfacción de sus necesidades básicas.

CONCLUSIONES

- * En casi todos los casos los pacientes han mejorado respecto al cumplimiento de las actividades básicas y esto también se manifiesta con una mayor satisfacción personal
- * El papel de la enfermera en salud mental es muy importante en la rehabilitación psicosocial del paciente debido, entre otras cosas, a la relación tan cercana que se tiene con el mismo sin olvidar su aportación como miembro activo del equipo multidisciplinar

*Marion Johnson, Gloria Bulechek, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean Mass, Sue Moorhead. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid. Harcourt Mosby 2002

* Marion Johnson, Meridean Mass, Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid. Harcourt Mosby 2003

* Joanne McCloskey Dochterman, Gloria Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª ed. Madrid. Elsevier 2007

*Mª Teresa Luis Rodrigo. Los diagnósticos enfermeros 2ª ed. Barcelona. Masson 2002

*Gloria Novel Martí, Mª Teresa Lluch Canut, Mª Dolores Miguel López de Vergara. Enfermería Psicosocial y salud mental. Barcelona. Elsevier Masson 2007

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DE LOS DELIRIOS EN EL ÁREA DE TERUEL

Esteban Rodríguez, E.; Reboreda Amoedo, A.; Pereyra Grustán, L.; Iglesias Echegoyen, C.; Lafuente Casanova, Ó.;
Saa Sendra, D.; Gómez Chagoyen, B.; Gómez Bernal, G. Área de Salud Mental de Teruel.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

El delirio es el síntoma cardinal de algunos trastornos mentales graves, si bien pueden estar presentes en otros cuadros. Dado que existe gran variabilidad en su expresión, nos proponemos analizar cuáles son las características fenomenológicas de los pacientes delirantes de nuestra área, prestando especial atención al contenido de los delirios.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Muestra de 62 pacientes que presentan o han presentado en el pasado ideas delirantes, y que han sido atendidos en los dispositivos de salud mental de Teruel en Julio, Agosto y Septiembre de 2010, excluyendo los pacientes institucionalizados.

*Dispositivos de procedencia: Centro Salud Mental: 25 (41,9%); UCE psiquiatría: 14 (22,58%); UME/Centro de Día: 22 (35,48%).
Sexo: Hombres: 40 (65,57%); Mujeres: 21 (34,42%); (Desconocido: 1) Edad: Media global: 42, 8 años; media hombres: 42,97 años; media mujeres: 43, 36.*

La recogida de datos se hace a través de un formulario, que cumplimenta el facultativo de cada caso, y que recoge información del contenido de los delirios y la presencia de alucinaciones que ha tenido el paciente a lo largo de la historia de su enfermedad. Se hace un análisis descriptivo de la información obtenida.

RESULTADOS

Contenido de los delirios:

Un único tema delirante: 24 (38,7%). En este grupo destacan el delirio de perjuicio (12: 50% de estos) y el de referencia (6: 25% de estos). En menor número, de hipocondría (2), grandeza (2), religioso (1) y catástrofe (1).

Dos o más temas delirantes: 38 (61,3%). Algunos temas delirantes no aparecen aislados en ningún caso como: Los de control externo o fenómenos imposibles (se agrupan con una media de otros 2,5 temas más), de falsa identidad (aparecerían con otros 4 temas de media), de metamorfosis y erotomanía, entre otros.

Tema del delirio:

- Perjuicio: 43 (69,35%).
“Me envenenan”.
- Referencia/alusión: 27 (43,54%).
“Hablan de mí”.
- Influencia/Control/Fenómenos extraños: 16 (25,8%).
“Me ponéis estos pensamientos”.

- **Grandeza: 11 (17,17%).** *“Tengo grandes riquezas”.*
- **Hipocondría: 9 (14,5%).** *“Tengo una enfermedad muy grave”.*
- **Místico/Religioso: 8 (12,9%).** *“Soy el enviado de Dios”.*
- **Erotomanía: 4 (6,45%).** *“El alcalde está enamorado de mí; lo sé”.*
- **Otros:**

Cambio corporal/metamorfosis, parasitación, falsa identidad, fantasía, árbol genealógico, celotipia, catástrofe, culpa.

Alucinaciones:

- **No constatadas: 26 (41,9%).**
- **Presentes (en algún momento de la evolución): 36 (58,06%).**

De las cuales:

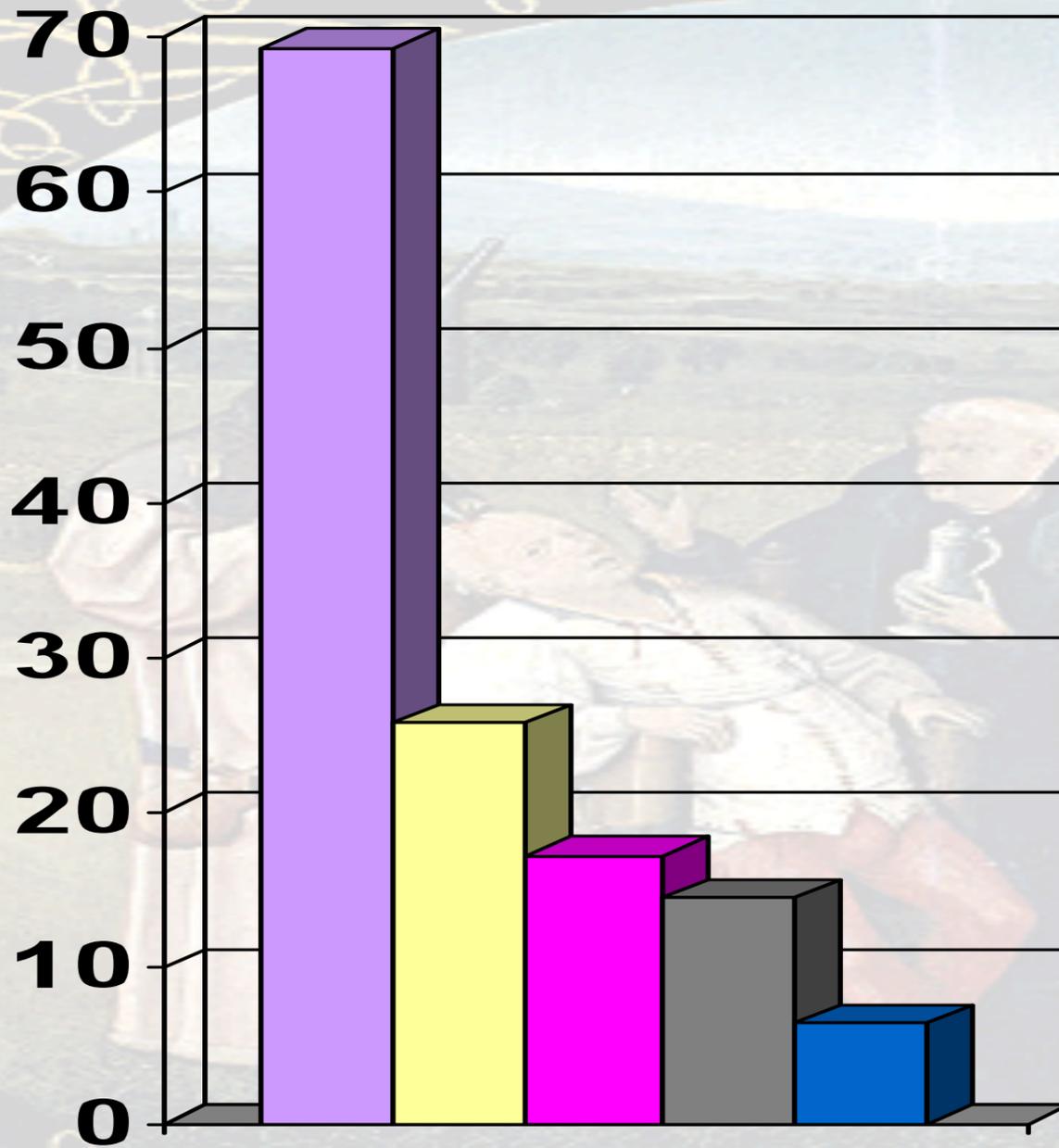
Auditivas 36 (94,4% de los pacientes con alucinaciones). Un 17,6% de estos tiene además otro tipo de alucinaciones.

“Tengo voces en mi cabeza que me insultan”.

Cenestésicas 4 (11,1%), de las que todas aparecen en pacientes que tienen también alucinaciones auditivas.

“Me tocan cuando estoy en la cama”.

Visuales 3 (8,3%), de las que dos tercios tienen también alucinaciones auditivas.



Contenido delirante

- Perjuicio**
- Influencia/Fen. Extraños**
- Grandeza**
- Hipocondría**
- Erotomanía**

CONCLUSIONES

- Entre los pacientes que han tenido delirios, el 61,3% han presentado al menos dos temas delirantes distintos, bien simultáneamente o bien cambiando a lo largo de su enfermedad.
- El delirio más frecuente es el de perjuicio (69,35%), seguido del de referencia (43,54%).
- Las alucinaciones están o han estado presentes en el 58% de los pacientes delirantes, siendo las más frecuentes (94,4%) las auditivas.
- Resaltar además, que estas cifra podrían estar subestimadas, ya que “son todos los que están, pero no están todos los que son”.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

SÍNTOMAS NEUROCOGNITIVOS Y PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTE CON QUISTE EPIDERMÓIDE CEREBRAL.

✦ *Autores: Pereyra Grustán. Lorena , Esteban Rodríguez. Eugenia, Reboreda Amoedo. Sandra, García Gómez. Miguel Angel, Fonseca López. Cherpentier, Saa Sendra David.*

✦ *Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco*

- ✦ - **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 tumores de origen ectodérmico que representan menos del 1% de los tumores intracraneales expansivos. Se comportan como tumores benignos de crecimiento lento.

QUISTE EPIDERMÓIDE CEREBRAL.

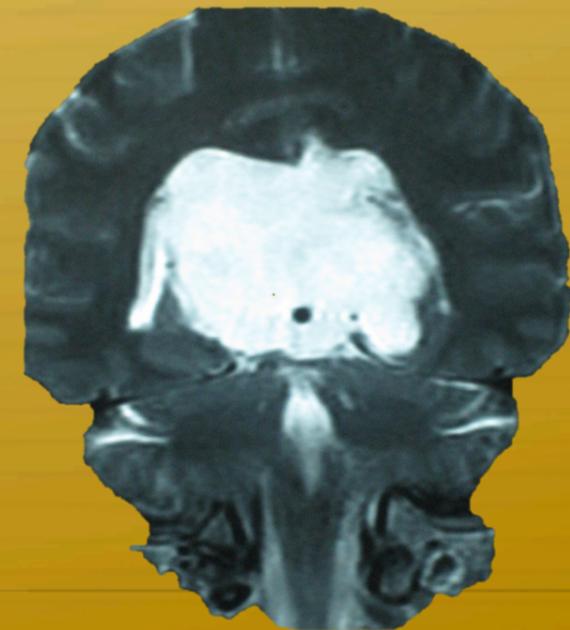
✦ - PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

1. Determinar la respuesta a los psicofármacos de los síntomas neuropsiquiátricos. Nos centramos en los síntomas psicóticos y la transformación de la personalidad secundarios al tumor cerebral.
2. 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, así como las posibilidades de tratamiento.



QUISTE EPIDERMOIDE CEREBRAL.

- ✦ - **MÉTODOS USADOS:** DESCRIPCIÓN DE UN CASO Paciente de 40 años intervenido de quiste epidermoide cerebral de línea media hace 7 años. Tras la intervención neuroquirúrgica persiste masa residual de 6x4 cm que ha ido creciendo durante los últimos años.
- ✦ Tras la cirugía diagnosticaron 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 el paciente sufre un cambio clínico agudo en forma de *disforia, irritabilidad, pérdida de memoria reciente e inmediata, suspicacia y delirio de perjuicio sin sistematización.* Falta de insight.



QUISTE EPIDERMÓIDE CEREBRAL.

- ✦ *RNM cerebral*: masa en línea media polilobulada que produce efecto compresivo sobre el cuerno occipital y lóbulo temporal izquierdo que no produce hipertensión intracraneal con dimensiones de 6x5.5x7cm.
- ✦ *EEG* demuestra actividad prerrolándica anormal.



QUISTE EPIDERMÓIDE CEREBRAL.

- ✦ **-RESUMEN DE RESULTADOS** Iniciamos tratamiento con ansiolíticos (clorazepato 10 mg/8h), neurolepticos (olanzapina 20 mg/d) y antiepilépticos (valproato 1500 mg/d).
- ✦ Con el tratamiento el paciente presentó mejoría en suspicacia y disforia no volviendo a presentar alteraciones del comportamiento graves como las que produjeron su ingreso en forma de heteroagresividad física y verbal. El delirio de perjuicio aparece como irreductible, así como la desinhibición sexual y la pérdida de memoria.
- ✦ No han mejorado los déficit mnésicos ni la conciencia de enfermedad lo que podría contribuir en el futuro al mantenimiento de la suspicacia y la irritabilidad.
- ✦ Por todo ello creemos necesario una *nueva valoración por el servicio de neurocirugía con vistas a plantear la posibilidad de reintervención.*

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

DERRAME PLEURAL QUILIFORME: A PROPOSITO DE UN CASO.

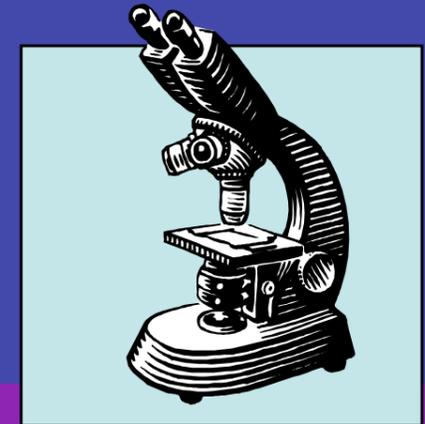
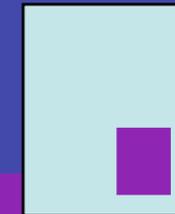
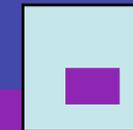
N.Sanllehí Vila, M.I. Valbuena Turienzo, A. Valero, M. P. Martinez Cortés, *P. Gracia, J. Horno Delgado.

Sº Análisis Clínicos, *Sº Medicina Interna Hospital Obispo Polanco. Teruel

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS:

- El derrame pleural (DP) colesterínico o quiliforme (pseudokuilotórax) es una forma poco frecuente de DP tradicionalmente considerada de curso crónico.
- Le caracteriza:
 - elevado contenido en colesterol
 - bajo contenido en triglicéridos (<50 mg/dl)
 - ausencia de quilomicrones.
- Las dos etiologías más comunes son la **Tuberculosis pleural** 54%, seguido de los derrames secundarios a **Artritis Reumatoide** (9%), aunque en muchos pacientes el origen del DP permanece indeterminado.

- Teoría más aceptada: derrame crónico de >5 años de evolución, aunque recientemente diversos autores han publicado casos de corta evolución cuestionando dicha cronicidad. (1), (3).
- Su patogenia es desconocida: (acumulación de los productos de degradación de las células presentes en el derrame: leucocitos, hematíes...)
- 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.

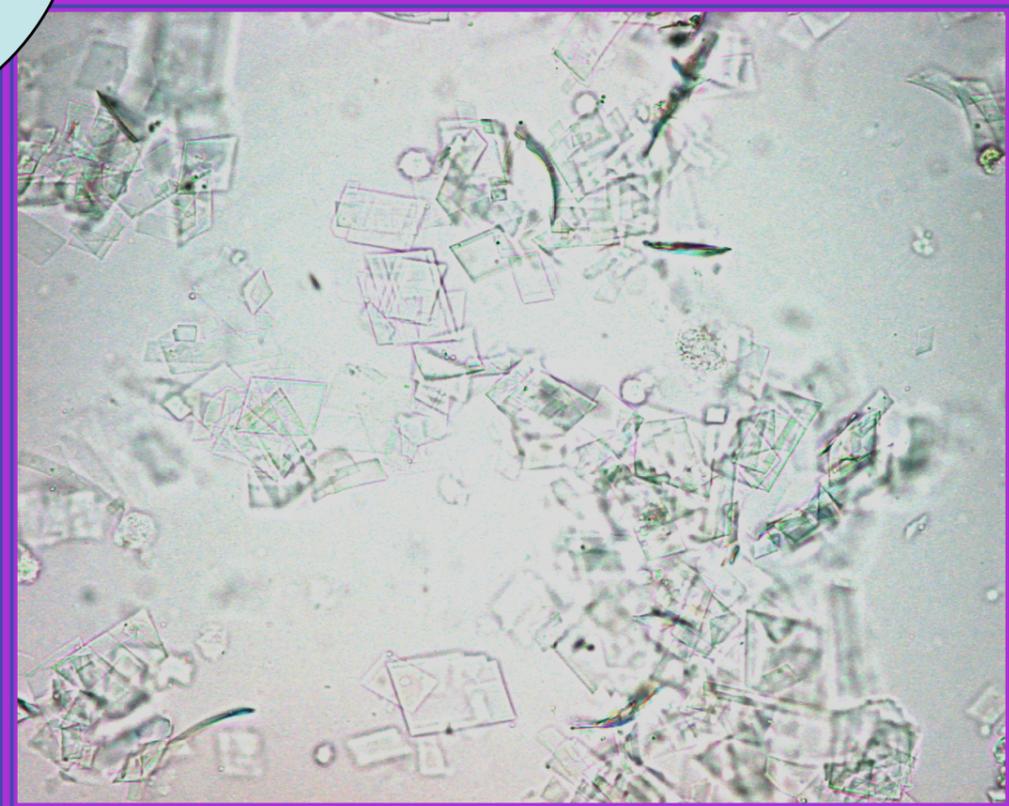
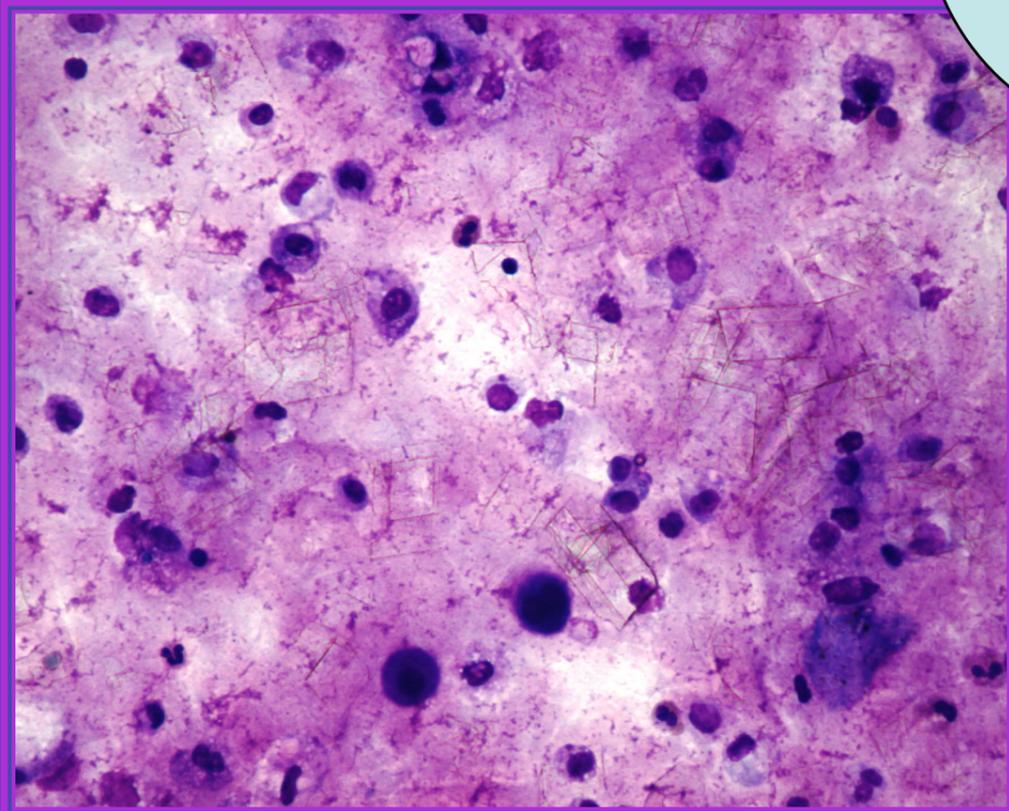
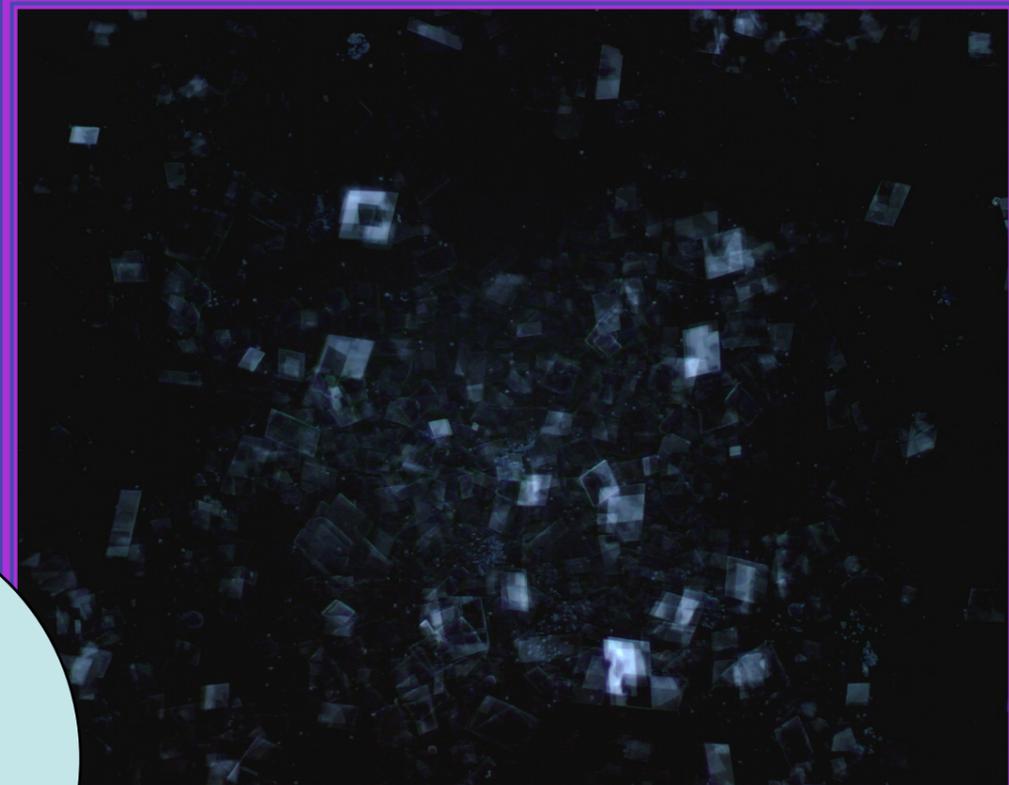


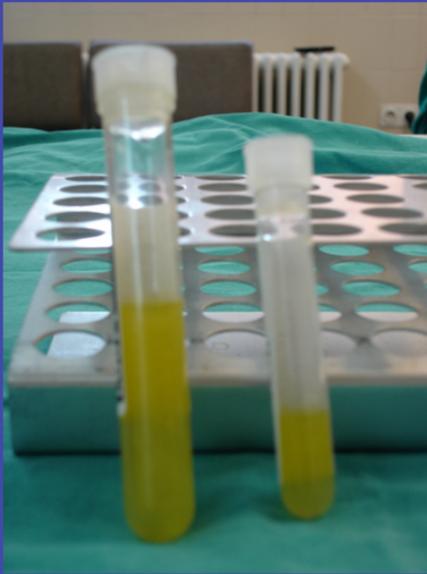
MATERIAL Y MÉTODOS I:

- Se presenta 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 de larga evolución, hipercolesterolemia, cardiopatía esclerosa, neumonía con atelectasia izquierda desde hace 3 años y otros antecedentes sin interés respecto al DP.
- 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 terapéutica y 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: Ph, glucosa, proteínas, LDH albúmina, ADA, colesterol y triglicéridos.

- El recuento obtenido fue de 225 leucocitos/mm³ (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.
- Exploraciones complementarias:
 - bioquímica general (suero)
 - proteinograma normal
 - cultivos aerobio y anaerobio (-)
 - 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.

MATERIAL Y MÉTODOS II:





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/mm³.
- 3- Tras mejoría, el paciente es dado de alta quedando pendiente para su diagnóstico y tratamiento los resultados de la pleuroscopia.
- 4-El resultado de la pleuroscopia indica la presencia de hiperplasia mesotelial reactiva e inflamación crónica inespecífica.

• Estudio bioquímico del líquido:

Glucosa:	183	mg/dl
Proteínas T.	4.4	g/dl
Albúmina:	2,8	mg/dl
Colesterol	125	mg/dl
Triglicéridos	8	mg/dl
Amilasa	44	UI/l
LDH:	574	UI/l
ADA	37,7	UI/l
pH:	7,41	

. Bioquímica hemática

srm-Glucosa:	177	mg/dl
srmProteínas T.	6.7	g/dl
srm-Albúmina:	3.3	mg/dl
Sm-Colesterol	140	mg/dl
Sm-LDH	117	UI/l
Sm-amilasa	78	UI/l

•Se aplican los criterios de Light obteniendo los siguientes resultados:

		EXUDADO Si:
Lp-LDH/srm-LDH	4.9	>0,6
Lp-LDH:	574 vs.(117)	>2/3 srm-LDH
Lp-PT/srm-PT	0.656	>0.5
Lp-Colesterol/srm-colesterol	0.89	>0.3
srm-albumina-PI-albumina	1.269	>1,2

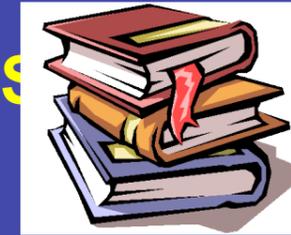
•Recuento celular:

Leucocitos:	225/mm ³
Hematíes	10/mm ³

CONCLUSIONES:

- Valor diagnóstico de los cristales de colesterol: Aunque su ausencia en LP no descarta un pseudoquilotorax, su hallazgo, sí es diagnóstico de pseudoquilotórax.
- El diagnóstico final es de pseudoquilotórax secundario a insuficiencia cardíaca.
- Parte de la bibliografía consultada (1), (3) cuestiona que el pseudoquilotórax se origine necesariamente por un proceso crónico de > 5 años de evolución. Este caso coincide con el hallazgo de dichos autores, ya que se ha podido constatar que en este paciente el derrame no tiene un año de evolución.
- 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/mm³ vs. 17.000 leucocitos/mm³).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. -García-Zamalloa A. Pseudochoylothorax, an Unknown Disease Chest April 2010; 137:1004-1005;
2. -Porcel JM. ABC del líquido pleural. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11(2):77-82.
3. -Wrightson JM, Stanton A E, Maskell NA, Davies RJ, Lee YC. Pseudochoylothorax without pleural thickening: time to reconsider pathogenesis? Chest. 2009 Oct;136(4):1144-7
4. -Porcel JM, Light RW. Diagnostic approach to pleural effusion in adults. Am Fam Physician. 2006;73:1211-20.
5. -Porcel JM, Peña JM, Vicente de Vera MC, Esquerda A. Reevaluación del método estándar (criterios Light) para identificar exudados pleurales. Med Clin (Barc).2006;126:211-13.
6. -Villena Garrido V., Ferrer Sancho J., Hernández Blasco L., de Pablo Gafas A., Pérez Rodríguez E., Rodríguez Panadero ..F., et al. Áreas de Técnicas y Trasplantes. SEPAR. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Sociedad Española ..de Neumología y Cirugía Torácica. Arch Bronconeumol. 2006; 42(7):349-72.
7. -Shen PU, Blair JL. Cholesterol crystals causing falsely elevated automated cell count. Am. J. Clin. Pathol. 2006; 125(3): 358-363
8. -Madariaga M.G., Gotuzzo E. Tuberculosis: quilotorax o pseudoquilotorax. 1: An Med Interna 2005. Sep;22(9):449-56.
9. -Derrame pleural en paciente con artritis reumatoide de larga evolución. Canalejo Castrillero, E; Carratala Blasco, C; Matanza Rodríguez, I; Nadal Trias, P; Rev. Clin Esp. 2005; 205(12):627-9.
10. -Porcel Pérez JM. Manejo práctico del derrame pleural. An Med Interna (Madrid) 202, 19: 202-208.
11. -Maskell NA, et al. BTS guidelines for the investigations of a unilateral pleural effusion in adult. Thorax 2003;
12. -A Case of Cholesterol Crystals in Pleural Effusion. J. Clin Pathol Qual Control. 2000 Dec;22(2):263-264.
13. -M Levent Erkan, MD,; Atilla G. At, MD; Serhat F MD. A case of Pseudochoylothorax.. Turkish respiratory journal, 2001;2(1):23-25.
14. -Song JW, Im JG, Goo JM, et al. Pseudochoyloous pleural effusion with fat fluid levels: report of six cases. Radiology 2000;216:478-480
15. -Hillerdal G. Chylothorax and pseudochoylothorax. Eur. Respir. J. 1997; 10: 1157-62.
16. -Light R.W. Diagnostic principles in pleural disease. Eur Respir J. 1997; 10: 476-481.
17. -Coe JE, Aikawwa JK. Cholesterol pleural effusion. Arch. Intern. Med. 1961;108:763-774.

Muy importante: Recordar que 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...

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

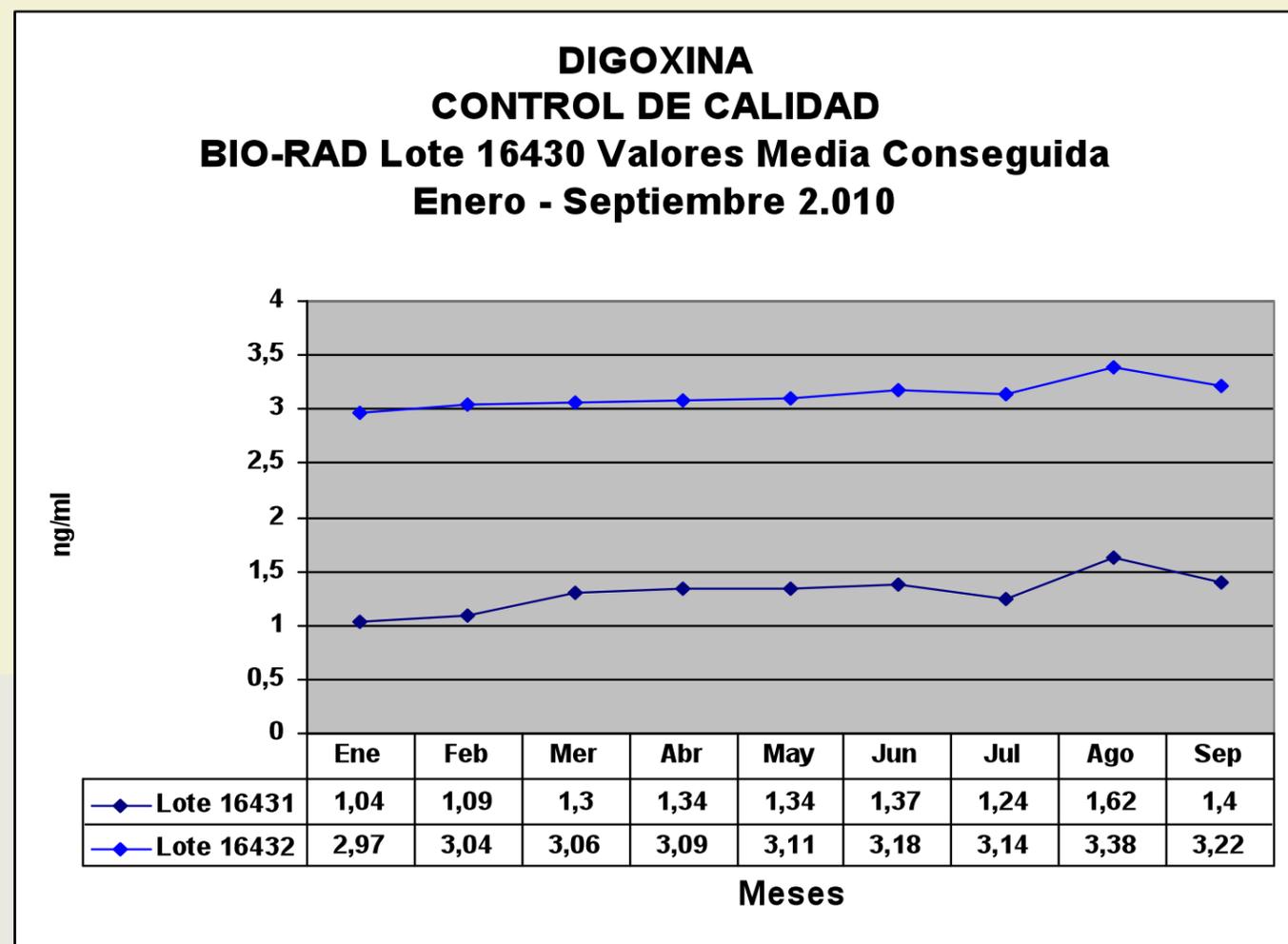
24
25 **Noviembre**
2010

ESTUDIO DE LOS NIVELES DE DIGOXINA EN AREA DEL HOSPITAL GENERAL DE SALUD "O.POLANCO" - TERUEL

N.Sanllehí Vila, M.I. Valbuena Turienzo, *P. Muñoz Espilez, J. Horno Delgado.
Sº Análisis Clínicos, *Sº Inspección de Farmacia

MATERIAL Y MÉTODOS :

- Datos de los niveles de : Digoxina: oct. 2009- sept. 2010.
- Se obtienen las DDD (Dosis diarias definidas) de Digoxina: periodo Enero-Sept. 2010.
- Análisis: Autoanalizador Vitros 350 (J&J)
- Tecnología de química seca.

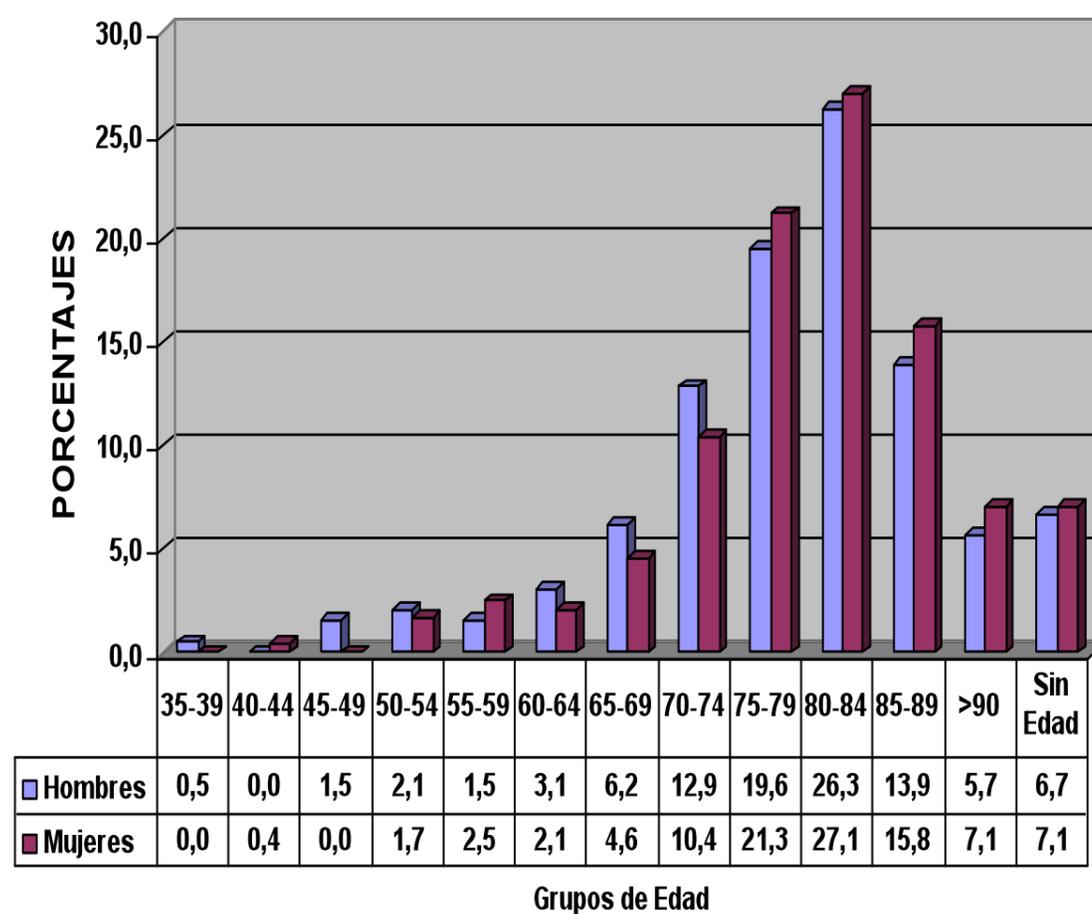


DIGOXINA (Uds)	Muy Bajo(**)	Bajo (*)	Volor de Ref	AltoO (*)	Muy Alto (**)
ng/ml	<0,24	0,25-0,89	0,9-2,2	2,21-2,84	>2,85

RESULTADOS II:

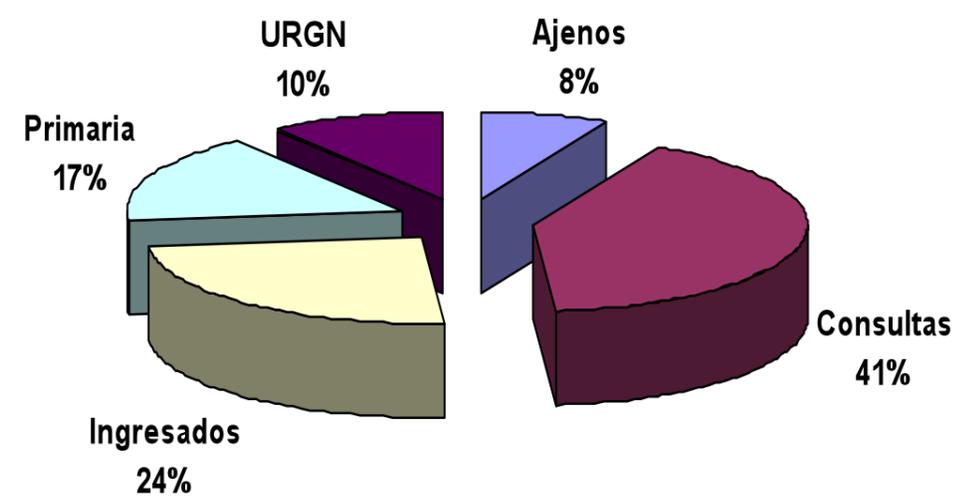
DIGOXINAS

% de PACIENTES ESTUDIADOS Distribuidos por SEXO y EDAD
Enero - Septiembre 2.010



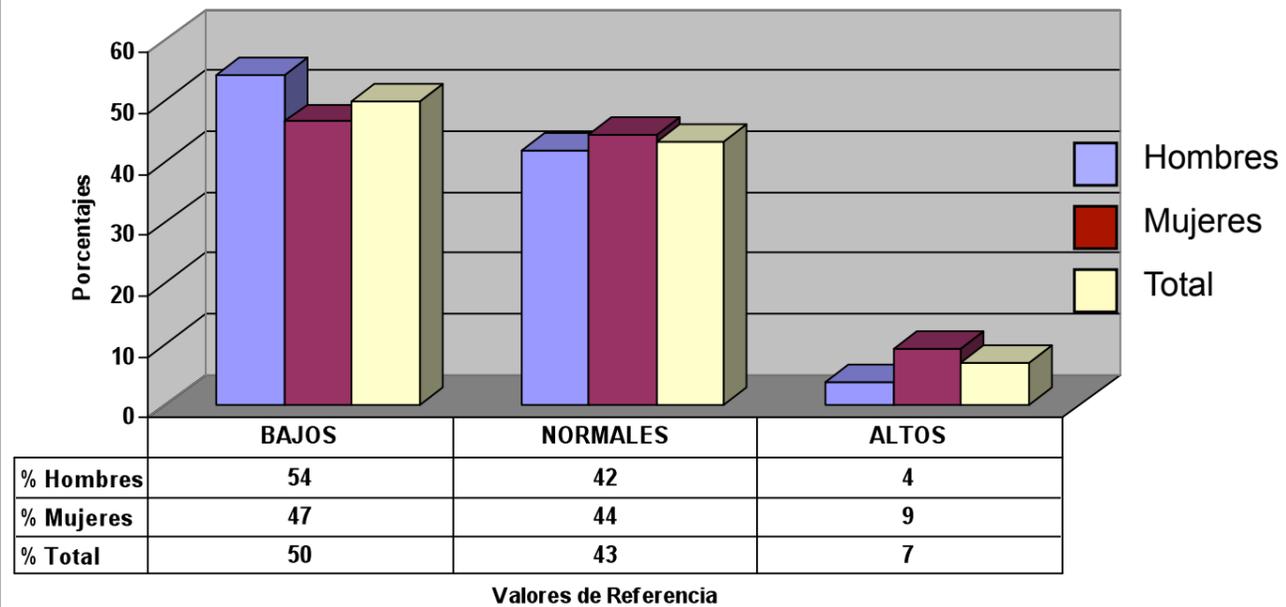
DIGOXINAS

Nº PACIENTES ANALIZADOS (434)
Clasificados por Orígenes
Enero-Septiembre 2.010



RESULTADOS III:

DIGOXINA
% RESULTADOS de HOMBRES Y MUJERES
Distribuidos de acuerdo con Valores de Referencia
Enero - Septiembre 2.010

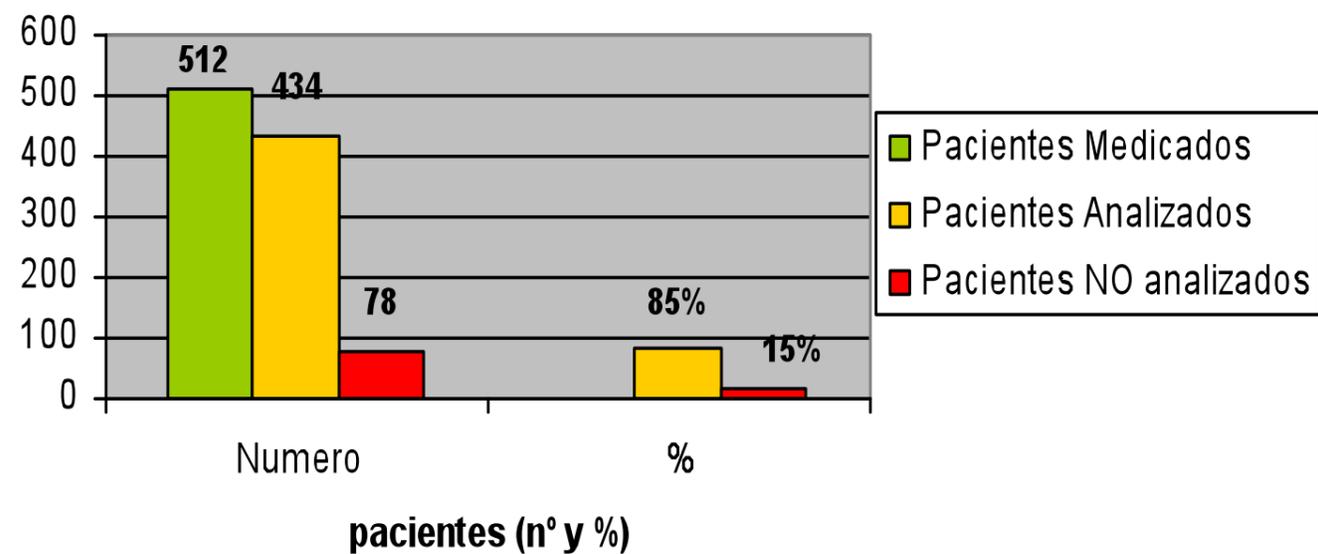


Envases dispensados En-sept 2010: 2781

DDD suministradas: 138151.

	Total niveles BAJOS	Valores NORMALES	Total niveles ALTOS
% Hombres	54	42	4
% Mujeres	47	44	9
% Total	50	43	7

Tratamientos según DDD (Digoxina)



	Pacientes Medicados	Pacientes Analizados	Pacientes no Analizados
Numero	512	434	78
%		85	15

CONCLUSIONES

- **Importancia de la correcta dosificación en los pacientes**
- **Importancia de informar al paciente de cómo tomar su medicación**
- **Importancia de obtener la muestra entre 8-12h tras la última toma**
- **15% de los digoxinizados no se controlan en nuestro Servicio**
- **50 % de los pacientes controlados no llegan a niveles terapéuticos**

BIBLIOGRAFIA

- 1-Labtest On Line. SEQC, AACCC.
<http://labtestonline.es>
- 2-R Valdes, Saeed A. Jortani, M. Gheorghide. Standards of laboratory practice: cardiac drug monitoring. Clinical Chemistry. 1998;44(5):1096-1109.
- 3-Aronson JK. Indications for the measurement of plasma digoxin concentrations. Drugs 1983;26:230-42.
- 4-Mason GD, Winter ME. Apropiateness of sampling times for therapeutic drug monitoring. Am J Pharm 1984;41:1796-801.
- 5-Guía Farmacoterapéutica Fistera.

CITAS

- Posología: La dosis se individualiza para cada paciente según la edad, peso y función renal. Adultos: Dosis de mantenimiento habitual: 0,125-0.25 mg/24h, habitualmente por la mañana. Es frecuente la pauta de tratamiento de 5 días a la semana, pero no existe base clínica para ello. Es mejor utilizar una dosis y un intervalo posológico regulares. (5)
- De manera rutinaria para verificar si la dosificación es correcta, la toma de muestra se debe hacer una vez que la concentración del fármaco ha alcanzado el estado de equilibrio. (2)
- Las muestras adecuadas son aquellas que han sido extraídas en el periodo postdistributivo (al menos 8-12 horas tras la última dosis) ya que solo entonces hay una relación lineal entre la concentración de digoxina y su actividad farmacológica. (2)
- A menudo es difícil para el laboratorio, sino imposible asegurar a priori que la muestra ha sido extraída en el momento adecuado (>8-12H tras la última toma). (2)

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

ACATISIA, NO SÓLO UN SÍNDROME MOTOR

Autor: Saa Sendra Jose David; Gómez Bernal Germán; Gómez Chagoyen Blanca; Iglesias Echevoyen L.C. ; Esteban Rodríguez Eugenia ; García Gómez Miguel Ángel. Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Introducción

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.

Objetivos

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.

Método

Revisión de artículos científicos sobre la acatisia.

ACATISIA, NO SÓLO UN SÍNDROME MOTOR

Resultados

Historia

El término acatisia deriva del griego, siendo su significado "aún no para sentarme".

El síndrome fue descrito como un efecto secundario al uso de antipsicóticos, aunque aparece con el uso de otros fármacos y enfermedades neurológicas.

Van Putten fue el primero en identificar una acatisia subjetiva como consecuencia del tratamiento antipsicótico.

Fisiopatología

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.

ACATISIA, NO SÓLO UN SÍNDROME MOTOR

VARIANTE	DESCRIPCIÓN
Acatisia histérica	Síndrome Haskovec
Acatisia espontánea	Síndrome de piernas inquietas Síndrome de Ekbom
Acatisia aguda inducida por neurolépticos	Aguda en respuesta al inicio de neurolépticos. Inquietud motora y subjetiva.
Pseudoacatisia por neurolépticos	En respuesta al tratamiento crónico con neurolépticos en esquizofrénicos con síntomas negativos. Inquietud motora sin inquietud subjetiva.
Acatisia crónica inducida por neurolépticos de tipo I	Acatisia aguda persistente. El incrementar dosis de neurolépticos. Inquietud motora y subjetiva.
Acatisia crónica inducida por neurolépticos de tipo II	Acatisia tardía. Acatisia de retirada.

ACATISIA, NO SÓLO UN SÍNDROME MOTOR

Fenomenología

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 neurolepticos (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.

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 ítems 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, Sd piernas inquietas, discinesia tardía.

ACATISIA, NO SÓLO UN SÍNDROME MOTOR

Tratamiento

β -bloqueantes, benzodiacepinas, 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.

Bibliografía

Naveed Iqbal, MD, Tim Lambert. *Akathisia: problem of history or concern today*. CNS Spectr. 2007;12(9 Suppl 14): 1-16
Manual oxford de psiquiatría . Grupo Aula Médica 2009
Kaplan & Saddock. *Sinopsis de psiquiatría*. 10ª Edición .

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

CREATIVIDAD, GENIALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

Saa Sendra J.D. , Escribano Pérez D. , Reboreda Amoedo A., Mont Canela A. , Iglesias Echevoyen L.C., Pereyra Grustán L.
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. No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicas de interés.

La paciente acude al Hospital Obispo Polanco 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), discurso automático y distancia afectiva. Lenguaje estereotipado y rebuscado, ánimo pueril y pensamiento desorganizado.

CREATIVIDAD, GENIALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

RESULTADOS

Hemograma, bioquímica y electrocardiograma solicitados en UCE de psiquiatría dentro de la normalidad.

Se realiza MCMI-III con resultado:

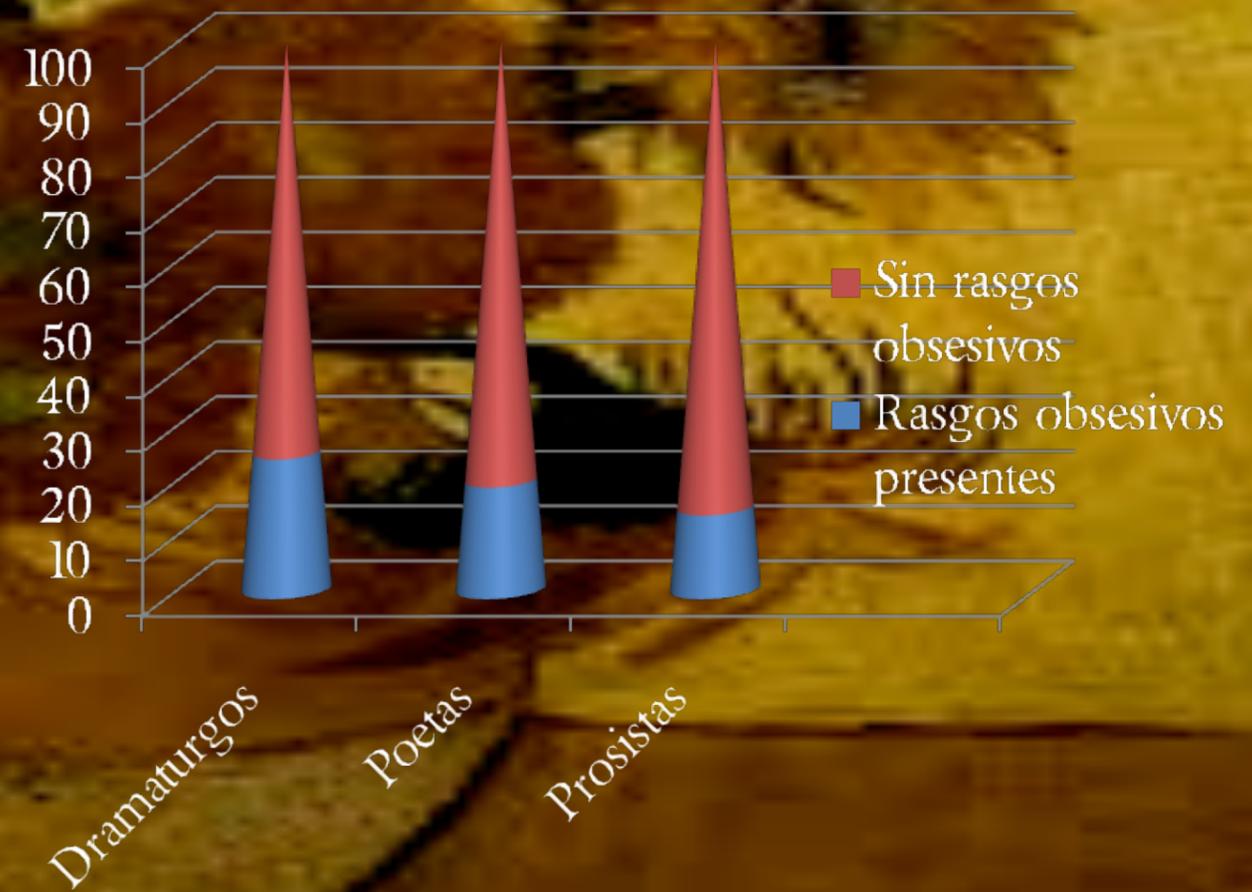
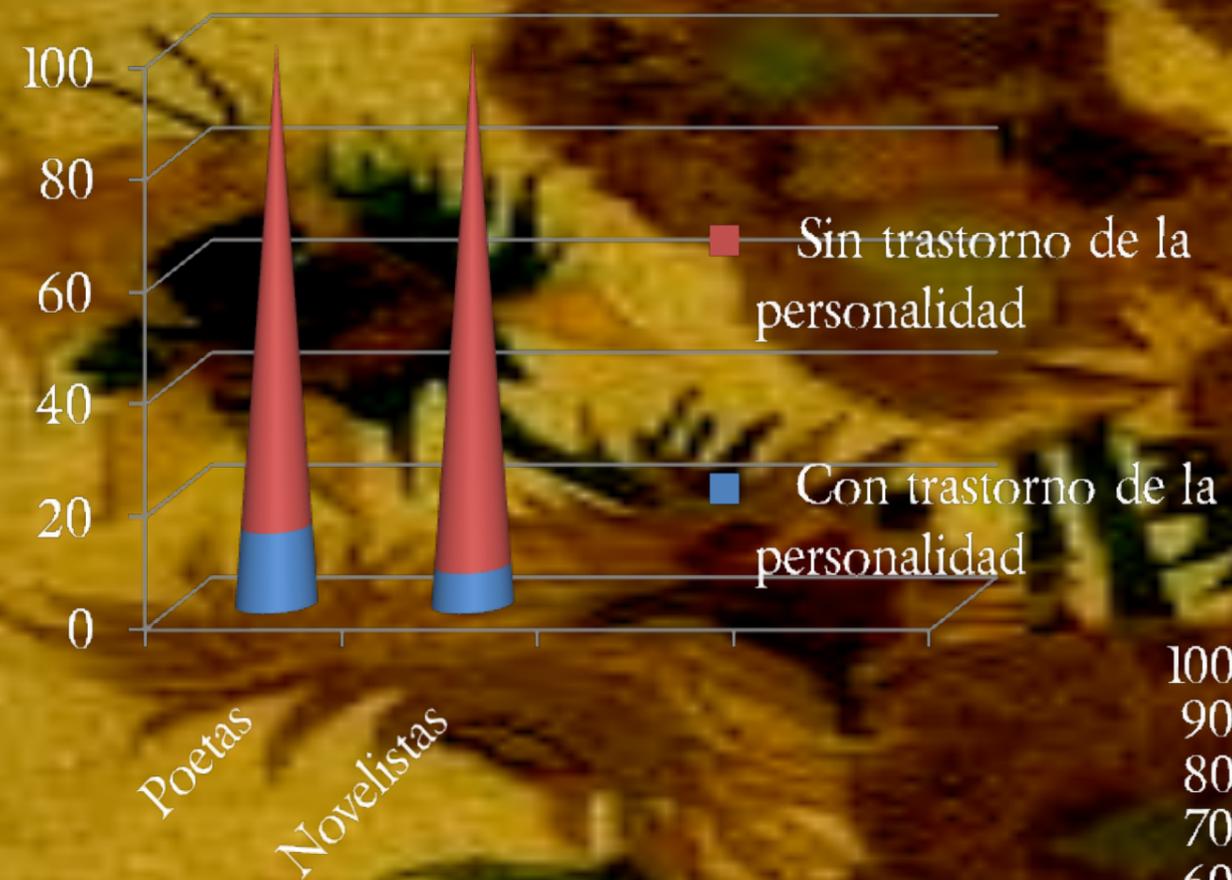
- Percentil 85-100: dependencia de alcohol y trastorno delirante.
- Percentil >100: personalidad agresiva y personalidad paranoide.

A los días del inicio del tratamiento con estabilizadores del ánimo (oxcarbamazepina 900 mg/día) y neurolepticos (olanzapina 20 mg/día, risperidona 50 mg i.m. c/15 días, clotiapina 20 mg si insomnio) 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.

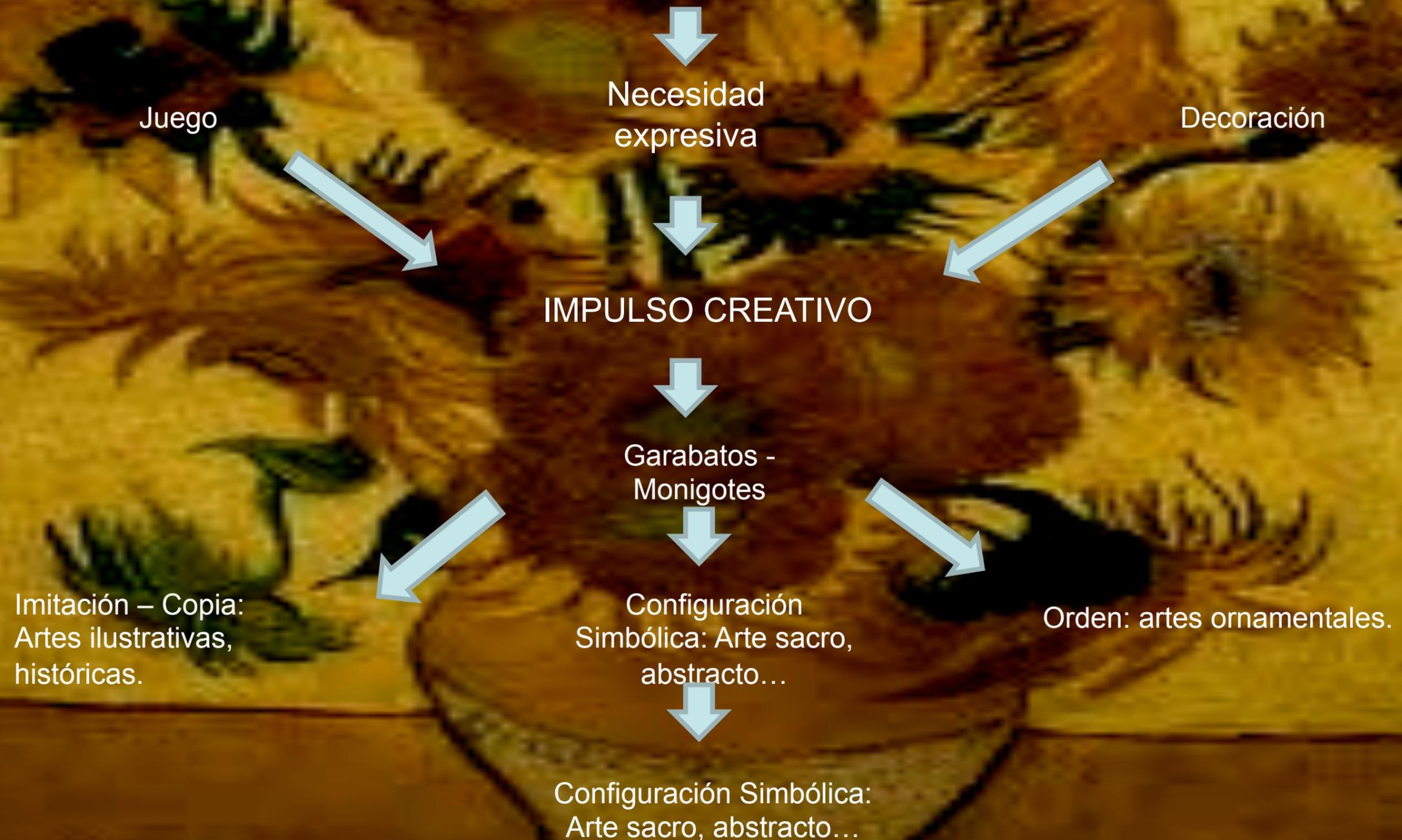
Se ha observado en estudios de neuroimagen que en personas más creativas existe una hiperactivación cerebral incrementándose el flujo cerebral en lóbulos frontales y temporales. Esta hiperactividad neural explicaría el elevado riesgo de fatiga emocional y depresión en los artistas (fatiga neuropsicológica).

CREATIVIDAD, GENIALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL



CREATIVIDAD, GENIALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

TENDENCIAS DE CONFIGURACIÓN ARTÍSTICA
(SEIS PULSIONES FUNDAMENTALES)





CREATIVIDAD, GENIALIDAD Y ENFERMEDAD MENTAL

CONCLUSIONES

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

BIBLIOGRAFÍA

Jesús J. de la Gándara. *Neurobiología del arte. Un modelo de autoestimulación visual creativa*. *Psiquiatría.com* 2007; 11 (4)

Kaplan & Saddock. *Sinopsis de psiquiatría*. 10ª edición.

J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 6ª edición.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación

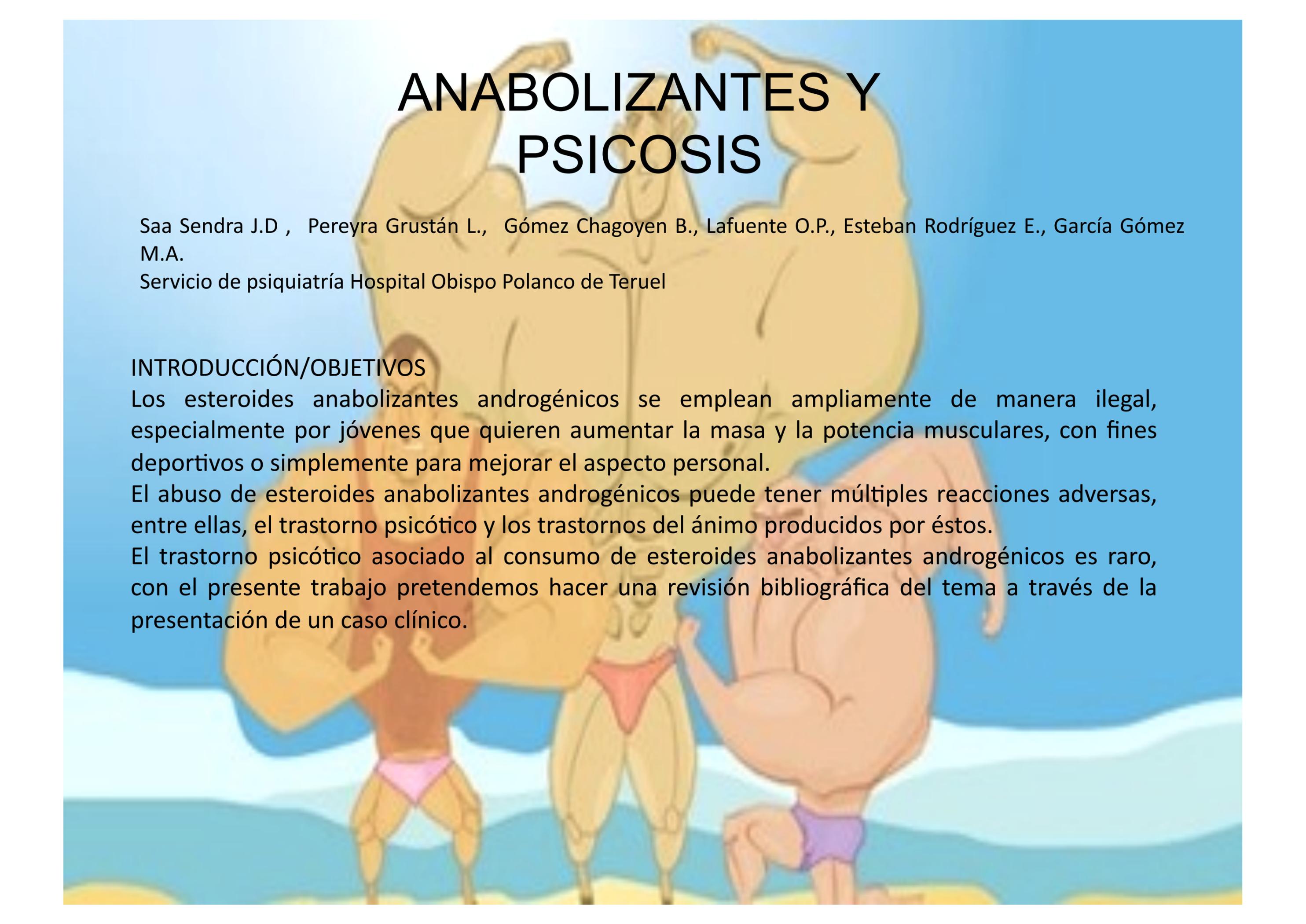


Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

ANABOLIZANTES Y PSICOSIS

An illustration of three muscular bodybuilders in a competition setting. The central figure is a large, golden-skinned male bodybuilder in a red bikini, flexing his muscles. To his left is a smaller, brown-skinned male bodybuilder in a pink bikini, also flexing. To his right is a smaller, pink-skinned female bodybuilder in a purple bikini, flexing her muscles. They are standing on a sandy beach with blue waves in the background.

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

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 esteroides anabolizantes androgénicos puede tener múltiples reacciones adversas, entre ellas, el trastorno psicótico y los trastornos del ánimo producidos por éstos.

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

ANABOLIZANTES Y PSICOSIS

MATERIAL Y MÉTODOS

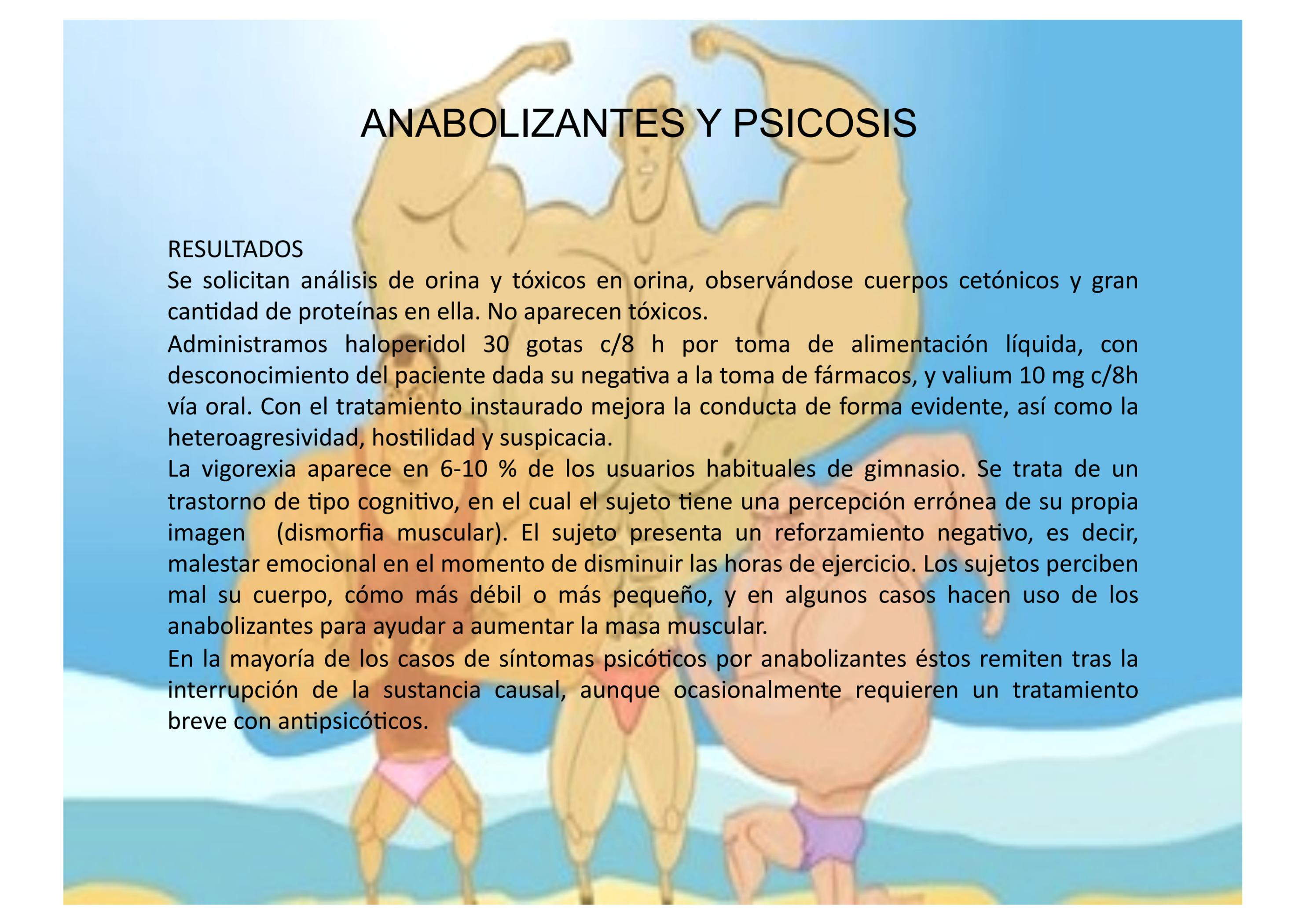
Paciente varón de 41 años con antecedentes médicos de HTA, granulomas por “aceite” en ambos brazos tras administrárselo intramuscularmente mientras practicaba culturismo, y hernia discal.

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 opositora 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.



ANABOLIZANTES Y PSICOSIS

An illustration of three muscular men in a gym setting. The man in the center is the most muscular, with a very large, broad chest and thick arms. He is wearing a red bikini bottom. The man on the left is also muscular but less so than the center man, wearing a pink bikini bottom. The man on the right is the least muscular of the three, wearing a purple bikini bottom. They are all standing on a yellow floor against a blue background with white clouds.

RESULTADOS

Se solicitan análisis de orina y tóxicos en orina, observándose cuerpos cetónicos y gran cantidad de proteínas en ella. 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 vía oral. 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.

ANABOLIZANTES Y PSICOSIS

An illustration of three muscular men in a beach setting. The man in the center is the largest and most muscular, wearing a red bikini bottom. He has a very large, broad chest and thick arms. To his left is a smaller, more slender muscular man wearing a pink bikini bottom. To his right is another muscular man, slightly larger than the one on the left, wearing a purple bikini bottom. They are all standing on a sandy beach with blue waves in the background. The overall style is cartoonish and emphasizes extreme muscle mass.

CONCLUSIONES

El uso cada vez más extendido de los esteroides anabolizantes androgénicos 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.-

BIBLIOGRAFÍA

José Miguel Rodríguez Molina. *Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación*. Salud y drogas, 2007, 002 (289-308).

Maritza Rodríguez Guarín. *Drug use, impulsivity, and trauma in patients with eating disorders: a triad of risks for complex comorbidities affecting the prognosis*. Revista Colombiana de psiquiatría, 2009 vol 38, no 3.

Kapplan & Saddock. *Sinopsis de psiquiatría*. 10ª edición.

J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 6ª edición.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



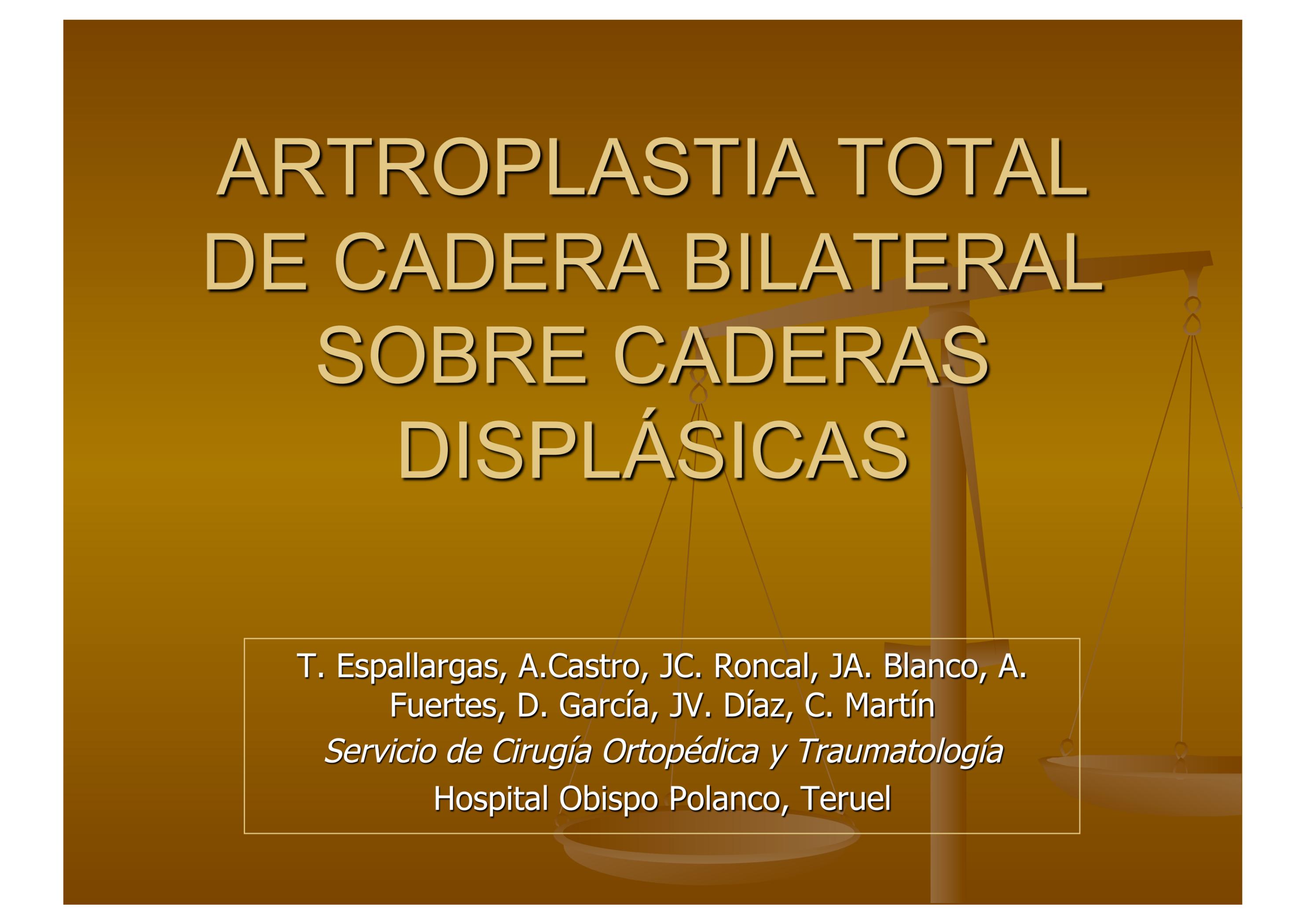
Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA BILATERAL SOBRE CADERAS DISPLÁSICAS

A faint, stylized image of a balance scale is visible in the background, positioned on the right side of the slide. The scale's beam and pans are visible, though they are semi-transparent and blend into the brown background.

T. Espallargas, A. Castro, JC. Roncal, JA. Blanco, A.
Fuertes, D. García, JV. Díaz, C. Martín

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Hospital Obispo Polanco, Teruel

INTRODUCCIÓN

- Las caderas displásicas presentan dificultades quirúrgicas añadidas debido a las severas alteraciones anatómicas que muestran
- Estas prótesis suelen implantarse en pacientes jóvenes por lo que se ha de optar por implantes duraderos y que preserven la mayor parte de stock óseo para un futuro posible recambio
- En el caso de mujeres en edad fértil hay que tener en cuenta que el par de fricción metal-metal puede perjudicar el crecimiento fetal por el paso de iones metálicos a través de la barrera placentaria

MATERIAL Y MÉTODOS

- Mujeres con desarrollo anormal de la niñez y crecimiento
- Clínica de marcha con cadera
- Rx. Pelvica con cadera Harto



el
a en la

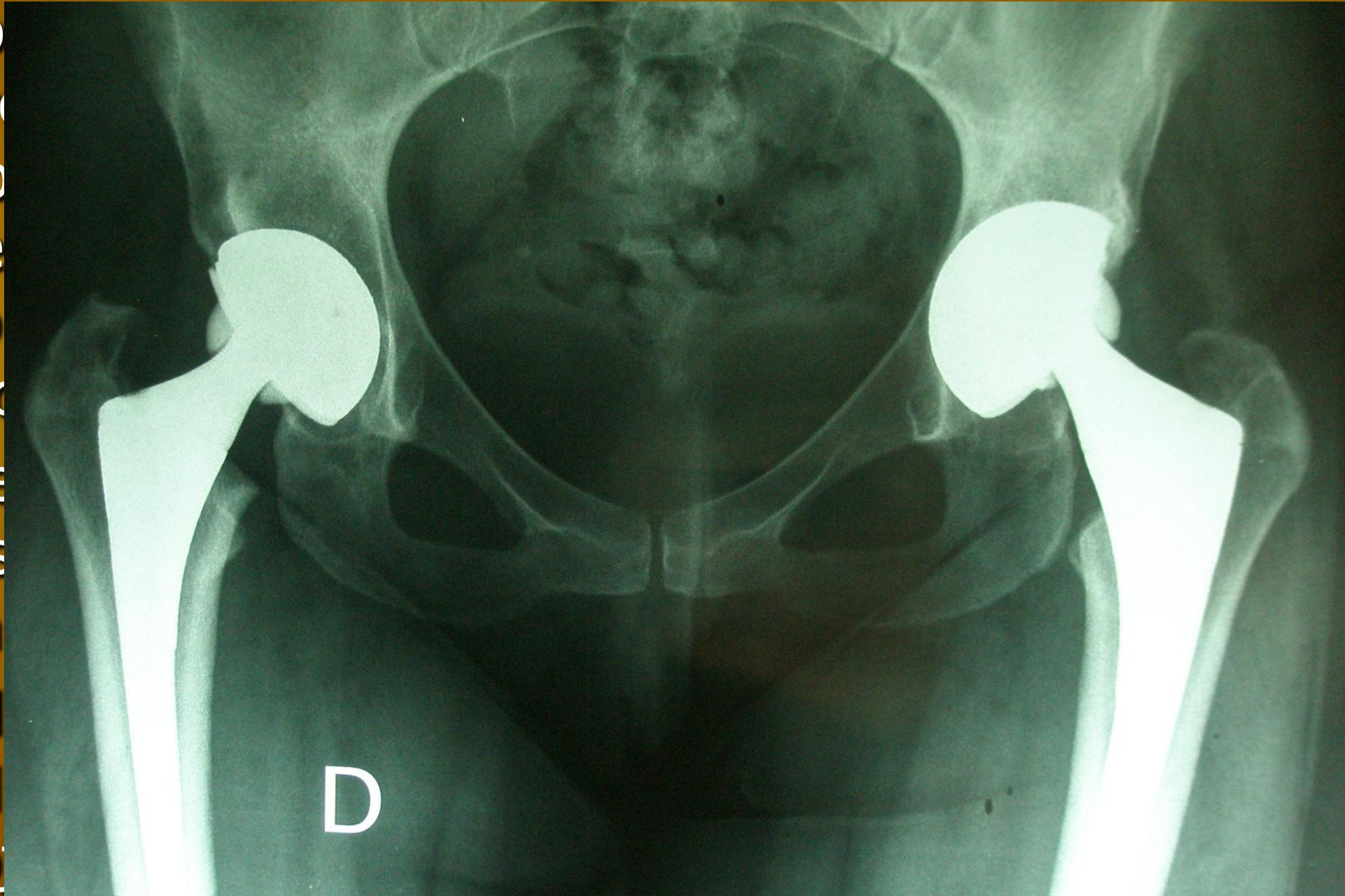
ar

de la
ambas

as
ín

RESULTADOS

- A lo
- artr
- trab
- dire
- imp
- prec
- La e
- más
- una
- En l
- real
- aflo



ndo

ño

,

CONCLUSIONES

- Cirugía complicada por alteraciones anatómicas, edad relativamente joven de los pacientes, posibles cirugías previas en la infancia
- Algunos autores limitan este tipo de cirugía a displasia grado I, II y III de Crowe con una anteversión femoral menor de 45° y una relativamente buena calidad ósea
- Las prótesis no cementadas de metal trabecular de tantalio aportan una buena osteointegración con una mayor durabilidad de los componentes
- Los resultados de las PTC colocadas adecuadamente en este tipo de pacientes son bastante similares a las implantadas en casos de coxartrosis

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

SINDROME COMPARTIMENTAL DEL PIE

A. Fuertes Vallcorba, T. Espallargas Doñate, D. García
Aguilera, JV. Díaz Martinez, A. Castro Sauras, C.
Martín Hernandez. Hospital Obispo Polanco Teruel

SD COMPARTIMENTAL PIE

- ◆ Varón 25 años
- ◆ No AP interés
- ◆ Cx: Dolor, im
- ◆ Rx: Sin altera
- ◆ A las 2h ingre
- ◆ Se decide me
- ◆ Se realiza fasciotomía



de derecho

tumefacción del

ento de la

n de disestesias
nte dolor

compartimental
sulta mayor de

SD COMPARTIMENTAL PIE

- ◆ **Fisiopatología:** Aumento presión intersticial secundaria a edema o hemorragia en el compartimiento del pie
- ◆ **Etiología:**
 - **POR DISMINUCIÓN DEL COMPARTIMIENTO**
 - ◆ Vendaje o yeso compresivo
 - ◆ Quemaduras y congelaciones
 - ◆ Cierre con excesiva tensión de los compartimientos
 - ◆ Aplastamiento
 - **POR AUMENTO DEL CONTENIDO DEL COMPARTIMIENTO**
 - ◆ Edema postisquemia (lesión arterial, tromboembolismo arterial, cateterismo arterial)
 - ◆ Hematoma primitivo (hemofilia, tratamiento anticoagulante)
 - ◆ Hemorragias intracompartimentales (fracturas, osteotomías)
 - ◆ Envenenamiento por mordedura de serpiente
- ◆ **Clínica:**
 - Dolor que aumenta con la extensión pasiva
 - Tensión y edema
 - Alteraciones sensitivas
 - Disminución de la motilidad
 - Cianosis
 - Disminución del pulso arterial Principal (signo tardío)

SD COMPARTIMENTAL PIE

◆ Diagnóstico:

- Clínica
- Exploración
- P intracompartimental $>30-40$ mmHg
(patognomónico Pintra-Pdiastólica <30 mmHg)
- Importancia detección precoz ($<4h$) por necrosis muscular y posterior contractura

SD COMPARTIMENTAL PIE

- ◆ Tratamiento

- Punción de la fascia
- Fasciotomía



Indicaciones: mHg indic

láctica:

- ◆ Lesión compartimental a
- ◆ Lesión de tejido
- ◆ Lesión combinada arterial y venosa



V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre

¿Conocemos nuestra enfermedad y cómo tomar la medicación?

AUTORES: ANA JULIA SÁNCHEZ RODRIGO , ISABEL RUEDA GRACIA.

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.



En la Unidad de Media Estancia (UME) del C.R.P. San Juan de Dios se realiza un taller de psicoeducación con los pacientes. Éste consiste en reuniones de una hora semanal durante un periodo aproximado de un mes, con una parte de exposición teórica y otra práctica.

Las actividades que se realizan son:

- Exposición teórica a cerca de las siguientes materias:
 - Enfermedad mental y tratamiento farmacológico.
 - Conocimientos sobre fármacos (conservación, tipos, efectos adversos, precauciones, efectos colaterales, indeseados, advertencias, incompatibilidad...).
 - Consecuencias de la no continuidad del tratamiento.
- Supervisión práctica e individualizada de la preparación diaria de la medicación (actividades prácticas).

Objetivos del programa:

- Hacer ver al paciente la importancia de la continuidad del tratamiento.
- Conseguir una adecuada autonomía en el manejo y control diario de su medicación.
- Identificar y conocer los fármacos que forman parte de su tratamiento.
- Aumentar la autoestima.
- Fomentar el compromiso y la responsabilidad por la salud individual.

Se realiza un estudio de prevalencia con una muestra de 12 pacientes pertenecientes a UME y Centro de Día. Con ello valoramos su grado de autonomía en cada uno de los ítems de la escala, que objetivamos en el momento en que cada paciente se prepara su medicación diaria.

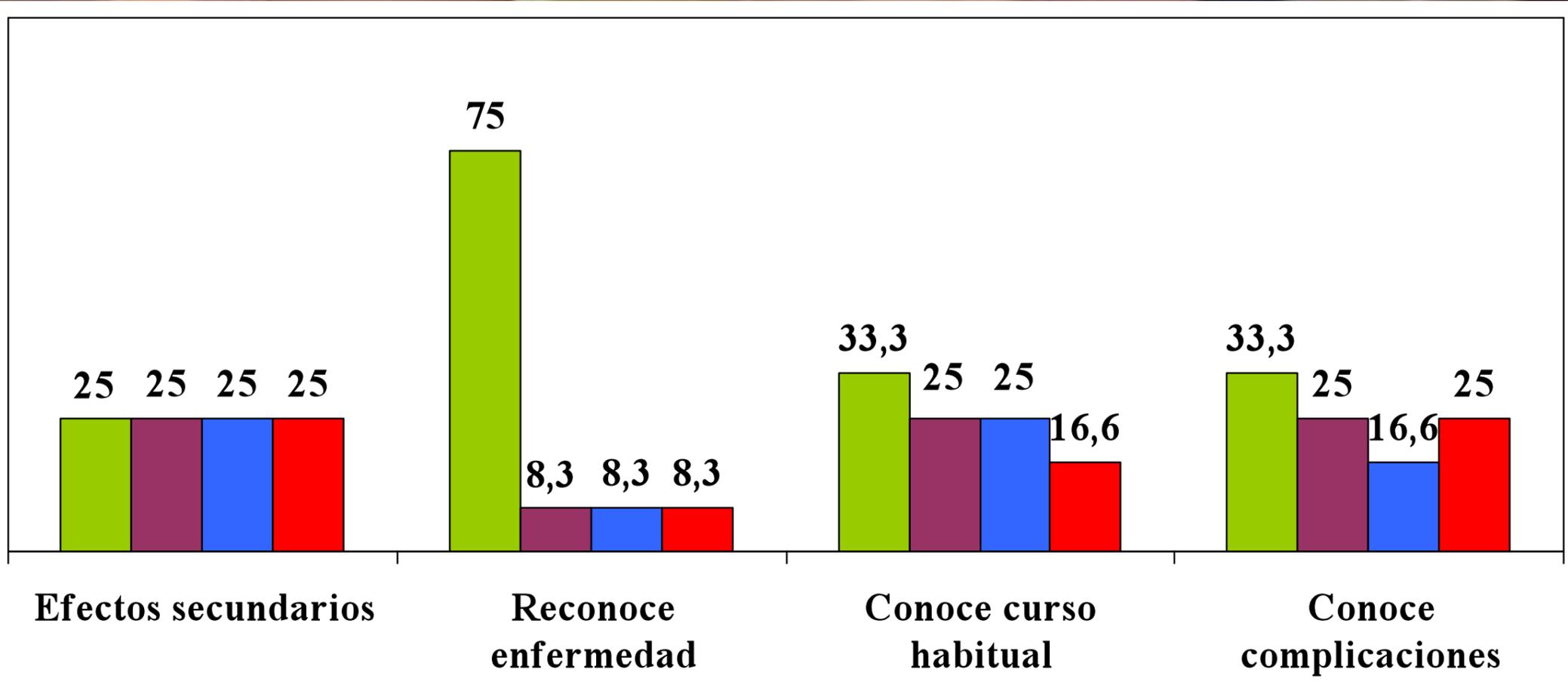
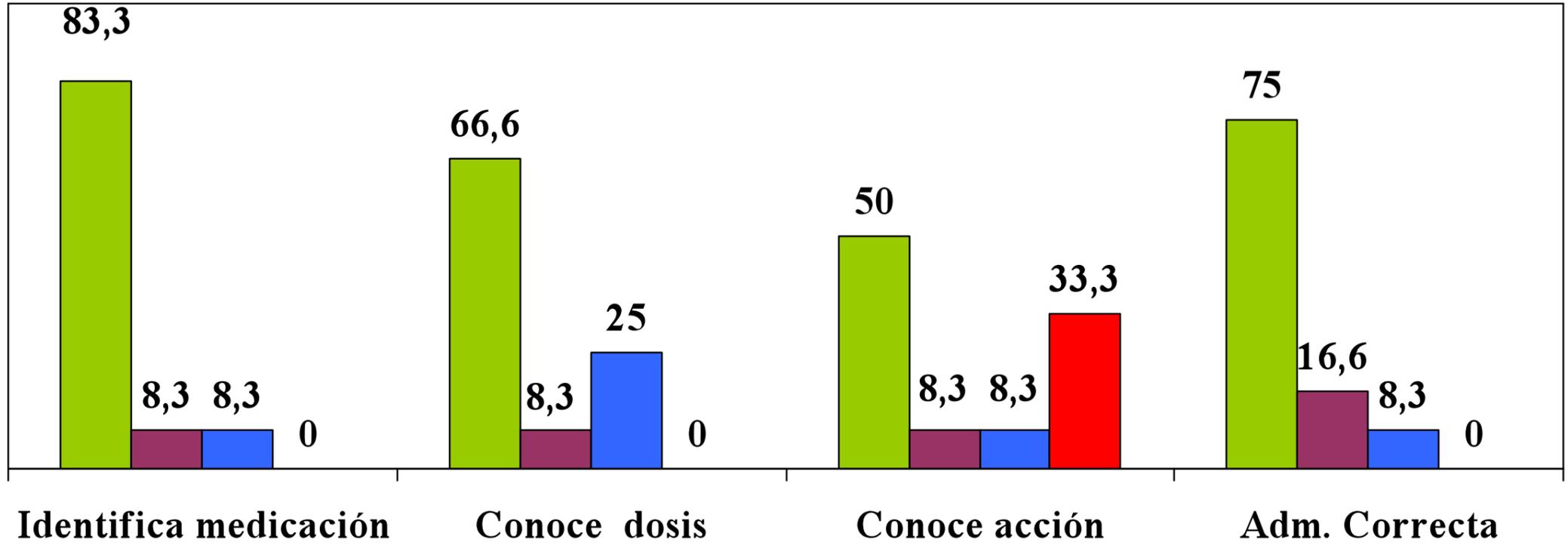
ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN

	1	2	3	4
Identifica la medicación				
Conoce la dosis				
Conoce la acción terapéutica del fármaco				
La administra correctamente				
Conoce efectos secundarios				
Reconoce su enfermedad				
Conoce el curso habitual de la enfermedad				
Describe signos y síntomas de las complicaciones				

Evaluación:

- 1- Totalmente dependiente.**
- 2- Independiente con ayuda.**
- 3- Independiente con supervisión.**
- 4- Independiente.**

RESULTADOS:



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 cual es su acción terapéutica.

Así pues, creemos conveniente que en el taller psicoeducacional se trabaje más en estos aspectos para mejorarlos.

Bibliografía:

- Programa de autonomía en el manejo de la medicación UME Teruel.
- <http://www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/enfermeria/ficheros/CatalogoNOC2005-2009.pdf?u=>
- https://www.programa-eco.com/web/Recursos/Ppt/Adherencia_y_evolucion_enfermedad.ppt#489,9,¿Qué puede hacer la familia?

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



EFICACIA, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO TRATADOS CON HIDROMORFONA

Autores: García Aguilera, David. *Médico residente Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Obispo Polanco (Teruel).*
Escartín Martínez, Rosario. *Anestesióloga Unidad del Dolor Hospital Obispo Polanco (Teruel)*

EFICACIA, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO TRATADOS CON HIDROMORFONA

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. La dosis de inicio de Hidromorfona fue de 4mg (en su defecto tabla equianalgésica) + antiemético + laxante s/p. En 32 pacientes rescate con AINE. Análisis estadístico descriptivo y paramétrico t-student con el fin de contrastar los cambios en la evolución de los pacientes a lo largo evolución.

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.

EFICACIA, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO TRATADOS CON HIDROMORFONA

RESULTADOS

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

TOLERABILIDAD:

10 pacientes (25,6%) presentaron efectos secundarios:

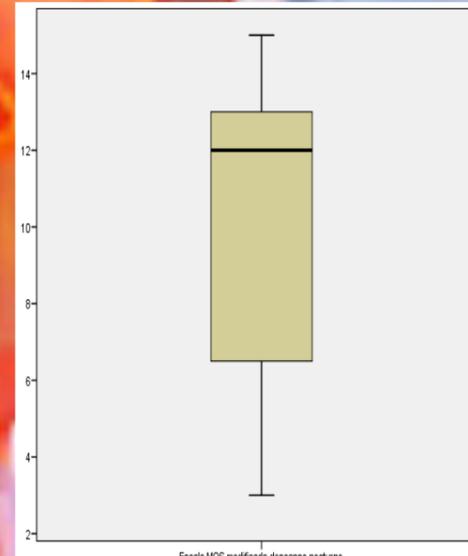
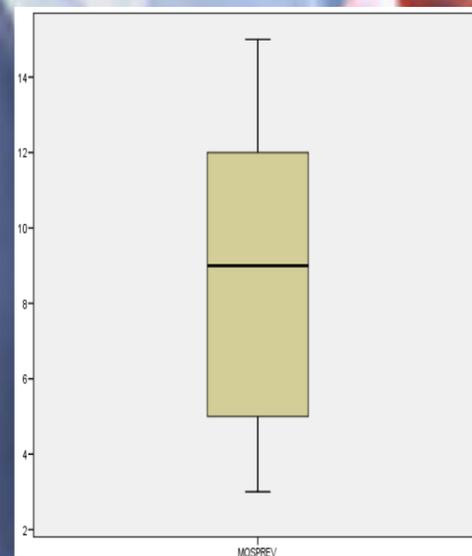
Nauseas	5 (12,82%)	Nerviosismo	5 (12,82%)	Vómitos	3 (7,69%)
Estreñimiento	3 (7,69%)	Astenia	2 (5,13%)	Vértigos	2 (5,13%)
Edemas	2(5,13%)	Enrojecimiento cutáneo facial	2 (5,13%)		

CALIDAD SUEÑO: n=26

MOS simplificada basal **9,07** ($\pm 3,741$) significa calidad sueño regular.

MOS simplificada a las 4 semanas, **11,59** ($\pm 2,763$) mejoría calidad del sueño con una diferencia de **2,59 $\pm 3,435$** ($p=0,001$).

MOS
SIMPLIFICADA
BASAL



MOS
SIMPLIFICADA
4ª SEMANA

EFICACIA, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO TRATADOS CON HIDROMORFONA

RESULTADOS (II)

EFICACIA: n=39

Lattinen basal **10,85 ± 2,3.**

Lattinen 4ª semana: **7.79 (±2,96).**

BUENO (Lattinen 4 a 6) **19 (48,72%),**

REGULAR(Lattinen 7 a 9) **7 pacientes (17,95%)** siendo necesario el aumento de dosis.

MALO (Lattinen>10) **13 (33,33%)** principalmente por sus efectos secundarios o por no control analgésico.

Reducción del test Lattinen 3,051±3,783 p<0,001

ESCALA
LATTINEN

15

10

5

0

BASAL

4ª semana



EFICACIA, TOLERABILIDAD Y CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO TRATADOS CON HIDROMORFONA

CONCLUSIONES

- Hidromorfona es un Opiode semisintético que se utiliza en su forma de liberación sostenida (OROS[®]) para el tratamiento del dolor crónico moderado - intenso.
- Hidromorfona, presenta una buena eficacia según nuestra experiencia clínica.
- Ventaja de posología un comprimido al día.
- A dosis equianalgésicas disminuyen los efectos secundarios de sedación, prurito, náuseas y vómitos.
- Mejoría de la calidad de sueño en los pacientes tratados con hidromorfona.

REFERENCIAS

1. Ficha técnica Jurnista[®]. 2- Quigley C. Hidromorfona para el dolor agudo y crónico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. 3.Hale M et al. Efficacy and tolerability of once-daily OROS[®] hydromorphone and twice-daily extended-release oxycodone in patients with chronic, moderate to severe osteoarthritis pain: results of a 6-week, randomized, open-label, noninferiority análisis. Clinical Therapeutics 2007; 29: 874-88

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES DE LA UCE DE PSIQUIATRÍA

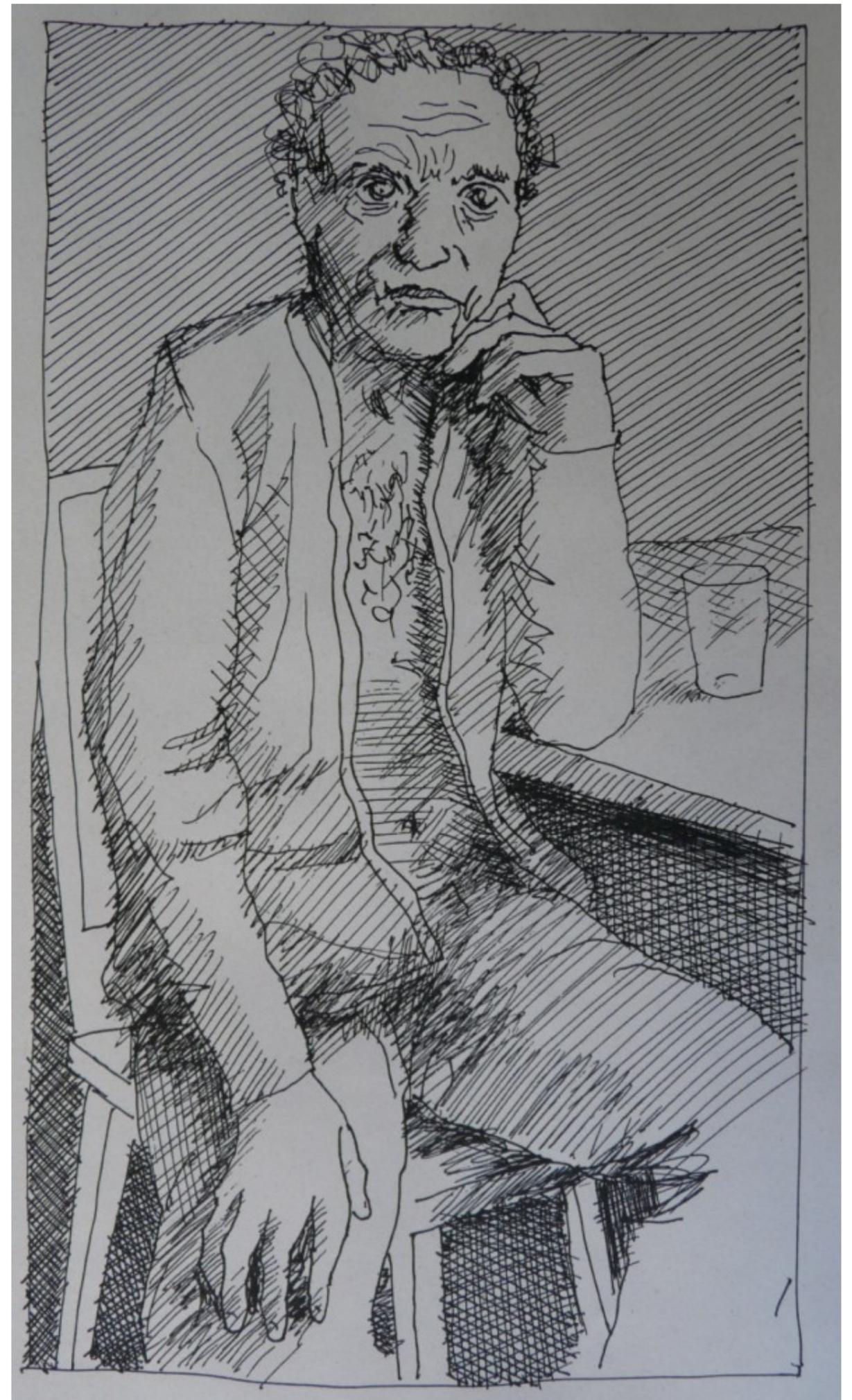
Navarro Martínez, Ana Cristina; Jiménez Nogués, Beatriz; Serrano Torres, M^a Dolores; Mallén Bayo, Pilar; Peiró Hinojosa, Francisca; Castellote Martínez, Amalia; Simón Simón, Consuelo; Rueda Gracia, Isabel.

INTRODUCCIÓN:

- 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.

OBJETIVOS:

- 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.



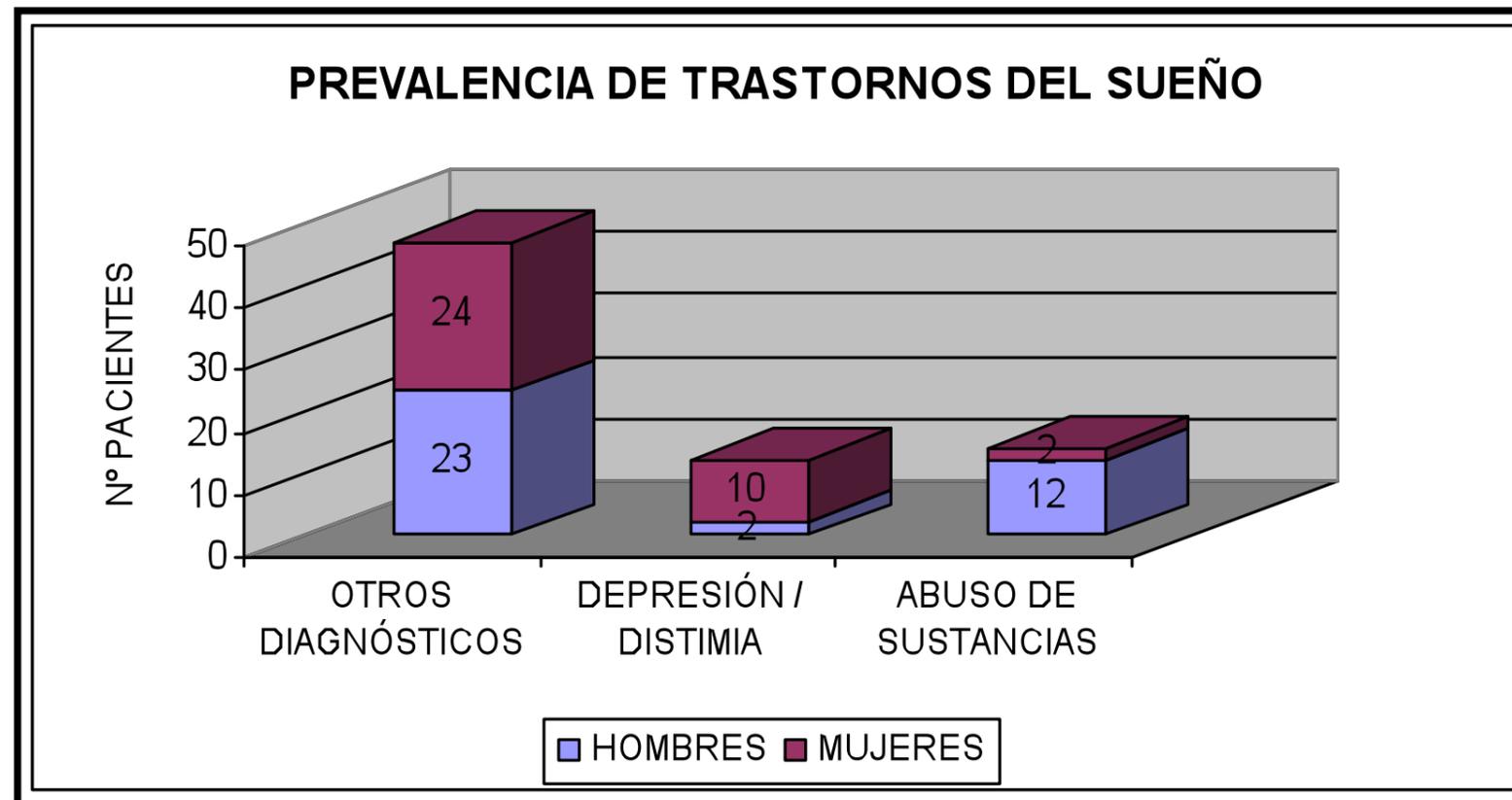
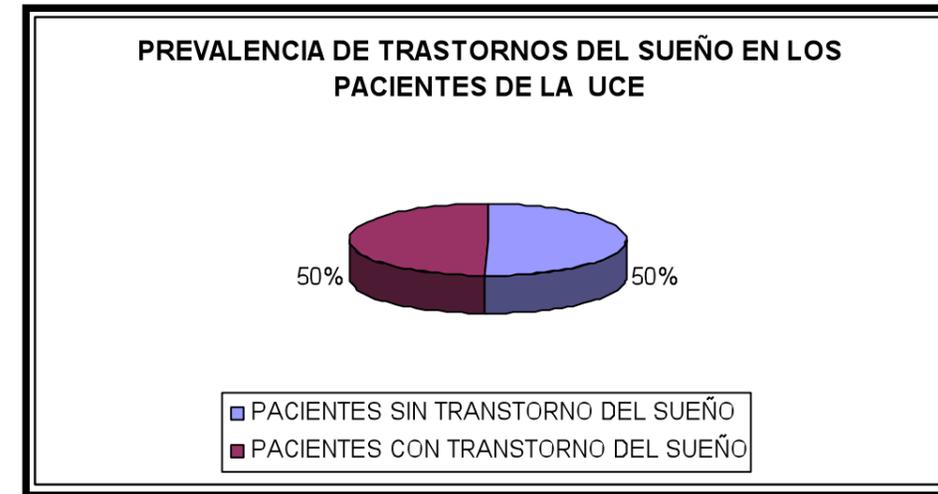
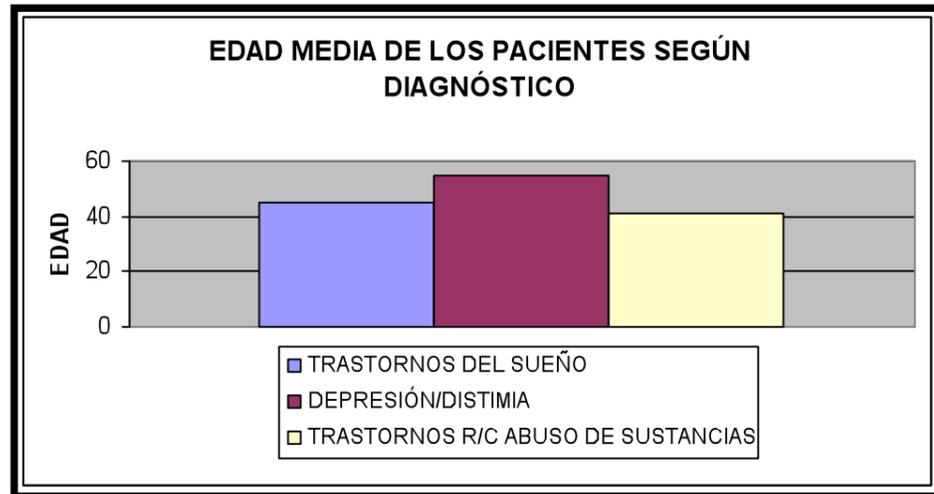


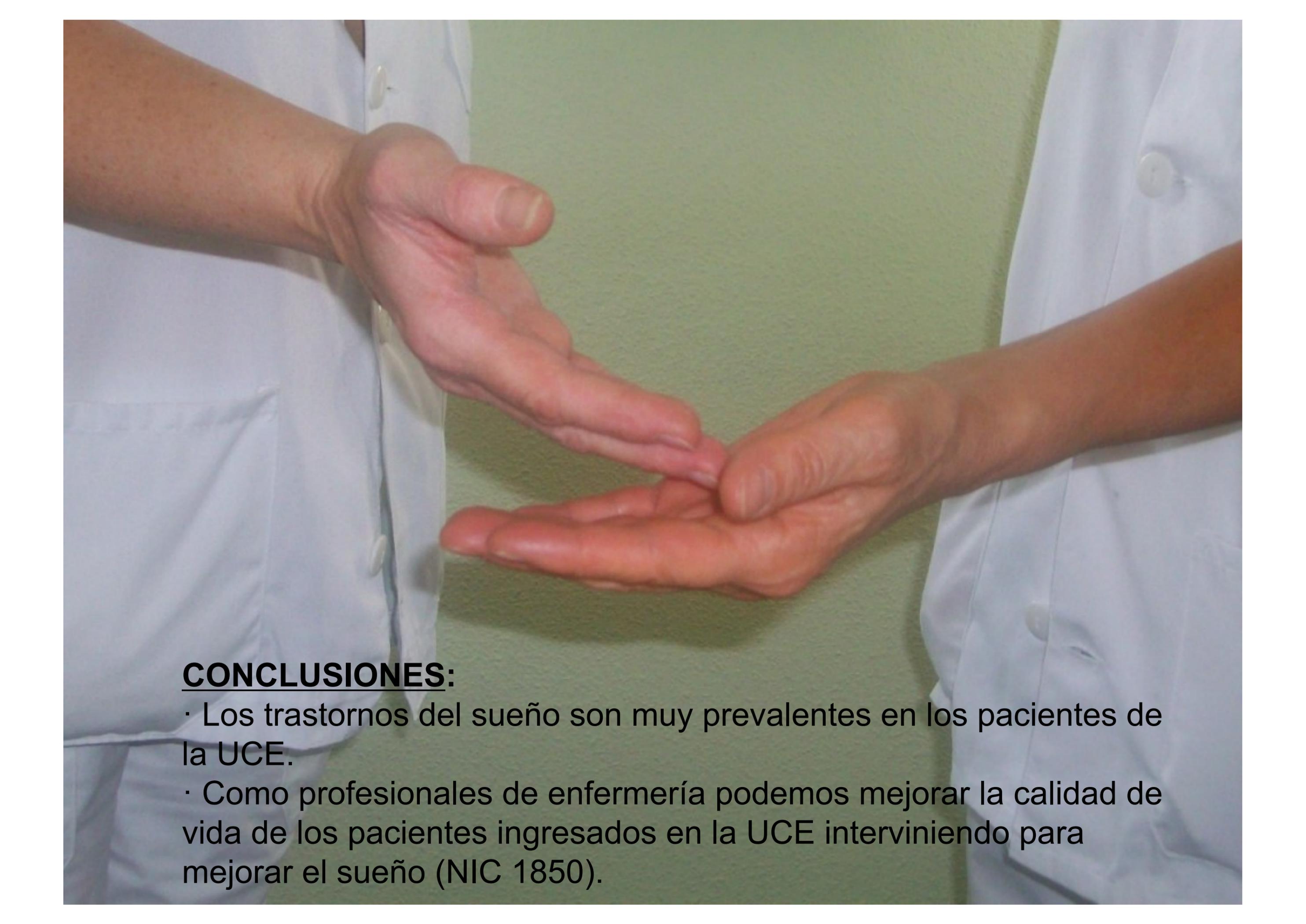
Material y Métodos:· Estudio descriptivo de los pacientes dados de alta en la UCE durante el periodo comprendido del 1 de Enero al 30 de Septiembre del 2010.

· **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 constan los diagnósticos de enfermería.

RESULTADOS





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).

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25 **Noviembre**
2010

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

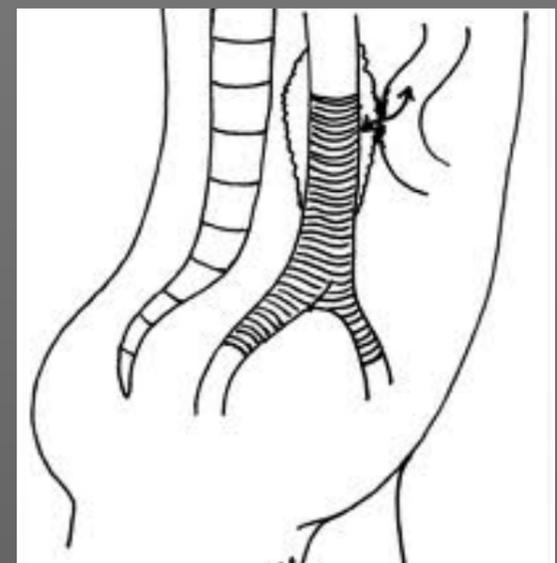
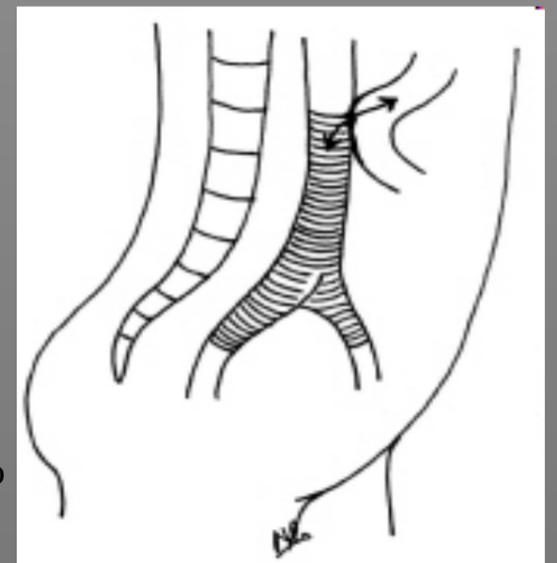
**Primo Romaguera, V; López Bañeres, M; Aguado Pérez, M; Balciscueta
Coltell, Z; Rueda Alcarcel, C; Chiralt Carrera, A; Martín Dieguez, M;
Martinez Caamaño, A; Asencio Arana, F.**

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

FÍSTULA AORTO-ENTÉERICA SECUNDARIA COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO MASIVO.

INTRODUCCIÓN

- Comunicación de un caso de hemorragia digestiva masiva a consecuencia de una fístula aortoentérica en un paciente intervenido de aneurisma de aorta abdominal con reparación por prótesis.
- La fístula 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), o 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 efento 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 periprotesis 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.



FÍSTULA AORTO-ENTÉERICA SECUNDARIA COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO MASIVO.

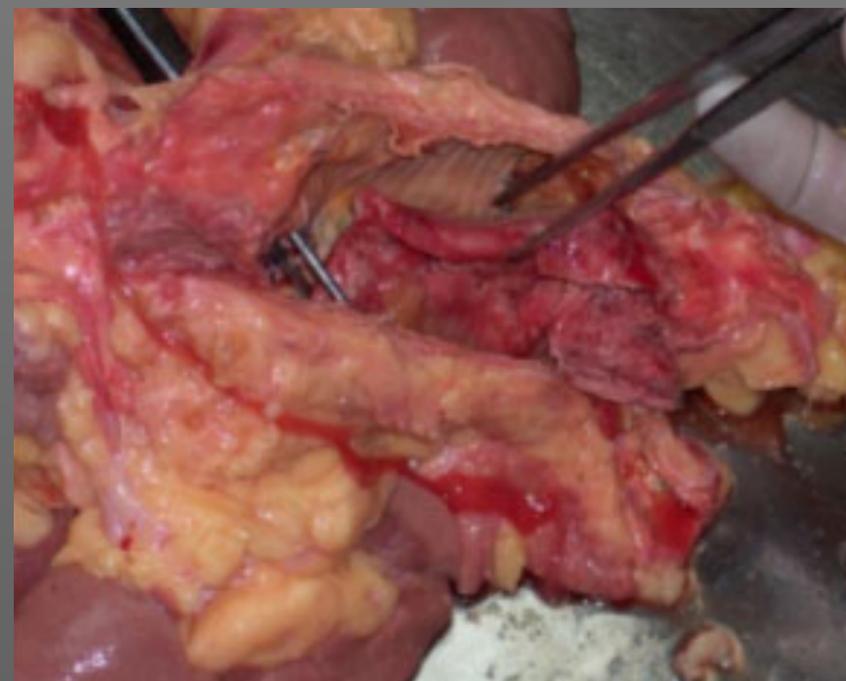
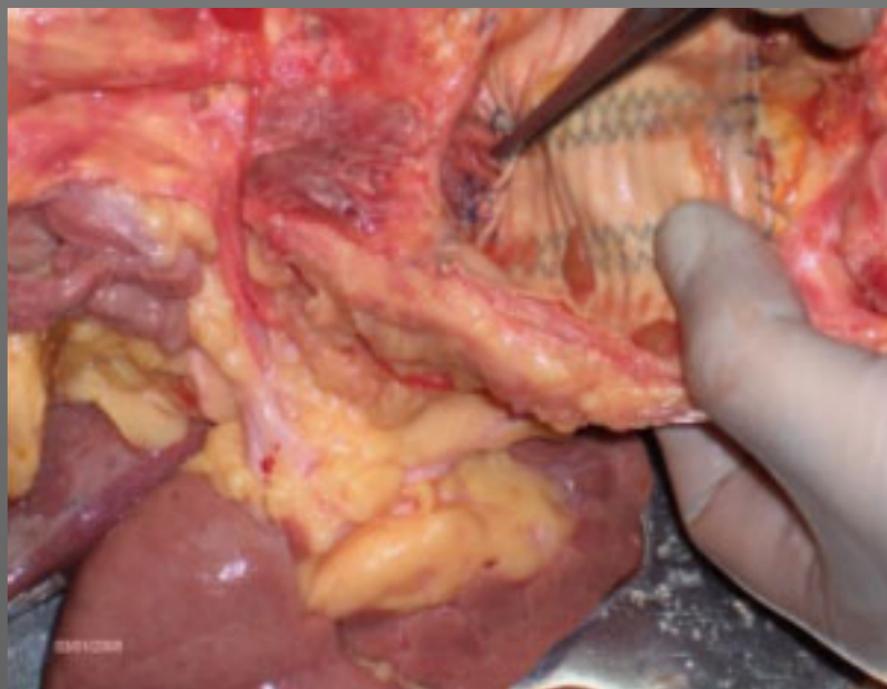
CASO CLÍNICO

- Presentamos 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 tromboendarrectomía + angioplastia carotidea bilateral 1 año antes, y portador de prótesis aórtica de 19 años de evolución.
- El paciente acudió a urgencias por la presencia de rectorragia aislada.
- En consultas de urgencias presentaba estabilidad hemodinámica (PA 157/100, FC 86, SatO2 97%), y el siguiente hemograma: Hb 12.3g/dl y Hto 37.2%. El paciente fue trasladado a observación donde presentó un 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, presentó el control analítico siguiente: Hb 10.7g/dl, Hto 32.6% y leucocitosis de 13.600. Seguidamente el paciente se inestabilizó y sufrió una PCR.
- Tras la resucitación se intervino quirúrgicamente de manera urgente, mediante una laparotomía exploradora con sospecha de FAE secundaria.

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

CASO CLÍNICO

- En la intervención se localizó punto sangrante en la tercera porción del duodeno. Tras el clampaje de la aorta se avisó a cirujano vascular de zona. Con la disección de retroperitoneo, se observó prótesis de dacrón en aorta infrarrenal, objetivando zona fistulizada en anastomosis proximal. Se procedió a la extirpación protésica, con recambio por prótesis de dacrón con recubrimiento de plata. Se protegió la anastomosis con epiplon. Durante la intervención se realizó 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 falleció antes de ser trasladado a UCI.



FÍSTULA AORTO-ENTÉERICA SECUNDARIA COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO MASIVO.

CONCLUSIONES

La fístula 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.

V Jornadas Científicas



Comunicaciones Pósters



Hospital
Obispo
Polanco



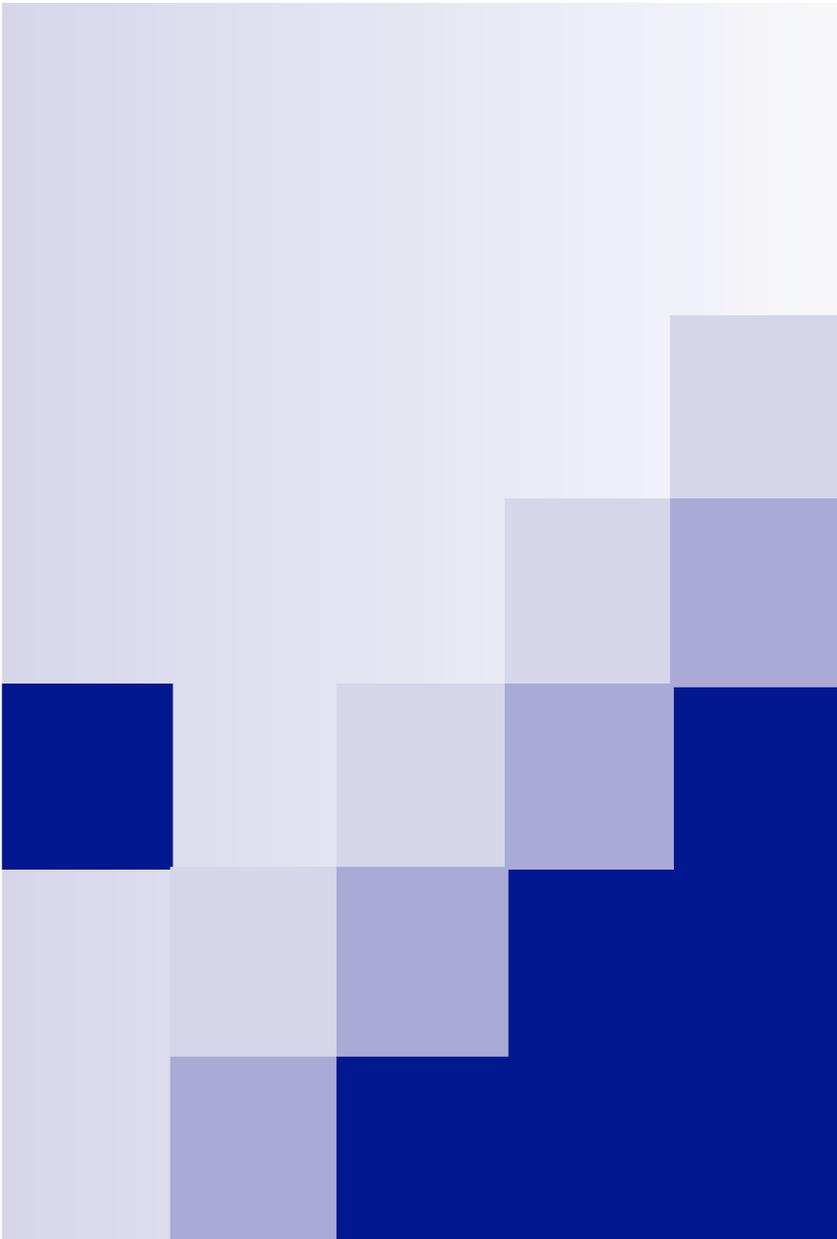
Comisión de
Formación
Continuada e
Investigación



Sector
Teruel

24
25
2010

Noviembre



SINDROME DE KALLMAN, a propósito de un caso.

MN. Tarazón Alcocer, L. Ciprés Casasnovas,
I. Tarazón Alcocer, C. Gallardo Ganuza,
LM. Tarazón Alcocer, J. Debón Alcodori.



INTRODUCCIÓN

- Enfermedad hereditaria. Puede ser: autosómica dominante, ligada a X, autosómica recesiva.
- Tipos: SK1, SK2, SK3, SK con paraplejia espástica, SK con braquiotelefalangia. Diferentes síntomas, todos concuerdan con: hipogonadismo hipogonadotropo y anosmia/hiposmia.
- Diagnóstico: por la clínica; por analítica (medir la respuesta del organismo a inyección de HCG, GnRH, FSH/LH); RNM hipofisaria; Investigación genética: cariotipo.
- Tratamiento: Gonadotropinas exógenas(hMG-HP=75-150UI , tres veces a la semana, durante 5-35 meses) hasta llegar a tamaño testicular adecuado. Vía Subcutánea.
- **Caso: varón, 23 años, que acude al CS Teruel-Ensanche. Diagnosticado a los 19 años en el Hospital (Endocrinología).**

METODOLOGIA

VISITA	ANAMNESIS	LABORATORIO	TAMAÑO TESTICULO	DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO
5-12-05	19 años. No desarrollo puberal.		D= 4 cm l= 2 cm	ID: S. Klinefelter. Se pide :cariotipo, analítica hormonal
11-1-06	ANOSMIA	FSH= 0.8 (5-20) T total=0.2 (1.66-8.77) T libre=0.4 (12.5-40)		DCO: S. Kallman. Pedir RNM H-H
23-2-06	RNM normal 46 XY			375 UI(5 ampollas) 3 veces/semana. Se pide analítica.
30-3-06		T total= 0.4 ng/ml T libre= 1 pg/ml		150UI(2ampollas) 3veces/semana. Revisión 2 meses
1-6-06	Pauta de mantenimiento		D= 6 cm l= 4cm	Misma pauta. Se pide analítica Revisión 4 meses

VISITA	LABORATORIO	TAMAÑO TESTICULAR	ACTITUD TERAPEUTICA
17-10-06	FSH= 5.8 mU/ml T total= 0.1 ng/ml T libre= 0.56 pg/ml	D= 6 cm l= 4 cm	150 UI(2 ampollas), 3 veces/semana. Se pide analítica. Revisión en 2 meses.
28-12-06	FSH= 8.1 T total= 0.4 T libre= 1.48	D= 8-10 cm l= 6-8 cm	Misma pauta. Se pide analítica. Revisión en 4 meses.
11-04-07	T total= 0.3 T libre= 0.73	D= 8-10 cm l= 6-8 cm	Misma pauta. Revisión en 4 meses.
8-08-07	FSH= 5.1 T total= 0.48	D= 10 cm l= 8 cm	Misma pauta. Revisión en 4 meses.
3-12-07	T total= 0.2 T libre= 0.59		150 UI cada semana.
28-02-08	T total= 0.4 T libre= 0.88	D= 10 cm l= 8 cm	150 UI Cada 3 semanas. Revisión en 3 meses, al final del efecto.



CONCLUSIONES

- Para el diagnóstico: una RNM no es siempre 100% eficaz, la deformidad de los bulbos olfativos en el cerebro puede ser tan pequeña, que sea imperceptible por medios físicos.
- Tratamiento farmacológico: gonadotropinas exógenas para inducción de pubertad y fertilidad. Se puede conseguir la virilización y el desarrollo testicular que no habría podido obtenerse con la administración aislada de testosterona. Y se evita riesgo de osteoporosis.
- El aumento de volumen testicular es un buen indicador de la respuesta al tratamiento.