

***VII Jornadas Poniente
Investiga
Agencia Sanitaria Poniente
Distrito Poniente de Almería***



12 de Diciembre de 2013

Organiza: Unidad de Apoyo a la Investigación

Lugar de celebración: Salón de Actos Hospital de Poniente.

www.ehpo.es

investigación@ehpo.es

Índice de Contenidos.

Programa de Actividades	2
Especialistas Internos Residentes.	5
Conferencias.....	8
Ponencias	10
Iniciativas e ideas de investigación	26
Posters.....	50

VII Jornadas de Investigación Poniente Investiga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Sanitario Poniente de Almería

12 de Diciembre de 2013
SALÓN DE ACTOS
HOSPITAL DE PONIENTE

PROGRAMA

9:30 h. Especialistas Internos Residentes

Presenta y modera:

D^a. M^a José Gimeno Jordá. *Presidenta de la Comisión de Docencia y Jefa de Estudios de Formación Especializada. Agencia Sanitaria Poniente.*

D. Francisco Javier Pacheco Calvente. *Coordinador de la Unidad Docente. Distrito Sanitario Poniente.*

- **Uncinariasis importada en Almería**

D. José Ángel Cuenca Gómez. R.3 Medicina Interna.

- **Comparación del consumo de recursos sanitarios entre las personas que han cambiado voluntariamente de médico de familia y las que no lo han hecho: un análisis descriptivo.**

D^a. Natalia Ruffino. R.3 Medicina de Familia y Comunitaria

10:00 h. INAUGURACION

D. Alfredo Valdivia Ayala.

Delegado Provincial de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Almería.

D^a. Maria García Cubillo.

Directora Gerente de la Agencia Sanitaria Poniente

D^a. Pilar Espejo Guerrero

Directora Gerente Distrito Sanitario Poniente de Almería

10:30 h. Conferencia

Modera:

D. Raúl García Martín. Unidad de Apoyo a la Investigación. Agencia Sanitaria Poniente

Posibilidades de financiación de la Investigación en el entorno actual: la innovación, la transferencia y H2020. Los caminos a seguir.

D. José Galván Espinosa. Técnico de Proyectos. FIBAO. C.H. Torrecárdenas

11:00 h. Pausa

Visita exposición de pósters científicos (vestíbulo Hospital de Poniente)

Ponencias

11:30 h. Mesa 1: La Investigación en la Práctica Asistencial

Modera: D^a Celia Rivera Capilla, Directora de Cuidados de Enfermería. Distrito Sanitaria Poniente

- *Eficacia del tratamiento manipulativo de la columna cervicotorácica en el Síndrome de Impactación Subacromial: Estudio aleatorizado controlado*
D. Sergio Vinuesa Montoya. Fisioterapeuta CS. Roquetas Sur. Distrito Sanitario Poniente
- *Organización Funcional por procesos asistenciales en la Agencia Sanitaria Poniente*
D. José García Paniagua. Gestor de Cuidados de Enfermería. Agencia Sanitaria Poniente
- *Calidad de vida de las cuidadoras familiares después de ser formadas en talleres de apoyo al cuidado: Experiencia en las UGC de Roquetas Norte y Sur. Distrito Sanitario Poniente*
Dña. M^a José Montoya Vergel. Enfermera UGC Roquetas Sur. Distrito Sanitario Poniente
- *Atención a Pacientes con EPOC en Atención Primaria. Consulta Enfermera de EPOC*
Dña. Manuela González López. Enfermera UGC Ejido Sur. Distrito Sanitario Poniente.
- *Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad Española de Oncología Médica y las Sociedades de Atención Primaria*
Dña. Juana Sánchez Jiménez. Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria UGC Berja. Distrito Sanitario Poniente

12:30 h. Mesa 2: Investigación, Innovación y TICs

Modera: D^a Yolanda Morcillo Muñoz, Directora de Cuidados de Enfermería. Agencia Sanitaria Poniente

- *APP Vacunas 3.0*
D. Francisco José Llave Gamero. Facultativo Especialista en Urgencias del HAR El Toyo.
- *Asignación de número de Historia a Recién Nacidos.*
D. Luis Lorenzo Padilla Hernández. Facultativo Especialista en Pediatría del HAR Guadix.
- *Observatorio del ciudadano*
D. Pablo Cazorla López. Director UGC Santa María del Águila. Distrito Sanitario Poniente.
- *ARIADNA FORMACIÓN: Aplicación de simulación clínica para alumnos de Medicina.*
D. Alberto Rosales Ruiz. Operador Informático del HAR Guadix.
- *Investigación Sanitaria y Nanotecnología*
D. Sergio Martínez Escobar. Responsable Unidad de Cuidados Críticos. Hospital de Poniente

14:00 h. Clausura



VII Jornadas de Investigación Poniente Investiga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Sanitario Poniente de Almería

12 de Diciembre de 2013
SALÓN DE ACTOS
HOSPITAL DE PONIENTE

ESPECIALISTAS INTERNOS RESIDENTES

1. UNCINARIASIS IMPORTADA EN ALMERÍA

José Ángel Cuenca-Gómez^a, Joaquín Salas-Coronas^a, M. Teresa Cabezas-Fernández^b, José Vázquez-Villegas^c, Manuel Jesús Soriano-Pérez^a, Fernando Cobo^b

^a Unidad de Medicina Tropical, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

^b Laboratorio de Microbiología, Unidad de Medicina Tropical, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

^c Distrito Poniente, Unidad de Medicina Tropical, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(9):599-601

Objetivos

Estudio de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes inmigrantes diagnosticados de uncinariasis en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital de Poniente (El Ejido, Almería).

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes inmigrantes diagnosticados de uncinariasis mediante visualización directa de los huevos en heces desde octubre de 2004 hasta diciembre de 2012.

Resultados

De 1.872 pacientes estudiados, 253 (13,5%) fueron diagnosticados de uncinariasis. En los pacientes con uncinariasis como única helmintiasis, el 8,3% presentó anemia ferropénica, el 65,7% no presentaba eosinofilia, y de estos, el 25,9% tampoco presentaba dolor abdominal.

Conclusiones

La uncinariasis es una parasitación frecuente en población inmigrante subsahariana. Muchos pacientes se encuentran asintomáticos, por lo que la aplicación del estudio protocolizado en población procedente de zonas endémicas permitiría diagnosticar y tratar un mayor número de pacientes con esta enfermedad.

2. COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS ENTRE LAS PERSONAS QUE HAN CAMBIADO VOLUNTARIAMENTE DE MÉDICO DE FAMILIA Y LAS QUE NO LO HAN HECHO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Dña. Natalia Ruffino. Residente 3. Medicina de Familia. Distrito.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en todo el estado español, los usuarios pueden elegir libremente a su médico de familia. En consecuencia, también pueden cambiar de médico si lo desean. Se plantea un estudio observacional descriptivo para contrastar el consumo de recursos sanitarios de las personas que han cambiado voluntariamente de cupo con el de las personas que no lo han hecho. El objetivo principal es valorar si ambos grupos son diferentes en la tasa anual de consumo de fármacos. Las posibles diferencias en la frecuentación, analíticas, radiografías, días de baja laboral, inter-consultas con otros niveles de atención sanitaria, y la valoración de los factores que explican la tasa anual de consumo de fármacos, se consideran objetivos secundarios.

Las variables cualitativas se describirán con sus frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas con sus medidas de tendencia central y de dispersión. Las primeras se contrastarán con el test de Chi cuadrado y las segundas mediante la t de Student para dos medias independientes o, si no se dan las condiciones, con la U de Mann Whitney.

Para valorar cómo explican los diferentes factores a la variable dependiente principal se realizará un modelo de regresión multivariante.



VII Jornadas de Investigación Poniente Investiga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Sanitario Poniente de Almería

12 de Diciembre de 2012
SALÓN DE ACTOS
HOSPITAL DE PONIENTE

CONFERENCIAS

POSIBILIDADES DE FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN EL ENTORNO ACTUAL: LA INNOVACIÓN, LA TRANSFERENCIA Y H2020. LOS CAMINOS A SEGUIR.

D. José Galván Espinosa. Técnico de Proyectos. FIBAO. C.H. Torrecárdenas.

En el contexto económico actual, la investigación ha sido duramente castigada y la que más ha sufrido las consecuencias de la disminución de fondos disponibles para esta actividad. Hemos vuelto a valores de 2006.

Ante esta situación podemos optar por varias alternativas de tal manera que podamos capear esta situación:

1. LA INNOVACIÓN: la realización de proyectos de investigación de iniciativas con un alto grado de innovación que repercutan, no sólo, en una mejor prestación de servicio al conjunto de la sociedad, si no también que resulte atractiva a las empresas y a los inversores de I+D+i. Estrategia de Innovación de Andalucía, RIS3 ANDALUCIA.
2. A través de la Innovación, generamos un conocimiento que en un porcentaje alto de casos, se materializan en técnicas, mejoras, productos que se pueden TRANSFERIR al mundo empresarial con lo que conseguiremos unos retornos económicos para el SSPA, que permitirán ayudar a la subsistencia del sistema.



Estudiaremos varios casos de éxitos de

3. Por último comentar que, a nivel europeo hay múltiples convocatorias de financiación de la investigación, en un nuevo programa denominado H2020.

Analizaremos las convocatorias más relevantes, el procedimiento para concurrir a las mismas y los topics prioritarios de financiación. Draft Horizon 2020 Work Programme 2014-2015 in the area of health, demographic change and wellbeing.



VII Jornadas de Investigación Poniente Investiga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Sanitario Poniente de Almería

12 de Diciembre de 2013
SALÓN DE ACTOS
HOSPITAL DE PONIENTE

PONENCIAS

MESA 1: LA INVESTIGACIÓN EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Modera: Dña. Celia Rivera Capilla, Directora de Cuidados. Distrito Sanitario Poniente

1. EFICACIA DEL TRATAMIENTO MANIPULATIVO DE LA COLUMNA CERVICOTORÁCICA EN EL SÍNDROME DE IMPACTACIÓN SUBACROMIAL: ESTUDIO ALEATORIZADO CONTROLADO

D. Sergio Vinuesa Montoya. Fisioterapeuta. Centro de Salud de Roquetas Sur

Introducción

En la literatura y también en la práctica clínica hay escasas evidencias sobre los efectos positivos con procedimientos alternativos en pacientes con síndrome de impactación subacromial.

Con este trabajo queremos encontrar unos procedimientos de Terapia Manual mediante Técnicas Manipulativas sobre la columna cervicotorácica que sean eficaces para el tratamiento del síndrome de impactación subacromial, y por tanto encontrar métodos de fisioterapia alternativos que permitan mejorar la funcionalidad de dichos pacientes y que estos procedimientos sean objetivos, rigurosos y científicos, mediante la aplicación de la fisioterapia basada en la evidencia, con la consiguiente obtención de resultados consistentes que respalden este tipo de intervenciones.

El objetivo general del presente estudio es comparar qué grado de mejoría pueden alcanzar los pacientes diagnosticados de síndrome de impactación subacromial, mediante el tratamiento con Técnicas Manipulativas para la columna cervicotorácica.

Metodología

Se realizará un estudio experimental, mediante diseño de ensayo clínico, con un grupo experimental (técnicas manipulativas) y un grupo control (ejercicios domiciliarios), que serán evaluados en condiciones basales y después de finalizar la última sesión de tratamiento.

La selección de la muestra se realizará de forma aleatorizada sobre el total de pacientes diagnosticados de síndrome de impactación subacromial unilateral.

Resultados esperados

Esperamos demostrar que con el tratamiento manipulativo de la columna cervicotorácica en pacientes con síndrome de impactación subacromial conseguiremos mejorar el grado de dolor, rango de movilidad, calidad de vida y nivel de discapacidad.

Este estudio en la actualidad se encuentra en su fase experimental, tras haber recibido autorización por el Comité de Ética de la Investigación de Centro de Almería el día 29 de Mayo de 2013.

2. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL POR PROCESOS ASISTENCIALES EN LA AGENCIA SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE

D. José García Paniagua. Estévez Morales, M.T. López Medina, A. Maldonado Villegas, C. Berenguel Villegas, A.M. Jiménez Liria, M.J. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.

Introducción

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), el ciudadano es el centro del sistema y sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción son el motor que mueven las políticas sanitarias. Condicionantes como el envejecimiento, la aparición de nuevas patologías, la cronificación de procesos, la necesidad de atención domiciliaria, los cambios en los perfiles familiares (que disminuyen la disponibilidad de cuidadores informales), las nuevas demandas sociales, los cambios producidos en los roles socio-sanitarios, los avances científico-tecnológicos,... producen modificaciones en el ciclo vital y aumentan los requerimientos de los ciudadanos a los sistemas sanitarios, de los que esperan coordinación y continuidad en la provisión de servicios.

“CUIDARTE: una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI”, propone entre sus objetivos, consolidar la gestión por Procesos Asistenciales Integrados como herramienta garante de la continuidad de cuidados, que debe ser entendida como la percepción por parte del paciente de la coherencia y unión del cuidado a lo largo del tiempo.

Hasta la fecha, en consultas externas, el patrón habitual predominante respecto a la asignación de los Gestores de Cuidados, es de un Gestor de Cuidados para todas las consultas independientemente de la adscripción funcional a las diferentes unidades de gestión o áreas integradas de gestión.

Un cambio estructural en las Áreas Integradas de Gestión, podrá garantizar la continuidad de cuidados a aquellos pacientes más vulnerables que se atienden en la Agencia Sanitaria Hospital de Poniente, pasando de la gestión de cuidados por áreas (consultas externas / hospitalización) a la gestión por Procesos de las diferentes especialidades médicas (medicina interna, traumatología, obstetricia...).

El cambio del modelo tradicional adaptándolo a la filosofía de las Áreas Integradas de Gestión de la Agencia Sanitaria, permitirá además, una mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos gracias al conocimiento de los cuidados y técnicas que se necesitan manejar a lo largo de las diferentes etapas del proceso, facilitando así la polivalencia y la adaptación de las enfermeras a las necesidades de los pacientes.

Objetivos

1. Garantizar la continuidad de cuidados
2. Incrementar la satisfacción del usuario en la Agencia Pública Hospital de Poniente
3. Aumentar la coordinación interdisciplinar dentro de las Áreas integradas de Gestión por parte de los profesionales de Enfermería.
4. Desarrollar circuitos que favorezcan la polivalencia del personal de Enfermería dentro del Área Integrada de Gestión.
5. Garantizar/aumentar la seguridad del paciente.

Material y Métodos

Durante el primer trimestre de 2013, se realizó búsqueda bibliográfica sobre iniciativas o proyectos similares y se realizaron grupos de trabajo que utilizaron técnicas de dinámica grupal (DAFO).

Los DAFO que se realizaron fueron los siguientes:

- ▲ Dirección de Cuidados y Gestores de Cuidados de todas las unidades (1)
- ▲ Gestores de Cuidados y personal de todas las áreas implicadas (6)

De su análisis, se realizó la hoja de ruta a seguir para la implantación del proyecto.

Resultados

La nueva gestión de cuidados de las consultas externas y la hospitalización del Hospital de Poniente, tiene su reflejo en los siguientes cambios en las áreas integradas de gestión:

- Gestora de cuidados de Hospitalización de Cirugía y especialidades quirúrgicas y de sus consultas externas correspondientes (Consultas de Cirugía, ORL, Oftalmología y Urología)
- Gestor de cuidados de Hospitalización de Traumatología y de sus consultas externas correspondientes (Consultas de Traumatología y rehabilitación)
- Gestora de cuidados de Hospitalización de Medicina Interna y Neumología y de sus consultas externas correspondientes (Consultas de Dermatología, Neumología, Medicina Interna)
- Gestor de cuidados de Hospitalización de Digestivo y Cardiología y de sus consultas externas correspondientes (Consultas de Cardiología, Digestivo y Endoscopias)
- Gestor de Cuidados de Obstetricia y Ginecología (Hospitalización de ginecología consultas externas de obstetricia, ginecología y Bienestar Fetal y Partorio)
- Gestor de Pediatría (Hospitalización de pediatría y puérperas y consultas de pediatría)

Conclusiones

Con esta nueva organización funcional, se pretende dar continuidad a la gestión de cuidados en el entorno de la atención especializada (consultas externas/hospitalización).

Las enfermeras van a adquirir las competencias necesarias referentes a la oferta de cuidados y destreza en las técnicas que marcan los procesos dentro de cada área de consultas y hospitalización.

Este nuevo enfoque organizativo, garantiza la continuidad dentro de la atención especializada. Aumento de la formación y especialización de la Enfermería.

3. CALIDAD DE VIDA DE LAS CUIDADORAS FAMILIARES DESPUES DE SER FORMADAS EN TALLERES DE APOYO AL CUIDADO: EXPERIENCIA EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE ROQUETAS SUR Y ROQUETAS NORTE. DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERIA

Dña. M^a José Montoya Vergel, M^a José Zamora Reyes, Liliane López Sánchez, M^a Teresa Granados Serrano. UGC Roquetas Sur, Distrito Sanitario Poniente de Almería

Introducción

El Plan de Atención a las cuidadoras familiares en Andalucía, contempla la atención a cuidadoras familiares de grandes discapacitados. Es necesaria la realización de Talleres de Apoyo al Cuidado, dónde las cuidadoras familiares desarrollen conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento saludable mediante el aprendizaje de habilidades asertivas y emocionales. Nuestro objetivo es valorar la eficacia de los “Talleres”, dirigidos por la enfermera gestora de casos, en la zona Básica de Salud de Roquetas del Distrito Sanitario Poniente de Almería. El objetivo general es valorar y conocer las experiencias y vivencias adquiridas en los “Talleres de Apoyo al Cuidado”, impartidos a los/as cuidadores/as familiares de pacientes dependientes coordinados por la Enfermera Gestora de Casos, en las UGC de Roquetas Sur y Roquetas Norte del Distrito Sanitario Poniente de Almería. Los objetivos específicos son valorar la percepción y las sensaciones de las personas cuidadoras sobre los conocimientos, las habilidades y las aptitudes que adquieren las/os cuidadoras y cuidadores familiares de pacientes dependientes tras asistir a los “Talleres de Apoyo al Cuidado” y Valorar los cambios de calidad de vida percibidos por las cuidadoras y cuidadores tras asistir.

Metodología

Para el cumplimiento de los objetivos reseñados se realizará un **estudio cualitativo**, cuya característica es la recogida de datos desde un punto de vista “*emic*”, desde el discurso de los propios actores sociales, “el actor tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar a través de dicho actor” y que “la realidad debería ser descrita y analizada a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, de cómo la perciben, de cómo viven su realidad”. Escuchar cómo define una persona sus percepciones y vivencias respecto a su salud o la de su familia es un primer paso importante para entender la realidad que nos ocupa. En este estudio utilizaremos la técnica del **grupo de discusión** -técnica cualitativa de aproximación empírica a la realidad social, que trabaja con el habla- y análisis posterior de los datos obtenidos. Esta técnica es una forma diferente de realizar una entrevista que consiste en elegir un grupo completo en lugar de una persona individual. La muestra no corresponde a criterios estadísticos sino estructurales. El muestreo estructural utiliza el criterio de pertinencia, es decir, se trata de incluir en el grupo a todas las personas que reproduzcan mediante su discurso relaciones relevantes. Se persigue la representación tipológica de acuerdo con los propósitos de la investigación. Siendo la población de estudio de 60 las cuidadoras y cuidadores que han asistido a uno o más de los 14 talleres que se han realizado durante los años 2011 y 2012.

Resultados esperados

Pretendemos comprender que sensaciones, emociones y vivencias desarrollan las cuidadoras y cuidadores que asisten a los “Talleres de Apoyo al cuidado”, conocer en qué medida han aumentado sus recursos personales, y como se entrenan en el cuidado. La gran mayoría de cuidadoras familiares han aprendido a manejar el afrontamiento emocional y físico. Sus expresiones han sido:

“ya sé cómo movilizarlo en la cama para no hacerme daño en la espalda”, “sé que hay más personas en mi misma situación”, “no estoy sola”, “ya río más”

La implantación del Programa, favorece el autocuidado del cuidador, disminuye la tristeza, los sentimientos negativos y desarrolla buenas emociones en las cuidadoras. Este modelo podría ser extrapolable a cuidadoras con otro perfil de pacientes y a grupos de personas con situaciones similares.

Se trata de un proyecto inicial realizado conjuntamente con la UGC de Roquetas Norte

4. ATENCIÓN A PACIENTES CON EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONSULTA ENFERMERA DE EPOC

Dña. Manuela González López. Juan Francisco Sorroche Rodríguez, Mónica Archilla Castillo
Unidad de Gestión Clínica Ejido Sur

Introducción:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable, que supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad y al importante consumo de recursos sanitarios que genera. Por ello, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Ejido Sur, nos planteamos la creación de una consulta de enfermería específica para la atención de estos pacientes.

Los objetivos que nos planteamos con este trabajo son describir los aspectos más relevantes relacionados con la enfermedad y el estilo de vida de nuestros pacientes con EPOC, así como describir y evaluar los Planes de Cuidados de Enfermería más utilizados para el adecuado tratamiento de estos pacientes.

Metodología

El estudio se comenzó en octubre de 2011 con la primera visita y se continuó hasta el mes de noviembre de 2012 con las últimas visitas de seguimiento hechas a los pacientes. En este estudio ha participado un grupo de 31 pacientes con EPOC de la UGC de Ejido Sur de los 161 diagnosticados. Se trata de un estudio descriptivo y cuasi-experimental.

Resultados esperados

Tras el análisis de los datos se ha comprobado cómo los diagnósticos de enfermería detectados en estos pacientes se solucionan tras asistir entre una y cuatro sesiones a la Consulta Enfermera de EPOC, la gravedad del pronóstico de su EPOC ha disminuido, se ha conseguido erradicar los errores en relación con el manejo del tratamiento, y se han mejorado tanto los valores espirométricos como el pronóstico del EPOC de los pacientes.

5. CONSENSO EN CÁNCER HEREDITARIO. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SEOM) Y SOCIEDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMG, SEMERGEN, SEMFYC)

Coordinador: Luí Robles Díaz. Hermenegildo Marcos Carreras. Juana Sánchez Jiménez (en nombre de SEMG).

Unidad de Gestión Clínica BERJA

Introducción

El 5% de todos los cánceres se consideran hereditarios al estar causados por mutaciones en línea germinal en genes de susceptibilidad al cáncer. El patrón de herencia en la mayoría de los casos es autosómico dominante.

Los médicos de Atención Primaria y los oncólogos médicos son, en muchas ocasiones, los primeros a los que acuden los individuos preocupados ante la posibilidad de que exista una predisposición hereditaria al cáncer en su familia. Las familias e individuos con susceptibilidad hereditaria al cáncer se pueden beneficiar de programas de prevención y detección precoz, por lo que es importante identificarlos. Por otra parte, hay que tener en cuenta que los recursos son limitados por lo que hay que determinar claramente la efectividad de las estrategias y su puesta en práctica a través de los servicios sanitarios que se ofrecen a la población.

Metodología

El objetivo es mejorar la coordinación asistencial para atender a los individuos y familias de nuestro país con susceptibilidad hereditaria al cáncer.

Representantes de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y de las tres Sociedades científicas de Atención Primaria: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), se reunieron para elaborar este documento de consenso sobre cáncer hereditario. Se revisó la bibliografía, se identificaron aspectos a consensuar sobre tres temas principales: cómo identificar a los sujetos con riesgo de cáncer hereditario; cómo derivar a una UCGC; y la utilidad del asesoramiento y los estudios genéticos.

Resultados

Se ha elaborado un documento consensuado íntegramente por todos los participantes, en el cual se resumen las características principales de la atención a los individuos con cáncer hereditario, cómo identificarlos, evaluarlos, derivarlos a una UCGC y asesorarlos en cuanto a su riesgo, los estudios genéticos y las medidas de prevención o reducción de riesgo. Respondiendo: ¿a quién? ¿por quién? ¿cómo? ¿dónde?

Se elaboró un díptico, se realizó una conferencia de prensa, se divulgó a partir de las páginas Webs de las sociedades científicas implicadas, a los socios y se redactó un artículo para su publicación en una revista de impacto, que es el tema de esta comunicación.

MESA 2: INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y TICS

Modera: Dña. Yolanda Morcillo Muñoz. Directora de Cuidados de Enfermería. Agencias Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.

6. VACUNAS 3.0

**D. Francisco José Llave Gamero. María Dolores Rubia Montañez.
Hospital de Alta Resolución El Toyo**

Antecedentes

Como médicos de Urgencias detectamos lagunas de desconocimiento sobre vacunación, tanto en pacientes y usuarios como en personal sanitario.

Objetivos

Crear una Aplicación (APP) para dispositivos móviles, Smartphones y Tablets, con toda la información relevante sobre vacunas, tanto para sanitarios como para cualquier otro usuario interesado.

Objetivo Final: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad mediante nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC`s).

Método

Diseñamos una APP con la siguiente información:

- Calendarios vacunales: Interterritorial; Comunidades Autónomas, Sociedad Española de Pediatría y OMS.
- Vademecum de Vacunas.
- Enfermedades vacunables o inmunoprevenibles.
- Recomendaciones vacunales para adultos y colectivos especiales.
- Vacunas para viajeros.
- Servicio de Geolocalización y Geoguiado por GPS a los Centros Oficiales de Vacunación del Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad.
- Capacidad de compartir toda la información a través de mail y/o redes sociales.
- Glosario de términos.
 - En una segunda fase y mejora de la APP:
- Sistema de alertas y recordatorio personalizado para cada usuario que sea dado de alta en la APP.

Resultados

La APP ha sido descargada por unas 16.000 personas. Los países principales han sido España, México y Argentina. Se encuentra posicionada en el primer lugar del APP Store y Google Play en cuanto a aplicaciones de Vacunas.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha adquirido la Propiedad Intelectual de la misma para su explotación, actualizaciones y difusión entre profesionales y ciudadanos.



Conclusiones

La utilidad y el rigor científico han hecho de Vacunas 3.0 una APP muy descargada, utilizada y bien valorada.

7. ASIGNACIÓN DE NÚMERO DE HISTORIA A RECIÉN NACIDOS.

D. Luis Lorenzo Padilla Hernández. Pediatra Hospital Alta Resolución de Guadix

Objetivo

Asignar número de historia propio a recién nacidos sanos en el mismo momento del parto y previamente a las pruebas y tests necesarios, en lugar de cómo hijo/a de.

Objetivos Específicos

(1) adaptar el sistema informático propio del centro para posibilitar, a través de RUPINA, la asignación de NUHSA al RN en el momento de nacer (2) identificar y dar de alta en el SSPA al RN como usuario de pleno e individualizado, desde el parto (3) evitar posibles confusiones de identificación debidas a asignar el número de la madre también al RN (4) cumplir con las recomendaciones de buenas prácticas del proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía (PHAPA)

Material y Método

La asignación de número historia clínica a los recién nacidos en el momento del parto ha requerido tres procesos principalmente: (1) adaptación técnica del sistema informático (2) reorganización funcional, para que la inscripción del RN sea inmediata en el momento del parto (la mecanización de datos en el ordenador la están llevando a cabo l@s matron@s) (3) información sobre el cambio al resto de profesionales implicados (por ejemplo, laboratorio o documentalistas)

Resultados

Aunque en periodo de pruebas desde hace un año, es a partir de mayo 2013 que, de forma sistemática y a través de la mecanización de los datos por parte de l@s matron@s, todo recién nacido en nuestro centro recibe su propio número de identificación e historia clínica en el momento mismo del parto, lo que supone que todas las pruebas que se realizan en la atención perinatal (incluida la propia sangre del cordón umbilical) se hacen ya con su propio número de identificación y no vinculado a la historia clínica de la madre, lo que, además de otros aspectos, reduce las posibilidades de errores o pérdidas de muestras y resultados. En total, aproximadamente 150 niñ@s nacid@s en 2013 en nuestro centro, cuentan ya con su historia clínica desde el primer momento, sin que haya habido ningún episodio adverso en cuanto a mecanización, asignación de número u otras posibles contingencias.

Discusión

La asignación inmediata de un número de historia clínica y NUHSA a los recién nacidos supone, como ya se ha dicho, una mejora de la calidad y una prevención de posibles errores de identificación o seguimiento de las pruebas, además de ser una recomendación para la humanización de la atención perinatal. Por tanto, a pesar de requerir unas ligeras modificaciones funcionales e informáticas, el coste-beneficio de la medida nos parece claramente positivo y exportable a otras realidades parecidas a la nuestra.

8. OBSERVATORIO DEL CIUDADANO

D. Pablo Cazorla López, Director UGC Santa María del Águila. Distrito Sanitario Poniente Baraza Cano, M^a Pilar, Jara Carrascosa, José M^a; Escarabajal Pérez, Juan José, Merino Pérez, Esther

Objetivos:

- Potenciar la participación ciudadana en el centro de salud.
- Dotar a la ciudadanía de herramientas que permitan identificar de forma sistemática áreas de mejora para incluirla en el plan de actuación de la UGC.

Material y método

- Modelo calidad percibida SERVQUAL.
- Observación participante guía de evaluación de la atención sanitaria validada con el grupo de observadores sobre: entorno, accesibilidad, relación con profesionales., fiabilidad, seguridad y circuitos.
- Participantes: frequentadores del centro que sepan leer y escribir, críticos con los servicios sanitarios. La selección fue intencionada y participación voluntaria.
- Reunión para información y seguimiento de la actuación.
- Periodo de observación: junio 2010 a junio 2011.

Resultado:

- El grupo se constituyó con nueve participantes, realizándose dos reuniones de información y validación y dos de seguimiento. Se han realizado 56 ejercicios de observación.
- Las áreas de mejora identificadas:
 - Atención al usuario: ausencia de profesionales en el mostrador, uso inadecuado del dispensador de números, información inadecuada y de poca calidad, déficit de atención telefónica, falta de intimidad, horarios para pedir citas.
 - Consulta de medicina y pediatría: tiempo de consulta y tiempo inadecuado, falta de coordinación interconsultas.
 - Limpieza y mantenimiento: déficit en los cuartos de aseo.
 - Señalización del centro.
 - Señalización en otros idiomas.
- Actividades realizadas:
 - Adecuación del tiempo de consultas de agendas.
 - Unidad a la atención al usuario: reunión y presentación de los puntos débiles observados. Reorganización del área.
 - Reestructuración de cartelera y señalización del centro de salud.
 - Potenciar el plan de pequeñas cosas.
 - Formación del personal de UAU sobre información y conflictos.
 - Poner en marcha un buzón de sugerencia del ciudadano.
 - Propuesta de mejora de limpieza para el centro.
 - Los observadores han realizado captación de líderes en la comunidad.

Conclusiones:

- La participación ciudadana tiene que insertarse en el funcionamiento de los centros., fomentando corresponsabilidad de la población así como otra visión del trabajo diario de los profesionales. El observatorio de la ciudadanía ha facilitado la constitución de la comisión de participación ciudadana previa a la institucional. Es una actuación eficaz, gratuita por parte de la ciudadanía y la información proporcionada es de mayor calidad que la que ofrece la encuesta de satisfacción.
- La calidad percibida por los ciudadanos es un elemento básico en la gestión de los servicios sanitarios. Es preciso genera una cultura de alianza entre profesionales y las personas a las que atienden.

9. FORMACIÓN: APLICACIÓN DE SIMULACIÓN CLÍNICA PARA ALUMNOS DE MEDICINA

D. Alberto Rosales Ruiz, José A. Cárdenas Rodríguez, Luciano Calatrava García, Jorge Puerta López, Fermín Mayor García.
Servicio de Informática. Hospital de Alta Resolución de Guadix

Objetivos

Desarrollo de una aplicación de formación virtual para alumnos de medicina basada en una Historia Clínica Digital (HCD).

Métodos

A partir de una HCD de desarrollo propio, cuyas directrices funcionales han sido marcadas por los propios profesionales sanitarios; y en coordinación con responsables de formación de la facultad de medicina, se proyecta un nuevo módulo de formación adaptado a las necesidades de alumnos de medicina en la impartición y evaluación de diversas asignaturas.

Fases del proyecto:

- 1- Análisis funcional: necesidades docentes, requerimientos técnicos y desarrollo, cumplimiento LOPD.
 - Requerimientos técnicos: Servidor Oracle, servidor de ficheros, necesidades de red, clientes, accesibilidad y mantenimiento.
- 2- Instalación de estructura de base de datos.
- 3- Adaptación de módulo clínico con desarrollo de utilidades para necesidades docentes con simulación de casos con datos clínicos reales:
 - Proceso de exportación de datos clínicos sin identificación de datos personales.
 - Proceso de importación de datos a BBDD de Módulo de Formación.
 - Proceso de gestión de alumnos en grupos y asignación de historias clínicas ficticias (basadas en datos reales).
 - Valoración clínica, y abordaje diagnóstico y terapéutico por parte del alumno.
 - Seguimiento y evaluación por el profesorado.

Lenguaje de programación: Power Builder
Arquitectura Cliente/Servidor, con BBDD Oracle.

Dispone de gestor de informes que permite la realización de toda la documentación incluida dentro de una HCD, e integra todas las pruebas funcionales.

La tecnología utilizada se basa en un lenguaje de desarrollo que cumple con los estándares RAD (Rapid Application Development) de 4ª generación orientado a objetos, lo que permite la reutilización y parametrización de los distintos módulos.

Resultados

En el curso académico 2012-13 se impartieron clases a 250 alumnos de 2º de Medicina en la Asignatura de Comunicación Médica.

Para el curso 2013-2014 se ha iniciado la formación con esta aplicación con simulación de casos clínicos, para alumnos de las asignaturas médicas: Bases de la Medicina Interna I y Bases de la Medicina Interna II; Digestivo; Hematología; Neumología y Oncología. (750 alumnos).

Discusión y Conclusiones

La práctica de la medicina actual tiene elementos diferenciadores como la incorporación de tecnologías de la información y comunicación. La formación de los profesionales ha de aproximarse a entornos reales en los que el propio alumno intervenga de forma activa y práctica en la formación, que asegure que al contactar con pacientes haya adquirido el nivel de competencias deseable.

Las TIC deben formar parte del entrenamiento básico y avanzado en la formación de los alumnos de medicina.

Esta aplicación se configura como una herramienta innovadora y con utilidad práctica para el alumnado y profesorado en la metodología docente médica, que da respuesta a las necesidades de formación de determinadas asignaturas.

Consideramos que la aplicación es trasladable a otras facultades de medicina, y que se trata de una herramienta dinámica, con posibilidad de avances progresivos en simulación clínica con finalidad docente.

10. UCI. INVESTIGACIÓN SANITARIA Y NANOTECNOLOGÍA

D. Sergio Martínez Escobar. Servicio de Urgencias. Agencia Sanitaria Poniente

Journal of Physics D. Applied Physics. 2013; 46(11): 114006

La ciencia que ciencia aplicada a la biotecnología que estudia el mundo de los diseños en dimensiones del orden de micras, se denomina nanoingeniería. Constituye en sí misma un cuerpo doctrinal naciente en un paradigma novedoso, en el cual, las propiedades de los materiales, tanto a nivel físico como químico, cambian según nos alejamos del mundo macro y nos adentramos en el mundo micro.

La necesidad de trabajar en dimensiones muy reducidas (campos de trabajo inferiores a 1 mm²), hace que se redireccione el uso de diferentes dispositivos con nuevas aplicaciones. De esta forma el mundo de la nanoingeniería se sirve de las aplicaciones de la microscopía óptica convencional y confocal, la microscopía electrónica, los modernos microscopios de fuerzas atómicas, perfilómetros, así como cámaras de alta velocidad, que permiten captar los sucesos que previamente se han teorizado, en tiempo real.

La microfluídica, constituye una subespecialización de la dinámica de fluidos dentro del amplísimo campo de la física de la materia blanda y esta a su vez dentro de la física aplicada. En sí misma se subdivide a su vez en diseños en 2D y diseños 3D. En nuestro modelo experimental, se ha podido desarrollar un vehículo celular esférico, conformado por una compleja estructura de alginato más diversos polímeros como la poli L lys, en base al uso de diseños 3D de microfluídica.

El modelo final, permite la coexistencia funcional de diferentes extirpes celulares, solventando el techo de cristal de los vehículos celulares previos que constituye la hipoxia tisular, lo que ha limitado la durabilidad en el tiempo de los diseños.

El diseño final, denominado CELLOIDOSOME ®, abre una puerta al trasplante de células y tejidos funcionalmente activos, entrando en el terreno del diseño de órganos artificiales con una función determinada, partiendo de la simulación de estructuras orgánicas naturales previas como las arqueoestructuras denominadas volvox.

Este diseño permitirá la sustitución en un futuro de funciones orgánicas completas, como la síntesis hormonal, inmunoprotección sin inmunosupresión (mediante el uso de cubierta de células mesenquimales con micromedioambiente inmunoprotector, etc...) en modelo animal previamente y posteriormente a nivel humano.



VII Jornadas de Investigación Poniente Investiga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Sanitario Poniente de Almería

12 de Diciembre de 2013
SALÓN DE ACTOS
HOSPITAL DE PONIENTE

INICIATIVAS E IDEAS DE INVESTIGACIÓN

MONONEUROPATÍA ISQUÉMICA DEL III PAR CRANEAL DERECHO O PARÁLISIS DEL III PAR CRANEAL-DIPLOPÍA

Autoras/es: Naima Hamido Mohamed MIR3 MFyC; Gabriela Ramírez Arriola MIR3 MFyC; Magdalena Berenguer Callejón MIR2 MFyC; Sana Medí Ahmed MIR1 MFyC. Encarnación Valverde Ruiz FEA Urgencia, Tutora Hospitalaria de Hospital de Poniente; Francisco Garzón López FEA MFyC CS La Mojonera distrito Poniente.
Urgencias. Hospital del Poniente y Torrecárdenas - Almería

Introducción: La Mononeuropatía isquémica del III par Craneal Derecho o Parálisis III par Craneal-Diplopía: es una disfunción del III par Craneal o Motor Ocular Común que cursa con visión doble. Con respecto a la clínica: Diplopía (visión doble), ptosis palpebral (caída del parpado) pupila dilatada que no se modifica al proyectar luz sobre ella, dolor ocular, cefalea.

Caso Clínico: Mujer de 86 años se deriva desde Atención Primaria a urgencia del Hospital del Poniente por: Diplopía (visión doble), dolor orbitario, con exotropía del ojo derecho en mirada primaria en el contexto de una Crisis hipertensiva TA 200/ 110 mmHg, Fc 98 lpm, SO2 97%, Afebril. Preciso ingreso en observación con realización de analíticas : con bioquímica, hemograma, coagulación sin alteraciones , EKG RS a 98 lpm sin alteraciones de la repolarización ni crecimiento eléctrico, radiografía de tórax sin alteraciones, TAC Craneal no demostró alteraciones relevantes .Posteriormente la paciente ingreso en Medicina Interna a cargo de Neurología donde se volvió a hacer un estudio de completo, RMN que revelo aumento de intensidad de la señal de sustancia blanca periventricular secundaria a leucaraiosis, con focos de litiasis isquémica en ambas coronas radiales y centros Semioales. Concluyendo cambios en relación con la edad y/o atrofia Córtico-Subcortical.

Diagnóstico: Mononeuropatía Isquémica del III par Craneal Derecho o Parálisis III par Craneal-Diplopía- Crisis Hipertensiva.

Diagnóstico diferencial de esta enfermedad tenemos que tener en cuenta las causas más frecuentes de Mononeuropatía del III par Craneal, raro en migraña, idiopática.

Tratamiento inicial es control de la tensión arterial y dislipemia. Especifico Oclusión ocular alternante cada 4 hora, analgésico.

Conclusiones: En primer lugar realizar el diagnóstico diferencial de esta enfermedad tenemos la presencia de una parálisis brusca del III par con compromiso pupilar puede estar indicando una patología grave que pone en riesgo la vida del paciente. La cefalea asociada es un signo de alarma, más aún en presencia de otros signos neurológicos. Todos los pacientes deben ser evaluados necrológicamente y estudiados con pruebas de neuroradioimagen. Muchos casos constituyen una urgencia neuroquirúrgica. La importancia de identificar estos cuadros neurológicos reside en que, en muchas ocasiones, las manifestaciones iniciales son oftalmológicas y un diagnóstico precoz puede prevenir un grave daño neurológico o la muerte.

Bibliografía

- Medicina Interna Ferreras-Rozman 15º Edición: Neuropatías craneales 1531-1532, Manual De Medicina Y Cirugia Cto: Oftalmología: Parálisis Oculomotoras 1214-1215.Guía de Referencia rápida de diagnóstico y tratamiento del Estrabismo y Paralítico 2009
Rosenberg M. Neuro Ophthalmology. En Neurosurgery Wilkins R, Rengachary S (ed). 2ª ed. USA: Mc Graw Hill, 1996, vol 1, pp 87-116.
- Ferguson GG, Drake CG. Carotid-ophthalmic aneurysms: Visual abnormalities in 32 patients and the result of treatment. Surg Neurol 16: 1-8, 1981.

- Miller D, Statham PFX. Surgical Management of traumatic intracranial hematomas. En Operative Neurosurgical Techniques. Schmidek H (ed). 4ª ed. Filadelfia: Saunders, 2000, vol 1, pp 83-90.
- Cohen DS, Quest DO. Increased Intracranial Pressure, Brain herniation, and their control. En Neurosurgery. Wilkins R, Rengachary S. (ed) 2ª ed. USA. Mc Graw Hill, 1996. Vol 1, pp 345-356.
- Plum F, Posner J. Lesiones supratentoriales que causan coma. En Estupor y coma. Plum F, Posner J. (ed) . Mexico DF, El manual moderno SA de CV. 1982, pp 99-178.
- Adams RD, VictorM, Ropper AH. Trastornos de los movimientos oculares y de la función pupilar. En Principios de Neurología. 6ª ed. México DF: Mc Graw Hill- interamericana, 1998, pp. 227-248.

;; DOCTOR DUELE PENE!! GANGRENA DE FOURNIER

Autoras/es: Naima Hamido Mohamed R3 MFyC, Gabriela Ramírez Arriola R3 MFyC; Oscar Ramírez Fuentes FAU MFyC; Sergio Jesús García Ramírez FAU MFyC, Encarnación Valverde Ruiz FEA Urgencias MFyC, Tutora Hospitalaria de Hospital de Poniente; Francisco Garzón López FEA MFyC CS La Mojonera distrito Poniente.

Urgencias Hospital del Poniente. Hospital Torre cárdenas

Introducción: La gangrena de Fournier es una rápida y progresiva infección de los genitales. Se trata de un cuadro grave que debe tenerse en cuenta sobre todo en pacientes con factores de riesgo. La edad, diabetes, alcoholismo. Traumatismos e infecciones urológicas intercurrentes, a veces primera manifestación de VIH. Constituyen entre otros los factores que predisponen. El desbridamiento quirúrgico precoz y el tratamiento antibiótico, instaurados ambos de forma temprana aumentan la supervivencia de estos pacientes.

Caso Clínico: Varón de 47 años subsahariano que acude a urgencias por dolor intenso en pene de unas horas de evolución, fiebre 38°C. Antecedentes personales de promiscuidad sexual, traumatismo en pene hacia 20 días en el curso de una relación sexual de riesgo. En la exploración física: estado general conservado, hemodinamicamente estable, en la exploración del pene se observó coloración erimatososa - violácea oscura en la cara dorsal del pene, edema peniano más flictenas de pequeño tamaño, en la base del pene presentaba ligera descamación más área con úlcera. El pene estaba indurado a la palpación, no crepitación, piel escrotal edematosa y de color rojizo oscuro. Resto de exploración anodina. Analítica: leucocitos 49000/mm³, Neutrófilos 98%, no anemia, glucosa 120mg/dl, urea 50mg/dl creatinina 1,5mg/dl, PCR 7, Serológica: VIH positivo, VHB pasada, resto de serología negativa. Cultivo de exudado uretral con Tinción de Gram. Se aisló bacilos Gram, negativos, diplococos Gram, positivos. Diagnóstico de Gangrena de Fournier con afectación de pene y escrotal Leve. Tratamiento con desbridamiento quirúrgico precoz de la piel del pene, facias de rectos anteriores, en piel escrotal. Se instauró tratamiento antibióticos con triple terapia con (tobramicina, clindamicina, penicilina) más antitérmico y analgesia... Evoluciono favorablemente.

Diagnóstico: Gangrena de Fournier en Pene y escroto.

Conclusiones: La Gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa caracterizada por una fascitis necrotizante de evolución fulminante que afecta a la región perineal, genital o peri anal, presentando una rápida progresión y alta letalidad, siendo la etiología identificable en un 95% de los casos. La enfermedad ha sido descrita en ambos géneros, con edad promedio de presentación de 40 años y una mayor prevalencia en hombres, con una relación 10:1. La variedad de manifestaciones clínicas dificulta el diagnóstico, el que es fundamentalmente clínico. Presentamos este caso porque ocasionalmente esta entidad puede confundirse con otros procesos escrotales no tan graves, el pronóstico vital dependerá en gran medida del médico de urgencias, ya que el paciente consultará de forma urgente por la rápida progresión de la infección. Un diagnóstico precoz y la instauración de forma temprana del tratamiento, aumentará las posibilidades de supervivencia de los pacientes.

DEBILIDAD MUSCULAR GENERALIZADA EN PACIENTE HIPERTIROIDEO

Autoras/es: Violeta Rodríguez-Rodríguez, Pepe Rubí-Callejón, Aurora Santamaría-Godoy, Claudio Tusa, Laura Carmona Calvo-Flores.

Servicio de urgencias y cuidados críticos. Hospital de Poniente. (El Ejido, Almería)

Antecedentes: Varón de 17 años de raza negra, con antecedentes de hipotiroidismo primario por enfermedad de Graves-Basedow (Bocio, TSI positivos) que inicia tratamiento antitiroideo en 2012 con mal control por lo que se le administró dosis ablativa de I131. Beta Talasemia menor. Hipertrofia leve del ventrículo izquierdo. Sin hábitos tóxicos. Tratamiento con Tirodril 5mg cada 8 horas.

Motivo de consulta: Acude a revisión rutinaria en consulta externas de Medicina Interna. Refiere debilidad muscular generalizada en todas las extremidades de predominio proximal y mialgias de un mes de evolución. Sintomatología constante, sin fluctuaciones a lo largo del día. Se decide ingreso programado para su estudio a cargo de neurología.

Exploración Física: Buen estado general. Orientado y consciente. Normohidratado y perfundido. TA 166/89, frecuencia cardíaca 80lpm. Afebril. Auscultación cardiorespiratoria sin hallazgos patológicos. Exploración neurológica: Tetraparesia flácida de predominio proximal y con mayor afectación de miembros inferiores. Marcha miopática. No fatigabilidad muscular en las extremidades. No se objetivan fasciculaciones. Resto de la exploración sin alteraciones. MMII: No edemas ni signos de trombosis venosa. Pulsos pedios presentes y simétricos.

Pruebas Complementarias

Hemograma y bioquímica normales.

Anticuerpos anti receptor TSH (TSI) altamente positivos con TSH suprimida.

Estudio neurofisiológico: ENG de miembros se evidencia una disminución global de amplitudes en las conducciones motoras sin alteraciones sensitivas. EMG de miembros con miopatía de carácter crónico, generalizada, bilateral y simétrica que afecta tanto a musculatura proximal como distal. No actividad espontánea de denervación con el músculo en reposo.

Juicio Clínico: Miopatía hipertiroidea generalizada de intensidad moderada-severa con predominio de afectación en musculatura proximal.

Miopatía Hipertiroidea: La miopatía hipertiroidea, o miopatía tirotóxica, es un trastorno neuromuscular debido a la sobreproducción de hormona tiroidea (tiroxina). Es una de las muchas miopatías que conducen a la debilidad muscular y la descomposición del tejido muscular. Es más común en mujeres (3:1). La edad media de presentación es de 36 años. El hipertiroidismo puede causar miopatía y probablemente también polineuropatía. En series retrospectivas la prevalencia de miopatía en hipotiroidismo varía entre el 20 y el 80%, mientras que la prevalencia de alteraciones miopáticas en hipertiroidismo varía del 60 al 80%.

Actualmente se considera que la tiroxina provoca la degradación de las fibras musculares, más específicamente de las placas terminales motoras a nivel de la unión neuromuscular. Existe un debate sobre si la tiroxina actúa a nivel de las placas motoras afectando a la parte muscular, nerviosa o a ambas.

Sabemos que las principales causas de hipertiroidismo relacionadas con la MT son: Bocio multinodular y la enfermedad de Graves-Basedow.

Los síntomas físicos son muy variados, pueden incluir debilidad muscular, desgaste del tejido muscular, fatiga e intolerancia al calor.

El tratamiento es individual y puede llegar a ser multidisciplinar (neurología, endocrinología, cirugía y rehabilitación) dependiendo de la evolución. Tiene como objetivo reducir la sobreproducción de la tiroxina y restaurar el adecuado funcionamiento de la glándula. Como tratamiento usaremos medicamentos como betabloqueantes o antitiroideos, así como cirugía y radiación.

Si no se trata puede ser un trastorno extremadamente debilitante que, en casos extremos, causa la muerte. Si se diagnostica y se trata adecuadamente los efectos pueden ser controlados y en la mayoría de los casos invertirse en el curso de 3-6 meses sin secuelas.

Conclusiones: El paciente tuvo una buena evolución durante el ingreso y fue dado de alta con tiamazol 5mg 2 comprimidos cada 8 horas y sumial 10mg 1 comprimido cada 8 horas. Actualmente se encuentra en revisiones periódicas en consultas externas de neurología y por su médico de atención primaria.

Bibliografía

- Wu T, Flowers JW, Tudiver F, et al. Subclinical thyroid disorders and cognitive performance among adolescents in the United States. BMC Pediatr 2006; 6:12.
- Yudiarto FL, Muliadi L, Moeljanto D, Hartono B. Neuropsychological findings in hyperthyroid patients. Acta Med Indones 2006; 38:6.
- Schlote B, Schaaf L, Schmidt R, et al. Mental and physical state in subclinical hyperthyroidism: investigations in a normal working population. Biol Psychiatry 1992; 32:48.
- Brenan M.D, Powell C, Kauafam et al. The impact of overt and subclinical hyperthyroidism on skeletal muscle. *Thyroid*. 2006 apr; 16 (4):375-80.
- de Jong FJ, den Heijer T, Visser TJ, et al. Thyroid hormones, dementia, and atrophy of the medial temporal lobe. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91:2569.
- Teoh HL, Lim EC. Plasmal myoclonus in subclinical hyperthyroidism. *Mov Disord* 2005; 20:1064.
- Sheu JJ, Kang JH, Lin HC, Lin HC. Hyperthyroidism and risk of ischemic stroke in young adults: a 5-year follow-up study. *Stroke* 2010; 41:961
- Martin FI, Deam DR. Hyperthyroidism in elderly hospitalised patients. Clinical features and treatment outcomes. *Med J Aust* 1996; 164:200.
- Iglesias P, Acosta M, Sánchez R, et al. Ambulatory blood pressure monitoring in patients with hyperthyroidism before and after control of thyroid function. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2005; 63:66.
- Forfar JC, Muir AL, Sawers SA, Toft AD. Abnormal left ventricular function in hyperthyroidism: evidence for a possible reversible cardiomyopathy. *N Engl J Med* 1982; 307:1165.

MUJER DE 67 AÑOS CON TOS, FIEBRE, EXPECTORACIÓN HEMOPTOICA Y LESIONES CAVITADAS.

Autoras/es: Violeta Rodríguez-Rodríguez, Alberto Caballero-Vázquez, Claudio Tusa, Aurora Santamaría-Godoy.

Servicio de urgencias y cuidados críticos. Hospital de Poniente. (El Ejido, Almería)

Introducción: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis de granulomatosa necrosante de pequeños vasos que afecta a las vías respiratorias superiores e inferiores, glomérulos renales y en grado variable a otros órganos como puede ser el riñón. Su etiología es desconocida aunque se acepta que el sistema inmune participa en su patogenia. Para su diagnóstico, además de la sospecha clínica, usamos la presencia de c-ANCA en pruebas de laboratorio y confirmación por biopsia pulmonar.

Caso Clínico: Paciente de 67 años de edad, con antecedentes personales de poliomielitis. Nunca fumadora. Sin alergias medicamentosas y sin tratamiento habitual.

Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de tos con expectoración hemoptoica acompañado de dolor escapular derecho, sensación distérmica con picos febriles de hasta 38°C, de una semana de evolución y que no mejora a pesar de tratamiento ambulatorio

En la exploración física presenta buen estado general y estabilidad hemodinámica. Auscultación cardio-respiratoria con murmullo vesicular conservado y sin otros signos sugerentes de patología. Resto de la exploración anodina.

En las pruebas complementarias destacamos: -Hemograma: leucocitos 21700/mm³ (neutrófilos 85%), hemoglobina 10g/dL hematocrito 32%, volumen corpuscular medio 80 fL, plaquetas 384000/mm³, velocidad de sedimentación globular de 129 en la primera hora.

- Bioquímica sérica: proteína C reactiva 18, resto dentro de la normalidad.

- Radiografía de tórax: infiltrado en lóbulo superior derecho y vértice de lóbulo pulmonar izquierdo. No se evidencia modificaciones durante los controles posteriores.

- Pruebas de autoinmunidad: P-ANCA negativos. C-ANCA positivos a 1/80, proteinasa 3 (PR3) 28, anticuerpos antinucleares (ANA) negativos.

-Tomografía computarizada helicoidal torácica y abdominopélvica: Se observan varias consolidaciones alveolares compactas en ambos pulmones. La mayor de ellas se encuentra en los segmentos apical y posterior del lóbulo superior derecho. En su interior presenta pequeñas áreas de cavitación.

Estrategia Práctica de Actuación

- Se remitió a la paciente para la realización de videotoracosopia con biopsia pulmonar. Finalmente, los hallazgos anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de granulomatosis de Wegener.
- Se realizó tratamiento con ciclofosfamida y corticoides obteniéndose resultado positivo de manera que en la actualidad la paciente se encuentra asintomática en su totalidad.
- Aunque la granulomatosis de Wegener no sea una enfermedad que posea actualmente una alta prevalencia entre la población, ante la llegada al servicio de urgencias de un paciente con expectoración hemoptoica e infiltrados pulmonares visibles en la radiografía torácica, ya sean o no cavitados, no debemos olvidar incluirla en nuestro diagnóstico diferencial y actuar en consecuencia.

Bibliografía

- Mayberry JP, Primack SL, Müller NL. Thoracic manifestations of systemic autoimmune diseases: radiographic and high resolution CT findings. *Radiographics* 2000;20:1625–35.
- Primack SL, Müller NL, Mayo JR, Remy-Jardin M, Remy J. Pulmonary parenchymal abnormalities of vascular origin: high-resolution CT findings. *Radiographics* 1994;14:744-46.
- Landman S, Burgener F. Rochester. Pulmonary manifestations in Wegener's granulomatosis. *AJR Am J Roentgenol* 1974;122:752-54.
- Aberle DR, Gmsu G, Lynch D. Thoracic manifestations of Wegener granulomatosis: diagnosis and course. *Radiology* 1990;174:704-08.
- Hansell DM. Small vessel diseases of the lung: CT pathologic correlates. *Radiology* 2002;225:643-49.

MUJER DE 36 AÑOS CON DEBILIDAD MUSCULAR GENERALIZADA Y PTOSIS PALPEBRAL

Autoras/es: Violeta Rodríguez-Rodríguez, José Rubí-Callejón, Claudio Tusa, Aurora Santamaría-Godoy, Laura Carmona Calvo-Flores.

Servicio de urgencias y cuidados críticos. Hospital de Poniente. (El Ejido, Almería)

Introducción: La miastenia gravis (MG) es el trastorno neuromuscular más común, resultado de un ataque autoinmune en la membrana postsináptica de la placa neuromuscular, mediado por autoanticuerpos dependientes de células T y dirigidos contra los receptores de acetilcolina.

Se caracteriza por ser una enfermedad de carácter fluctuante, que puede afectar de forma combinada y variable a la musculatura ocular, facial, respiratoria y esquelética voluntaria.

La MG afecta a individuos de todas las edades, con predilección por mujeres de 20-40 años y varones entre la sexta y séptima décadas de la vida. La MG neonatal afecta a un 15% de niños de madres miasténicas. La prevalencia de MG varía entre 20 y 150 por millón de habitantes. En Europa varía entre 4 y 11 por millón, alcanzando cifras muy variables entre los distintos países de forma que, se calcula una prevalencia en Grecia de 70 por millón, mientras que en Reino Unido sería de 150 por millón en el Reino Unido.

El diagnóstico de la miastenia gravis es eminentemente clínico. Puede ser corroborado con pruebas electrofisiológicas y serológicas. Se ha encontrado asociación con otras enfermedades autoinmunes.

Caso Clínico

Anamnesis: Mujer de 36 años, natural de Rumania y residente desde hace 10 años en España. Niega hábitos tóxicos y como único antecedente de interés destaca una Enfermedad de Graves, por la cual acude a su revisión rutinaria. En ella presenta regular estado general, astenia y, en la última semana, debilidad muscular de miembros superiores e inferiores. A su vez refiere “como sensación de pesadez en los ojos” y que “se le cansa la mandíbula al masticar”. Toma correctamente su tratamiento crónico (Tiamazol y Propanolol), estando eutiroidea en el momento de la consulta.

En la exploración destaca: ptosis palpebral izquierda que empeora con la superversión mantenida de la mirada, y una tetraparesia flácida de predominio proximal, siendo el resto normal.

Ante los hallazgos encontrados en la exploración, se deriva a la paciente con carácter de urgencia al servicio de neurología.

Pruebas complementarias:

- Analítica autoinmunitaria:

- Ac.anti Tiroglobulina 2453,2 UI/ml (I.R. 0,0 - 4,0).

- Ac.anti recep.TSH: 3,8 mUI/ml (I.R. 0,00 - 1,50).

- **Ac. anti recep. Acetilcolina: 258,29 nmol/l** (valores de referencia positivos para Miastenia Gravis: >0,50 nmol/l).

-**Ac. tirocinasa Músculo Específica (MuSK): <0.5 nmol(I.R. 0,00 - 0,05).**

- Prueba de la acetilcolinesterasa con **Test del Edrofonio: positiva** (mejoría clínica transitoria después de la administración).

- Estudio electrofisiológico de **Estimulación Nerviosa Repetitiva: positivo** para Miastenia Gravis con decremento del PUM (potencial de respuestas) de hasta un 40%.



- **TAC de tórax:** hallazgos compatibles con **hiperplasia tímica** con diámetros axiales de 32x22 mm.

Juicio clínico: Miastenia Gravis generalizada seropositiva estadio IIb de Osserman asociada a hiperplasia tímica.

Clasificación de Osserman- Genkis

Adulto:

Tipo I (ocular): Solo participa la musculatura ocular.

Tipo II a (generalizada ligera): presenta un comienzo lento, frecuentemente ocular, generalizándose gradualmente a la musculatura esquelética y bulbar, los músculos respiratorios conservados.

Tipo II b (generalizada moderada): Se inicia con disfunción ocular frecuente, progresa hacia una intensa toma de la musculatura esquelética y bulbar, músculos respiratorios conservados, mortalidad baja.

Tipo III (aguda y fulminante): comienzo rápido por músculos esqueléticos y bulbares con compromiso precoz de músculos respiratorios. Su progresión se completa en 6 meses, índices de timomas elevados, mal manejo terapéutico, crisis miasténicas frecuentes y mortalidad elevada.

Tipo IV (severa tardía): Se desarrolla después de 2 años, comienza como tipo I o II, su progresión es gradual o súbita, alto índice de timomas, mortalidad elevada, poca respuesta terapéutica.

Estrategia Práctica de Actuación

- El manejo de la Miastenia gravis se funda en cuatro pilares principales :

- 1) Tratamiento de los síntomas con el uso de fármacos anticolinesterásicos (piridostigmina oral y neostigmina parenteral), que son de primera elección en las formas generalizadas y exclusivamente oculares.
- 2) Inmunoterapia crónica (corticoides e inmunosupresores): se pueden añadir a los anticolinesterásicos, corticoides e inmunosupresores en caso de que no se consiga controlar bien la clínica.
- 3) Inmunoterapia rápida con plasmaferesis. Técnica de purificación sanguínea extracorpórea, que permite la eliminación de sustancias plasmáticas de alto peso molecular. Se usa en casos de gravedad clínica, y previamente a la realización de timectomía.
- 4) Tratamiento quirúrgico: timectomía. Está indicada en pacientes con timoma, independientemente del tipo de Miastenia, así como en formas generalizadas de la enfermedad para el rango etario comprendido entre la pubertad y los 55-60 años.

Evolución: Dada la situación clínica, se inicia de inmediato tratamiento con plasmaféresis, realizándose un total de seis ciclos, obteniéndose importante mejoría y quedando la paciente asintomática. Acto seguido se comenzó tratamiento con piridostigmina y corticoides a altas dosis. Se efectuó timectomía guiada por videotoracoscopia.

Al alta, la paciente estaba asintomática desde el punto de vista neurológico. Se mantuvo tratamiento con corticoides y piridostigmina.

Actualmente asiste a revisiones periódicas en consultas externas de neurología y por parte de su médico de atención primaria.

Unas Pinceladas sobre El Timoma: Entre el 60 y el 80% de los enfermos miasténicos tienen una hiperplasia folicular y un 10% un timoma, encontrándose, a nivel inmunológico, una activación de células B, que expresan marcadores celulares de superficie, como los receptores de interleucina-2 (IL-2) y ferritina. El hecho de que el timo tenga linfocitos T y B activados junto con una fuente local de antígenos, hace muy posible su papel en la inmunopatogenia de la MG.

Existen ciertas particularidades en pacientes con timomas:

- 1- No tiene relación con el sexo ni con el antígeno HLA.
- 2- Título de anticuerpos anti-receptores de ACH, es elevado.
- 3- Presencia de anticuerpos anti-músculo estriado, presentes en el 84% de los casos.
- 4- Otros anticuerpos órgano-específicos, (anticardiopina, anti-células parietales).

Conclusiones: Ante un paciente con antecedentes de autoinmunidad que refiere aparición reciente de debilidad generalizada y fatigabilidad muscular fluctuante a lo largo del día, acompañada posiblemente de ptosis y diplopía, debemos siempre de considerar en nuestro diagnóstico diferencial inicial, la posible instauración de una miastenia gravis, y aplicar el protocolo diagnóstico-terapéutico lo antes posible.

Bibliografía

- Poulas K, Tsibri E, Kokla A, Papanastasiou D, Tsouloufis T, Marinou M, et al. Epidemiology of seropositive myasthenia gravis in Greece. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71: 352-6.
- Holtsema H, Mourik J, Rico RE, Falconi JR, Kuks JB, Oosterhuis HJ. Myasthenia gravis on the Dutch antilles: an epidemiological study. *Clin Neurol Neurosurg* 2000; 102: 195-8.
- Kondo K, Monden Y. Thymoma and myasthenia gravis: a clinical study of 1089 patients from Japan. *Ann Thorac Surg* 2005; 79 (1): 219-24.
- Drachman DB. Myasthenia gravis. *N Engl J Med* 1994; 330:1797.
- Giaccone G. Treatment of malignant thymoma. *Curr Opin Oncol* 2005; 17:140.
- Romi F. Thymoma in myasthenia gravis: from diagnosis to treatment. *Autoimmune Dis* 2011; 2011:474512.
- Gronseth GS, Barohn RJ. Practice parameter: thymectomy for autoimmune myasthenia gravis (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55:7.
- Skeie GO, Apostolski S, Evoli A, et al. Guidelines for treatment of autoimmune neuromuscular transmission disorders. *Eur J Neurol* 2010; 17:893.
- Jani-Acsadi A, Lisak RP. Myasthenia gravis. *Curr Treat Options Neurol* 2010; 12:231.
- Kumar V, Kaminski HJ. Treatment of myasthenia gravis. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2011; 11:89.

CARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA APICAL O SÍNDROME DE YAMAGUCHI

Autoras/es: María Carmen Moya Jiménez, MIR-3 MFyC, EPHPO. Ana Mar Perea Rodríguez, MIR-4 MFyC, EPHPO. Martina Fernández López, MIR-2 MFyC, EPHPO. Cristina Perea Rodríguez, FEA Urgencias EPHPO. Noelia Rivera Rodríguez. MIR-1 MFyC. EPHPO.

C.S. Roquetas Sur / C.S. Roquetas Norte / C.S. La Mojonera/ EPHPO
Unidad/Servicio: Atención Primaria

Introducción: Paciente varón de 62 años con antecedentes personales de HTA e hipercolesterolemia en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida y simvastatina, que consulta en el servicio de urgencias por: episodio de instauración brusca de dolor torácico de características inespecíficas con ECG patológico (T negativas profundas en precordiales). No historia de síncope ni de disnea. No proceso infeccioso reciente.

Exploración física: TA140/70. FC 75 lpm. Afebril. Buen estado general. Eupneico y normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. No ingurgitación yugular a 45°. Consciente y orientado. ACR: tonos rítmicos, sin soplos con mvc sin ruidos patológicos.

ECG: RS a 68 lpm, eje a 0°, signos de hipertrofia ventricular izquierda, ondas T negativas en derivaciones V2- V6, y presencia de QS en DIII y aVF. Hemograma, Bioquímica y Coagulación sin alteraciones. Seriación enzimática (Troponina I): Negativa. Ecocardiografía: HVI moderada-severa con ligera insuficiencia valvular aórtica y mitral, sin alteraciones del pericardio. Ergometría: positiva clínicamente, sin cambios eléctricos. Por lo que se decide ingreso en telemetría y Cateterismo cardiaco programado.

Cateterismo cardiaco: Ventriculografía con VI hiperdinámico y morfología en “as de picas” que sugiere HVI severa. Dominancia derecha. Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Trayecto intramiocárdico de DA con mínima compresión sistólica.

Descartándose lesión en coronarias, se procede al alta con el siguiente diagnóstico diferencial: Cardiopatía hipertrófica asimétrica (apical) Vs Cardiopatía concéntrica (por HTA). Se solicita cardioresonancia magnética con el siguiente resultado: VI ligeramente dilatado con hipertrofia severa de segmentos apicales (grosor diastólico 25-26 mm) y leve-moderada de septo anterior, con FE conservada (66%); VD ligeramente dilatado con función sistólica normal (FE 75%). IM ligera, IAo ligera. Dilatación ligera de Ao descendente. Realce tardío tenue difuso apical.

Conclusiones: La cardiopatía hipertrófica apical (CHA) está caracterizada por hipertrofia de miocardio de predominio en ápex de ventrículo izquierdo. Variante rara de la miocardiopatía hipertrófica. Se describió por primera vez en Japón, constituyendo del 13-25% de las miocardiopatías hipertróficas en dicho país, siendo mucho menos frecuente en pacientes no japoneses. Es una patología con buen pronóstico, aunque a largo plazo y de manera ocasional se han dado casos de muerte súbita, arritmias severas e infartos apicales con aneurismas asociados. En la ventriculografía izquierda muestra la imagen típica del “as de picas” propia de esta miocardiopatía. La ecocardiografía había sido el primer método de imagen en pacientes con sospecha de cardiopatía hipertrófica, pero sus limitaciones en la evaluación del ápex ya han sido bastante estudiadas. El segmento apical no es bien valorado o incluso puede ser confundido con acortamiento apical en imagen bidimensional.

Por esto, la resonancia magnética cardiovascular ocupa un puesto significativo como método alternativo no invasivo si bien los datos de ecocardiografía no son concluyentes y existe alta sospecha electrocardiográfica, o cuando por cateterismo se intuye dicha patología y se confirma con resonancia.

El paciente recibió tratamiento con cardiodesfibrilador automático endocárdico bicameral profiláctico, encontrándose hasta el momento asintomático y con controles por Cardiología.

La clínica es muy parecida a la miocardiopatía hipertrófica septal asimétrica, siendo en su mayoría hombres y característicamente en el electrocardiograma muestran ondas T negativas profundas en derivaciones precordiales, asociándose a signos de HVI. En este caso podemos demostrar la importancia de la cardioresonancia magnética donde se detalla muy bien las anomalías morfológicas y funcionales. Se considera actualmente el método no invasivo estándar de referencia para los parámetros funcionales (volumen telediastólico, telesistólico, masa ventricular y fracción de eyección del ventrículo izquierdo). A diferencia de la ecocardiografía valora todo el ventrículo izquierdo, siendo especialmente importante en la valoración del ápex y la pared posterolateral, que frecuentemente no son adecuadamente valorados por la ecocardiografía por la deficiente ventana acústica en muchos casos. La técnica de reforzamiento tardío nos sirve para distinguir entre miocardio funcional (sano) y miocardio no sano (con fibrosis, necrosis o cicatriz miocárdica).

“DROP-ATTACKS. ¿CUADRO SINDROMICO o PATOLOGIA FUNCIONAL?”

Autoras/es: Carmen Padilla Del Campo, MFyC Centro de Salud Berja (Almería); Elisabet Fernández Martín, MFyC Centro de Salud Berja (Almería); Diego Ámez Rafael Médico Residente de 1º MFyC. C.S. La Gangosa (Vícar). José Antonio Andrade Juárez MFyC de Centro de Salud La Gangosa (Vícar).

Mujer raza blanca, de 19 años que acude a consulta de médico de familia, debido a debilidad episódica de MMII, sin causa que lo explique de inicio gradual y con 2 episodios en total hasta ahora. Refiere dolores óseos generalizados. **Sin antecedentes de interés.** Ni alérgica a medicamentos. Se realizó **exploración completa:** Normal, aunque se apreció una ligera dismetría de caderas y posible escoliosis por lo que se derivó a Rehabilitación.

Derivada a Rehabilitación, debido a escoliosis dorsal o cifosis de Scheuermann leve. No mejora con tratamientos propuestos y se deriva a la Unidad del Dolor, quienes la diagnostican de fibromialgia. Pautan tratamiento que no mejora a la paciente.

Derivada a Reumatología quien da el alta, pues no encuentra hallazgo alguno de la causa de su debilidad episódica de MMII. Lo diagnostican como patología funcional. Y Reumatología deriva a la paciente a Psiquiatría: quienes pautan tratamiento y lo denominan sospecha de funcionalidad o patología funcional. Tras esto...

Derivada a Cardiología, donde tras otras pruebas determinan normalidad en todo. Tras esto...

Derivada a Neurología: quienes tras exámenes y pruebas electromiográficas la diagnostican de síndrome Drop-attacks.

Diagnóstico clínico: Drop-attacks vs patología funcional.

Definición de Drop-attacks : “Cuadro de caídas repentinas por inestabilidad de MMII, sin pérdida de conocimiento ni previo aviso”.

Diagnóstico diferencial:

Síncope (con pérdida de conocimiento):

- Cardiovascular.
- No cardiovascular:
 - a) Neurogénico:
 - Síndrome convulsivo: crisis atónicas, epilepsia del lóbulo temporal, “Petit mal”.
 - Vértigo central o periférico.
 - Vascular: TIA del territorio vertebrobasilar (“**drop attacks**”).
 - Migraña basilar o común.
 - Neuralgia del glossofaríngeo, del trigémino.
 - b) Psicógeno: reacción situacional (**patología funcional**), reacción conversiva, síndrome de Munchausen, etc.

Tratamiento: Anticonvulsivantes, Pregabalina 75mg 1c/12h , Haloperidol 10 gotas/24h.
No existe tratamiento preventivo del drop-attacks.

Conclusiones: En general la caída sin explicación física es debida a una hipoperfusión cerebral espontánea, transitoria y reversible. Definir la causa subyacente y el riesgo de evolución adversa es un desafío.

Sin embargo, como el síncope y los cuadros de caídas sin pérdida de conocimiento tienen tendencia a ser recurrentes, pueden causar traumatismos importantes, compromete la calidad de vida e implica limitaciones laborales, es una situación siempre preocupante y el paciente debe ser valorado cuidadosamente.

El objetivo en cada caso debería ser definir la causa con suficiente certeza para poder brindar a los pacientes y su familiar un pronóstico confiable, establecer el riesgo de recurrencias y brindar opciones terapéuticas.

En nuestra paciente tenemos aun dos opciones diagnósticas de las cuales es muy difícil saber diferenciar cual es la correcta, es probable que tengamos que esperar a ver evolución.

UN CASO DE DOLOR TORÁCICO DE PRESENTACIÓN INUSUAL

Autoras/es: Gabriela Ramírez Arriola R3 MF y C; Naima Hamido Mohamed R3 MFyC; Magdalena Berenguer Callejón R2 MFyC; Gisella Jacqueline Stoisa R2 MFyC; Antonio Álvarez Mendoza urgencias Hosp. Torrecárdenas.
Hospital Torrecárdenas y Poniente

Introducción: El dolor torácico agudo es una de las causas más habituales de consulta en los servicios de urgencias, representando un verdadero desafío diagnóstico para el médico. Este incluye una amplia gama de diagnósticos diferenciales que abarca tanto patología potencialmente grave y así como procesos banales. Tanto la anamnesis, la clínica y las pruebas complementarias son de fundamental ayuda para el diagnóstico.

Caso Clínico: Paciente varón de 16 años que no presenta antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Consulta a urgencias por persistencia de dolor torácico de aproximadamente 14 días de evolución en tratamiento con ibuprofeno sin mejoría luego de diagnóstico inicial de pericarditis aguda según examen físico y pruebas complementarias de analítica con troponinas normales y CPK 632, ECG con ritmo sinusal, ligero descenso del P-R en la mayoría de derivaciones y ligero ascenso de concavidad superior en precordiales y radiografía de tórax normal. En 2º consulta se efectúa nuevamente examen físico sin particularidades ; ECG, analítica y radiografía de tórax siendo normales. Mientras el paciente aguarda la realización de ecocardiograma nota exacerbación del dolor; al realizar ecocardiograma se aprecia ausencia de ventana paraesternal y apical, ausencia de derrame pericárdico y VI normal. Se le explora nuevamente encontrándose ausencia de murmullo vesicular e hipersonoro en hemitórax izquierdo. Se solicita nuevamente radiografía de tórax en espiración forzada visualizándose en esta ocasión un neumotórax total de pulmón izquierdo con desviación mediastínica. El paciente se encuentra estable clínicamente manteniendo buena saturación de oxígeno. Se valora por cirugía quienes realizan drenaje torácico de Argyle y conexión a sistema de pleura-evac. Se realiza TAC torácico que fue normal y no evidenció bleps ni bullas pleurales y buena expansión pulmonar. El paciente evoluciona favorablemente , sin presentar complicaciones , procediéndose a la retirada del drenaje pleural y alta a los 6 días de intervención para control ambulatorio.

Diagnóstico: Neumotórax espontáneo primario.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de dolor torácico (pericarditis, cardiopatía isquémica, derrame pleural, neumonía, TEP, etc.)

El neumotórax espontáneo primario es aquel que se sucede sin causa precipitante específica en una persona que no presenta enfermedad pulmonar de base. Está asociado al tabaquismo y tipo leptosómico. Su incidencia es variable, siendo más frecuente en hombres jóvenes. Las recidivas se producen aproximadamente en el 30% el primer año. Entre su etiología están las bullas y los bleps. El diagnóstico se realiza mediante los síntomas : dolor pleurítico, disnea y/o tos irritativa, más la clínica y la radiografía simple de tórax o en espiración forzada. El tratamiento puede ser seguimiento clínico o drenaje quirúrgico según el grado.

Se presenta este caso dado la atípica presentación siendo de difícil diagnóstico . Creemos que el paciente presento un neumotórax desde el inicio con clínica solapada por lo que se confundió con pericarditis aguda, siendo evidente al progresar la clínica.



Bibliografía:

- Rivas de Andrés, JJ.; Jiménez López, MF. Normativa SEPAR: Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del neumotórax. Arch Bronconeumol 2008; 44: 437-47.
- Jiménez Murillo, L; Montero Pérez, FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. ED. Elsevier 4º ed. 2011.

UN CASO DE COMPLICACIÓN DE UNA ENDOSCOPIA

Autoras/es: Gabriela Ramírez Arriola R3 MF y C; Naima Hamido Mohamed R3 MFyC; Magdalena Berenguer Callejón R2 MFyC; Gisella Jacqueline Stoisa R2 MFyC; Emilio Román González, tutor urgencias Hospital Torrecárdenas.

Hospital Torrecárdenas y Poniente

Introducción: La endoscopia digestiva baja es una prueba diagnóstica y/o terapéutica cada vez más indicada en todo el mundo. La incidencia de complicaciones es baja pero aún sucede ocasionalmente en pacientes con factores de riesgo y según la técnica, dificultad del procedimiento por diversidad anatómica y uso de procedimientos como la biopsia o polipectomía. Siempre debemos sospechar la presencia alguna de estas complicaciones en un paciente que fue sometido a dicho procedimiento y presenta posteriormente dolor abdominal, fiebre o evidencias de sangrado digestivo.

Caso Clínico: Paciente de 65 años con antecedentes de hipotiroidismo postquirúrgico y pólipo colónico. Realización de estudio endoscópico el día previo con realización de polipectomía de pólipo sénil, aplanado de unos 10 mm no pudiendo colocarse clips de hemostasia por problemas técnicos quedando escara estable. Al día siguiente la paciente consulta a servicio de urgencias hospitalarias por dolor abdominal no encontrándose al examen físico ni en analítica ni radiografía de tórax y abdomen anormalidades; evoluciona con mejoría sintomática con medicación analgésica y antiespasmódica instaurada sin evidencia de sangrado activo, dándose alta. La paciente vuelve nuevamente a consultar a urgencias a las pocas horas por recurrencia del dolor. En esta ocasión tampoco se aprecia defensa ni peritonismo al examen físico. En analítica se observa leucocitosis de 20.700 con neutrofilia y PCR de 33. En sedimento urinario hematuria leve y leucocituria moderada. Radiografía de tórax y abdomen sin evidencias de neumoperitoneo. La paciente persiste afebril y hemodinámicamente estable pero continua con dolor abdominal difuso a pesar de analgesia, por lo que se solicita TAC abdominal con contraste iv. que informa extenso neumoperitoneo con líquido libre y rarefacción de la grasa a nivel perirrectal sugerentes de perforación de víscera hueca en probable relación con intervención previa. Ante el cuadro es valorada por cirugía que realiza laparotomía exploradora urgente requiriendo colostomía (intervención de Hartmann). La paciente evoluciona favorablemente dándose alta a los diez días de intervención para control ambulatorio. Los resultados de anatomíapatólogica son compatibles con perforación sigmoidea, cambios isquémico-necróticos con abscesificación mural en vecindad. Peritonitis.

Diagnóstico: perforación colónica postpolipectomía endoscópica.

Diagnóstico diferencial: otras causas de dolor abdominal y otras complicaciones 2º a realización de endoscopia (hemorragia).

Comentario: La endoscopia digestiva baja es un procedimiento con baja incidencia de complicaciones 0.2 a 0.3% según la bibliografía pero no exenta de ellos. La más frecuente de ellas es la hemorragia, siendo la perforación menos frecuente pero más grave. El riesgo de perforación es mayor según procedimiento y tipo de pólipo extraído. Los pólipos séviles tienen más riesgo de perforación. También hay factores de riesgo inherentes al paciente como la edad avanzada, comorbilidades y presencia de diverticulosis colónica. Está descrito un síndrome postpolipectomía a las pocas horas de su realización que suele tener un curso benigno y autolimitado no requiriéndose cirugía.

Se presenta el caso ante la inusual evolución requiriendo realización de colostomía

Bibliografía

- Alonso Sandra; Dimitri Dorcatto. Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados del tratamiento en un hospital universitario. Cir Esp 2010; 88 (1): 42-45.
- Eduardo García, Francisco López-Kostner. Diagnóstico y tratamiento de la perforación de colon durante la colonoscopia. Rev Méd Chile 2008; 136: 310-316.
- García Martínez , M.T.; Ruano Poblador, A. Perforación tras colonoscopia: experiencia en 16 años. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) vol. 99. nº 10: 588-592, 2007.

DISTONÍA GENERALIZADA PRIMARIA DE INICIO EN EL ADULTO SENSIBLE A LEVODOPA

Autoras/es: Aurora Santamaría Godoy¹, Jose Rubí Callejón², Violeta Rodríguez Rodríguez¹, Claudio Tusa¹,

¹Servicio de Urgencias del Hospital de Poniente (El Ejido, Almería),

²Servicio de neurología del Hospital de Poniente (El Ejido, Almería)

Introducción

La distonía generalizada primaria es una enfermedad progresiva que en la mayoría de los casos es hereditaria y con predominio en mujeres. La distonía sensible a dopamina, también conocida como la enfermedad de Segawa, se manifiesta en la mayoría de los casos como una distonía generalizada con inicio en la niñez. El sello distintivo de esta distonía es una respuesta clínicamente significativa, sostenida a la levodopa. La mutación más frecuente es autosómica dominante: DYT5 causada por una mutación en el trifosfato de guanosina (GTP) ciclohidrolasa 1 gen (GCH1). La proteína de GTP ciclohidrolasa 1 codificada por este gen está implicado en la biosíntesis de tetrahidrobiopterina, que es un cofactor para tirosina hidroxilasa, la enzima limitante de la velocidad en la síntesis de dopamina.

Caso Clínico: Mujer de 34 años con antecedentes de escoliosis dorsolumbar intervenida en 2008 con fijación de columna dorsal total. Acude a consulta por trastorno de la marcha de un año de evolución, claudicación de la extremidad inferior derecha, caídas frecuentes y empeoramiento al final del día, con reagudización de la sintomatología en los últimos 3 meses. Se objetiva en consulta distonía en ambos miembros inferiores, en tronco y cervical.

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios: analítica general: hemograma, anticuerpos antinucleares, hormonas tiroideas, cobre, ceruloplasmina, alfa fetoproteína, gasometría capilar con lactato sin alteraciones; neuroimagen: RM medular y cerebral sin alteraciones; exploración oftalmológica, normal; estudios electrofisiológicos y metabólicos sin alteraciones.

Estudio molecular DYT 1 negativo. Estudio genético DYT5 positivo. Secuenciación del gen GCH1. Se identifica la presencia de heterocigosis en la posición c.2 que da lugar a un cambio aminoacídico p.Met1Thr (M1T) registrada en la base de datos Human Gene Mutation Database (HGMD) con el número de acceso CM102987.

Estrategia de Actuación

Se inicia tratamiento con levodopa asociada a carbidopa con mejoría importante en la marcha. Actualmente con 200mg/ día con persistencia de la mejoría en revisiones posteriores, aunque persiste una muy leve distonía cervical con laterocollis derecho y tortícolis izquierda. El tratamiento con Levodopa y carbidopa a dosis bajas se debe instaurar lentamente para evitar efectos secundarios, obteniéndose beneficios motores inmediatos o a los pocos días.

Discusión: Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Wilson, las distonías de torsión, la enfermedad de Parkinson juvenil, la paraplejia hereditaria espástica, la enfermedad de Hallevorden-Spatz, enfermedades, adquiridas, distonías psicógenas, y otras deficiencias del metabolismo de los neurotransmisores.

Lo fundamental de realizar un diagnóstico precoz se debe tanto a la importante mejoría de la calidad de vida del paciente con el tratamiento, como a la posibilidad de realizar un consejo genético familiar.

Bibliografía

- Tadic V, Kasten M, Brüggemann N, et al. Dopa-Responsive Dystonia Revisited: Diagnostic Delay, Residual Signs, and Nonmotor Signs. Arch Neurol 2012; :1.
- Jankovic. (2007). Trastornos distónicos. En: Jankovic, Tolosa (Ed), Enfermedad de Parkinson y trastornos del movimiento. 5ª edición (pp 321-347).
- Jan MM. Misdiagnoses in children with dopa-responsive dystonia. Pediatr Neurol 2004; 31:298.
- Nygaard TG, Marsden CD, Duvoisin RC. Dopa-responsive dystonia. Adv Neurol 1988; 50:377.
- Ichinose H, Ohye T, Takahashi E, et al. Hereditary progressive dystonia with marked diurnal fluctuation caused by mutations in the GTP cyclohydrolase I gene. Nat Genet 1994; 8:236.
- Knappskog PM, Flatmark T, Mallet J, et al. Recessively inherited L-DOPA-responsive dystonia caused by a point mutation (Q381K) in the tyrosine hydroxylase gene. Hum Mol Genet 1995; 4:1209.
- Verbeek MM, Steenbergen-Spanjers GC, Willemsen MA, et al. Mutations in the cyclic adenosine monophosphate response element of the tyrosine hydroxylase gene. Ann Neurol 2007; 62:422.
- Steinberger D, Blau N, Goriunov D, et al. Heterozygous mutation in 5'-untranslated region of sepiapterin reductase gene (SPR) in a patient with dopa-responsive dystonia. Neurogenetics 2004; 5:187.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE DE 41 AÑOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR.

Autoras/es: Aurora Santamaría Godoy¹, Violeta Rodríguez Rodríguez, Claudio Tusa.
Servicio de Urgencias del Hospital de Poniente de Almería (El Ejido, Almería)

Introducción: La tuberculosis es una de las infecciones crónicas con más alta morbimortalidad del mundo. Existe evidencia entre la asociación de la tuberculosis pulmonar y la enfermedad tromboembólica. La enfermedad tromboembólica venosa (a partir de ahora ETV) es un importante problema de salud que parece estar en aumento en relación a otras patologías e incidentes sanitarios a pesar de la aplicación de estrategias de prevención. La trombosis venosa profunda (TVP) forma parte de esta enfermedad, pudiendo ser a veces su presentación atípica, lo que dificultaría su identificación.

Caso Clínico: Varón de 41 años, negro, de procedencia subsahariana que acude a consulta de urgencias por edema y dolor en ambos miembros inferiores: generalizado con empastamiento en ambas piernas, Pulsos distales simétricos conservados, Signo de fóvea positivo, maniobra de Homans positiva, signo de Mahlev positivo. Antecedentes: VIH en tratamiento desde 2007 en estadio c-3 al diagnóstico. Diagnóstico de TBC diseminada en agosto 2012. TVP femoral izquierda por fenómeno compresivo. Diabetes mellitus tipo II. Con tratamiento tuberculostático, antiretroviral, con insulina, antidiabéticos orales y fraxiparina. Refiere abandono del tratamiento con insulina y fraxiparina desde hace 3 días y acude tras un viaje de seis horas en autobús. Analítica: Dímero D 4230, PCR 15,05. ECO-DOPLER : TVP en territorio femoropoplíteo de ambos miembros inferiores. ECO abdominal: Compresión venosa ilíaca por adenopatías retroperitoneales. TAC toraco abdominal: Tuberculosis diseminada con patrón parenquimatoso miliar, múltiples linfadenopatías necróticas. TVP a nivel de vena ilíaca izquierda.

Estrategia de Actuación: Se ingresa al paciente para tratamiento con Heparina de bajo peso molecular y estabilización. Se le pauta tratamiento domiciliario con fraxiparina por su tratamiento concomitante con tuberculostáticos.

Conclusiones: La trombosis venosa pulmonar puede confirmarse en 3% a 4% de los adultos con tuberculosis, pero la incidencia real puede ser cercana al 10%, ya que puede pasar inadvertida. La tuberculosis pulmonar, similar a otros procesos infecciosos, puede causar trombosis por varios mecanismos: invasión local; compresión venosa por crecimiento ganglionar (como es este caso); estado transitorio de hipercoagulabilidad atribuida a disminución de antitrombina III, proteína C, niveles de fibrinógeno en plasma elevados e incremento de la agregación plaquetaria; estado inflamatorio sistémico que causa daño celular endotelial, y producción local y secreción de citosinas proinflamatorias, que inducen respuestas de fase aguda hepáticas que alteran los niveles de las proteínas de coagulación como el fibrinógeno y el factor VIII.

Bibliografía

- Gonçalves I, Costa D. Tuberculosis and venous thromboembolism: a case series. Cases Journal 2009; 2: 9333.
- Robson S, White N. Acute phase response and the hypercoagulable state in pulmonary tuberculosis. Br J Haematol. 1996; 93: 943-949.
- Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río C, Gutiérrez Tous R, Marín León I, et al. Guía PRETEMED-2007 sobre prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: SADEMI; 2007.
- Muñoz F J. Protocolos de enfermedad tromboembólica venosa. Madrid: SEMI; 2004.
- Turken O, Kunter E. Hemostatic changes in active pulmonary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6 (10): 927-32.

CRISIS CONVULSIVAS : SINDROME DE WEST

Autoras/es: Naima Hamido Mohamed MIR3 MFyC; Gabriela Ramírez Arriola MIR3 MFyC; Magdalena Berenguel Callejón MIR2 MFyC; Sana Maadi Ahmed MIR1 MFyC; Don Antonio Vicente Pintor FEA Pediatría, Tutor Hospitalario de Pediatría; Doña Raquel Angulo González de Lara FEA Pediatría; Doña Encarnación Valverde Ruiz FEA Urgencias, Tutora Hospitalaria MF y C; Don Francisco Garzón López FEA MFyC Tutor CS La Mojonera distrito Poniente.

Introducción: El Síndrome de West (SW): enfermedad neurológica rara que pertenece al grupo de las llamadas «encefalopatías epilépticas catastróficas». Recibe su nombre por **William James West**, médico inglés que la descubrió en su propio hijo en 1841. Afecta 1 de cada 4000-6000 niños. Existen tres formas: **criptogénicas**, sin una causa aparente y formas **sintomáticas**, provocadas por **múltiples causas**, destacando la **esclerosis tuberosa y la encefalopatía hipóxico isquémica perinatal**. Las crisis se inician entre los 3 y 7 meses de vida, con un pico de incidencia a los 5 meses, generalmente siempre por debajo del año de edad.

Caso Clínico: Lactante mujer de 5 meses de edad que ingresa por cuadro de una semana de evolución caracterizado por espasmos de extremidades superiores que se acompaña de mirada fija, revulsión ocular que dura menos de 5 minutos. Los padres no saben decir si se acompañan de sueño posteriormente, dicen que la niña tiene crisis en número de 3 a 5 diarias. No se acompaña de fiebre, no estaba tomando medicación en el momento que comenzaron las crisis. Antecedentes personales: madre embarazo controlado, sin incidencias, ecografías prenatales normales, parto a término finaliza mediante cesárea anterior. Periodo neonatal ingreso por Ictericia, lactancia materna, alimentación completa introducida sin incidencias, vacunas correctas. No alergias medicamento, no enfermedades previas salvo la ictericia neonatal. La madre refiere cierto retraso psicomotor, según refiere presenta sostén cefálico inestable, no ríe a carcajada ni manipula bien. Exploración Física: BEG, piel bien hidratada y profunda, no exantemas ni petequias. No se observan manchas en piel. No adenopatías. AC: tonos rítmicos, no soplos, A P: ventilación bilateral y simétrica sin ruidos sobreañadidos, Abdomen: blando, sin masas ni visceromegalias. ORL: normal, SN: no signos de irritación meníngea. Exploraciones Complementarias: Hemograma, bioquímica, coagulación normales.

Rx tórax normal, **EEG:** de vigilia patrón hipsarrítmico, definido por una mezcla anárquica de ondas lentas entre 1-7 Hz de gran amplitud (más de 200mcv), ondas de perfil escarpado y de puntas. Durante el sueño no REM, la hipsarrítmia puede fraccionarse. Durante espasmo se suele observar disminución del voltaje o desincronización. Se amplió estudio con ECO TRANSFONTANELAR, Metabólicos, exámenes Inmunológicos, etc. El diagnóstico se realizó por **la triada clásica: espasmos infantiles+deterioro psicomotor+EEG hipsarrítmico**. Paciente mejoró con tratamiento con Vigabatrina de 80mg/kg/día llegando a desaparecer los espasmos.

Diagnóstico: Síndrome de West

Tratamiento: La A.C.T.H. (hidrocortisona) IM, sobre los espasmos, que es posteriormente la terapéutica más usada. Hoy día V.G.B (vigabatrina) V. O se considera de elección en el tratamiento de SD. West. Y en casos refractarios VPA (valproato), BDZs (benzodiazepinas).

Presentamos este caso por ser una enfermedad neurológica rara del lactante que puede confundirse a su inicio con anomalías funcionales, como cólicos abdominales, sobresaltos, mioclonias benignas del lactante, que se caracterizan con crisis muy parecidas, pero los pacientes no presentan deterioro y EEG normal en vigilia y sueño, cefaopatía mioclónica precoz que se inicia antes de los 3 meses con espasmos tónicos EEG tipo burst supresión. Por eso debemos establecer el diagnóstico precoz e instauración temprana del tratamiento mejoran el pronóstico.

VII Jornadas de Investigación Poniente Investiga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
Distrito Sanitario Poniente de Almería

12 de Diciembre de 2012
SALÓN DE ACTOS
HOSPITAL DE PONIENTE

POSTERS

ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Insuficiencia respiratoria aguda postparto. Probable lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (L.P.A.R.T.)

G Cano, C Rodríguez, T Muñoz, P G Caparrós
[59 Reunión Anual de la AAEAR 21 al 23 de noviembre Badajoz](#)

Anestesia locorregional en paciente con Miastenia Gravis generalizada para la realización de Sigmoidectomía y Colostomía Terminal urgente

G Cano, C Rodríguez, P Sacristán
[59 Reunión Anual de la AAEAR 21 al 23 de noviembre Badajoz](#)

Cuidados a pacientes con DSR/SRDC

Rosalía Peral Rodríguez, M^a Luisa Peral Rodríguez, Adela María Berenguel Villegas
[XXVI Congreso Nacional ASEEDAR-TD 24 al 25 Octubre. Teruel](#)

Implantación de Plan de Mejora: Epidurolisis

Adela Maria Berenguel Villegas, Rosalía Peral Rodriguez, Lorena Albert Candel
[XXVI Congreso Nacional ASEEDAR-TD 24 al 25 Octubre. Teruel](#)

BIOTECNOLOGIA

Etiología de las infecciones del sistema nervioso en el área de Hospital de Poniente de enero 2001 a marzo 2012

Danilo Sosa Moncayo, Javier Martínez Fernández, Teresa Cabezas Fernández, Humberto Pérez Martos, Isabel Cabeza Barrera, Fernando Cobos Martínez, Cristóbal Avivar Oyonarte.
[XX SANAC. Sevilla 7 al 9 marzo](#)

Enfermedad Celíaca: Diagnóstico y asociación con otras enfermedades autoinmunes. A propósito de un caso

Martínez Fernández JG, Jáimez Gámiz L, Benayas Bellido MP, Sosa Moncayo D, Porrino Herrera C, Gámez Gómez I, Cobo Martínez F, Avivar Oyonarte C.
[XX SANAC. Sevilla 7 al 9 marzo](#)

Estudio de transferibilidad de resultados entre dos analizadores HPLC

Martínez Fernández JG, Benayas Bellido MP, Sosa Moncayo D, Porrino Herrera C, Gámez Gómez I, Giménez Gila AM, González Raya A, Avivar Oyonarte C.
[XX SANAC. Sevilla 7 al 9 marzo](#)

Determinación de Calprotectina por métodos semi-cuantitativo y cuantitativo

M.P. Benayas Bellido, D.S. Sosa Moncayo, J.G. Martínez Fernández, C. Porrino Herrera, I. Gámez Gómez, A.M. Jiménez Gila, C. Avivar Oyonarte
[XX SANAC. Sevilla 7 al 9 marzo](#)

Diagnóstico de Alfa-Talasemia: un caso de Hemoglobina H Atípico

M.A. Molina Arrebola, A. Sánchez Crespo, J.A. García Bautista, R. Pérez Moyano, M.J. Giménez López, C. Avivar Oyonarte
[XXXIII Reunión Anual de la AAHH-Almería 10 y 11 de Mayo](#)

Detección práctica de Hemoglobinopatías: Descripción de nuestra experiencia de 15 años en población inmigrante y autóctona

M.A. Molina Arrebola, M.J. Giménez López, A. Sánchez Crespo, R. Pérez Moyano, J.A. García Bautista, C. Avivar Oyonarte

[XXXIII Reunión Anual de la AAHH-Almería 10 y 11 de Mayo](#)

Interacción farmacológica entre Anticoagulantes Orales Cumarínicos y Levofloxacino

R. Pérez Moyano, M.A. Molina Arrebola, A. Sánchez Crespo, M.J. Giménez López, J.A. García Bautista, C. Avivar Oyonarte.

[XXXIII Reunión Anual de la AAHH-Almería 10 y 11 de Mayo](#)

Nueva pauta de tratamiento de primera línea en Paludismo

A. Sánchez Crespo, M.A. Molina Arrebola, M.J. Giménez López, R. Pérez Moyano, J. Salas Coronas, C. Avivar Oyonarte

[XXXIII Reunión Anual de la AAHH-Almería 10 y 11 de Mayo](#)

Imported mixed malaria infection due P. Falciparum and P. Ovale

Sosa Moncayo, D; Martínez Fernández, J.; Molina Arrebola, M. A; Giménez Lopez, M. J.; Cabezas Fernández, T.; Avivar Oyonarte, C.

[EUROMEDLAB. Milano, 19-23 May](#)

CIRUGÍA

Celulitis Necrotizante: grave complicación por la administración de la Insulinac.

Moreno Cortés, R. Carretero Sánchez, M.L. Cano Martínez, R. Peña Gallardo, M.C. Belmonte Martínez

HAR de Guadix y HAR de Loja

[III Congreso de la Sociedad Española de Heridas SEHER 2013. Toledo 21 al 23 noviembre](#)

El control de la herida quirúrgica en zonas de especial aislamiento

R. Carretero Sánchez, C. Moreno Cortés M.L. Cano Martínez, M.C. Belmonte Martínez, R. Peña Gallardo

HAR de Guadix y HAR. de Loja

[III Congreso de la Sociedad Española de Heridas SEHER 2013. Toledo 21 al 23 noviembre](#)

Recomendaciones actuales en el manejo de la infección de herida quirúrgica

Moreno Cortés, R. Carretero Sánchez, M.L. Cano Martínez, M.C. Belmonte Martínez, R. Peña Gallardo

HAR de Guadix y HAR de Loja

[III Congreso de la Sociedad Española de Heridas SEHER 2013. Toledo 21 al 23 noviembre](#)

¿Cómo perder el miedo en Atención Primaria a los hematomas o seromas de las heridas quirúrgicas?

C. Moreno Cortés, R. Carretero Sánchez, M.L. Cano Martínez, R. Peña Gallardo, M.C. Belmonte Martínez

HAR de Guadix y HAR de Loja

[III Congreso de la Sociedad Española de Heridas SEHER 2013. Toledo 21 al 23 noviembre](#)



DERMATOLOGÍA

Nevus de Hori Nevus de Otra bilateral adquirido

Francisco Benavente Ortiz, Carmen Martínez Peinado, María José Viciano Martínez-Lage, María Victoria Barrera Vigo, Clara Iglesias Hernández, José Luis Martínez-Amo Gámez, Alfonso Rodríguez Bujaldón, José Blasco Melguizo.

[41 Congreso Nacional de Dermatología y Venereología Valencia 5 al 8 de junio](#)

DIGESTIVO

Síndrome hereditario de hiperferritinemia y cataratas congénitas: un reto diagnóstico

Viñolo Ubiña C; Heredia Carrasco, C; Romo Rodríguez, G; Martínez Amate, E; Pérez González, A; Jordán Madrid, T; Gallardo Sánchez F; Molina Maldonado, C; Estévez Escobar, M; Miras Lucas, L; Gallego Rojo, F

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

Hemorragia digestiva baja recidivante secundaria a angioma difuso de recto

Gabriela Romo Rodríguez, Francisco Gallego Rojo, Eva Martínez Amate, Cristina Viñolo Ubiña, Teresa Jordán Madrid, Francisco Gallardo Sánchez

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

Déficit de vitamina B12 secundario a Gastritis Crónica Atrófica. Correlación endoscópica-anatomopatológica. Experiencia en un hospital comarcal

Romo Rodríguez, G; Viñolo Ubiña C; Martínez Amate, E; Pérez González, A; Jordán Madrid, T; Gallardo Sánchez F; Molina Maldonado, C; Estévez Escobar, M; Miras Lucas, L; Gallego Rojo, F.

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

Determinación de sobrecrecimiento bacteriano mediante test de hidrógeno espirado en pacientes con cirugía digestiva, en consulta externa de un hospital comarcal

Viñolo Ubiña C; Romo Rodríguez, G; Martínez Amate, E; Pérez González, A; Jordán Madrid, T; Gallardo Sánchez F; Molina Maldonado, C; Estévez Escobar, M; Miras Lucas, L; Gallego Rojo, F

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

Hiperplasia de las Glándulas de Brunner, una causa infrecuente de Obstrucción Intestinal

Gabriela Romo Rodríguez, Teresa Jordán Madrid, Eva Martínez Amate, Francisco Gallego Rojo

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

Pancreatitis Aguda Secundaria a Hidatidosis Hepática

Gabriela Romo Rodríguez, Eva Martínez Amate, Cristina Viñolo Ubiña, Teresa Jordán Madrid, Francisco Gallego Rojo

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

Diagnóstico y evolución inesperada en hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera duodenal gigante

Viñolo Ubiña C; Romo Rodríguez, G; Martínez Amate, E; Pérez González, A; Jordán Madrid, T; Gallardo Sánchez F; Molina Maldonado, C; Estévez Escobar, M; Miras Lucas, L; Gallego Rojo, F.

[SED, Murcia, 1-4 de Junio](#)

FISIOTERAPIA

Fisioterapia respiratoria en la Bronquiolitis

Encarnación Bermúdez Millán. Josefa M. Segura García. María Luisa Peral Rodríguez. Almudena E. Martínez Martín

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Tratamiento fisioterapéutico tras reconstrucción del Ligamento Cruzado Anterior

Esteban Clemente, J.M; Martínez Martín, A.E.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Protocolo para la Normalización del Diafragma

Peral Rodríguez, M^a Luisa; Martínez Martín, Almudena E.; Bermúdez Millán, Encarnación, Segura García, Josefa M.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Pacientes con Dolor Inespecífico de Cuello: Técnicas de Fisioterapia Sobre el Punto Gatillo Miofascial del Músculo Trapecio Superior

Martínez Martín, A.E; Bermúdez Millán, E, Segura Garcia, M.J; Peral Rodríguez, M.L

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Efectos generales de la Gimnasia Abdominal Hipopresiva

Josefa Maria Segura Garcia. Maria Luisa Peral Rodriguez. Almudena Martínez Martín. Encarnación Bermúdez Millán

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación del HAR Guadix: Una apuesta por el espacio compartido

Verónica Lucena Ávila, José Antonio Fernández García, Susana Molina Martínez HAR de Guadix

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Fisioterapia y Parto

Susana Molina Martínez, Verónica Lucena Ávila, José Antonio Fernández García HAR de Guadix

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Guía para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria: Reeduación del Suelo Pélvico

José Antonio Fernández García, Verónica Lucena Ávila, Susana Molina Martínez HAR de Guadix

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

GESTION

Asistente de RCP – CPR ASSISTANT: una APP para salvar vidas

Estévez-González Fernando¹, Díaz-Castellanos Miguel Ángel², Maroto-Enríquez Antonio³, Prados-Mantas Imanol A³.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Diseño de Software para Trazabilidad de prótesis e implantes quirúrgicos en pacientes

David Hidalgo Serrano, José María Rivero Merino, José Manuel Pérez Gordo, Francisco Gabriel Martín Martín, Jesús Bruno Balsalobre Salvador, Adela María Berenguel Villegas, Sebastián Molina García

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Parte al Juzgado de Guardia para la Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones

Natalia Puertas Góngora, Antonio Manuel Rodríguez Ledesma, Raúl López Martínez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Plataforma Logística APES: Ubicación y Zonificación

Miguel Del Jesús Fernández, María Dolores Martínez Ortuño, Yolanda Martínez Marcos, Luis Collado Baños, Mari Carmen Mateo Olmos, Belén Hernández García, Eloísa Rodríguez Cid, Antonia Salvador González, Francisco Gabriel Martín Martín

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Plataforma Logística APES: Inventario de Existencia

Yolanda Martínez Marcos, Luis Collado Baños, Miguel del Jesús Fernández, María del Carmen Mateo Olmos, Belén Hernández García, María Dolores Martínez Ortuño, Antonia Salvador González, Eloísa Rodríguez Cid, Francisco Gabriel Martín Martín.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Plataforma Logística APES: Recepción de Reactivos de Laboratorio

Mateo Olmos, M^a Carmen, Collado Baños, Luis, Hernández García, M^a Belén, Martínez Marcos, Yolanda, Martínez Ortuño, M^a Dolores, Del Jesús Fernández, Miguel, Salvador González, Antonia, Rodríguez Cid, Eloísa, Martín Martín, Francisco Gabriel.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Plataforma Logística APES: Aprovisionamiento Centros Periféricos

Hernández García M^a Belén, Martínez Ortuño M^a Dolores, Mateo Olmos M^a Carmen, Collado Baños Luis F., Del Jesús Fernández, Miguel, Martínez Marcos Yolanda, Rodríguez Vid Eloísa, Salvador González Antonia, Cuevas Guerra Manuel, Martín Martín Francisco Gabriel

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Cambios en la Anatomía de la Vagina y la uretra debidos al climaterio

Sofía Valladolid Benayas, Natalia Benayas Pérez, Rocío González Segura, Marta Díaz García, Laura Barba Recio y Verónica Nieto Rabaneda.

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Suelo Pélvico de Incontinencia en la mujer

Marta Díaz García, Natalia Benayas Pérez, Rocío González Segura, Sofía Valladolid Benayas, Laura Barba Recio, Verónica Nieto Rabaneda

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Alimentación y Menopausia

Laura Barba Recio, Natalia Benayas Pérez, Rocío González Segura, Marta Díaz García, Sofía Valladolid Benayas, Verónica Nieto Rabaneda

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Síntomas del Climaterio y su tratamiento

Natalia Benayas Pérez, Rocío González Segura, Mercedes Huertas Pérez, Marta Díaz García, Laura Barba Recio, Sofía Valladolid Benayas, Verónica Nieto Rabaneda

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Mujer Postmenopausica con disfunción sexual: Plan de actuación

Carrera Benítez S, Unamuno Romero B, Marín Sánchez MJ

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Opciones Terapéuticas en la Menopausia

Unamuno Romero B, Carrera Benítez S, Marín Sánchez MJ

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Anticoncepción en el Climaterio

Álvarez Sanz M, González Segura R, Benayas Pérez N, Valladolid Benayas S, Barba Recio L, Nieto Rabaneda V.

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Gimnasia Abdominal Hipopresiva en la Menopausia: Prevención y tratamiento de la Incontinencia urinaria y otras alteraciones del suelo pélvico

Marín Sánchez MJ, Unamuno Romero B, Carrera Benítez S

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Diagnostico Precoz de la Osteoporosis Postmenopausica

Benayas Pérez N, Huertas Pérez MM, González Segura R

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Genisteina: la Isoflavona con más efecto anticancerígeno de la menopausia

González Segura R, Huertas Pérez MM, Benayas Pérez N, Valladolid Benayas S, Barba Recio L, Nieto Rabaneda V

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Menopausia, ¿fin de la sexualidad?

Nieto Rabaneda V, González Segura R, Benayas Pérez N, Diaz Garcia M, Valladolid Benayas S, Barba Recio L

[Jornada Nacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. Universidad de Almería 5 julio](#)

Educación maternal en lactancia materna llevada a cabo por la matrona en prenatal

María Cruz Roque Martínez, Inmaculada Hernández Herrerías, Alba Moya Cobos

[X Congreso FEDALMA. Barcelona 13 y 14 de septiembre](#)

Chupete: problema añadido o causa directa de la disminución del tiempo de lactancia materna

María Cruz Roque Martínez, Alba Moya Cobos, Margarita Mendoza Ariza, Inmaculada Hernández Herrerías y Vanesa Lorca Bonachón

[X Congreso FEDALMA. Barcelona 13 y 14 de septiembre](#)



Influencias socio-culturales en el desarrollo de la lactancia materna

María Cruz Roque Martínez, Inmaculada Hernández Herrerías y Alba Moya Cobos.
[X Congreso FEDALMA. Barcelona 13 y 14 de septiembre](#)

Calidad Asistencial Hospitalaria: Cesárea Piel-Piel

Susana Carrera Benítez; Blanca Unamuno Romero; M^a José Marín Sánchez
[I Reunión Internacional de enfermería hospitalaria](#)

La Seguridad en Obstetricia. Indicadores de Calidad

Blanca Unamuno Romero; Susana Carrera Benítez; M^a José Marín Sánchez
[I Reunión Internacional de enfermería hospitalaria](#)

Seguridad clínica en el uso de fármacos durante la lactancia

María José Marín Sánchez, Blanca Unamuno Romero, Susana Carrera Benítez
[I Reunión Internacional de enfermería hospitalaria](#)

El trauma perineal en relación a la actividad sexual tras el parto

M^a Cruz Roque Martínez, Alba Moya Cobos, Inmaculada Hernández Herrerías
[3º Congreso Mundial de Sexología Médica](#)

Contacto Precoz en la Cesárea

Jinés González J, Moya Cobo A, Shahrour Romera B, Lorca Barchin V, Maeso Sánchez A.M,
Ortuño Pérez P.J
[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

HOSPITALIZACIÓN

Implicación de los profesionales del Hospital de Poniente en la Identificación Inequivoca de Usuarios

Francisco J. Reche González, M^a Mar Torres Navarro, Yolanda Morcillo Muñoz, Yolanda Capel Bonachera, Consuelo Artero López, Francisca Guil López
[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Atributos del Cuidado Humanizado de Enfermería

Barbero Lopez, Víctor Manuel
[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

MEDICINA TROPICAL

Falsa parasitación *Dicrocoelium Dendriticum* en población inmigrante

JA Cuenca-Gómez, J Pousibet-Puerto, J. Salas-Coronas, J. Vázquez-Villegas, MJ Soriano-Pérez, MT Cabezas-Fernández, MI Cabeza-Barrera, F. Cobo-Martínez
[VIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional](#)

Paludismo por *P. falciparum* en pacientes con largas estancias en zona no endémica

Pousibet-Puerto J, Cuenca-Gómez JA, Soriano- Pérez MJ, Vázquez- Villegas J, Molina-Arrebola MA, Cabezas-Fernández MT, Salas-Coronas J

[VIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional](#)

PEDIATRÍA

Mejoras en Humanización en la Agencia Sanitaria Poniente

Rubia Ortega, Susana María; Ramírez García, Eduardo; Barros Plaza, Inmaculada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Seguridad en la Identificación del Recién Nacido en el Hospital de Poniente

Barros Plaza, Inmaculada, Rubia Ortega, Susana María; Ramírez García, Eduardo

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Métodos Anticonceptivos y Lactancia Materna

Rubia Ortega, Susana María; Barros Plaza, Inmaculada; Ramírez García, Eduardo

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Padre/Madre/Recién Nacido y el contacto Piel con Piel

Rubia Ortega, Susana María; Barros Plaza, Inmaculada; Ramírez García, Eduardo

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Educación para la salud. Innovaciones en el baño e higiene del Recién Nacidos ;Papas y mamas, venid al baño!

Barros Plaza, Inmaculada; Manzano López, María Patrocinio; Rubia Ortega, Susana María

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Cuidados y consejos para la Lactancia Materna

Quero Baena, José; Cano Arias, Maria; Guillen Puertas, Cristina; Triviño Rodriguez, Monserrat; Garcia Acosta, Nieves

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Cuidados de enfermería durante el puerperio: Recomendaciones Al Alta

Quero Baena, José; Cano Arias, Maria; Guillen Puertas, Cristina; Zurera Pérez, Mónica; Triviño Rodriguez, Monserrat; Garcia Acosta, Nieves

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Establecimiento de la lactancia materna

Cano Arias, Maria; Quero Baena, José; Hernández Martin, Rosario; Zurera Pérez, Mónica.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL

Uso del Peróxido de Hidrógeno en vapor en el control de un brote nosocomial por Klebsiella Blee

Lucerna Méndez, MA; Maldonado Valverde, MC; Cabezas Fernández, T; Lozano Serrano, A; Fernández Martín, J; Cañabate Reche, F

[XVII Congreso Nacional-VI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Cartagena 5 al 7 de Junio](#)

TRABAJO SOCIAL

Control de embarazo en mujeres marroquíes

López Barranco, MD; Martínez Angulo, A; Mezoire, L; A; Sánchez Vázquez, AR; Montoya Muñoz, RA

[Centro de Investigación en migraciones. Huelva 19 y 20 octubre](#)

URGENCIAS

Recomendaciones sobre las funciones del Celador en Admisión de Urgencias

María Torres Alías, María Soledad Gómez Villegas

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

El Celador en la Unidad de Cuidados Intensivos

M^a Belén de La Piedra Vaquero, M^a del Mar Aznar Pérez, Rosa Escamilla Martínez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

El celador de Urgencias en el traslado de muestras biológicas

Manuel García Clemente, María Luisa Sánchez Suárez, José Joaquín García Martínez, M^a Soledad Gómez Villegas

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Uso de medicamentos

Reyes Leiva, Adelaida; Aguado Rodriguez, Ana Isabel; Oña Morales, Mónica

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Actuaciones de Enfermería en la Epilepsia Pediátrica

Ana Belén Alcaraz Ramírez, Eva M^a Martínez Molina, Amalia Garrido Hernández.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Aspectos relevantes en la técnica del Lavado Gástrico

Cañadas-García, M. V; Pérez-Agüero, J. M.; Fernández-Mensales, J. M.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Cateterismo Vesical Permanente

Miriam Guirado Ramos

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Vía central de Acceso Periférico

Vanessa Lopez Martin, Maria Pérez Plaza, Cristina Perea Rodriguez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Vía subcutánea en cuidados paliativos

María Pérez Plaza. Vanesa López Martín. Cristina Perea Rodríguez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

Mononeuropatía Isquémica del III Par Craneal A propósito de un caso Clínico

Hamido Mohamed, Naima; Ramírez Arriola, Gabriela; Berenguer Callejón, Magdalena; Maadi Ahmed, Sana, MIR MFyC; Valverde Ruiz, Encarnación FEA Urgencias, Tutora Hospitalaria del Hospital del Poniente. Garzón López, Francisco FEA MFyC CS La Mojonera distrito Poniente

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

¡Doctor, Duele Pene!! - Gangrena De Fournier A propósito de un caso clínico

Hamido Mohamed, Naima MIR3 MFyC; Ramírez Arriola, Gabriela MIR3 MFyC; Ramírez Fuentes Oscar FA Urgencias MFyC; Garcia Ramírez, Sergio Jesús FA Urgencias MFyC; Valverde Ruiz, Encarnación FEA Urgencias, Tutora Hospitalaria Hospital del Poniente. Francisco Garzón López FEA MFyC CS La Mojonera Distrito Poniente.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Crisis Convulsivas: Síndrome de West

Naima Hamido Mohamed MIR3 MFyC; Gabriela Ramírez Arriola MIR3 MFyC; Magdalena Berenguel Callejón MIR2 MFyC; Sana Maadi Ahmed MIR1 MFyC; Antonio Vicente Pintor FEA Pediatría y Tutor Hospitalario de Pediatría; Raquel Angulo González de Lara FEA Pediatría; Encarnación Valverde Ruiz FEA Urgencias, Tutora Hospitalaria MFy C; Francisco Garzón López FAE MFyC Tutor CS La Mojonera Distrito Poniente

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Sarcoma de Kaposi endémico: A propósito de un caso

Hamido Mohamed, Naima MIR3 MFyC; Ramírez Arriola, Gabriela MIR3 MFyC; Berenguel Callejón, Magdalena MIR2 MFyC; Maadi Ahmed.Sana MIR1 MFyC; Manuel Jesús Soriano Pérez FEA Medicina Interna; Encarnación Valverde Ruiz FEA Urgencias, Tutora Hospitalaria MFyC; Francisco Garzón López FEA MFyC Tutor CS La Mojonera distrito Poniente

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Absceso Parafaríngeo A propósito de un caso clínico

Ramírez Arriola, María Gabriela; Hamido Mohamed, Naima; Berenguel Callejón, Magdalena; Martín-Lagos Martínez, Juan; Maadí Ahmeh, Sana.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Un caso de dolor torácico de presentación inusual

Ramírez Arriola, María Gabriela; Hamido Mohamed, Naima; Stoisa, Gisella Jacqueline; Berenguel Callejón, Magdalena; Álvarez Mendoza, Antonio

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Un caso de complicación de una endoscopia

Ramírez Arriola, María Gabriela; Hamido Mohamed, Naima; Stoisa; Gisella Jacqueline; Berenguel Callejón, Magdalena; Román González, Emilio

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Granulomatosis de Wegener

Violeta Rodríguez Rodríguez, Alberto Caballero Vázquez, Claudio Tusa, Aurora Santamaría Godoy

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Distonia Generalizada Primaria Sensible a Levodopa

Aurora Santamaría Godoy, José Rubí Callejón, Violeta Rodríguez Rodríguez, Claudio Tusa

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Trombosis venosa profunda en ambos miembros inferiores en paciente de 41 años con tuberculosis pulmonar

Aurora Santamaría Godoy, Violeta Rodríguez Rodríguez, Claudio Tusa

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Cardiopatía hipertrófica apical o Síndrome de Yamaguchi

María Carmen Moya Jiménez, MIR-3 MFyC, Ana Mar Perea Rodríguez, MIR-4 MFyC. Martina Fernández López, MIR-2 MFyC, Cristina Perea Rodríguez, FEA Urgencias, Noelia Rivera Rodríguez. MIR-1 MFyC.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Simulación Versus Focalidad

Violeta Rodríguez-Rodríguez, Claudio Tusa, Aurora Santamaría-Godoy, Laura Carmona Calvo-Flores.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Debilidad muscular generalizada en paciente Hipertiroideo

Violeta Rodríguez Rodríguez, José Rubí Callejón, Aurora Santamaría Godoy, Claudio Tusa, Laura Carmona Calvo Flores

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Miastenia Gravis

Violeta Rodríguez Rodríguez, José Rubí Callejón, Claudio Tusa, Aurora Santamaría Godoy, Laura Carmona Calvo Flores

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

PTI: Trombocitopenia Inmune Primaria en el niño

Magdalena Berenguer Callejón MIR2 MFyC; Sana Maadi Ahmed MIR1 MFyC; Naima Hamido Mohamed MIR3 MFyC; Gabriela Ramírez Arriola MIR3 MfyC. Antonio Vicente Pintor FEA Pediatría.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Complicación del tratamiento de crisis HTA

Berenguer Callejón M, Maadi Ahmed S, Medina Recio F

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Resumen gráfico de los tipos de Inhaladores en la EPOC

Guerrero Barranco Beatriz, Fernández Sánchez Antonio, Caballero Vázquez Alberto

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Broncoaspiración De Cuerpo Extraño

Guerrero Barranco Beatriz, Amez Rafael Diego, Ortega Francisco, Caballero Vázquez Alberto, Cardozo Gustavo

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

DISTRITO SANITARIO PONIENTE DE ALMERIA

Prevalencia de obesidad en los colegios del Distrito Sanitario Poniente y repercusión de los hábitos de vida saludables

R. Moncada Díaz, A.M. García Hernández, A.R. González Ramírez

Distrito Sanitario Poniente de Almería, FIBAO

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Elaboración de un cuestionario de valoración de la Adherencia al tratamiento de los pacientes de Escuela de Espalda

Vinuesa Montoya, Sergio; García Fortes, Yolanda; Salinas Salinas, Guillermo J.

Distrito Sanitario Poniente de Almería

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

La Violencia de Género en la mujer con discapacidad física: una aproximación a través de los diagnósticos de enfermería.

M^a Luisa Molina Ibáñez.

Distrito Sanitario Poniente de Almería

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Solicitud de pruebas complementarias Hoja de Ruta

Juana Montoya Vergel, Jesús Castillo Carreño, Francisco Javier Pacheco Calvente, Celia Rivera Capilla, Maria Pilar Espejo Guerrero, Enrique Pérez Tornero.

Distrito Sanitario Poniente de Almería

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

DROP-ATTACKS. ¿Cuadro Sindromico o Patología Funcional?"

Carmen Padilla Del Campo, Elisabet Fernández Martín, Diego Ámez Rafael, José Antonio Andrade Juárez

Distrito Sanitario Poniente de Almería

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Úlcera Vascular Venosa con evolución tórpida tratada en Atención Primaria.

Porras Pastor, Jose M; Guzmán de Quero, Maravillas; Jiménez García, Juan Francisco; Ruiz Lupión, Belén; Sánchez Jorge, Manuel; Rivera Capilla, Celia.

[IV Jornadas Andaluzas Multidisciplinares de Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas](#)

Grupos de Autoayuda de personas con Diabetes para mejorar su control metabólico.

Estévez Ferrón, Valentina; Segado Manzuco, M^a Dolores; Cortijo Estévez, Gemma; Porras Pastor, Jose M^a; Fernández Medina, Elena; Doménech Lahoz, Celia.

[XXVI Congreso Nacional de Sociedad Española de Diabetes](#)

Evaluación y seguimiento de talleres de hábitos saludables para mejorar el control metabólico en el Centro de Salud de Adra.

Segado Manzuco, M^a Dolores; Estévez Ferrón, Valentina; Cortijo Estévez, Gemma; Porras Pastor, Jose M^a; Fernández Medina, Elena; Doménech Lahoz, Celia.

[XXVI Congreso Nacional de Sociedad Española de Diabetes](#)

Protocolo de Captacion y Atencion de las Infecciones de Trasmision Sexual de la UGC Santa María del Águila

Teresa Benedito Pérez de Inestrosa, M^a Teresa Peñafiel Escámez, Elisabet Fernández Martín, M^a Dolores López Pérez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

DISTRITO SANITARIO GRANADA

Ejercicios de Kegel para fortalecer el suelo pélvico, pre- y pos- parto

María Ruiz Cano, Antonio Garrido Liñán, Pascual Ruiz Cano

Distrito Sanitario Granada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Intervención terapéutica en pacientes diagnosticadas de Lumbalgia Mecánica Inespecífica

Antonio Garrido Liñán, Pascual Ruiz Cano, María Ruiz Cano

Distrito Sanitario Granada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Importancia en la elección de técnicas de tratamiento para la Disfunción en Superioridad de la Cabeza Humeral

Pascual Ruiz Cano, María Ruiz Cano, Antonio Garrido Liñán

Distrito Sanitario Granada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Cervicalgias post latigazo cervical: cinesiterapia activa + microondas vs cinesiterapia activa

Ordóñez Sánchez, A; Ibáñez Ruiz, MC; Sánchez Manzano, RM

Distrito Sanitario Granada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)



Fisioterapia en el SD del Túnel Carpiano intervenido con injerto del nervio mediano: A propósito de un caso

Sánchez Manzano, R.M ; Ordóñez Sánchez, A; Ibáñez Ruiz, M.C

Distrito Sanitario Granada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Beneficios de un programa de ejercicios de fisioterapia en la Incontinencia Urinaria Mixta: Caso Clínico

Ibáñez Ruiz, M.C; Sánchez Manzano, R.M; Ordóñez Sánchez, A

Distrito Sanitario Granada

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

OTROS

Duración de la Lactancia Materna

Gador Lorena Benavides Torres, Maria Dolores Cervilla Moreno

Residencia Geriátrica “Ciudad de Berja”

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

La Musicoterapia como tratamiento del Alzheimer

Maria Dolores Cervilla Moreno, Gador Lorena Benavides Torres

Residencia Geriátrica “Ciudad de Berja”

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Sexualidad y Discapacidad

Maria Dolores Cervilla Moreno, Gador Lorena Benavides Torres

Residencia Geriátrica “Ciudad de Berja”

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

El sondaje vesical asociado a la Infección Urinaria

Maria Dolores Cervilla Moreno, Gador Lorena Benavides Torres

Residencia Geriátrica “Ciudad de Berja”

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Vive sin drogas

Lorena Gutiérrez Puertas, Ana Luna Linares Sánchez, Gloria Ortiz Jiménez.

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Alimentación equilibrada sinónimo de Salud

Lorena Gutiérrez Puertas; Gloria Ortiz Jiménez; Ana Luna Linares Sánchez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)

Caso práctico: Aplicación del Proceso de Enfermería en un caso de un paciente con Alzheimer

Ana Luna Linares Sánchez, Lorena López Gutiérrez, Gloria Ortiz Jiménez

[VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga](#)



El síndrome de “estar quemado” en enfermería

García García M.C; Martínez Viejo J.

VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga

La investigación en enfermería

García García M.C; Martínez Viejo J.

VII Jornadas de Investigación - Poniente Investiga