

Mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical versus con cicatriz en T invertida en el tratamiento de la hipertrrofia mamaria severa

F.J. Escudero, J.A. Lozano, P. Roldán, J. Mir

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Objetivo. La mamoplastia reductiva con cicatriz en T invertida e injerto libre del complejo areola-pezón (CAP) es una de las técnicas más empleadas para la hipertrrofia severa y la gigantomastia. En pacientes con vascularización deficiente de los colgajos son frecuentes las pequeñas necrosis en la unión de las incisiones verticales y submamaria, que retrasan la curación. La eliminación de la cicatriz vertical es una alternativa técnica a tener en cuenta y en el presente trabajo se describe su aplicación en pacientes con grandes volúmenes mamarios, así como sus ventajas e inconvenientes.

Métodos. El marcaje preoperatorio se basa en la técnica de Yousif, e incluye la nueva localización del pezón, a nivel de la proyección anterior del surco submamario; una línea submamaria con longitud adecuada a la reducción deseada; y un arco con un radio de alrededor de 7,5 cm debajo de la nueva localización del pezón, extendido medialmente y lateralmente hasta unirse a la nueva línea submamaria. Se extrae el CAP y se realiza la reducción, conservando un colgajo dermograso de base inferior que se empleará para relleno y proyección del polo superior. Sobre este colgajo se

avanza el colgajo superior, apropiadamente adelgazado, a modo de faldón, que se sutura a la incisión submamaria. Se produce un fruncido cutáneo que se resuelve en el postoperatorio. El CAP es suturado a un círculo desepidermizado del colgajo superior. Se presentan casos clínicos ilustrativos.

Resultados. Las principales ventajas observadas con esta técnica son: facilidad y rapidez de ejecución; reducción cicatricial; eliminación de la morbilidad de la unión de las suturas vertical-horizontal de la T invertida; y forma generalmente satisfactoria. En algunas pacientes, sin embargo, persiste un exceso de llenado medial y lateral, que puede estar relacionado con la omisión de la resección cutánea central.

Conclusiones. La mamoplastia reductiva sin cicatriz vertical e injerto libre de CAP es una alternativa a la técnica convencional en T invertida, pudiéndose obtener resultados satisfactorios en pacientes con gran volumen mamario. (*XLI Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Pamplona. 10 a 13 de mayo de 2006*).

Colgajo perforante de la primera arteria metatarsiana dorsal para reconstrucción del pie distal

A. Placer, F.J. Escudero, J.A. Lozano, S. Pérez Redondo, J. Mir, C.L. Carvajal

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Objetivo. La reconstrucción de defectos complejos del pie distal supone a menudo un reto quirúrgico para el cirujano plástico. El objetivo del siguiente trabajo es describir nuestra experiencia en un caso clínico de reconstrucción de un defecto distal del pie con un colgajo en isla perforante de la primera arteria metatarsiana dorsal.

Caso clínico. Aplicamos dicha técnica en una paciente de 18 años de edad, que sufrió una quemadura de tercer grado por abrasión, con pérdida osteocutánea en el dorso distal y medial del pie izquierdo, tratada inicialmente mediante desbridamiento de urgencias y, posteriormente con injertos cutáneos sobre el tejido de granulación. Dicha cobertura era inestable, con heridas frecuentes por roce del calzado, por lo que 11 meses des-

pués se reparó el defecto injertado, mediante un colgajo cutáneo basado en una perforante cutánea directa de la primera arteria metatarsiana dorsal.

Resultados. Con este procedimiento quirúrgico se logró una mejoría estética y funcional destacable, con mínima morbilidad de la zona donante. En control realizado al año de la intervención se aprecia cobertura estable, sin heridas por roce u otras anomalías.

Conclusiones. El colgajo perforante de la primera arteria metatarsiana dorsal es una técnica de fácil ejecución, que permite la reparación de defectos distales complejos del pie con mínima morbilidad. (*XLI Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Pamplona. 10 a 13 de mayo de 2006*).

Versatilidad del colgajo frontal en la reconstrucción nasal por unidades anatómicas

J.A. Lozano, F.J. Escudero

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La nariz es la parte más prominente de todo el contorno facial y cualquier cambio de forma, color o de la misma piel resulta muy evidente. El cirujano plástico debe escoger cuidadosamente el procedimiento de reconstrucción, para no alterar su topografía de concavidades y convexidades tan complejas. El colgajo frontal paramediano ofrece resultados muy satisfactorios y requiere una técnica sencilla, proporcionando una piel similar en color, textura, flexibilidad y grosor.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre 31 pacientes intervenidos de reconstrucción nasal en un periodo de tiempo que abarca del 2000 al 2005. Valoración del tipo de reconstrucción según la unidad anatómica afectada: punta, alares, pared lateral y reconstrucción completa.

Resultados. Presentamos nuestros resultados según las diferentes subunidades anatómicas a reconstruir. En la técnica quirúrgica sólo incluimos el múscu-

lo frontal en la base del colgajo. Si el componente céfálico supera los 3 cm de anchura imposibilita el cierre directo de la zona donante y dejamos que cure por segunda intención. Cuando la altura de la frente es limitada o necesitamos una extensión columelar realizamos una extensión del pedículo por el reborde orbitario en vez de la prolongación de la incisión por la linea del pelo. Seccionamos el pedículo a las tres semanas.

Conclusiones. El colgajo frontal es una excelente técnica quirúrgica para la reconstrucción nasal. Proporciona los mejores resultados estéticos con un alto grado de satisfacción por parte del paciente. Como ventajas a destacar provee una piel muy similar en cuanto al color, textura, flexibilidad y grosor mediante una técnica sencilla y segura. Como inconvenientes presenta dos tiempos quirúrgicos y deja una cicatriz mediofrontal. (*XVI Congreso de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica y XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Buenos Aires - Argentina. 28 de marzo a 1 de abril de 2006*).

Influencia del adhesivo de fibrina en la regeneración tisular de defectos complejos de mucosas

J.A. Lozano, F.J. Escudero

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La reparación de defectos complejos de mucosas exige cirugías reconstructivas con alto nivel de eficacia-eficiencia, ya que la mayoría de las técnicas quirúrgicas cursan con un número elevado de complicaciones locales en su postoperatorio. Por ello, debemos desarrollar procedimientos adicionales que nos permitan conseguir ciérres primarios con suturas herméticas, que disminuyan estas complicaciones y aumenten, en definitiva, el confort del paciente.

Material y métodos. Estudio prospectivo, aleatorizado, casos-control sobre 40 pacientes intervenidos de faringostomas y defectos uretrales en un periodo de 3 años. Cada grupo se subdividió en un control donde se realiza una reconstrucción mediante colgajos fasciocutáneos y otro en el que se añade la aplicación del adhesivo de fibrina Tissucol Duo®. La valoración postoperatoria incluyó la presencia de complicaciones locales

como fistulas, seromas, hematomas e infecciones, así como el número de días de hospitalización.

Resultados. De los 40 pacientes intervenidos, 38 fueron hombres y 2 mujeres, con una edad media de $58,6 \pm 0,4$ años. A nivel de la aparición de fistulas en el postoperatorio, en el grupo faringoesofágico y en el genitourinario, se observaron diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0,05$ en los grupos tratados con Tissucol Duo®, que presentaron una incidencia menor. A nivel de la existencia de hematomas en el postoperatorio, en el grupo faringoesofágico se observaron diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0,05$ en el grupo tratado con Tissucol Duo®, que presentó una incidencia menor; en el grupo genitourinario no se observaron diferencias significativas. La media de la estancia hospitalaria de pacientes con reconstrucción faringoesofágica y Tissucol Duo®

fue de $20,4 \pm 0,5$ días. Sin embargo, sin Tissucol Duo® fue de $30,6 \pm 0,8$ días. La media de la estancia hospitalaria de pacientes con reconstrucción uretral y Tissucol Duo® fue de $12,2 \pm 0,2$ días. Sin embargo, en el grupo control fue de $18,3 \pm 0,5$ días.

Conclusiones. Este ensayo clínico demuestra la influencia directa del Tissucol Duo® en la regeneración tisular de la reconstrucción de defectos faringoesofágicos y genitourinarios, fomentando la cicatrización primaria de la sutura, disminuyendo la aparición de fistulas postoperatorias, previniendo la aparición de hematomas y acortando la estancia hospitalaria tan prolongada de estos pacientes. (*XVI Congreso de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica y XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Buenos Aires - Argentina. 28 de marzo a 1 de abril de 2006*).

Resultados preliminares del estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad (EMIC)

A.M. Herrero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción. Los datos de salud son considerados especialmente sensibles y están muy protegidos por la ley. Para prestar una asistencia sanitaria de calidad los profesionales debemos respetar de manera exquisita el derecho del paciente a su intimidad. A la vista de los resultados de un primer estudio realizado en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona se decidió ampliar la investigación a otros hospitales españoles.

Material y métodos. Se formó un grupo de trabajo integrado por 8 responsables y 14 investigadores que revisó la encuesta primitiva, la validó y distribuyó en 7 hospitales: Juan Canalejo de A Coruña, Vires da Xunqueira de Cée, Reina Sofía de Tudela, Fundació Althaia Zarza de Manresa, Mútua de Terrassa, Carmen y Severo Ocho de Cangas de Narcea y el Hospital Donostia. La encuesta consta de 21 preguntas tipo test de respuesta única y una de libre comentario, recoge además edad, sexo, profesión y servicio del encuestado. El formulario se envió al personal médico y de enfermería de estos centros solicitando su cumplimentación anónima. Se pretendió explorar tres dimensiones: conocimientos, actitudes y valoraciones personales sobre la confidencialidad.

Resultados. De las 5.335 encuestas enviadas, se recibieron contestadas 2.460 (46,11%): 878 de médicos, 1.563 de enfermería y 19 sin profesión cumplimentada. La edad media fue de ± 42 años; eran mujeres el 92,9% del colectivo de enfermería y el 44,7% eran médicos.

Más del 80% de los profesionales demostró entender el concepto de intimidad, acceso ilegítimo o divulgación; sin embargo, el 24% no sabía que existía la Ley 41/2002 y sólo el 9% conocía las penas que castigan la vulneración de este derecho.

En las 11 preguntas que exploraban comportamientos se detectaba algún hábito contrario al deber de confidencialidad en el 80% de los médicos y en el 60% del colectivo de enfermería. Estas infracciones eran más frecuentes cuando se trataba de compartir información, de manera indebida, entre compañeros, siendo más restrictivos con personas ajenas al hospital.

cos y genitourinarios, fomentando la cicatrización primaria de la sutura, disminuyendo la aparición de fistulas postoperatorias, previniendo la aparición de hematomas y acortando la estancia hospitalaria tan prolongada de estos pacientes. (*XVI Congreso de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica y XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Buenos Aires - Argentina. 28 de marzo a 1 de abril de 2006*).

Entre los ítems que solicitaban la opinión del profesional, el 95% consideraron que la probabilidad de que su diagnóstico se difundiera en el caso de ingresar en su centro era alta o muy alta, coincidiendo en que el comentario de pasillo sería la vía de difusión más probable. A pesar de esto, sólo el 25% calificaba de mala o muy mala la gestión de la confidencialidad por parte de sus compañeros.

De los comentarios recogidos destacan la preocupación por estos temas, la demanda de formación y de cambios estructurales que permitan mejorar este aspecto de la asistencia.

Se presentará el cuestionario administrado y el análisis detallado de cada pregunta en relación al estado, edad, sexo y tipo de servicio.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios que han respondido la encuesta tienen conceptos claros sobre qué es la intimidad y cómo debe ser manejada, sin embargo, pocos conocen el ordenamiento jurídico.

En una proporción elevada de profesionales se detectan malos hábitos en el manejo de la información entre compañeros. Existen diferencias entre las actitudes del colectivo médico y el de enfermería que merecen un análisis en detalle.

Los profesionales reconocen que su intimidad se vería violentada si ingresaran en su hospital, pero no parece inquietarles en exceso ya que no califican excepcionalmente mal el tratamiento de la información por parte de sus compañeros.

A la luz de los resultados y de las inquietudes expresadas por los propios profesionales parece necesario impartir formación en nuestros hospitales para propiciar una reflexión que favorezca un cambio de actitud en este terreno. (*VII Congreso de Bioética de la ASFC (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica) Valencia. 10 al 12 de noviembre de 2005*).

Elaboración de un vídeo divulgativo y docente sobre “Cómo ha de ser una toma de lactancia materna” por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

L.M. Barriuso

E.A.P. Elizondo. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Introducción. Dentro de las actividades de promoción de la lactancia materna (LM) a desarrollar por el Comité de Lactancia Materna de Atención Primaria del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea se decidió la elaboración de un vídeo divulgativo.

De todos es conocido que con frecuencia las madres de nuestro tiempo nunca han visto amamantar a un bebé en su entorno. En la década de los años 70 la LM se abandonó masivamente en nuestro país y en estos años el amamantar en público ha sido y posiblemente siga siendo algo mal visto socialmente.

Desde el comité se ha pretendido elaborar un material que pudiera contrarrestar en cierto modo las carencias anteriormente comentadas.

Material y métodos. A la vista de esta situación y siguiendo ejemplos de otros compañeros, desde nues-

tro Comité se realizó un vídeo divulgativo de la LM como una herramienta de nuestro quehacer diario “sobre cómo se realiza una toma al pecho materno”. Este vídeo se va a emitir en todos los Centros de Atención a la Mujer de nuestra comunidad en las clases de preparación al parto y se va a intentar proyectar dentro de las maternidades en el puerperio inmediato.

Es bilingüe: castellano-euskera; dura aproximadamente 15 minutos, y en el mismo se hace hincapié en: datos de “alarma” (hambre)- enganche- posición correcta- pautas fisiológicas durante la toma y diversas posturas de amamantamiento (sentada-tumbada y rugby). El vídeo está en doble soporte: cinta VHA y DVD y se acompaña de una Guía para el profesional sanitario. (*IV Congreso español de lactancia materna. Puerto de la Cruz (Tenerife). 26 al 28 de octubre de 2006*).

Niveles de metahemoglobina en pacientes con disnea

M. Berruete, B. Ruiz, G. Hurtado, M.C. Donlo, R. Muguerza, F. Sala

Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción. La metahemoglobinemia surge por la excesiva conversión de hemoglobina a metahemoglobina, la cual es incapaz de enlazarse al oxígeno y transportarlo. La metahemoglobina se forma cuando el hierro presente en el grupo hemo es oxidado de ferroso (Fe^{2+}) a su forma férica (Fe^{3+}).

Objetivo. Despistaje de metahemoglobinemia adquirida en pacientes con disnea tras exposición a agentes oxidantes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 120 pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con un cuadro de disnea. Se determinó la metahemoglobina por cooximetría en sangre total extraída en jeringa heparinizada (IL Síntesis 15, IZASA). Se consideran elevados los valores de metahemoglobina superiores a

1,7%. Se revisaron las historias clínicas buscando posibles causas de metahemoglobina elevada.

Resultados. Se demuestra elevación de los niveles de metahemoglobina en pacientes que están expuestos a agentes oxidantes como medicamentos (sulfonas, sulfonamidas, nitratos) y alimentos. El test U de Mann-Whitney muestra diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) entre los niveles de metahemoglobina de pacientes sin factor de riesgo y pacientes con factor de riesgo. En este estudio destacan principalmente dos casos:

Paciente de 18 meses con una metahemoglobina-mía de 27% tras la ingestión de un alimento oxidante (borraja).

Pacientes en tratamiento con sulfonas que presenta un valor de metahemoglobina de 4,4% sin otra causa que justifique esta elevación.

Conclusiones. El presente estudio muestra niveles elevados de metahemoglobina en pacientes expuestos a agentes oxidantes (medicamentos, alimentos). Los

niveles elevados de metahemoglobina puede ser el origen o agravamiento de la disnea por eso, aunque es poco frecuente, es importante detectar la metahemoglobinemia como una posible causa de disnea. (XV Congreso Nacional del Laboratorio Clínico. León. 18, 19 y 20 de mayo de 2006).

Estudio integrado de un tratamiento no farmacológico en una unidad de memoria para pacientes de Alzheimer y deterioro cognitivo leve

K. Moreno, G. Jusué, L.C. Mijí

Centro Psicogeriatrónico San Francisco Javier. Pamplona.

Introducción. Entre las patologías neurodegenerativas, las demencias constituyen uno de los problemas más graves de la sociedad actual, siendo la enfermedad de Alzheimer (EFAL) el más claro exponente.

La EFAL es un trastorno neurodegenerativo que provoca un deterioro progresivo de las funciones cognitivas con una gran repercusión sobre las habilidades sociales de la persona afectada, calidad de vida, incapacidad laboral, carga física y emocional de los cuidadores. Presenta un elevado coste económico de atención, especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad, siendo éste uno de los aspectos menos estudiados.

Dentro de las respuestas incipientes a este problema, además del tratamiento farmacológico se están empezando a aplicar de modo experimental intervenciones no-farmacológicas con el fin de ralentizar la evolución de la enfermedad, sin que aún exista suficiente evidencia científica sobre su eficacia y el coste-beneficio de las mismas.

Objetivo. La finalidad de este trabajo es realizar un análisis integrado multidisciplinar (clínico y económico) de un tratamiento no farmacológico pionero en este campo (con una duración de 18 meses), dirigido a retardar la aparición de síntomas en pacientes que presentan un deterioro cognitivo leve. En concreto, se estudiará el proceso de tratamiento en la Unidad de Memoria del Centro Psicogeriatrónico "San Francisco Javier" ubicado en Navarra (España) desde una doble perspectiva: a: evaluación de la eficacia del tratamiento aplicado en un grupo de sujetos entre el año 2004 y 2005; b: coste por proceso de atención al paciente con este periodo.

Material y métodos. Para evaluar la eficacia se ha utilizado un estudio pre-post test de todos los pacientes atendidos en la Unidad de Memoria durante los años 2004 y 2005 mediante evaluaciones de seguimien-

to periódicas (cada 6 meses). Estos controles se han efectuado a través de una batería de instrumentos estandarizados (MMS, MEC, GERMICIDE, CERAD, Pfeiffer, FVS, IDDD, cuestionario de Zarit y Escala de Depresión de Yesavage).

En cuanto a la obtención del coste por proceso de atención al paciente, se ha utilizado la filosofía del sistema *Activity-Based-Costing* (ABC) que supone diseñar el mapa de procesos de atención al paciente, realizar una descripción de las actividades que los componen y asignar los recursos necesarios para llevarlos a cabo para calcular así el coste unitario de cada uno de ellos.

Resultados. Tras analizar los resultados obtenidos en las evaluaciones y procedimientos realizados:

Se constata un freno significativo en la velocidad del avance del proceso de deterioro cognitivo.

Se detecta el mantenimiento e incluso mejora de la reserva cognitiva de los sujetos al finalizar el período de tratamiento.

El coste total del tratamiento del paciente es de 2.745 €.

Conclusiones. La Unidad de Memoria a través de la aplicación de un tratamiento no farmacológico está obteniendo excelentes resultados en la detención de la evolución de la EFAL lo que conlleva un aumento de la calidad de vida del paciente y de su familia; teniendo en cuenta que su coste es moderado, nos encontramos ante un recurso efectivo que puede servir de ejemplo para que otros similares se constituyan dados sus buenos resultados terapéuticos y económicos. (I Congreso Internacional de Gerontología 2006. Lisboa. 23-25 de octubre de 2006).

