

Cuidados del paciente con distrés respiratorio precoz causado por neumonía varicelosa

S. Arilla, M.A. Artázcoz

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Objetivo. Describir los cuidados de enfermería en unidad de críticos de un paciente adulto afectado por neumonía secundaria a varicela, causante del síndrome de distrés respiratorio precoz del adulto.

Metodología. Caso clínico constatado con bibliografía y bases de datos. Varón 43 años, fumador. Ingresó con neumonía secundaria a varicela. En mucosas y 95% de la superficie corporal aparece exantema máculo-vesículo-papuloso centripeto y en cielo estrellado (seguimiento fotográfico con consentimiento del paciente). Se inicia tratamiento antivirico precoz (aciclovir) y, sin éxito, ventilación mecánica no invasiva. A las 24 horas se practica intubación orotraqueal, conexión a ventilación mecánica y sedoanalgesia, evolucionando en horas hacia distrés respiratorio, que precisa decúbito prono. Se produce fallo hemodinámico, requiriendo soporte vasoactivo. Evolución favorable y tras 24 horas se coloca en decúbito supino. Al octavo día se aísla *staphylococcus aureus* meticilín sensible en hemocultivo y BAS, indicando infección nosocomial. Tras

extubación presenta estado confusional compatible con síndrome de abstinencia a opiáceos.

Resultado. La atención de enfermería se enfocó a:

- Aislamiento respiratorio y de contacto (enfermo crítico infeccioso).
- Administración correcta del antivirico.
- Atención a ventilación (por distrés) y a la posición de decúbito prono.
- Curas minuciosas de piel (mupirocina).
- Control hemodinámica y del soporte vasoactivo.
- Apoyo psicológico a pacientes y familiares.

El enfermo estuvo 22 días ingresado en UCI. Recuperó la función respiratoria a integridad cutánea, y se trasladó a planta.

Conclusiones. La gravedad de la neumonía secundaria a varicela supone un reto que requiere la involucración del equipo multidisciplinario de salud. (*XLI Congreso Nacional de la SEMICYUC. XXXII Congreso Nacional de la SEEIUC. Pamplona, 25-28 de junio de 2006*).

Afectación del sistema nervioso periférico en un caso de lepra tratada con talidomida

L. González¹, L. Gila¹, J. Urriza¹, B. Sandio², F. Ramos-Argüelles², M. Gállego³

1. Servicio de Neurofisiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra. Pamplona.

3. Servicio de Dermatología. Hospital de Navarra. Pamplona

Introducción. Aunque infrecuente en nuestro medio, la lepra es la tercera causa en el mundo de neuropatía tratable tras los traumatismos y la diabetes mellitus. El sistema nervioso periférico (SNP) participa en la distintas formas de lepra y, además, puede verse afectado por fármacos indicados en la enfermedad, como en el caso que presentamos.

Caso clínico. Mujer brasileña de 38 años que había comenzado 4 años antes con hipoestesia y disestesias en maleolos y plantas de los pies junto con eritema nodoso. Diagnosticada de lepra en Brasilia, había mejorado con sulfonas (2 años) y talidomida. Tres semanas antes del ingreso interrumpió la talidomida por problemas de abastecimiento y presentó una reactivación del

eritema nodoso. La biopsia cutánea confirmó la leproreacción tipo II y el estudio neurofisiológico (ENF) reveló ausencia de potenciales sensitivos en surales y perineales superficiales, potenciales motores de tibiales posteriores de amplitud asimétrica reducida y respuestas simpático-cutáneas ausentes en pies.

Conclusión. En el contexto descrito, el ENF orienta a una neuropatía motora residual dependiente del proceso infeccioso y una polineuropatía sensitiva atribuible, al menos parcialmente, a talidomida. El ENF es útil para caracterizar la afectación del SNP causada por lepra y por los medicamentos empleados en su tratamiento. (*XLIV Reunión Nacional Sociedad Española de Neurofisiología Clínica. Toledo, 18 a 21 de octubre de 2006*).

Apendicectomía a través del ombligo: Resultados de nuestra serie y aproximación a su coste

A. Pérez, M.A. Martínez, J. Conde, C. Goñi, T. Romero, J. Pisón, L. Bento

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Introducción. En nuestro servicio realizamos la apendicectomía a través de una única incisión periumbilical que permite localizar y exteriorizar el apéndice con apoyo de un laparoscopia de doble canal y realizar una apendicectomía convencional externa.

La hipótesis es que esta técnica permite aprovechar las ventajas de la cirugía laparoscópica (menor dolor, precoz recuperación postoperatoria y mejor aspecto cosmético) y de la cirugía abierta, reduciendo costes (material desechable y hospitalización), sin un mayor número de complicaciones.

Material y métodos. El grupo de estudio lo forman las apendicectomías transumbilicales (AU) por apendicitis aguda no complicada, realizadas en 2004 y 2005. El grupo de control es un grupo de apendicectomías abiertas (AA) sobre apendicitis agudas no complicadas realizadas en nuestro servicio en 2002 y 2003. Recogimos datos sobre sexo, edad, datos del procedimiento quirúrgico, anatomía patológica, dolor (escala visual o numérica en dos valoraciones durante las primeras 24 horas de postoperatorio), necesidad de analgesia, complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados. Los grupos estudiados eran comparables. Realizamos un total de 208 AU de las cuales 162 correspondían a apendicitis no complicadas. Su estancia media fue de 2,84 días (frente a los 4,83 días de las AA) (diferencia significativa). Las complicaciones infecciosas fueron de un 4,29% (frente a un 1,75% de las AA) (diferencia no significativa). El dolor postoperatorio y la necesidad de analgesia fue menor en las AU que en las AA (diferencia no significativa).

El ahorro de la técnica transumbilical (utilizada solo en apendicitis no complicadas y utilizando la vía abierta en las demás) supone unos 90.561,97 €/año comparado con el coste que supondría la apendicectomía laparoscópica y unos 42.232,37 €/año comparado con la cirugía abierta tradicional.

Conclusiones. Una vez superada la fase de aprendizaje confiamos en reducir sensiblemente el porcentaje de complicaciones infecciosas. Continuaremos realizando esta ventajosa técnica quirúrgica para el tratamiento de las apendicitis no complicadas, así como explorando las posibilidades de la cirugía transumbilical en otras patologías. (*XLV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica (SECP). Murcia, 24-27 de mayo de 2006*).

Influencia del filtro paso alto en los parámetros del potencial de acción de unidad motora (PAUM)

L. Gila¹, I. Rodríguez², J. Navallas², A. Malanda², J. Rodríguez², I. García de Gurtubay¹

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Departamento de Ingeniería Eléctrica y Electrónica. ETSIT. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

Antecedentes. Con valores crecientes de la frecuencia de corte del filtro paso alto (FCPA) empleado en la adquisición de la señal EMG, se ha observado la prominencia de una fase negativa final de la forma de onda del PAUM denominada "postpotencial negativo". Para evitar este efecto, en los estándares de electromiografía se especifica el uso de FCPA de 2-3 Hz. El objetivo del presente trabajo es analizar la magnitud de la influencia de diferentes valores de FCPA en los parámetros del PAUM.

Material y método. Se han estudiado 89 PAUMs, registrados entre 3 Hz y 10 kHz y filtrados off-line a 10,20 y 50 Hz. En los PAUMs de los 4 conjuntos correspondientes a los distintos valores de FCPA, se midió la

duración, amplitud, área, número de fases y turns, índice de irregularidad, grosor e índice de tamaño. Los valores medios de estos parámetros obtenidos en los diferentes grupos se compararon mediante ANOVA de un factor.

Resultados. No se observaron diferencias significativas entre los 4 conjuntos de PAUMs para ninguno de los parámetros analizados.

Conclusiones. Hasta 50 Hz, la sensible variación morfológica asociada a la FCPA no incide significativamente en las estimaciones cuantitativas de los parámetros del PAUM. (*XLIV Reunión Nacional Sociedad Española de Neurofisiología Clínica. Toledo, 18 a 21 de octubre de 2006*).

Historia clínica única

M.P. Jiménez, C. Labaien, J. Ardaiz

Centro de Consultas Príncipe de Viana. Pamplona.

Objetivo. Disponer de un número de historia único por paciente en la red de Asistencia Especializada de nuestra comunidad.

Métodos. La Asistencia Especializada del Servicio Salud de nuestra comunidad se estructura en tres áreas: la primera, con dos hospitales generales de nivel terciario, uno monográfico de ortopedia y rehabilitación y cuatro centros ambulatorios de consultas externas, y las otras dos con un hospital y sus correspondientes consultas externas. Cada centro disponía de su propio número de historia y archivo. El proceso de unificación de los Ficheros Maestros de Pacientes se está llevando a cabo paulatinamente. Se inició en junio de 2000 comenzando por los dos hospitales y uno de los ambulatorios de la primera área, con la creación de un archivo común y una historia clínica única para los tres centros. En octubre de 2001 se realizó el cruce de esta base de datos con la existente en otros dos centros de consultas y posteriormente con la del hospital monográfico. En noviembre de 2003 se unificó con los números de historia de la segunda área de salud y finalmente, en noviembre de 2005, se incorporó la base de datos del último centro de consultas del área primera. Queda pendiente la unificación con la tercera área de salud. El cruce de datos se ha realizado a través del número de tarjeta sanitaria, atendiendo a unos criterios de concordancia establecidos y depurando las historias duplicadas. En algunos archivos de historias se ha mantenido su numeración inicial y en otros se ha pro-

ducido una reordenación con el número nuevo asignado. Paralelamente se ha ido ampliando la implantación de Historia Clínica Informatizada.

Resultados. El número de registros de historias clínicas de las dos áreas de salud asciende a 660.000. Se detectaron 70.000 historias duplicadas. El número de historias pertenecientes a cada archivo es: en la primera área 610.000, 365.668, 47.000 y 81.000 y de 120.000 para la segunda. Se mantuvo la numeración inicial para las historias de uno de los dos hospitales de una de las áreas (1-490.000) y para aquellas que coincidían con los criterios de cruce. El hospital monográfico mantuvo su numeración (500.000). Para las historias no coincidentes se añadió a su numeración inicial las siguientes cantidades: Primera área: el otro hospital, 1.000.000, dos ambulatorios, 2.000.000 y el último, 6.000.000. Segunda área: 7.000.000. La numeración única actual comienza por 3.000.000.

Conclusiones. La existencia de un número de historia único por paciente posibilita la consulta de los datos clínicos de un paciente desde cualquier punto de la red facilitándose, tanto al paciente como al profesional, la movilidad dentro del sistema sanitario sin perjuicio para la asistencia. Se ha conseguido establecer un circuito de interconsulta de historia clínica entre los centros afectados y se agiliza a través de la aplicación de Historia Clínica Informatizada. (XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Toledo, 24-25 de octubre de 2006).

Radiculopatía C6 metastásica en cáncer de mama

O. Olaciregui, L. Imirizaldu, J. Urriza, L. González, A. Ibiricu, I. Álvarez

Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La cervicobraquialgia en una paciente con cáncer de mama tratado postquirúrgicamente con radioterapia (RT) y quimioterapia (QT). Plantea entre otros diagnósticos: plexopatía braquial (PB) carcinomatosa, PB actínica y afectación radicular aguda.

Material y Métodos. Paciente de 53 años tratada con mastectomía izquierda, RT y QT posterior en 1997. Evolutivamente presenta metástasis esternal y pulmonares. En febrero de 2005 inicia un cuadro intermitente de cervicobraquialgia izquierda (cara externa del brazo, antebrazo y primeros 2 dedos de la mano). Un primer estudio electroneurográfico sugiere afectación radicular C6 izquierda. Un año después del inicio del cuadro es remitida nuevamente a nuestro servicio por

debilidad de predominio proximal en el brazo y empeoramiento del dolor, siendo permanente y no controlado ya con analgesia. El EMG mostró afectación aguda en miotomo C6 izquierdo. La indemnidad de las respuestas sensitivas y ausencia de afectación de otros niveles radiculares descartaron afectación plexular. La RM realizada posteriormente confirmó adenopatías metastásicas en región perivertebral C7 izquierda, a nivel de la salida radicular.

Conclusiones. El estudio neurofisiológico fue compatible con radiculopatía C6 izquierda, descartando aceptablemente la plexopatía braquial y orientando el estudio radiológico posterior. (XLIV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica. Toledo, 18-21 de octubre de 2006).

Una indicación para la extracción de cordales

F. Cardona, E. Sainz, J. Figuerido, J. Artázcoz, F. Giner, F.J. Vidán

Unidad de Salud Bucodental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.

Introducción. La evidencia científica aconseja la extracción de los cordales cuando producen más de un brote inflamatorio de pericoronaritis u otras patologías asociadas.

Objetivo. Con el fin de verificar la indicación de la exodoncia profiláctica de los cordales inferiores semiincluidos en posición mesioangular u horizontal hemos realizado un estudio retrospectivo sobre las intervenciones de cordales realizadas en la Unidad de Salud Bucodental.

Métodos. Se revisaron los datos de las extracciones quirúrgicas realizadas a cordales inferiores semiincluidos. Se valoró la edad, el sexo, la posición del cordal y si el segundo molar tenía caries por su cara distal. Se obtuvieron muestras aleatorias de los grupos de segundo molar cariado y no cariado (estando siempre el cordal semiincluido y mesioangular u horizontal) y se compararon los ICAO de los mismos.

Resultados. Se revisaron 2.237 cordales inferiores semiincluidos extraídos quirúrgicamente, el 49,4% en mujeres y el 50,6% en varones. La edad media de los pacientes fue de 27,6 años. Hubo 968 cordales en posición diferente a la mesioangular u horizontal, con 15 casos de caries por distal del segundo molar, y 1.269 cordales en posición mesioangular u horizontal con 197 casos de caries distal del segundo molar, siendo $p < 0,001$. La edad media de los 1.072 cordales mesioangulares u horizontales sin caries fue de 26,75 (IC95%: 26,28 a 27,23) años, mientras que para los 197 casos con caries fue de 29,91 (IC95%: 28,88 a 30,94) años; la diferencia fue estadísticamente significativa, $p < 0,001$.

Conclusiones. Ante estos resultados estadísticos concluimos la conveniencia de la exodoncia profiláctica de los cordales semiincluidos en posición mesioangular u horizontal, aunque no ocasionen patología inflamatoria. (IV Simposio de la S.E.C.I.B. (Sociedad Española de Cirugía Bucal. Cáceres, 18-20 de mayo de 2006).

Coeliac Disease susceptibility conferred by DR3/DR3 homozygotes vs DR3/DR7 heterozygotes in a Southern European population

B. Hernández¹, A. Bengoa¹, E. Donat², I. Miner², F. Sánchez³, M.A. Ramos¹

1. Genetics Departments, Virgen del Camino Hospital. Pamplona.
2. Gastroenterology Unit, Children's Hospital La Fe. Valencia.
3. Pediatrics Departments, Virgen del Camino Hospital. Pamplona.

The HLA-associated susceptibility to develop celiac disease (CD) is mainly conferred by the DQA1*05 and DQB1*02 alleles encoding the DQ(a1*05, b1*02) heterodimer (HLA-DQ2). These alleles can be carried in *cis* position on the DR3 haplotype, or in *trans* on the DR3/DR3, DR3/DR7 and DR5/DR7 haplotypes combinations. In Northern Europe DQB1*02-DRB1*03 and DQB1*02-DRB1*07 haplotype frequencies are very similar and they both seem to confer comparable risk to the disease (Louka et al, 2002). In Southern Europe the DR3/DR7 genotype is relatively common while the DR3/DR3 is rarer, and a higher risk has been proposed for the heterozygotes compared to those DR3 homozygotes.

In order to address this hypothesis, we investigated the effects of different haplotypes carried in *trans* to the DQA1*05-DQB1*02 haplotype in CD families of Spanish origin, using a previously described statistical

method by Louka et al, 2002 (Other Haplotype Test). A sample of 225 affected individuals (112 from Navarra, 80 from Valencia and 33 from Basque Country) who carried at least one DQB1*02-DQA1*05-DRB1*03 haplotype and their parents were included in this study.

We confirmed that DQB1*02-DRB1*03 and DQB1*02-DRB1*07 are strongly associated with CD susceptibility ($p = 5,7 \times 10^{-7}$ and $p = 0,001$, respectively). However, we found no significant difference in transmission of one of these haplotypes ($p = 0,887$ and $p = 0,451$). None of the other haplotypes tested showed significant evidence of risk modification ($p = 0,17$).

Our study shows that DR3/DR3 and DR3/DR7 genotypes haplotypes confer similar degree of risk predisposition to develop CD in Southern European populations. (European Conference of Human Genetics. Amsterdam, The Netherlands, May 6-9, 2006).

Primer panel de referencia genético internacional de la OMS para el estudio de la mutación G20210A de la protrombina (estudio colaborativo)

A. Valiente, S. Moreno, A. Pérez-Juana, A. Alonso, M. Artigas, M.A. Ramos-Arroyo

Sección de Genética. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La mutación G20210A en el gen de la protrombina se asocia con un aumento del riesgo de trombosis venosa tanto en heterocigosis como en homocigosis. Es uno de los test genéticos más realizados en los laboratorios clínicos. Los controles de calidad externos detectan errores al genotipar las muestras.

Objetivo. Evaluar desde el National Institute for Biological Standards and Control un panel de 3 muestras de ADN genómico (ADNg) extraídas de líneas celulares transformadas que contienen el genotipo salvaje, el heterocigoto y el homocigoto de la mutación 20210A.

Material. Dieciocho muestras codificadas de los 3 ADNg se enviaron a cada centro. Se pedía a cada laboratorio realizar sus test genéticos habituales para la mutación G20210A de las muestras en grupos de 6 en 3 días diferentes usando distintos reactivos y operadores si era posible.

Resultados. De los 60 laboratorios invitados a participar, 45 (de 23 países diferentes-2 españoles) enviaron resultados. Las determinaciones fueron llevadas a cabo por más de un operador en 19 laboratorios y en 10 se testaron todas las muestras con 2 técnicas dife-

rentes. Se usaron 11 técnicas diferentes siendo los "FRLP" no comerciales (23) y el Lightcycler con kit comerciales (14) los más utilizados. Treinta y ocho laboratorios mandaron resultados idénticos a los esperados. Cinco laboratorios no pudieron obtener resultado de alguna de las muestras. Excepto uno de ellos todas las determinaciones que hicieron fueron correctas. Dos laboratorios enviaron algún resultado erróneo. De las 984 determinaciones realizadas se obtuvieron 7 con error que representa un 0,7%. Todos los errores fueron testar muestras como heterocigotas cuando eran homocigotas.

Conclusión. Los resultados muestran que este panel de 3 ADNg evaluado en este estudio internacional multicéntrico puede servir como material de referencia en los laboratorios que realizan genotipado de la mutación G20210A. Por tanto se recomienda que este panel sea propuesto al comité científico y estandarización biológica de la OMS para ser establecido como el primer panel de referencia genético internacional para la mutación G20210A de la protrombina. (*XLVIII REUNIÓN NACIONAL DE LA AEHH Y XXII CONGRESO NACIONAL DE LA SETH. Granada, 26-28 de octubre de 2006.*)

Analgesia subaracnoidea y epidural para control del dolor agudo en UCI

I. Arrastia

UCI. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Objetivo. Conocer los aspectos más importantes de la analgesia subaracnoidea y epidural tales como, indicaciones de cada una de ellas, tipos de fármacos más utilizados, mecanismo de acción de cada uno de ellos, vías y sistemas de administración y reacciones adversas; para favorecer el confort del paciente, disminuir su estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y prevenir posibles complicaciones derivadas de su utilización.

Metodología. Estudio descriptivo basado en la revisión bibliográfica de numerosas fuentes y en nuestra experiencia clínica diaria.

Resultados. No se observaron diferencias significativas entre los 4 conjuntos de PAUMs para ninguno de los parámetros analizados.

Conclusiones. El buen manejo de los catéteres epidurales e intradurales, así como la correcta administración de fármacos con función analgésica a través de

ellos, es imprescindible para conseguir un control eficaz del dolor agudo (posquirúrgico, traumatismos...). Esto favorece la pronta recuperación del paciente y por tanto disminuye su estancia en UCI, al evitar situaciones tales como: respiración superficial y tos ineficaz por dolor, encamamiento o deambulación tardía por dolor..., que podrían derivar en graves complicaciones como insuficiencias respiratorias por acumulación de secreciones o atelectasias, tromboembolismos por estasis venoso... Del mismo modo el buen conocimiento de estos efectos secundarios de los fármacos utilizados, así como de la técnica en la implantación, mantenimiento y retirada de los catéteres evita la presencia de complicaciones graves (parada respiratoria, hematoma subaracnoideo, pérdida de líquido cefalorraquídeo...) tanto por su prevención como por su rápida detección. (*XLI Congreso Nacional de la SEMICYUC XXXII Congreso Nacional de la SEEIUC. Pamplona, 25-28 de junio de 2006.*)

Influencia del filtro paso alto en los parámetros del potencial de acción de unidad motora (PAUM)

L. Gila¹, I. Rodríguez², J. Navallas², A. Malanda², J. Rodríguez², I. García de Gurtubay¹

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Departamento de Ingeniería Eléctrica y Electrónica. ETSIT. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

Antecedentes. Con valores crecientes de la frecuencia de corte del filtro paso alto (FCPA) empleado en la adquisición de la señal EMG, se ha observado la prominencia de una fase negativa final de la forma de onda del PAUM denominada "postpotencial negativo". Para evitar este efecto, en los estándares de electromiografía se especifica el uso de FCPA de 2-3 Hz. El objetivo del presente trabajo es analizar la magnitud de la influencia de diferentes valores de FCPA en los parámetros del PAUM.

Material y método. Se han estudiado 89 PAUMs, registrados entre 3 Hz y 10 kHz y filtrados off-line a 10,20 y 50 Hz. En los PAUMs de los 4 conjuntos correspondientes a los distintos valores de FCPA, se midió la

duración, amplitud, área, número de fases y turns, índice de irregularidad, grosor e índice de tamaño. Los valores medios de estos parámetros obtenidos en los diferentes grupos se compararon mediante ANOVA de un factor.

Resultados. No se observaron diferencias significativas entre los 4 conjuntos de PAUMs para ninguno de los parámetros analizados.

Conclusiones. Hasta 50 Hz, la sensible variación morfológica asociada a la FCPA no incide significativamente en las estimaciones cuantitativas de los parámetros del PAUM. (*XLIV Reunión Nacional Sociedad Española de Neurofisiología Clínica. Toledo, 18 a 21 de octubre de 2006*).

Vasculitis aislada del sistema nervioso periférico. Hallazgos neurofisiológicos en fases iniciales

R. Pabón¹, L. Gila¹, J. Urriza¹, L. Imirizaldu¹, F. Lacruz², M. Arrechea³

1. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Servicio de Neurología. Hospital de Navarra. Pamplona.

3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción. La vasculitis aislada del sistema nervioso periférico (VASNP) es una inflamación selectiva de los vasa nervorum que cursa como una mono-neuropatía múltiple sin afectación de otros órganos. Presentamos un caso de VASNP, destacando los hallazgos neurofisiológicos en fase aguda.

Observación clínica. Mujer de 36 años que comienza con parestesias y debilidad en mano derecha seguidas de paresia para la dorsiflexión del pie derecho. El estudio neurofisiológico, al noveno día de evolución, mostraba ausencia de potencial motor (PM) del nervio perineal profundo izquierdo y una reducción de la amplitud del PM del mediano derecho con estímulo en muñeca respecto a la estimulación palmar. Un segundo estudio, 6 días después, mostraba signos de

lesión axonal en varios nervios, incluyendo ambos surales y el mediano derecho, con PMs de baja amplitud estimulando tanto en palma como en puntos proximales. La biopsia del sural izquierdo mostró pérdida axonal e infiltrados inflamatorios perivasculares compatibles con infarto por vasculitis.

Conclusiones. La lesión isquémica aguda de un nervio puede dar lugar a un patrón electroneurográfico de bloqueo de conducción. Este fenómeno, observado en el mediano derecho del caso descrito, es conocido como "seudobloqueo", dado su carácter transitorio con evolución a un patrón definido de afectación axonal. (*XLIV Reunión anual de la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica. Toledo, 18-21 de octubre de 2006*).

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

M. Iraburu, L. Calvo, A. Hernando, S. Quintana, A. García, A. Herrero, J.L. Rodríguez-Arias, P. Rodrigo

Medicina preventiva y gestión de la calidad. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

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-Xarxa Hospitalaria de Manresa, Mútua de Terrassa, Carmen y Severo Ochoa de Cangas de Narcea y el Hospital Donostia. La encuesta consta de 21 preguntas tipo test de respuesta única y una de comentario libre. El formulario se envió al personal médico y de enfermería de estos centros solicitando su cumplimentación anónima. Se pretendía explorar tres dimensiones: conocimientos, comportamiento y valoraciones personales sobre la confidencialidad.

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

- Más del 80% de los profesionales entiende bien el concepto de intimidad, acceso ilegítimo o divulgación; sin embargo, el 24% no sabe de la existencia de la Ley 41/2002 y sólo el 9% conoce las penas que conlleva la vulneración de la intimidad.
- En las 11 preguntas que exploran comportamientos se detecta algún hábito contrario al deber de confidencialidad en el 80% de los médicos y en el 60% del colectivo de enfermería. Estas infracciones son más frecuentes cuando se trata de compartir información, de manera indebida, entre

compañeros, siendo más restrictivos con personas ajenas al hospital.

- Entre los ítems que solicitan la opinión del profesional, el 95% consideran que la probabilidad de que su diagnóstico se difundiera en caso de ingresar en su centro es 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% califica de mala o muy mala la gestión de la información por parte de sus compañeros.
- De los comentarios recogidos destaca la preocupación por estos temas y 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 estamento, 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 detalles.
- Los profesionales reconocen que su intimidad se vería violentada si ingresaran en su centro, sin embargo no califican mal el tratamiento de la confidencialidad 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 un reflexión que favorezca un cambio de actitud en este terreno. (*VII Congreso Nacional de Bioética. Valencia, 10-12 de Noviembre de 2005*).

Biopsia percutánea escisional de mama mediante el dispositivo site-select. Resultados preliminares como una técnica diagnóstica y terapéutica

M. Aizcorbe¹, F. Domínguez-Cunchillos¹, L. Apezteguía², R. Trujillo¹, M.A. Sanz¹, C. De Miguel³

1. Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Radiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
3. Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. La Unidad de Patología Mamaria del Hospital Virgen del Camino y el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Navarra han mantenido una coordinación y trabajo conjunto desde hace 15 años, constituyendo dos puntos de referencia en esta patología y tratando por año una media de 200 neoplasias malignas de la mama, 300 procesos benignos, 3.500 revisiones en consultorio externo. Dedicamos tres cirujanos en exclusiva a esta patología. Imparte numerosas lecciones, conferencias y clases de esta disciplina, así como publicaciones de diversas revistas científicas.

Objetivo. La determinación preliminar de la eficacia y seguridad de la biopsia percutánea escisional con el Dispositivo SITE-SELECT dirigido por estereotaxia digital, para el diagnóstico y tratamiento simultáneo de pequeñas lesiones mamarias sospechosas de malignidad.

Material y Métodos. Presentamos las primeras 19 lesiones sometidas a esta técnica en nuestra Unidad (febrero 2003 a octubre del 2005). Diecisiete procedentes del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama y dos del consultorio externo. El seguimiento ha sido entre 1-32 meses (11 de ellos con más de 12 meses). Edad media de 51,12 años (35-61).

Clasificación radiológica. BIRADS 4: 10 pacientes (3 distorsiones estrelladas y 7 microcalcificaciones de nueva aparición y moderada sospecha). BIRADS 5: 9 pacientes (9 microcalcificaciones de nueva aparición y alta sospecha).

Descripción de la técnica. Se presenta iconografía explicativa.

Ventajas.

- Facilidad de adaptación de la mesa de estereotaxia
- Precisión en la biopsia de la lesión
- Mantenimiento intacto el tejido entre la piel y la lesión

- Mantenimiento de la arquitectura de la lesión
- Procedimiento breve: 39,6' (20-50)

Resultados.

- Lesiones benignas 10 (52,6%): 4 hiperplasias ductales (2 con atipias), 4 cicatrices radiales, 1 necrosis grasa, 1 involución postmenopáusica
- Lesiones malignas 9 (47,4%): 8 CID (2 de alto grado, 1 intermedio, 2 bajo), 1 CDI de 5 mm grado III
- Fallo técnico: 7,4%
- En total 9 carcinomas (47,36%), 10 lesiones benignas incluyendo 4 cicatrices radiales y 2 hiperplasias ductales atípicas
- Solamente 3 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (15,78%)
- Ningún paciente presentó complicaciones generales ni locales (hematoma, infección herida)
- No se han detectado nuevas lesiones en el seguimiento

Conclusiones. Se ha demostrado por nuestra unidad que el sistema sit-select puede considerarse como una técnica segura y precisa, de utilidad diagnóstica y, en ocasiones, terapéutica. Permite conseguir un alto rendimiento diagnóstico con menor agresividad que la biopsia quirúrgica. El diagnóstico y el tratamiento puede efectuarse en un solo acto, lo que genera ahorro de quirófanos, comodidad para el paciente y optimización de recursos. En ocasiones, permite diagnosticar y tratar en un solo procedimiento pequeños carcinomas intraductales. También puede ser empleado en pequeños carcinomas infiltrantes, realizando posteriormente la biopsia del ganglio centinela de forma ambulatoria. (*XXVII Congreso Internacional Centroamericano de Patología. II Congreso Hondureño de Patología. La Ceiba, Honduras, 29 de noviembre al 2 de diciembre de 2006.*)

Enfermería en el diagnóstico diferencial: Hipertensión ocular glaucoma

M.C. Imaz

Servicio de Oftalmología. Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción. La respuesta del nervio óptico a los niveles de presión alta tiene marcadas diferencias en los pacientes, por ello, la decisión terapéutica en el hipertenso ocular debe ser cuidadosamente evaluado para estimar si la calidad de vida del paciente con terapia para glaucoma por tiempo indefinido, es mayor que el beneficio, si se sabe diferenciar entre el hipertenso ocular de bajo riesgo y el paciente con glaucoma.

Objetivos. Evidenciar la existencia de daño glaucomatoso. Cuanto mayor sea la capacidad diagnóstica, más serán los argumentos disponibles para iniciar el tratamiento.

Metodología. Hay personas con niveles bajos de presión intraocular que desencadenan neuropatía óptica y otras con niveles altos no la desencadenan. La nueva tecnología nos permite detectar la alteración de la visión periférica de forma precoz, así como lesiones

iniciales en la capa de fibras nerviosas. Los métodos diagnósticos que realizaremos serán presión ocular, gonioscopia, campimetría, evaluación de papila óptica y fibras nerviosas. Analizaremos casos clínicos.

Resultados. Al conseguir una diferenciación entre glaucoma e hipertensión ocular:

1. Mejorar la calidad de vida del paciente.
2. Disminuimos el gasto sanitario directo e indirecto.

Conclusiones. Los métodos diagnósticos son cruciales en la diferenciación de glaucoma e hipertensión ocular de bajo riesgo. Es preferible invertir en mejorar los métodos diagnósticos, así identificar bien a los pacientes y revertir en el beneficio del paciente y el sistema sanitario. (*VI Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica. A Coruña, 28-29 de septiembre de 2006*).

Evolución de las técnicas de reconstrucción mamaria en un centro piloto europeo de screening de cáncer de mama (1990-2005)

J.A. Lozano, F.J. Escudero

Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción. La implantación de uno de los primeros programas europeos de detección precoz de cáncer de mama en marzo de 1990 supuso para nuestro hospital un aumento significativo de pacientes mastectomizadas. Se presenta la experiencia en cuanto a la indicación de las diferentes técnicas desde la expansión tisular hasta las técnicas autólogas con colgajos de perforantes.

Material y Métodos. Estudio retrospectivo comparativo sobre 893 pacientes intervenidas de reconstrucción mamaria tanto inmediata como diferida entre 1990 y 2005. Valoración del tipo de reconstrucción con su variación de la técnica, resultados a largo plazo, complicaciones, secuelas y grado de satisfacción de la paciente.

Resultados. Edad media 51,2 años. Reconstrucción inmediata 34,2%. Reconstrucción diferida 65,8%. Expansión tisular 62%. Colgajo toracoepigástrico 4%. Latissimus dorsi con prótesis 12%. Latissimus dorsi sin

prótesis 5%. TRAM pediculado 5%. TRAM libre 3%. DIEP 9%. Exponemos las variaciones de las técnicas originales que permiten un mejor resultado y grado de satisfacción a largo plazo para la paciente.

Conclusiones. La reconstrucción mamaria inmediata tuvo un auge importante en los 8 primeros años del programa, pero cada vez se restringe más esta técnica, ya que el éxito depende de la correcta selección de los casos que deba aplicarse. El porcentaje de pacientes reconstruidas tras mastectomía aumentó significativamente tras la inclusión del programa, al incluir el Servicio de Cirugía Plástica dentro del Comité Clínico de Cáncer de mama. Con la nueva aparición de los colgajos de perforantes las técnicas autólogas con mínima morbilidad se muestran como los procedimientos de elección en pacientes jóvenes, sin olvidar las técnicas clásicas que, por su puesto, tienen sus indicaciones. (*XVI Congreso de la Federación Iberoamericana de Cirugía Plástica. Buenos Aires, Argentina, 27 de marzo al 1 de abril de 2006*).

