

Estrategias de afrontamiento al estrés de cuidadoras informales de pacientes con demencia

A. Goñi*, A. Biurrun*, B. Artaso**

* Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Pamplona. Navarra.

** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Pamplona. Navarra.

Objetivo. Analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadoras de pacientes con demencia.

Material y métodos. Se estudiaron 80 cuidadoras, 40 cuyo familiar acudía a un centro de día psicogeriátrico y 40 que permanecían en su domicilio. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas: deterioro cognitivo (Miniexamen Cognoscitivo) y deterioro funcional (Índice de Barthel) del paciente; sobrecarga (escala de sobrecarga del cuidador), rasgos de personalidad (cuestionario EPI) y estrategias de afrontamiento (cuestionario de formas de afrontamiento) de la cuidadora.

Resultados. La estrategia de afrontamiento más utilizada fue el distanciamiento por ambas cuidadoras, seguida de la búsqueda de apoyo social para las de centro de día y el autocontrol emocional para las de domicilio, en tercer lugar ambas utilizaban la planifica-

ción; la menos presente fue la aceptación de la responsabilidad para ambas. La cuidadora usuaria de centro de día, con mayor nivel de escolarización y menor tiempo en el rol de cuidadora, tendía a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones. Estas cuidadoras recurrían con más frecuencia a la confrontación, a la aceptación de la responsabilidad y a la huida-avoidación. No se encontraron diferencias en cuanto a rasgos de personalidad, el neuroticismo era elevado, ni en cuanto al grado de sobrecarga emocional que era intenso en el 79% de los casos.

Conclusiones. La sobrecarga emocional que padece la cuidadora es intensa e independiente de que acuda a un recurso formal o permanezca en su domicilio; tal sobrecarga se asocia con la utilización de estrategias centradas en las emociones y con mayor nivel de neuroticismo. (*IV Jornadas de Psicología en Navarra. Pamplona (Navarra), 14-16 de abril de 2005*).

Demencia y familia: estudio de sobrecarga

A. Biurrun*, A. Goñi*, B. Artaso**

* Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Pamplona. Navarra.

** Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Pamplona. Navarra.

Objetivo. Estudiar el nivel de sobrecarga de una población de cuidadoras familiares de pacientes con demencia que residan en la comunidad y las variables influyentes en la misma.

Material y método. Se estudiaron 80 cuidadoras, 40 cuyo familiar acudía a un centro de día psicogeriátrico y 40 que permanecían en su domicilio. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, incluyendo en estas últimas el deterioro cognitivo (MEC) y funcional (Índice de Barthel), alteraciones neuropsiquiátricas (INP), la sobrecarga del cuidador ("Escala de sobrecarga del cuidador"), las características de personalidad del cuidador (EPI), estrategias de afrontamiento ("Cuestionario de formas de afrontamiento") y el apoyo social ("Cuestionario de apoyo social funcional").

Resultados. El 79% de las cuidadoras sufrían una sobrecarga intensa. La sobrecarga se veía determinada por la mayor presencia de alteraciones neuropsiquiátricas, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento "huida-avoidación", explicando el 41% de la variabilidad en la sobrecarga.

Conclusiones. Las cuidadoras familiares de pacientes con demencia en la comunidad que se enfrentan a más alteraciones neuropsiquiátricas, utilizando estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y que cuentan con un menor apoyo social, tienen mayor riesgo de experimentar sobrecarga con los cuidados. (*IV Jornadas de Psicología en Navarra. Pamplona (Navarra), 14-16 de abril de 2005*).

Torsión de un lóbulo accesorio hepático pediculado en un lactante

A. Pérez Martínez, J. Conde, M. A. Martínez Bermejo, L. Bento

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

Introducción. La existencia de vómitos de comienzo súbito en un lactante con dolor abdominal obligan a un amplio diagnóstico diferencial. La existencia de un lóbulo hepático torsionado como origen del cuadro es excepcional.

Caso clínico. Paciente varón de 2 meses de vida que acude a urgencias por vómitos proyectivos sin relación con las tomas y dolor abdominal sin afectación del estado general.

Se realizó una ecografía abdominal para descartar una estenosis hipertrófica de píloro.

Se encontró una masa de 2 cm de diámetro y contenido líquido situada entre la superficie hepática y la curvatura menor del estómago sugestiva de duplicación gástrica.

Realizamos un tránsito para verificar si existía comunicación con la luz del estómago. Solo mostraba una ímprota gástrica en la curvatura menor por compresión extrínseca.

En la laparotomía encontramos un pequeño lóbulo hepático torsionado en su pedículo y necrótico que se resecó. Igualmente encontramos un segundo lóbulo pediculado craneal al primero de aspecto normal que se resecó también para evitar complicaciones futuras. El postoperatorio no presentó alteraciones.

Conclusiones. Nunca antes se había comunicado la existencia de dos lóbulos hepáticos accesorios y pediculados (uno de ellos torsionado) en un lactante. Es un caso único y por ello no merece más atención que su simple descripción y conocimiento. (*III Congreso Ibérico de Cirugía Pediátrica. Madeira (Portugal), 18-21 de mayo de 2005*).

Prevención de los problemas musculoesqueléticos originados por la inmovilidad en pacientes en las Unidades de Críticos

E. Martín Goñi

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

Introducción. Por las características propias de los pacientes que ingresan en nuestra unidad, sabemos que pasan tiempo en posturas que, aún siendo fisiológicas, terminan perjudicando al paciente en un futuro. El Servicio de Rehabilitación de nuestro hospital tiene la percepción de que los problemas que ellos reciben respecto a pacientes de estancias largas en nuestra unidad son, en su gran mayoría, secuelas originadas por la debilidad muscular y en menor medida por compresión de ciático externo y pie equino.

Objetivos. Desarrollar un plan de cuidados estandarizado con el fin de fomentar: la función motora óptima al establecer la alineación corporal apropiada y un régimen de ejercicio regular, impedir la incapacidad y deformidad e iniciar ejercicios activos y pasivos tan pronto sea posible.

Metodología. Revisión bibliográfica, puesta en contacto con el Servicio de Rehabilitación y presentación de una escala de valoración para detectar al paciente con riesgo de sufrir problemas musculoesqueléticos. Los parámetros a tener en cuenta serán: edad, motivo de ingreso, estado nutricional, ventilación mecánica, sedoanalgesia, estabilidad hemodinámica, entre otros. Elaboración de un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes.

Conclusiones. El plan de cuidados estandarizados nos sirve para actualizar, protocolizar, sistematizar procedimientos y actividades de enfermería con el fin de prevenir las complicaciones durante los períodos de enfermedad cuando hay limitación de los movimientos y funciones regulares del cuerpo, por inmovilización prolongada. (*XL Congreso Nacional de la SEMICYUC-XXXI Congreso Nacional de la SEEIUC. A Coruña, 19-22 de junio de 2005*).

Golpe de calor: el desafío en la “extreme bardenas”

M. C. Riba, J. Turumbay, A. Ros, M. Sanz Gálvez, E. Soto, A. Burgos

Servicio de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

Introducción. El golpe de calor (GC) es una entidad clínica caracterizada por un fracaso multiorgánico secundario a una elevación extrema de la temperatura corporal como consecuencia del fracaso en la termorregulación. La hipertermia, la alteración del estado de conciencia y la anhidrosis, junto con el antecedente de exposición a temperatura ambiental elevada, o la realización previa de ejercicio intenso, son las características clínicas que definen la enfermedad.

La “extreme bardenas” es una marcha en bicicleta de BTT. Se destaca por la extrema dificultad para superar 106 Km en un día donde la temperatura puede ser sofocante. Basta con llegar a la meta porque eso es el gran reto de esta prueba.

La depresión de la Bardena Blanca por donde discurren los cien kilómetros de la marcha, se trata de un ecosistema estepario único en Europa, conocido también como “el primer desierto de Europa”.

Distancia total: 106 km. Salida: a las 9:00 am de Arguedas (Navarra) (Tª 24,7°C y Humedad 61%). Horario de llegada: el primero a las 14:50 (Tª 35,1°C y humedad 28%) el último a las 18:00 (Tª 35,7°C y humedad 26,4%).

Participantes totales: 1.425, terminaron la prueba: 1.248, abandonos por motivos varios (técnicos y/o sanitarios) 177. Atenciones sanitarias: 135 (41 contusiones, 93 agotamiento por calor, 1 golpe de calor).

Caso clínico. Paciente de 34 años sin antecedentes personales de interés, deportista entrenado, que en el transcurso de la prueba ciclista mencionada presenta disminución del nivel de conciencia secundario a hipertermia. Es recogido por las asistencias sanitarias inconsciente, con puntuación en la escala de coma de Glasgow de 5 y trasladado en helicóptero mecanizado al servicio de Urgencias del Hospital de Tudela. Durante el mismo se inician medidas de enfriamiento externo directas con compresas de agua fría en axilas, ingles y cabeza y oxigenoterapia mejorando progresivamente la puntuación del Glasgow hasta 15 en los 40 minutos transcurridos entre su asistencia *in situ* y la llegada al servicio de urgencias.

Exploración física: TA 110-70 mm Hg, FC 150x´ Tª 40,5°C. Regular estado general, mal perfundido. Regular estado de hidratación. Enrojecimiento corporal y taquipneico. Anhidrosis.

Cabeza: boca seca. Cuello: movilidad normal. Tórax: AC: rítmica sin ruidos patológicos. AP: normoventilación bilateral. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, peristaltismo de progresión. Espalda: normal. Extremidades: normales. Neurológica: a su llegada a urgencias, consciente bien orientado temporoespacialmente, amnesia sobre lo ocurrido (hasta que estaba en el helicóptero), GCS 15. No alteraciones motoras, sensación de calambres musculares.

Pruebas complementarias: destaca tiempo de protombina 18,05 seg. Actividad de protombina 46% INR 1,66 GOT/AST 287 U/L, GPT/ALT 248 U/L, LDH 641 U/L (250-460), GGT 12 U/L, FA 150 U/L, CPK 5.199 U/L (24-167) CK-MB 59 U/L a 37°C Calcio 8,4 mg/dl fosfato 2,48 mg/dl, Na 142 mEq/l. K 4 mEq/l. Creatinina 1,03 mg/dl. Proteína 5,8 g/dl (6,6-8,7) pH 7,39 pO2 61 pCO2 25. ECC: ritmo sinusal. Sin alteraciones de la repolarización.

Tras recibir tratamiento sintomático presenta una evolución favorable, desapareciendo la fiebre y el trastorno hemostático. Las enzimas musculares decrecieron hasta valores normales, permaneciendo el paciente asintomático y manteniendo buenas diuresis. Recibió el alta hospitalaria a los tres días de su ingreso.

Discusión. El binomio deporte-salud se rompe cuando se somete al organismo a condiciones y esfuerzos extremos, pese a realizar una buena preparación previa. El aumento importante de las enzimas musculares y hepatocelulares expresan la necrosis muscular y la afectación hepática existentes. La presencia de alteraciones hemostáticas en el GC, ensombrece el pronóstico aunque en nuestro caso la evolución fue muy satisfactoria y rápida. No se objetivó acidosis metabólica pese a estar descrita como constante e intensa en los golpes de calor activos, aunque el pH se pudo mantener en la normalidad por la hiperventilación del paciente. (*1 Jornadas Internacionales de Medicina del Deporte. Zaragoza, 26-27 de noviembre 2004*).

Observación con diferentes técnicas de la *Tunga penetrans* en biopsias cutáneas

R. Olleta¹, I. Pérez de Viñaspre², L. Mariezcurrena², P. De Llano², A. Valcayo²

1. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción. La *Tunga penetrans* es una pulga de la familia *Syphonaptera* que proviene de América Central, Caribe y Sudamérica pero que se ha ido extendiendo a otras zonas como Madagascar, África tropical, Seychelles, Pakistán y costa occidental de la India. Actualmente es rara en América debido a fumigaciones, pero no tanto en zonas de África.

Los huevos de la *Tunga* son depositados en la arena, donde llegan a madurar. Los machos mueren al llegar a esta fase y las hembras son las que se introducen en la planta del pie, normalmente dedos del huésped al pisar la arena. La pulga llega hasta la dermis donde se alimenta de vasos sanguíneos y pone sus huevos. En los cortes histológicos se pueden observar estructuras internas de la pulga, como anillos traqueales, secciones del tubo digestivo, ovarios, etc.

Material y métodos. Con la intención de conocer las propiedades histoquímicas e inmunohistoquímicas de este insecto, hemos revisado seis casos, valorando la edad, sexo, procedencia del contagio y localización de la lesión. A las muestras remitidas les hemos realizado cortes de 3, 6 y 10 micras y realizado técnicas de tricrómico de Masson, PAS, queratina de alto y bajo peso molecular.

Resultados. Hematoxilina-eosina: pone de manifiesto todas las estructuras. Se ve la estriación del músculo.

Tricrómico de Masson: se ven los ovocitos de color rojo intenso y se aprecian bien las estriaciones del músculo.

PAS: los ovocitos se destacan y el resto de las estructuras se tiñen de forma muy pálida.

Queratina bajo peso molecular (AE1): no hay epitelios que expresen la proteína.

Queratina alto peso molecular (K34bE12): expresa la queratina del huésped y los aros del tubo digestivo y traqueales.

Conclusiones

- La biopsia por punch frente a la cuña cutánea es suficiente para diagnóstico pero de rendimiento inferior.
- Para la identificación de la *Tunga penetrans* se deben hacer cortes algo más gruesos que los habituales.
- La queratina de alto peso molecular (K34bE12) es útil en casos de biopsias pequeñas para identificar los anillos de intestino y traqueales.
- Con la tinción de Tricómico de Masson se destacan de forma notable los ovarios con sus correspondientes ovocitos. (*XVIII Congreso Nacional de Técnicos de Laboratorio. Logroño, 19-21 de mayo de 2005*).

Valor diagnóstico del color de las metástasis en las autopsias

R. Olleta¹, L. Mariezcurrena², I. Pérez de Viñaspre², I. Amat²

1. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

2. Hospital de Navarra. Pamplona.

Introducción. La aparición en el cerebro de metástasis indica una fase devastadora en el proceso cancerígeno y tiende a reproducir la morfología del tumor primario.

Los tumores metastásicos del cerebro suelen estar bien delimitados. Pueden ser sólidos, quísticos o hemorrágicos.

Macroscópicamente las metástasis cerebrales pueden dividirse en tres grupos: solitarias, múltiples (las más frecuentes), carcinomatosis leptomenígea.

Sobre las autopsias neuropatológicas:

1. Se debe de hacer la autopsia del cerebro a todos los fallecidos para evitar errores diagnósticos.
2. El estudio de la médula espinal es aconsejable.

Se obtienen datos importantes mediante una investigación autopsica cuidadosa.

Material y métodos. Se han estudiado seis casos que presentaban metástasis cerebrales en autopsias realizadas en el Hospital de Navarra y hemos valorado el color de las mismas. Como fijador hemos empleado formol tamponado durante dos semanas con un volumen tres veces superior al del tejido. Hemos realizado cortes coronales seriados de un centímetro de espesor con una inspección macroscópica de las láminas. Incluimos en parafina bloques de rutina y además las áreas sospechosas.

Resultados. Mediante la observación del color de los nódulos del parénquima cerebral hemos obtenido datos sobre el origen del tumor primario en estos seis casos de autopsia neuropatológica.

Hemos clasificado las metástasis cerebrales en cuatro colores:

- Blanco: en dos casos cuyo tumor primario se encontraba en pulmón y colon respectivamente.
- Negro: dos casos melanoma; situado uno de ellos en espalda y otro no localizado (se conoce el fenómeno de regresión completa).
- Rojo: un caso de tumor de testículo (cariocarcinoma).
- Verde: un caso en un carcinoma de mama que había dado metástasis en el hígado. El tumor primario pasó desapercibido en una primera evaluación macroscópica.

Conclusiones. La observación macroscópica del color de los nódulos del parénquima en las autopsias del cerebro nos ayuda a conocer con frecuencia datos del tumor original.

En casos de tumor de color negro, sospechando que se trate de un melanoma, hay que inspeccionar bien toda la piel del organismo, valorando especialmente las zonas de decúbito y mucosas. Si no se descubre, tener en cuenta la posibilidad de que haya regresado.

El color verde es infrecuente y suele ser debido a ictericia colostática. Ocurre en tumores de vías biliares. En este caso, aportó datos sobre el estado de otras vísceras, como el hígado, en donde había metástasis.

Todos los tumores que son muy vascularizados pueden sangrar, y por tanto ser de color rojo. Sin embargo, órganos que no siempre se inspeccionan, como el testículo, suelen ser origen de tumores con gran tendencia a sangrar. (*XVIII Congreso Nacional de Técnicos de Laboratorio. Logroño, 19-21 de mayo de 2005*).

Actuaciones de enfermería en el paciente sometido a cirugía maxilofacial

M.T. Soria

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

Introducción. En los últimos años el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, junto con avances en anestesia y técnicas ventilatorias, ha permitido que un gran número de pacientes se pueda beneficiar de intervenciones de cirugía maxilofacial, sin la necesidad de una traqueotomía. Los pacientes son ventilados a través de un tubo nasotraqueal, e ingresan en la unidad entre 24-72 horas tras el acto quirúrgico, que es agresivo y de larga duración, para controlar el edema en las vías respiratorias altas producido por la manipulación de una zona altamente vascularizada.

Objetivos. Describir protocolo de actuación de enfermería teniendo en cuenta el tipo de cirugía maxilofacial realizada.

Prevenir problemas potenciales por intubación nasotraqueal como sinusitis, infecciones traqueales, necrosis por presión de la mucosa y aleta nasal.

Metodología. Estudio retrospectivo realizado del 1 de enero a 31 de diciembre de 2004 en una unidad de críticos polivalente. De 576 ingresos, 37 (6,42%) post-

operatorio maxilofacial, 31 ventilados a través de intubación nasotraqueal (83,78%), 6 (6,22%) por traqueotomía realizada en el acto quirúrgico, 3 por problemas en la intubación nasotraqueal. Las patologías intervenidas se agrupan en:

- Neoplasias de suelo de boca, paladar, lengua, cervical+vaciamiento ganglionar+colgajo; 23 pacientes (62,16%).
- Reconstrucción de maxilares con cerclajes, 12 (32,43%).
- Abscesos mandibulares, de suelo de boca, 2 (5,40%).

Contrastar nuestra experiencia diaria, bibliografía y las bases de datos Medline y CINAHL.

Conclusiones. Con una correcta praxis de los cuidados de enfermería se mejora la atención a estos pacientes y se evitan las posibles complicaciones. (*XL Congreso Nacional de la SEMICYUC-XXXI Congreso Nacional de la SEEIUC. A Coruña, 19-22 de junio de 2005*).

Prevalence of pneumococcal serotypes in invasive disease in children

A. Gil, L. Torroba, A. Mazón, A. Barricarte

Servicio de Microbiología. Ambulatorio General Solchaga. Pamplona.

Objectives. The aim of this study was to investigate the prevalence of pneumococcal serotypes in invasive disease in children.

Methods. Navarra is a province in northern Spain with a population of 570,000 inhabitants. From september 2000 we have been referring all pneumococcal isolates to the Centro Nacional de Microbiología in Majadahonda for serotyping. Although the health authorities in the province have not included the heptavalent pneumococcal vaccine in the official vaccination schedule, this vaccine has been widely used by paediatricians since late 2001. We have split the study period into 4 seasons (from september to october).

Results. During the study period, 88 pneumococcal strains were isolated, of which 86 were nontypable. 19 were recovered during the first season, 22 in the second, 22 in the third and 25 during the last season. During the first season the most frequent serotypes were: 1(4 isolates), 6A (3), and 19 (2 isolates, one 19A

and one 19F); for the second season: 6 (7 isolates, 4 6A and 3 6B), 14 (4) and 18C (2) and 19 (2 isolates, one 19A and one 19F); for the third season: 19 (13 isolates, 5 19A and 8 19F), 1 (2) and 7 (2), and for the fourth season: 19 (9 isolates, 4 19A and 5 19F), 14 (5), 18C (2) and 24 (2). 11 of 19 isolates from the first season were not included in the heptavalent vaccine (57.9%), 6 (27.3) from the second, 6 (27.3%) from the third and 8 (30%) from the fourth season.

Conclusion. Despite the use of pneumococcal vaccine, the number of cases of invasive infection has not decreased in the Navarra region. Moreover, some serotypes included in the vaccine (14, 19A and 19F) have become more prevalent. Changes in circulating serotypes, incidence of cases between vaccinated and non-vaccinated children and changes in the population (rapid growth due to immigration) could explain the findings presented here. (*15th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Copenhagen/Denmark, 2-5 april of 2005*).

Luxación glenohumeral inferior o erecta. A propósito de un caso

J. Turumbay, M. C. Riba, A. Ros, J. Ayensa, M. Sanz Gálvez

Servicio de Urgencias. Hospital de Tudela. Navarra.

Introducción. La articulación glenohumeral constituye la luxación más frecuente de todas las articulaciones y el 70% se presenta en menores de 30 años siendo más incidente en hombres que en mujeres.

Se clasifican según la posición de la cabeza humeral, siendo el tipo más frecuente, 80-90% de todos los casos, la de localización anterior. El resto de localizaciones serían la posterior, superior, y la que nos ocupa (inferior o erecta).

La luxación glenohumeral inferior es un tipo de luxación raro. Hay una deformidad clara y el brazo se mantiene en máxima abducción. El principal mecanismo de producción es el traumático aunque se han descrito casos asociados a tracción brusca asociada a deportes del tipo de tenis. El diagnóstico se confirma con radiología. La reducción se realiza con tracción en abducción; de esta manera pasa a ser una luxación anterior, por lo que luego habrá que realizar el método de Kocher. Se han descrito varios tipos de lesión neurovascular con este tipo de lesión por lo que una reducción anatómica precoz es necesaria para disminuir este tipo de secuela. Además es frecuente encontrar fracturas asociadas de coracoides, clavícula, acromion, tuberosidad mayor y cabeza humeral.

Caso clínico. Paciente de 40 años sin antecedentes de interés que sufre caída de bicicleta sobre hombro

derecho, presentando deformidad de dicho hombro con brazo derecho en extensión y abducción así como impotencia funcional. La exploración vasculonerviosa era normal.

La radiografía mostraba una luxación de la articulación glenohumeral derecha inferior asociada a fractura de troquíter.

El paciente pasó a quirófano para reducción cerrada con sedación con propofol. Tras inmovilización de la extremidad durante 5 semanas precisó tratamiento rehabilitador por discreta limitación de extensión y abducción de brazo derecho siendo la evolución posterior satisfactoria recuperando la práctica totalidad de la movilidad.

Discusión. Creemos interesante presentar este caso por la rareza del mismo. En la mayoría de los casos descritos en la bibliografía se documentan lesiones asociadas tanto vasculonerviosas como fracturas asociadas (al igual que nuestro caso con asociación de fractura de troquíter). La reducción anatómica fue precoz según se recomienda, lo que posiblemente permitió una recuperación posterior sin secuelas. (*Jornadas Internacionales de Medicina del Deporte. Zaragoza, 26-27 de noviembre 2004*).

Perspectiva evolutiva de la técnica de Nuss. Nuestra experiencia

L. Bento, M. A. Martínez Bermejo, J. Conde, A. Pérez Martínez

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

Introducción. Desde el año 1999 empleamos en nuestro servicio el procedimiento de Nuss para la corrección del *Pectus excavatum*. En estos pocos años se han producido algunas modificaciones, tanto en la técnica como en el material, encaminadas a mejorar los riesgos del procedimiento y las complicaciones inmediatas y tardías.

El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia de estos años, haciendo hincapié en las variantes técnicas que hemos ido adicionando y que nos han proporcionado unos mejores resultados.

Material y método. Veintinueve pacientes tratados, 71% varones, edad media 3-21 (media 12,6), media del índice de Haller 4,9.

Barra única 26, barra doble 2, barras retiradas 14.

Complicaciones: perioperatorias 14,3%, tardías 17,1%.

Resultados: muy buenos 8, bueno 18, regular 3, mortalidad 0.

En todos los pacientes se ha realizado la técnica standard de Nuss con toracoscopia derecha y epidural torácica.

Comentarios. El índice de complicaciones se ha producido fundamentalmente en los primeros 15

pacientes. A medida que hemos ido adicionado mejoras de la técnica, siguiendo los criterios de Nuss, los resultados han mejorado sustancialmente.

Desde el punto de vista de la evolución del método, en los últimos años se han producido los siguientes cambios:

- Colocación de la barra penetrando 1-2 cm medial al punto más prominente del embudo.
- Fijación de los estabilizadores a la barra para evitar los desplazamientos de los mismos.
- Estabilización unilateral en los pacientes en crecimiento para evitar así el efecto constrictivo de la barra.
- Cerclaje toracoscópico de un extremo de la barra para evitar el volteo de la misma.
- Empleo de la ventosa en el momento del paso del disector mediastínico.

Todas estas variaciones han proporcionado una mayor estabilidad del sistema y han reducido sustancialmente el índice de las complicaciones derivadas del desplazamiento de los estabilizadores y la barra. (*III Congreso Ibérico de Cirugía Pediátrica. Madeira (Portugal), 18-21 de mayo de 2005*).