

Protocolo de alta por enfermería en la cirugía mayor ambulatoria de San Juan de Dios

M. Díaz de Cerio, F. Rodríguez, P. Marzo, B. Núñez, A. Eterra, E. Martínez, A. Echeverría
Sección B. Cirugía General. Hospital de Navarra. Pamplona
Cirugía Mayor Ambulatoria. San Juan de Dios. Pamplona

Introducción. A partir del tercer trimestre de 2001, comenzamos a trabajar para la realización del protocolo de alta por enfermería en el Hospital de San Juan de Dios, consensuando entre los servicios de Anestesia, Cirugía, Enfermería y Admisión.

Objetivos. Tras la puesta en marcha de la cirugía mayor ambulatoria, se ve la necesidad de optimizar y agilizar el proceso de alta, muchas veces retrasado involuntariamente por parte de cirujanos y anestesistas, debido a horarios, guardias, etc.

En el presente trabajo explicamos los pasos seguidos en nuestra Sección de Cirugía General para la puesta en marcha del proceso de alta por enfermería y los resultados tras los más de seis meses de funcionamiento.

Material y métodos. Documentación que presenta nuestro protocolo: criterios de alta, criterios de ingreso, recomendaciones específicas para cada intervención, informe de alta firmada por el cirujano, pasos a

seguir hasta la marcha del paciente, actuación ante posibles complicaciones previas al alta e información detallada sobre soluciones a posibles problemas que los pacientes puedan plantear telefónicamente cuando estén ya en su domicilio.

Conclusiones. La sencillez del protocolo permite: su consulta inmediata, el registro individualizado de todos los datos de cada paciente, posibilidad de solucionar las complicaciones más frecuentes y agilizar el proceso de alta, asegurando la calidad asistencial y el total confort de los pacientes.

Resultados. Tras seis meses de puesta en marcha, hemos constatado la satisfacción de los pacientes tanto en la llamada de las 24 horas así como en la revisión en consultas y en la encuesta de satisfacción de los 15 días. (*IV Simposium Intercongreso de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria ASECM. Almería, 21-23 de noviembre de 2002*).

Task- Based learning in a family residency programme

J.R. Loayssa

Atención Primaria. Centro de Salud de Noain. Navarra

To design, implement and evaluate a tasks-based learning approach in a rotation in the primary health centre within a family residency programme.

The first year 3 months rotation of the residents in the health centre revealed problems such as undefined activities, a passive role of the residents and gaps between the theoretical and practical content. To overcome these limitations a series of tasks were introduced. The tasks included commentaries on reading material, observation of consultations,

interview with specific patients, review of medical records, bibliography searches and a learning diary.

The completion of the tasks were rated and trainers and residents were sent a questionnaire in order to collect their opinions about the utility and feasibility of each task. Some trainers were interviewed to explore their opinions and the residents were invited to group discussions with the same objective in mind.

Results. The answers to the questionnaire were very low. Nineteen out of 23 residents completed the tasks satisfactorily. Many residents consider the tasks to be time-consuming, they do not see the point of tackling psychosocial dimensions and complain of excessive noting. Some tutors do not know the tasks the residents did and others think that they should concentrate on learning specific clinical content. Others comments were that more preparation was needed, and that the tasks interfered with other activities.

Conclusions. The tasks were planned for improving the relevance and effectiveness of this rotation and despite the critics we still think that this is the way to follow although modifications in some of them are recommended. More participation of the trainers in the design of the tasks and a more flexible approach (optional tasks) is desirable. The attitude of residents and trainers should be examined in more detail. (*WoncaEurope 2003. 9th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine. Slovenia, 18-21 de junio de 2003*).

Respuesta ante el desastre en un archivo pasivo de historias clínicas

M.P. Jiménez Carnicero, F.J. Sada, M. Oiarbide, L. Larraya

Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Centro de Consultas "Príncipe de Viana". Pamplona

Introducción. El archivo pasivo unificado de historias clínicas de los dos hospitales de Pamplona del Servicio Navarro de Salud está situado a 4 km del archivo activo. En enero de 2002 albergaba un total de 327.611 historias que ocupaban 4.250 metros lineales. Su actividad diaria es de 200 historias prestadas y 400 historias devueltas (el 12,5% son éxitos y el resto historias sin movimiento en los últimos 450 días). El 5 de marzo de 2002 se produjo un fallo en una estantería, que cedió lateralmente precipitándose sobre la siguiente, produciendo un efecto dominó que arrastró a 10 bloques de estanterías, que se vieron abajo. El siniestro afectó inicialmente a un total de 1.400 metros lineales de estanterías que contenían 255.000 sobres (150.000 de historias en papel y 105.000 de material radiográfico) e indirectamente a la totalidad del archivo, ya que era imposible el acceso al mismo.

Objetivos. Describir la secuencia de medidas técnicas y organizativas tomadas tras el desplome de las estanterías que contenían la totalidad de las historias unificadas pasivas del recinto hospitalario de Pamplona.

Material y métodos. Ante esta situación se elabora un plan de emergencia y se delimitan las fases de actuación. Objetivos: a) Informar exhaustivamente del desastre ocurrido a todo el personal sanitario y administrativo que tenga relación con las historias clínicas. b) Restablecer la normalidad en un plazo máximo de 15 días. c) Colocar nuevas estanterías. d) Incorporar al préstamo diario las historias recuperadas cada día. e) Planificar las fases de actuación: 1) Tomar medidas de seguridad. 2) Retirar el material caído y compactar el ya existente. Aprovechar los espacios libres, colocar nuevas estanterías y archivar por triple dígito terminal. Reorganizar el trabajo en el archivo activo. 3) Revisar el orden dentro de cada dígito terminal y solicitar los informes pertinentes sobre la seguridad de la instalación. 4) Elaborar un plan de medidas de seguridad para

controlar posibles incidencias y concertar un compromiso posterior de inspección.

Resultados. Se tardó 14 días laborables en recuperar la totalidad de historias pasivas y otros 11 días más para terminar la revisión de la ordenación. Los metros lineales colocados fueron 2.800 (doble del afectado). Se dejaron de prestar 1.700 historias, con una media diaria de 100 historias, siendo la cifra máxima de no prestadas de 226 y la mínima de cero. Se enviaban diariamente 767 correos electrónicos informando de la evolución en la recuperación de historias clínicas.

Conclusiones. A pesar de la magnitud de la tragedia se logró resolver la situación en el mínimo tiempo posible, sin paralizar la actividad ordinaria del archivo. No se recibió ninguna queja ni reclamación a consecuencia de la no disponibilidad de las historias e incluso se recibieron agradecimientos por la rapidez en resolver el problema y la escasa incidencia que tuvo para los pacientes y profesionales sanitarios, debido fundamentalmente a la comunicación inmediata del incidente a las direcciones profesionales sanitarias y a la información diaria (por correo electrónico) del estado de los trabajos realizados. Se reordenó el espacio existente y se logró aumentar considerablemente la capacidad de archivado. Se insistió en el cumplimiento de las normas técnicas de montaje de estanterías, asegurando el conjunto de estanterías no afectadas y se estableció también un plan de medidas de seguridad.

A día de hoy desconocemos las causas del incidente si bien los días anteriores se habían producido pequeños seísmos en la cuenca de Pamplona y se acababa de trabajar archivando documentación procedente del expurgo del archivo activo, en las terminaciones de la estantería afectada. (*VIII Congreso Nacional de Documentación Médica. "Facilitando la asistencia integrada". Gijón, 5-6 de junio de 2003*).

Gastric parietal cell carcinoma: report of three cases

M.L. Gómez-Dorransoro

Sección de Patología. Hospital de Navarra. Pamplona

Gastric parietal cell carcinoma is an infrequent newly recognised variant of gastric carcinoma with only 16 cases published in the literature.

The present study describes the findings in three cases of gastric parietal cell carcinoma consisting of parietal cells. We have used light and electron microscopy, and histochemical stains.

We have studied three cases, two men and one women, 57 and 86 aged between. The tumour size ranged from 2,5 to 6,5 cm. The surgical specimens were stained with hematoxylin-eosin, alcian blue and PTAH. Small pieces of formalin fixed tumor tissue were collected in one case, and fresh tissue fixed in glutaraldehyde in another both for electron microscopy.

Involvement of the gastric wall was observed in all tumours. The tumour pattern was characterised by an arrangement of tumour cells in sheets, elongated cords or in diffuse poorly cohesive sheets interspersed with a

lymphocytic infiltrate. Tubular differentiation was only focally present in one of the cases. All the cases were composed by a large number of parietal-like cells with abundant eosinophilic cytoplasm, with a mixture of signet ring cells population in one of the cases. Alcian blue stain was negative throughout the tumour, whilst PTAH stained many tumour cells. Ultrastructurally the tumour cells were characterised by abundant mitochondria, tubulovesicles, intracellular canaliculi and intercellular lumina filled with microvilli.

The three tumours presented are primary gastric carcinoma with cytological and ultrastructural patterns of parietal cell differentiation. They represent a morphologically distinct type of carcinoma, which has been said to have a favourable prognosis. (*19th European Congress of Pathology. Slovenia 6-11 de septiembre de 2003*).

Determinación de indicadores de proceso en la atención oncológica

F.J. Lameiro, M. Torres, M.S. Nájera

Unidad de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital Reina Sofía. Navarra

Introducción. El objeto del estudio fue determinar tres indicadores de calidad en atención oncológica en nuestra Área: la demora entre el primer contacto con Atención Especializada (AE) y el diagnóstico de cáncer (AEDX), la demora entre éste y el tratamiento quirúrgico (DXIQ), y la demora total (AEIQ).

Métodos. Se recuperaron 289 registros de alta de enero a septiembre de 2001. Se definieron criterios de exclusión y de depuración de dichos registros para el análisis de los tres indicadores. También se definieron de forma explícita las fechas de primer contacto con AE, de diagnóstico y de tratamiento.

Resultados. AEDX: 112 registros válidos. Demora: mínimo 0; P₅: 1,65, P₂₅: 6; P₅₀: 12, P₇₅: 29,50; P₉₅: 81,55; máximo 185. DXIQ: 63 registros válidos. Demora: mínimo 1; P₂₅: 9,25; P₅₀: 12, P₇₅: 21; máximo 91. AEIQ:

63 registros válidos. Demora: mínimo 5; P₂₅: 19; P₅₀: 28, P₇₅: 59; máximo 214.

Discusión. La mitad de los casos cumplan los criterios de demora propuestos por el Plan Oncológico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (15 días hasta el diagnóstico y otros 15 entre éste y el tratamiento). Existe un espacio para la mejora en la otra mitad que se demoraron más. Es necesario identificar los determinantes de la espera para corregirlos.

Tres limitaciones podrían sobrestimar la demora: 1) La definición de la población sólo a partir de altas hospitalarias de cáncer. 2) La definición de la fecha de diagnóstico. 3) La no inclusión de las sospechas descartadas tras biopsia. (*XXII Congreso Nacional y II Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Murcia, 6-9 de mayo de 2003*).

The spironolactone use in patients with refractory hypertension

J.A. Arteaga, M.J. Sorbet, M.A. Asiron

Servicio de Nefrología. Hospital de Navarra. Pamplona

The last years have witnessed important advances in basic and clinical hypertension. Extensive data from many randomized controlled trials have shown the benefit of treating hypertension.

However it is important to know that resistant hypertension is a frequent problem. 5-10% of the patients with hypertension is resistant or refractory to therapy. Refractory hypertension is conventionally defined as systolic or diastolic blood pressure that remains uncontrolled despite sustained therapy with at least three antihypertensive drugs including a diuretic.

Spironolactone, a competitive aldosterone receptor antagonist, has been the election treatment in primary hyperaldosteronism. It is indicated in the management of edematous conditions associated with heart failure or cirrhosis of the liver. However, their use is not frequent in hypertension.

Our proposal was to analyze, in a retrospective study, whether the addition of spironolactone could be useful in refractory hypertensive patients.

We analyzed the records of 142 patients who were referred to our hypertension clinic from 1998-2001 with the diagnosis of refractory hypertension.

Among 142 patients only 7 patients met the criteria of refractory hypertension. We used the following inclusion criteria: 1) Confirmation of hypertension with 24 hour ambulatory blood pressure. 2) At least 3 antihypertensive drugs including a

diuretic. 3) The patients do not receive antiinflammatory or antidepressive drugs. 4) We exclude morbid obesity and sleep apnea disorders. 5) Normal renal function. 6) No prior therapy with spironolactone.

Spironolactone was added at a dosage of 100 mg/day while that was maintained the same therapeutic scheme.

Results. In 6 patients the blood pressure dropped to normal values MAPA studies showed a dramatically and significantly decrease in systolic and diastolic blood pressure, ($p < 0,001$). Spironolactone was stopped in 1 patient for gynecomastia.

Blood pressure changes after introduction of spironolactone.

	SYSTOLIC	DIASTOLIC
Before	172 mmHg	104 mmHg
3 months*	129 mmHg	82 mmHg
6 months*	132 mmHg	81 mmHg
1 year*	139 mmHg	86 mmHg

* $p < 0,001$

Conclusions. Refractory hypertensive patients should be referred to a specialized team to exclude unrecognised secondary hypertension. Resistance after a stepwise work-up is rare. Spironolactone could be a useful therapy in some compliant patients with resistant hypertension. (*Meeting American Society Hipertensión. New York, 13-17 de mayo de 2003*).

Tasa de incidencia y nuevas mutaciones de la enfermedad de Huntington en Navarra y el País Vasco

M.A. Ramos-Arroyo, A. Valiente, M.A. López Arestegui, I. Janices, M.D. Martínez-Jaurrieta, S. Moreno

Sección de Genética. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. Antes del descubrimiento de la mutación responsable de la enfermedad de Huntington (HD), el diagnóstico se basaba en la presencia de movimientos coreicos y una historia familiar positiva. De acuerdo a este criterio, la incidencia se estimaba en un

3-7 por 100.000, con una tasa de mutaciones de un 3% aproximadamente. En los últimos años se ha observado que un número importante de casos clínicamente atípicos y/o sin historia familiar tienen una expansión CAG mayor de 36, sugiriendo que las tasas de inciden-

cia y mutaciones "de novo" son mayores que las hasta ahora reportadas.

Objetivos. 1. Analizar la evolución en el tiempo de los estudios de DNA para el diagnóstico sintomático de la EH. 2. Estimar la tasa de incidencia y nuevas mutaciones en Navarra y País Vasco.

Material. Sujetos de estudio: Individuos sintomáticos remitidos desde 1994 al 2001 al Servicio de Genética del Hospital Virgen del Camino para análisis molecular de EH (n=317).

Métodos. 1. Análisis directo de la secuencia CAG del gen IT15 mediante PCR. 2. Análisis de datos personales, clínicos y familiares.

Resultados. Ciento sesenta y seis casos (52,4%) presentaban una expansión CAG. De ellos, un 45% tenía

una historia familiar positiva y en un 35,3% adicional, la historia familiar se consideró como posible. Veinte pacientes (12,6%) tenían antecedentes familiares negativos. En tres de ellos se demostró la existencia de una mutación "de novo" y en otros 6 se consideró esta circunstancia como muy probable (padres y otros familiares asintomáticos a los 65 años de edad), estimándose una tasa de nuevas mutaciones de 7,1. La tasa de incidencia mínima estimada para Navarra y el País Vasco fue de 4,7 por millón de habitantes.

Conclusiones. Las tasas de incidencia o nuevas mutaciones de la EH son dos veces superiores a las estimadas antes de 1993. (*XXII Congreso Nacional de Genética Humana. 3ª Jornada de Diagnóstico Prenatal. Zaragoza, 18-20 de junio de 2003*)

Isquemia silente detectada mediante registro Holter. A propósito de un caso clínico

C. Casajús, I. Oroz, M. Blasco

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Navarra

Introducción. La isquemia miocárdica silente es, en ocasiones, un hallazgo casual relacionado o no con la presencia de lesiones coronarias y frecuentemente asociada a episodios de isquemia sintomática (angina). El mecanismo puede estar relacionado con la menor severidad del episodio, mayor umbral al dolor o neuropatía autonómica, siendo los pacientes diabéticos, hipertensos o con antecedentes de IAM más propensos a ella.

Caso clínico. Mujer de 82 años que acude a la consulta de cardiología por presentar episodios de palpitaciones. Se realizó exploración física, RX de tórax, electrocardiograma basal (ECG), y analítica de sangre, incluyendo hormonas tiroideas, sin hallazgos significativos.

Se realizó un Holter electrocardiográfico de 24 horas, analizando la presencia de síntomas, arritmias u otros eventos.

Actuación de enfermería: toma de constantes, revisión inicial de la radiología y ECG basal, colocación de holter previa información al paciente y lectura del registro obtenido y realización del informe provisional para revisión y visto bueno por el cardiólogo.

Resultados. Durante el registro la paciente no refirió síntomas. No se objetivaron arritmias ventriculares. El estudio mostró seis episodios de supradesnivelación del segmento ST de hasta cinco mm máximo durante cuatro minutos (el episodio más largo), dos de ellos seguidos de taquicardia paroxística supraventricular a 120/minuto.

El Holter resultó ser una exploración clave en el diagnóstico de isquemia silente en este paciente, permitiendo realizar tratamiento farmacológico.

Conclusiones. La esquemia silente es un hallazgo casual, en ocasiones asociado a otro tipo de síntomas (como palpitaciones en nuestro caso). Aunque no está bien definido el valor clínico de la detección de isquemia silente mediante el Holter, la presencia de múltiples episodios de isquemia se asocia a un peor pronóstico, siendo el tratamiento similar al de la isquemia sintomática. La actuación de enfermería es de gran utilidad en el análisis de los registros de Holter, agilizando en gran medida la labor del cardiólogo. (*XXIV Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Pamplona, 7-9 de mayo de 2003*).

Relación entre síntomas de palpitaciones y arritmias cardíacas detectadas mediante registro Holter

M. Blasco, C. Casajús, I. Oroz

Servicio de Cardiología. Hospital Reina Sofía. Navarra

Introducción. Las palpitaciones son una de las causas más frecuentes para la realización del estudio de Holter electrocardiográfico (ECG) en nuestro centro.

Objetivo. Analizar la relación entre la presencia de palpitaciones y la detección de arritmias en el Holter electrocardiográfico de 24 horas.

Material y método. Revisamos todos los estudios de Holter electrocardiográfico realizados en nuestro centro en el período de 12 meses, de octubre de 2001 a octubre de 2002. En el 30%, 75/248 el motivo del estudio fue palpitaciones, en el 28%, 68/248 síncope, en el 14%, 34/248 mareo y en el 28%, 71/248 otros.

Se analizaron los siguientes variables: edad, sexo, grado de esfuerzo físico en su profesión (bajo, medio, alto), presencia de patologías sistémicas asociadas, hormonas tiroideas. En el estudio de Holter ECG se realizó especial hincapié en la presencia de síntomas durante el registro y su correlación con la aparición de arritmias.

Resultados. De los 75 pacientes estudiados, el 44,2% (33/75) eran varones, con una edad media de 54 años (16/87). El ECG basal mostraba: en un 2,6% (2/75) síndrome de preexcitación, 85,3% (64/75) eran norma-

les, un 2,6% (2/75) fibrilación auricular (FA), un 1,3% (1/75) flutter auricular (FLA), un 1,3% (1/75) bloqueo auriculoventricular de primer grado y en un 5,3% (3/75) ritmo sinusal con PR corto.

Un 6,6% (5/75) de los pacientes presentaron elevación de TSH. Se detectaron arritmias en un 48% de los pacientes (36/75): 21 casos de taquicardia paroxística supraventricular (28%), 9 casos de FA (12%), 2 casos FLA (2,66%) y 4 casos taquicardia ventricular no sostenida (5,3%). Un 8% (6/75) presentaron síntomas durante el registro (todos ellos palpitaciones), en 3 de los cuales apareció correlación de la sintomatología con la presencia de alteraciones en el ECG, 2 episodios de taquicardia sinusal a 180 /minuto y 1 de FA a 130 /minuto. Un 97,2% (35/36) de los episodios de arritmia fueron asintomáticos.

Conclusiones. En nuestro medio, el estudio Holter ECG de 24 horas, presenta una capacidad diagnóstica muy limitada en el estudio de pacientes con palpitaciones y con una mala clínica y electrocardiográfica. (*XXIV Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Pamplona, 7-9 de mayo de 2003*).

Carcinoma indiferenciado de célula pequeña en citología de orina. Revisión de nuestros casos

E. Almudévar, E. Urbiola, E. Díaz de Rada, R. Guarch, Y. Laplaza, B. Repáraz, A. Arellano

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Introducción. El carcinoma indiferenciado de célula pequeña (CICP) es un tumor poco frecuente en la vejiga a diferencia de lo que ocurre en el pulmón. En el estudio citológico presenta características semejantes mostrando células pequeñas con escaso citoplasma, núcleos hiper cromáticos sin nucleolo. Existe también semejanza en ambos órganos en la mayor predisposición a ocurrir en el sexo masculino. La edad media de aparición va desde la sexta hasta la octava década de la vida. La forma más frecuente de manifestarse es la hematuria macroscópica, lo que permite realizar un

primer diagnóstico mediante el estudio de la citología de orina, que posteriormente será confirmado mediante ecografía, cistoscopia y estudio histológico.

Material y métodos. Hemos revisado las citologías de orina en un período de ocho años (1994-2001) y de un total de 20.000, hemos encontrado 12 citologías de orina con CICP, correspondientes a 4 pacientes con edades correspondientes de 56, 62, 69 y 80 años. Todos ellos fueron varones. El síntoma inicial fue hematuria. El estudio citológico de todos ellos fue informado de

carcinoma y en 6 citologías se especificó que se trataba de CICP. Las características comunes de las citologías estudiadas fueron un fondo con hematíes, celularidad inflamatoria, necrosis y celularidad tumoral abundante constituida por células de tamaño pequeño con escaso citoplasma, núcleos hipercromáticos con cromatina granular, sin nucleolo. Las células se disponían de forma suelta pero en algunos casos se observaba marcada tendencia al agrupamiento con escaso moldeamiento. Las citologías de uno de los pacientes mostraron además de CICP presencia de papilas tumorales correspondiente a un carcinoma papilar transicional asociado al CICP.

Tras estudio histológico se valoró el grado de infiltración. Dos de los pacientes con tumores poco infil-

trantes (pT1), presentan supervivencias libres de enfermedad a los 26 y 54 meses respectivamente. Los dos pacientes con tumores más infiltrantes (pT3), fallecieron a los 5 y 24 meses respectivamente.

Conclusiones. El diagnóstico de carcinoma indiferenciado de célula pequeña es fácilmente reconocible en citología respiratoria. Las mismas células encontradas en citología de orina deben sugerir un carcinoma indiferenciado de células pequeñas primario de vejiga, descartándose clínica y radiológicamente otras localizaciones como tumor primario. (*XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Citología. A Coruña, 1-3 de mayo de 2003*).

