EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE «PLEURITIS CRÓNICA INESPECÍFICA» OBTENIDO EN UNA SERIE TORACOSCÓPICA

R.Vargas González, B. Romero Romero, L. Díaz Cañaveral, F. Rodríguez Panadero, J. Martín Juan, J. Castillo Gómez.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

El diagnóstico de «pleuritis crónica inespecífica» obtenido mediante biopsia pleural puede ser problemático, ya que no siempre es aceptable como diagnóstico final. Con el objeto de valorar la fiabilidad de este diagnóstico en biopsiapleural y si puede establecerse comodefinitivo, estudiamos 435 pacientes sometidos a toracoscopia en nuestro servicio. Excluimos 28 casos diagnosticados de «pleuritis crónica inespecífica», por pérdida en el seguimiento, o cuando éste era inferior a un mes. El seguimiento promedio de los restantes 75 casos fue de 15 meses (1 -180).

RESULTADOS

Nº total de toracoscopias= 435-28= 407

Diagnóstico toracoscópico:

Neoplasias: 323 (79,3%)

«Pleuritis crónica inespecífica»: 75 (18,4%)

Diagnóstico Final:

Neoplasias: 27 (36%)

Pleuritis inespecíficas verdaderas: 42 (56%)

Otros: 6 (8%)

Pleuritis tuberculosa: 8 (2%)

Otros: 1(0,3%)

CONCLUSIONES

1) El diagnóstico de «pleuritis crónica inespecífica» puede ser un falso negativo en un alto porcentaje de casos.
2) Sería conveniente hacer un seguimiento de estos pacientes durante un tiempo no inferior a un año, antes de establecer el diagnóstico definitivo.

TEST DE ESFUERZO EN LA PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES TRAS CIRUGíA DE EXÉRESIS EN PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO

F. Márquez Varela, M. Congregado Loscertales, V. Martínez Puente, F. Villa Arellano, R. Jiménez Merchán, J. Loscertales Abril.

Servicios de Neumología y Cirugía de Tórax. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVO

Analizar qué variables de la prueba de esfuerzo integrada cardio-pulmonar son predictivas de complicaciones cardiorespiratorias en los pacientes intervenidos de cirugía de exéresis por carcinoma broncogénico, en comparación con los parámetros convencionales de las pruebas funcionales respiratorias.

MÉTODO

Se han estudiado prospectivamente 86 pacientes a los que se realizó, una prueba de esfuerzo máximo en cicloergometro y un estudio funcional completo. Se estableció un seguimiento analizando las complicaciones surgidas en los 30 días siguientes a la intervención quirúrgica. La media de edad fue de 61 años (DE=0,68), Dco 21,07 (DE=5,9). 16 pacientes presentaron complicaciones cardio-respiratorias y cinco pacientes fallecieron (5,8%). Se estableció una regresión logística para identificar aquellos parámetros que tuvieran un valor predictivo de complicaciones.

RESULTADOS

Hemos encontrado que las variables derivadas de la prueba de esfuerzo fueron las de mayor poderdiscriminativo para complicaciones cardio-respiratorias y mortalidad. Un análisis de regresión logística mostrabanque el VO_{2max}/kg/min^{-1} y la potencia máxima alcanzada (WR_{max}) se correlacionaban significativamente mejorcon las complicaciones cardio-respiratorias (odd ratio 4,06 p<0,025), mientras que solo la WR_{max} lo era con el grupo de mortalidad (odd ratio 13,05<0,025).

Para el grupo de complicaciones cardio-respiratorias estableciendo un punto de corte para el VO_{2max} de 15 ml/ kg/min^{-1} y un 60% del valor teórico para el Wr_{max}, mostra han respectivamente una especificidad de 0,87 y 0,83; una sensibilidad de 0,37 y 0,44 y un valor predictivo negativo de 0,85 y 0,86.

Para el grupo de mortalidad estableciendo el mismo punto de corte para el WR_{max} de 60% la especificidad y sensibilidad fueron de 0,80 y 0,80 respectivamente, sin embargo el valor predictivo negativo fue significativamente bajo, lo cual tampoco es de extrañar debido al pequeño número de los pacientes fallecidos.

CONCLUSIONES

Concluimos que la prueba de esfuerzo puede ser utilizada para predecir las complicaciones cardio-respiratorias y mortalidad en el postoperatorio de cirugía de exeresis, mostrando un valor predictivo negativo aceptable pero positivo bajo, proponiendo una combinación de las variables estudiadas como criterio de operabilidad.

HIPERREACTIVIDAD EN LA VÍA AÉREA EN INHALADORES DE HEROÍNA Y COCAÍNA EN PAPEL DE «PLATA»

A. Boto de los Bucis, A. Pereira Vega, D. García Jiménez, J.L. Sánchez Ramos, R. Ayerbe García, J.A. Maldonado Pérez.

Sección de Respiratorio, Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

INTRODUCCIÓN

La relación entre el consumo de ciertas drogas y diversas patologías pulmonares varía dependiendo de la droga consumida y de la vía de administración. En nuestra zona es cada vez más frecuente el consumo de heroína mezclada con cocaína inhalada en papel de plata (rebujo).

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo ha sido definir la prevalencia de patología bronquial (sibilancias, hiperreactividad bronquial -HB- y asma) en los sujetos inhaladores de rebujo, y describir las características de la HB y/o asma desarrollado y la historia natural de la enfermedad desde su exposición.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 91 sujetos inhaladores de rebujo, 76 hombres y 15 mujeres con una edad inedia (lo 30,3 arios. Por una parte, todos los inhaladores [(62)] de rebujo del Centro de Drogodependencia Proyecto Hombre (grupo INH-1) y, por otra, 29 sujetos estudiados en los últimos 2 años en nuestro hospital que referían ser inhaladores de rebujo (grupo INH-II). Los estudios realizados en estos sujetos consistían en la administración de un cuestionario respiratorio detallado y pruebas de función respiratoria (espirometrría y test de metacolina-MT-). Elgrupo control estuvo constituido por 122 individuos, elegidos aleatoriamente, fumadores de tabaco no inhaladores, Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En el grupo INH-I, la prevalencia de sibilancias en los últmos 12 meses -Sib- fue de un 41,9% la 1-113 del 44,4% y de asma, definida como Sib + HB, del 22,03%. En el grupo control estos valores fueron de 32,78% (p=0,22), 15,57% (p=0,000039) y 8,19% (p=0.0087), respectivamente. Del total de inhaladores que negaban síntornas respiratorios antes de consumir rebujo, un 31,4% desarrolló sibilancias después de iniciar éste hábito, tras un período de latencia medio de 5,75 meses. Sólo en el 7,6% desaparecieron las Sib al abandonar la inhalación.

CONCLUSIONES

1) Existe un aumento real en la HB de sujetos inhaladores de heroína y cocaína en papel (le plata.
2) Esta HB se acompaña con frecuencia de sibilancias desarrolladas tras comenzar a inhalar la droga, habitualmente tras un período de latencia variable, y que persisten a pesar de abandonar el consumo.

ESTUDIO DE 2.207 CONTACTOS DE ENFERMOS CON TUBERCULOSIS

D. Del Castillo Otero, M. Peñafiel Colás, F. Álvarez Marín, J. G. Soto Campos, E. Calderón Osuna, J. Toral Marrín, J. Sánchez Gómez

Servicio de Neumología. Centro de Especialiciades Dr. Fleming. FI.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los contactos de pacientes con tuberculosis (TBC) constituye una de las medidas básicas para controlar la infección y enfemedad tuberculosas en una comunidad.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de 6 años de estudio de contactos de enfemos tuberculosos controlados en nuestra consulta y evaluar su rendimiento en la detección de nuevos enfermos e individuos infectados.

METODOLOGÍA

Se estudiaron de forma prospectiva los contactos (le los enfermos con TBC entre junio de 1992 y junio de 1998. Los contactos fueron agrupados según el estado bacteriológico del caso índice (grupo A, baciloscopia de esputo positiva; grupo B, sólo cultivo positivo; grupo C, bateriología negativa) y del grado de intimidad con el mismo (estrechos y ocasionales). Se analizó la posible asociación entre la existencia de infección o enfermedad y la situación bacteriológica del caso índice y grado de intimidad de la relación caso índice-contacto.

RESULTADOS

En los 6 años de estudio se han revisado 2207 contactos de 450 pacientes. Se descubrieron 1114 contactos infectados (50,5%) y 90 nuevos casos de TBC (4,1%), de los cuales 12 eran baciliferos. La proporción de infectados y enfermos aumentó de forma significativa en los contactos de pacientes baciliferos (54,5% y 5,6% respectivamente) y en los rnás próximos al caso índice (56,1% y 5,1%). Se completó quimioprofilaxis en 640 (29%) de los contactos exarninados, con un cumplimiento correcto en el 7l,3%.En 41 de los que iniciaron QP (4,6%) se objetivó toxicidad por isoniacida, aunque solo en 15 fue necesario suspender la medicación.

CONCLUSIONES

1) El estudio sistemático de contactos representa en nuestra área una medida eficaz en la detección de nuevas TBC o individuos infectados, particularmente en los expuestos a pacientes con baciloscopia de esputo positiva y en los más próximos al caso índice.

2) No deben excluirse del estudio los contactos de enfermos no bacilíferos, ya que entre ellos pueden descubrirse nuevos caso de TBC.

3) La QP con isoniacida es en nuestro medio un tratamiento generalmente bien aceptado y con escasos efectos secundarios.

ESTUDIO DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA GENERAL Y TRAUMATOLOGÍA

M. Arenas Gordillo, R. Otero Candelera, A. Cayuela Domínguez, J. E. Hurtado Ayuso, V. Caio Muñoz.
Unidad Médico-Quirúrgica de enfermedades respiratorias, Epidemiología clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

OBJETIVO

Hemos querido cuantificar el curtiplimiento de la profilaxis antitrombótica en enfermos sometidos a cirugía general y traumatológica en nuestro hospital, y valorar si la profilaxis empleada era la adecuada a cada paciente. Este trabajo está enmarcado dentro de un estudio multicéntrico dirigido por el área de circulación pulmonar de la SEPAR.

MÉTODO

Para ello se escogió el mes de Abril de 1997 al azar y se incluyeron de forma aleatoria 256 pacientes. Un neumólogo recogió los datos de las historias incluyendo: factores de riesgo, diagnóstico, tipo de anestesia, tipo de cirugía (reglada, urgente o laparoscópica), tipo de profilaxis, su duración y complicaciones.

RESULTADOS

De los 256 pacientes incluidos, 136 pacientes habían sido sometidos a cirugía general y 124 a cirugía traumatológica. La edad media fue de 48 años. Del global de pacientes 28,6% tenían riesgo alto para ETV y 43% riego moderado. Los pacientes sometidos a cirugía traumatológica tenían en mayor porcentaje de riesgo alto 37,4%, frente a los intervenidos de cirugía general.

Entre el total (le pacientes con riesgo moderado y alto, se realizó profilaxis sólo en el 37% (le los pacientes. Los pacientes traumatológicos con riesgo alto son los que cumplieron en mayor medida la profilaxis 72%. Los resultados de la profilaxis según el riesgo se muestra en la tabla I. La profilaxis fue adecuada según la normativa de la SEPAR en el 44% de los pacientes de cirugía general y en el 52% de los traumatológicos.

Los resultados de la profilaxis adecuada por especialidad están en la tabla II.

TABLA I. **Adopción de medidas profilácticas según riesgo**

		Profilaxis	No-Profilaxis	TOTAL
Riesgo moderado	Cía general	16 (27%)	43 (73%)	59
	Traumatología	12 (23%)	40 (77%)	52
Riesgo Alto	Cía general	7 (25%)	21 (75%)	28
	Traumatología	33 (72%)	13 (28%)	46
	TOTAL	68 (37%)	117 (63%)	185

TABLA II. **Profilaxis adecuada**

	Cirugía general	Traumatología	TOTAL
Prof. Adecuada	60 (44%)	64 (52%)	124 (48%)
Prof. Inadecuada	76 (56%)	59 (48%)	135 (52%)
TOTAL	136	123	259

CONCLUSIONES

La profilaxis antitrombótica en enfermos quirúrgicos es baja es nuestro medio.

Existe una mayor concienciación por parte de los traumatólogos, reflejada por un porcentaje sensiblemente más alto de utilización de profilaxis. La adecuación de la profilaxis a la normativa de la SEPAR también es baja.

Es necesario difundir estas normativas y poner en conocimiento de los cirujanos estos resultados, para cambiar la actitud frente a este problema.

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON N-ACETILCISTEÍNA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POCO EVOLUCIONADA

E. Calderón Osuna, F.J. Álvarez Gutiérrez, D. Del Castillo Otero, G. Soto Campos, J. Sánchez Gómez.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

La N-acetilcisteína (NAC) es un agente antioxidante que parece influir sobre el equilibrio redox y sobre la respuesta inflamatoria de los pacientes con EPOC.

OBJETIVOS

Nos hemos planteado como objetivos analizar si la terapéutica con NAC podría tener un efecto beneficioso sobre: 1) las exacerbaciones y 2) la sintomatología crónica, de los pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA

Se incluyeron en el estudio 213 pacientes diagnosticados de EPOC, según los criterios de la ERS con un FEV_1 respecto al valor teórico superior o igual al 50% (estadio I según los criterios de la ATS), de los cuales 172 completaron el período de estudio. Los pacientes fueron distribuidos de forma secuencial, randomizada y aleatoria en dos grupos según se les añadiera 600 mg. de NAC al tratamiento broncodilatador y/o esteroideo de base (Grupo NAC; n=90) o no (Grupo Control; n= 82). Utilizamos un test de ANOVA para comparar variables cuantitativas con distribución normal, entre ambos grupos, y una H de Kruskal-Wallis para variables sin distribución normal. Para valorar la evolución de las variables intragrupo utilizamos una t pareada. Las variables cuantitativas se compararon mediante una Chi cuadrado.

RESULTADOS

Al final del período de estudio (7,6±1,1 meses en el Grupo Control y 7,7±1 meses en el Grupo NAC), encontramos que los pacientes que habían recibido NAC presentaron un menor número de exacerbaciones y una menor duración de las mismas, así como una mejoría significativa de su sintomatología clínica que resultó estadísticamente significativa.

	Grupo NAC (n=90)		Grupo Control (n082)		p
Nº Exacerbaciones	0,6±1,1		1,1±0,9		<0,01
Duración(días)	3,5±5		5,8±8,2		0,02
	Inicio	**Final**	**Inicio**	**Final**	
Frecuencia	2,13±0,7	1,92±0,5*	2,08±0,7	1,97±0,5	
Severidad	2,06±0,7	1,9±0,6*	2,01±0,7	1,88±0,5	
Expectoración	2,17±0,8	2,95±0,7*	2,03±0,9	2,02±0,8	
Disnea	2,5±0,8	2,3±0,8 *	2,64±0,8	2,61±0,8	

* Diferencia significativa respecto al valor inicial.

CONCLUSIONES

Nosotros concluiMos que el tratamiento con NAC podría 1) tener un efecto protector sobre las exacerbacionesen los pacientes con EPOC, disiminuyendo su número y duración, e 2) influir sobre su curso cuando se instaura de forma precoz.

ANGEíTIS Y GRANULOMATOSIS DEL PULMÓN. CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIO. PATOLÓGICA

J. Fernández Cruz, P. Bernáldez Domínguez, M.A. Iribarren Marín, E. Gil Iriarte, M. Martínez Moya.
Servicio de Radiodiagnóstico H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Las angeítis y granulomatosis del pulmón (AGP), engloban un grupo de procesos caracterizados por infiltración celular de los vasos sanguíneos (angeílis) y necrosis del parénquima pulmonar (granulomatosis); las entidades que las comprenden son la granuloinatosis de Wegener (GW), el Síndrome de Churg-Strauss, la granulomatosis linfomatoide (GL), la granulomatosis broncocéntrica (GB) y la granuloniatosis sarcoidea necrotizante.

Revisarnos los hallazgos radiológicos en el tórax (Rx convencional y TC) de 26 casos de AGP de los cuales 18 correspondieron a GW, 5 a GL, 2 a GB y 1 caso a Síndrome de Churg-Strauss. Los síntomas clínicos más frecuentes en todas ellas fueron la existencia de fiebre y tos, asociados a veces a disnea, hemoptisis o dolor torácico. En el 100% de los casos, la GW afectó al pulmón y en el 65% al riñón; se manifestó en el 50% de los casos coimo nódulos pulmonares múltiples, que fueron cavilados en el 45% de ellos; la consolidación del espacio aéreo se apreció en el 44% de los casos, siendo debida a hemorragia pulmonar en el 22% de ellos; masas pulmonares se detectaron en dos casos, uno de ellos asociado a nódulos múltiples; la TC de tórax detectó el «signo de aire creciente» se apreció en dos casos. La GL se manifestó en el 80% de los casos como nódulos pulmonares múltiples localizados en los 2/3 inferiores pulmonares, asociado en el 50% a derrame pleural; la GB se manifestó como consolidación pulmonar o masas en la proximidad del bronquio, y el Síndrome de Churg-Strauss como infiltrados alveolares, bilaterales localizados en lóbulos medios o inferiores asociados a eosinofilia periféica. El diagnóstico diferencial de las AGP incluye las metástasis pulmonares, émbolos sépticos, infección diseminada, linfoma y carcinoma bronquioloalveolar; sus principales complicaciones son las sobre infecciones y la hemorragia pulmonar.

EL ESPECTRO RADIOLÓGICO DE LAS ATELECTASIAS REDONDAS A PROPÓSITO DE 22 OBSERVACIONES

J. Fernández Cruz, M. Martínez Moya, P. Bernáldez Domínguez, M. L. Rodríguez Rodríguez.
Servicio de Radiodiagnóstico. -Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

FUNDAMENTO

Analizar los signos radiológicos para el diagnóstico de las atelectasias redondas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre 1994 y 1998 se diagnosticaron 22 atelectasias redondas en 16 pacientes. Los estudios se llevaron a cabo con radiología convencional en primera instancia y con TC con cortes de 10 mm. de grosor y 10 mm. de desplazamiento. En alguno de ellos se realizaron estudios de alta resolución con cortes de 1 mm. de espesor para el despistaje de otras patologías. Los pacientes se siguieron por un período de tiempo de entro 10 meses y 5 años.

RESULTADO

16 de estas lesiones estaban en relación con procesos pleuríticos que se asociaban a un derrame pleural. Todas las lesiones tenían forma redondeada o en cuña con ángulos agudos sobre la pleura y se asociaban a un engrosamiento local o difuso de la pleura. 20 presentaban el signo de la «cola de cometa» y 18 tenían un borde irregular para la entrada de vasos. 10 presentaron desplazamiento de la cisura mayor con incurvación convexa hacia el pulmón sano, y 9 de ellos, engrosamiento de la misma.

CONCLUSIONES

Los signos radiológicos, en nuestra experiencia, son lo suficientemente característicos como para establecer el diagnóstico y adoptar una actitud conservadora en el manejo de estos pacientes.

DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA BASAL Y DE ESFUERZO TRAS EXÉRESIS PULMONAR POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO

F. Márquez Varela, M. Congregado Loscertales, V. Martínez Puente, F. Villa Arellano, R. Jiménez Merchán, J. Loscertales Abril.

Servicios de Neumología y Cirugía de Tórax. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVO

Valoración de la repercusión de la exeresis pulmonar (lobectomia y neuinonectomía) por carcinoma broncogénico en la función pulmonar (basal y de esfuerzo) y la recuperación a lo largo del tiempo.

METODO

A cincuenta y ocho pacientes divididos en dos grupos: neumonectomía (grupo N) 19 pacientes de 58 años de inedia (rango entre 39 y 71 años) y lobectornía (grupo L) 39 pacientes de 60 años de inedia (rango entre 35 y 74 años) se les realizó pruebas funcionales respiratorias y test de esfuerzo en el preoperatorio y a los cuatro y doce meses respectivamente.

RESULTADOS

En el grupo neumonectomía (N) la capacidad vital (FVC), el FEV_1, los volúmenes pulmonares (CRF y TLC), la difusión pulmonar (Dco) y el consumo máximo de oxígeno (VO_{2max}) descienden significativamente en la revisión 11 después de la intervención (42 mes) sin apreciar recuperación alguna a lo largo del tiempo. En el grupo lobectomia(L) se aprecia igualmente una dismínución de los parámetros funcionales basales (FVC-FEV_1-CRF y TLQ), de la difusión pulmonar (Dco) pero no en el consumo máximo de oxígeno (VO_{2max}) . En comparación con el preoporatorío la disminución en los pararmctros funcionales a los doce meses fue para el GRUPO N: FVC (-29%), FEV_1 (-26%), CR17 (-24%), TI-C (-25%), Dco (-32%) y VO_{2max}. (-20%). Para el GRUPO L: FVC (-12%), FEV_1. (-14%), CRF (-20%), TLC (-16%) y Dco (-10%). No hubo cambios en el VO_{2max} en este grupo.

La ventilación máxima (VE) disminuyó significativamente en ambos grupos a expensas del volumen circulante (VT). No se apreciaron cambios en el pulso de oxígeno (O.P). La reserva respiratoria (RR) estaba considerablemente disminuida en el grupo N ya en el preoperatorio sin observarse cambios a lo largo del seguimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que hay diferencias en la recuperación de la función respiratoria según el tipo de exeresis realizado (lobectoinía o neumonectomía), infraestimándose ésta si únicamente se tiene en consideración los parámetros funcionales convencionales y no los de esfuerzo.

SUPERVIVENCIA EN CARCINOMA PULMONAR, NUESTRA EXPERIENCIA

C. Pagés Navarrete, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Domenech, A. Fernández de Rota, J.L. Fernández Bermúdez.
Complejo Hospitalario «Carlos Maya» Málaga.

OBJETIVOS

Estudiar la supervivencia de los pacientes intervenídos en nuestro servicio según la última revisión de la estadificación para el carcinoma pulmonar de células no pequeñas de la UICC (1997).

METODOLOGÍA

Para ello aplicamos la nueva clasificación a 491 pacientes operados entre Enero de 1991 y Diciembre de 1997. El tiempo medio de seguimiento fue de 24 meses oscilando entre un mínimo de 2 y un máximo de 92 meses. Para calcular la supervivencia empleamos el método de Kaplan-Meier aplicando el test de Log Rank para comparar la supervivencia entre los diferentes estadios. Se consideró la clasificación quirúrquica-patológica de cada paciente.

RESULTADOS

El 94,9% (466) eran varones y el 90,12% (420) fumaban. Con respecto al tipo histológico, el más frecuente fue el carcinoma epidermoide (54,72%), seguido del adenocarcinoma (33,26%), carcinoma indiferenciado de células grandes (9,44%), bronquioloalveolar (1,07%) y finalmente otros tumores [1,50]. En la siguiente tabla se muestran las supervivencias de los diferentes estadios a 1, 3 y 5 años:

Estadio Quirúgico-Patológico	Nº	Tiempo 1 año (Error Sd.)	Tiempo 3 años (Error Sd.)	Tiempo 5 años (Error Sd.)
IA	44	0,92 (0,04)	0,65 (0,11)	0,65 (0,11)
IB	147	0,84 (0,03)	0,57 (0,04)	0,53 (0,04)
IIA	10	0,68 (0,15)	0,45 (0,21)	0,22 (0,19)
IIB	47	0,62 (0,07)	0,32 (0,07)	0,28 (0,07)
IIIA	78	0,56 (0,05)	0,21 (0,05)	0,18 (0,05)
IIIB	10	0,70 (0,14)	0,43 (0,17)	0,43 (0,17)
IV	7	0,28 (0,17)	-	-

Aplicando el test de log Rank no Apreciamos diferencias estadísticamiente significativas entre los estadios IA y IB (p=0,21), IB y IIA (p=0,08), IIA y IIB (p=0,98), IIB y IIIA (p=0,34), IIIA y IIIB (p=0,42). En cambio existen diferencias significativas entro los estadios IA y llA (p=0,01), IB y IIB (p=0,0001), IA y IIIA (p<0,0001), IB y IIIA (p<0,0001).

DISCUSIÓN

La probabilidad de sobrevivir de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico pr carcinoma pulmonar no disminuye proporcionalmente con el incremento del estadio. La afectación ganglionar es, en nuestra serie, el factor que más claramente influye en su pronóstico.

Aunque aparentemente parecen existir diferencias en la supervivencia entro los diferentes estadios de la última revisión de la Clasificación de la UICC, IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, no alcanzamos la significación estadística por el número limitado de nuestra serie.

MORBIMORTALIDAD EN LA NEUMONECTOMÍA POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO. FACTORES DE RIESGO

F.J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelán, F. Cerezo Madueño, C. Baamonda Laborda, A. Salvatierra Velázquez, F.J. López Pujol.

Servicio de Cirugía Torácica. H.Univ. Reina Sofía. Córdoba.

La neumonectomía (N) continua asociada a altas tasas de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de complicaciones y la mor talidad tras N por carcinoma broncogénico (CB), así como identificar factores de riesgo de la morbimortalidad perioperatoria (primeros 30 días).

MÉTODOS

Entre Enero-1986 y Diciembre-1997 se han realizado en nuestro servicio 229 N por CB. Se han recogido datos epidemiológicos, variables pre y postoperatorias, técnica quirúrgica, complicaciones y mortalidad perioperatoria. Se ha diseñado un estudio descriptivo y analítico para determinar la morbimortalidad y los factores de riesgo asociados a la misma. Tratamiento informático: SPSS (7.5). Análisis devariables: test Chil ^{2}, Fishery t de Student.

RESULTADOS

Un total de 229 N. (izq: 140; 61,1%; der: 89; 38,9%). Se han realizado en 222 (96,9%) hombres y 7 (3,1%) mujeres con una edad media de 60±10 (26-79) años. La mayoría eran fumadores (72,9%) y con criterios de EPOC (51,5%). El FVC y el FEV_1 preoperatorio fueron de 3254±711 ml y 2162±544 ml respectivamente. La mediastinoscopia/mediastinotomía previa se realizó en 31 (1,3%) casos. La N fue intrapericárdica en 76 (33,2%) casos, ampliada en 66 (28,8%) casos y se completó la N en 3 (1,3%) casos. En la mayoría de las N (73,4%) el muñón bronquial se recubrió con tejido autólogo y en todas se realizó una linfadenectomía medastínica. La histología más común fue ca. epidermoide (68,1%) y el estadiaje postquirúrgico más frecuente fue el E.IB (34,1 %) seguido del E.IIIA (31%). La mortalidad fue de 5,7% con una morbilidad cardiovascular y respiratoria de 37,6% y 34,5% respectivamente. En 18 (7,9%) casos apareció empiema, fístula broncopleural (FBP) en 13 (5,7%) y 17 (7,4%) pacientes se reoperaron. Factores relacionados con la mortalidad fueron, preoperatorios: edad>70 años ($p<0,001$), hiperglucemia ($p<0,001$) e hipoalbuminemia ($p<0,05$), estado cardiovascular previo (HTA, arritmia) ($p<0,05$), FEV_1<1800 ml ($p<0,05$), tratamiento neoadyuvante ($p<0,05$); intraoperatorios: parieto N y N derecha ($p<0,05$); postoperatorios: empiema y FBP ($p<0,001$), I. resp. y neumonía ($p<0,001$), IO_2 <300 ($p<0,001$), ventilación mecánica>600 min. ($p<0,05$), FEV_1calc>1000 ml ($p<0,01$), IC y EAP ($p<0,001$), diuresis< 1l./24h. Y fluidos>3l./24 h ($p<,0,001$).

CONCLUSIÓN

La mortalidad tras N en nuestra experiencia es de 5,7%, asociada con un peor estado funcional, con las N derechas y con complicaciones quirúrgicas y respiratorias. La morbilidad cardiovascular y respiratoria es de 37,6% y 34,5% respectivamente. Un 7,4% requirió reoperación.

ANÁLISIS DEL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO.

J. Ayarra, J.C. Gómez Rosado, J. Cuaresma, R. Martín, L. Gómez Bujedo, C. Iglesias (DUE), J.M. Sánchez Blanco.
Sección de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Se conoce por Nódulo Pulmonar Sofi Lirio (NPS) a la imagen radiológica solitaria, redondeada y rodeada de tejido pulmonar sano, de hasta 30 mm. de diámetro.

En nuestro servicio hemos tratado 47 pacientes con NPS en los últimos 5 años, siendo los diagnósticos definitivos de 28 carcinomas (59,6%), 10 tumores benignos (20,8%) y 9 metastásicos (19,6%). Excluimos estos últimos del análisis, por lo que se reduce a un total de 38 pacientes.

Para diferenciar malignidad/benignidad se deben tener en cuenta el tamaño (los mayores de 3 cm raramente son benignos), la edad (en menores de 35 años es extraña la rnalignidad y en mayores de 50 es rara la benignidad), historia de fumador, contornos irregulares, estudios previos sin cambios significativos.

La fibrobroncoscopia, realizada en todos los entorrnos, resultó normal en 31 (81,3%) y la punción aspiración con aguja fina (PAAF) fue diagnóstica en 20 (72,1%) de los28 (73,7%) en que se practicó, por lo que el diagnóstico previo se realizó en el 71% de los casos.

El alto porcentaje de lesiones desconocidas nos hace concluir que, excepto en casos muy seleccionados, ya comentados, el NPS es un proceso que se debe intervenir sin apurar «in extremis» los métodos diagnósticos.

TUMORES CARCINOIDES BRONQUIALES. EXPERIENCIA DE 28 CASOS OPERADOS.

A. Cueto Ladrón de Guervara, A. Sánchez Palencia Ramos, J. Ruiz Zafra, E. Redondo Luque.
Sección de Cirugía Torácica y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Revisar nuestra experiencia con todos los casos de tumor carcinoide sometidos a intervención quirúrgica hasta Diciembre de 1998.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de todos los casos operados con diagnóstico anatomopatológico postoporatorio de tumor carcinoide. Estudiamos sexo, edad, clínica, radiología, broncoscopia, tpio de intervención, tipo histológico, adenopatías mediastinicas, complicaciones postoperatorias y evolución a largo plazo.

RESULTADOS

Encontramos 28 pacientes operados entre Septiembre de 1985 y Diciembre de 1998. 14 varones y 14 mujeres. 52 años de edad media, rango 23-70. Clínica: asíntomáticos 10 casos (35,7%); sintomáticos 18 (64,3%). Los síntomas principales fueron: neumonía de repetición o prolongada 10 casos; tos irritativa 4 y hemoptisis 4. Radiología: nódulo pulmonar solitario 10 casos; masa hiliar 12, con adenopatias medastinicas en 2 de ellos ambos atípicos; condensación lobar 5 casos; condensación pulmonar total 1 caso. La broncoscopia fue realizada en 25 casos: fue positiva con diagnóstico de certeza en 11 (44%); negativa en 8 (32%); con aspecto macroscópico típico pero biopsia negativa en 3; con biopsia de ea. broncogénico en 2 casos, ambos atípicos; y dudosa entro ea. microcitico y carcinoide en 1. Las intervenciones quirúrgicas han sido: 6 neumonectomías, 4 izq. y 2 der; 4 bilobectomía inferior y media; 13 lobectomías; 4 resecciones atípicas y 1 toracotomía exploradora. Por tipo histológico 7 fueron atípicos y 21 típicos. Adenopatías medastinicas positivas hubo en 3 casos: 2 atípicos y 1 típico. No hubo mortalidad postoperatoría. 1 caso hubo de ser reintervenido por infarto pulmonar hei-norrágico. 1 caso falleció a los 2 meses de la intervención por metástasis cerebrales, y otro a los 5 meses por fallo multiorgánico no relacionado con su carcinoide ni con la intervención. La evolución a largo plazo es satisfactoria, sin signos de recidiva o metástasis en ningún otro caso, y sin progresión de la enfermedad en el único irresecable.

CONCLUSIONES

Los tumores carcinoides pueden ser asintomáticos, especialmente los que se presentan como nódulos pulmonares solitarios. La rentabilidad de la broncoscopia en nuestra serie para un diagnóstico de certeza ha sido inferior al 50% de los casos. La resección quirúrgica permite el diagnóstico anatomopatológico correcto en todos los casos, una morbimortalidad escasa y una tasa elevada de supervivencia a largo plazo.

CARCINOMA ADENOIDE QUíSTICO (CAQ) DE VíAS RESPIRATORIAS: COMPORTAMIENTO EVOLUTIVO Y TRATAMIENTO

A.I. Blanco, A. Ginel, J.M. Sánchez, M. Torres Cansino,
Servicio Cirugía Torácica. Hospital Univ. Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El CAQ ha sido considerado como un tumor de bajo grado de malignidad, con lento crecimiento y escasa agresividad. Actualmente es catalogado coi-no una neoplasia maligna, con curso natural prolongado, infiltrante, con tendencia a la recidiva locoregional.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde 1969 hemos intervenido ocho pacientes, 6 mujeres y dos hombres, con edad inedia de 48 años, con clínica de presentación de larga evolución. La localización se distribuyó: 3 en traquea, 3 en bronquios principales, 2 en bronquios lobares. Las intervenciones practicadas fueron: 2 resecciones traqueales con anastómosis terminoterminal, 2 neumectomías,2 lobectomías y 2 toracoloinías exploradoras.

RESULTADOS

La endoscopia mostró signos directos de neoplasia en todos los casos, con biopsia diagnóstica.

La mortalidad postoperatoria fue de un caso (edema pulmonar postneumectomía). El análisis histológico: mostró invasión linfática submucosa en dos casos. En dos casos, metástasis mediastínicas ipsilaterales.

Tres recidivas locales (37,5%) a los 3,4 y 5 años, y dos generalizadas (25%) a los seis meses y a los seis años, afectando parénquima pulmonar.

La supervivencia total a los 2, 5 y 10 años, fue de: 71,4%,57,1% y 38%.

Según el nivel de afectación obtenemos un 75% a los 5 y 10 años, en la afectación bronquial, y un 33% alosdos y cinco años y un 0% a los 10 en la afectación traqueal.

CONCLUSION

El CAQ es raro en vías aéreas, se presenta en adultos siendo de lenta evolución, con recidivas locales hasta en un 50% de los casos.

La broncoscopia es la técnica diagnóstica de elección junto al TC, para planificar la terapéutica más adecuada.

La mayoría es subsidiario de tratamiento quirúrgico.

Los resultados de supervivencia son aceptables a largo plazo.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE BRONQUIOLITIS OBLITERANTE DESPUÉS DE TRASPLANTE PULMONAR.

A. Álvarez Kindelán, F. Cerezo Madueño, F.J. Algar Algar, A. Salvatierra Velázquez, R. Lama Martínez, J.M.Bravo Santervas, F. Santos Luna, C. Baamonde Laborda, F.J. López Pujol.
Servicio de Cirugía Torácica. Servicio de Neumología. Unidad de Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

El Síndrome de Bronquiolitis Obliterante (BOS) es la principal causa de morbilidad y mortalidad tardía tras el trasplante pulmonar.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia, mortalidad y factores asociados con la aparición de BOS en los pacientes sometidos a trasplante pulmonar en nuestro centro.

MÉTODOS

Se han revisado los pacientes sometidos a trasplante pulmonar desde Octubre 1993 hasta Junio 1998. La existencia de BOS se definió cuando apareció un descenso persistente del FEV_1 no explicado por otras causas. El grado de BOS se determinó de acuerdo con el sistema propuesto por Cooper y cols. (J Heart Lung Transplant 1993; 12: 7136). Se determinó la morbilidad y mortalidad de los pacientes con (Grupo I) y sin BOS (Grupo II) y se compararon diferentes factores de riesgo pre y postoperatorios entre ambos gurpos. El análisis se efectuó con los tests de Chi2, Fisher, y t de Student. En el análisis de supervivencia y período libre de BOS se empleó el método de Kaplan-Meicr y el test Long-Rank. Se consideran diferencias significativas con $p<0,05$.

RESULTADOS

68 pacientes (42 hombres y 26 mujeres) de 37±2 años [5-59], se sometieron a trasplante unilateral (n=28, 4 1 %) o secuencial bilateral (n=40, 59%) por enfisema en 20, fibrosis pulmonar en 19, fibrosis quística en 19, bronquiectasias en 6 y otro diagnóstico en 4 pacientes. La supervivencia actuarial global es de 74%, 72% y 57% a 1, 2 y 4,5 años postrasplante. En 10 casos apareció BOS (15%). No hubo diferencias en la supervivencia actuarial entre los grupos I y 11: 52% vs; 60% respectivamente a los 4 años. La mortalidad global en el grupo I fue 30% (3/10) y 28% (16/58) en el grupo 11 (p=0,584). El período libre de BOS postrasplante fue 83% y 74% a 1 y 4 años respectivamente, sin diferencias por grupos diagnósticos. Los pacientes CMV D+/R- presentaron un período libre de BOS más corto que el resto de pacientes (p=0,048). El número de episodios de neumonía bacteriana después de los 3 meses (p=0,046) y el número episodios de rechazo agudo a 1 (p=0,011), 1-3 (p=0,008) y >3 meses (p=0,001) postrasplante, se han asociado con mayor incidencia de BOS.

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, la incidencia de BOS después de trasplante pulmonar es del 15% con una mortalidad del 30% tras su instauración. La aparición de BOS se asocia al desarrollo de neumonías bacterianas tardías y a la frecuencia de episodios de rechazo agudo.

RESULTADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

A. Álvarez Kindelán, F.J. Algar Algar, F. Cerezo Madueño, A. Salvatierra Velázquez, J.M. Bravo Santervas, F. Santos Luna, R. Lama Martínez, C. Baamonde Laborda, F.J. López Pujol.
Servicio de Cirugía Torácica. Servicio de Neumología. Unidad de Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

El trasplante pulmonar es el tratamiento de elección en los pacientes con fibrosis quística (FQ) y enfermedad pulmonar en estadio avanzado.

OBJETIVO

Evaluar los resultados del trasplante pulmonar en los pacientes con FQ remitidos a nuestro centro.

MÉTODOS

Los pulmones donantes se obtuvieron mediante la técnica estándar de extracción cardiopulmonar. La preservación se realizó perfundiendo solución de Eurocollins tanto anterógrada (tras vasodilatación con PGE1), como retrógradamente en banco (después de la extracción del bloque bipulmonar). En los receptores siempre se realizó un trasplante bilateral secuencial con anastomosis bronquial telescopada y cubierta con tejido peribronquial. Se recogieron datos demográficos generales, función pulmonar y otros datos postoperatorios. El análisis de los resultados se realizó con los tests de Chi^2, Fisher y t de Student. El cálculo de la supervivencia actuarial y el período libre de bronquilitis obliterante se realizó con el método de Kaplan-Meier y el test Log-Rank. Se consideran diferencias significativas con $p<0,05$.

RESULTADOS

Entre Octubre 1993 y Junio 1998 se han realizado 68 trasplantes pulmonares en nuestro Centro, 18 de ellos por FQ (grupo de estudio): 6 hombres y 12 mujeres con 18±2 años "5-45". La supervivencia global y actuarial a los 34 meses postrasplante es 94,4% (62,5% en el grupo completo de pacientes; $p<0,01$). 17 pacientes (94,4%) estaban colonizados pretrasplante (gram negativos y agentes multirresistentes). 13 pacientes estaban colonizados 1 mes postrasplante (gram negativos y candida), y 8 presentaron neumonía (gram negativos en 7) 1 mes postrasplante. Al menos, un episodio de rechazo agudo apareció en 14, 6 y 6 pacientes a los 1, 1-3, y >3 meses postrasplante respectivamente. Síndrome de bronquiolitis obliterante apareció en 3 casos (período libre de bronquiolitis obliterante apareció en 3 casos (período libre de bronquiolitis: 75% a los 34 meses). La función pulmonar mejoró de FEV_1/FVC(%): 66/42 pretrasplante a 103/99 a los 34 meses postrasplante. Hipertensión arterial, diabetes mellitus y convulsiones han sido las complicaciones más frecuentes. Dos casos presentaron hemotórax postoperatorio. No han aparecido complicaciones bronquiales. Actualmente, 15 pacientes (83%) presentan una calidad de vida excelente.

CONCLUSIÓN

A pesar del alto riesgo del trasplante en los pacientes con FQ, el trasplante bipulmonar es un tratamiento eficaz en aquellos casos con enfermedad pulmonar en fase avanzada.

EPIDEMIOLOGÍA DELCÁNCER DE PULMÓN EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA

I. De la Cruz Morón, 1. Alfageme Michavila, J. Muñoz Méndez, J.L. Rojas Box, A. Loza Vázquez, M. Hernández Hazañas, A. Robles.*

Sección de Neumología. Servicio de Anatomía Patológica. *H.U. Valme Sevilla.

OBJETIVO

El objetivo ha sido estudiar la frecuencia y características epidemiológicas de las neoplasias primitivas de pulmón en el área Sur de Sevilla.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los diagnósticos de neoplasia pulmonar primitiva obtenidos del archivo informatizado del Servicio de Anatomía Patológica, desde Enero-92 hasta Noviembre-98. Se excluyen los tumores metastásicos (neoplasia previa de otra localización + alteración radiográfica + diagnóstico de cáncer de igual tipo histológico). No se incluyen los derrames pleurales neoplásicos que no acompañaban a una neoplasiapulmonar confirmada. Los diagnósticos se obtuvieron de muestras provenientes del esputo, punción aspirado pulmonar, líquido pleural y material obtenido de la brocoscopia o de la cirugía.

RESULTADOS

Se incluyen 713 pacientes diagnosticados de Neoplasia pulmonar primitiva: 672 hombres (94,2%) y 41 mujeres (5,8%). La edad media era de 64±1 0 años, no encontrando diferencias en la edad entre hombres y mujeres. La incidencia de neoplasia pulmonar primitiva fue de 29,8/ 100.000habitantes/año (excluyendo los años 92y 98 y los residentes fuera de nuestra área) La distribución por tipos histológicos era la siguiente: Carcinoma epidermoide 270 (37,9%), Adenocarcinoma 138 (19,4%), Carcinoma de células pequeñas 152 (21,3%), Carcinoma indiferenciado decélulas grandes 113 (15,8%), Adenoescamoso 12 (1,7%) y carcinoma no filiado 10 (1,4%). Los 18 pacientes restantes tenían los siguientes diagnósticos: 11 eran tumores mixtos diferentes, 5 carcinoides, 1 tumor de células gigantes, 1 Hemangioendotelioma. En cuanto al tipo histológico encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo en los Adenocarcinomas que eran más frecuentes en mujeres (18,5 % en hombres vs. 34,1 % en mujeres; p0,01).

CONCLUSIONES

La frecuencia de neoplasia pulmonar primitiva sigue siendo mucho mayor en hombres que en mujeres (relación 1/16). La distribución por tipo histológico ofrece diferencias, encontrando una alta frecuencia de carcinoma indiferenciado de células pequeñas. Las mujeres tuvieron mayor frecuencia significativa de adenocarcinomas.

CARCINOMA PULMONAR. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 109 CASOS

J. Bujalance, J.D. Alcázar, P. Vicente, C. Rueda, R. Palacios, N. Avisbal, J.L. Velasco, M. Rosales.
Servicios de Neumología y Medicina interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, el carcinoma pulmonar (CP) representa el 26.9% de las muertes por cáncer en varones y el 4.4% en mujeres. El 80% de las muertes por cáncer de pulmón en España se deben al tabaquismo. (Instituto Nacional de Estadística. Madrid 1992).

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas e histológicas en los 109 casos de CP diagnosticados en nuestro Hospital en el año 1997.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado los informes clínicos del año 1997 con diagnóstico final de CP, separándolos por sexo. En estos dos grupos, analizarnos número de casos, edad, estirpe histológica, consurno de tabaco y radiología (Rx) de tórax en el momento del diagnóstico.

RESULTADOS

De los 109 casos, 93 (85%) corresponden a hombres y 16 (15%) a mujeres. La edad media se sitúa en 63,52 años (rango 36-82) para los primeros y 60,87 años (rango 42-83) para las segundas, con mayor incidencia de CP en las 6ª7ª década para los varones y 5ª-6ª década para las mujeres. En el hombre, la estirpe histológica más frecuente es el CP escamoso (63%) seguido del CP de células pequeñas (15%). Sin embargo, en la mujer, hallamos que el tipo más frecuente es el adenocarcinoma (31%) ocupando el CP no tipificado el segundo lugar (25%). Excluyendo 11 casos (10%), todos varones, la Rx de tórax en el momento del diagnóstico mostraba alguna alteración radiológica. En nuestra serie, el consumo de tabaco es más habitual en el hombre con un 89% de fumadores frente al 31,2% de las mujeres.

CONCLUSIONES

1) El diagnóstico se establece en la mayoría de los casos a partir de los 60 años. 2) En nuestra serie, el tipo histológico predominante es el escamoso en varones y el adenocarcinoma en mujeres. 3) El consumo de tabaco es mayor en el hombre con una proporción de 3:1. 4) El porcentaje de anomalías en la Rx de tórax es similar a lo publicado en nuestro país.

ANÁLISIS DE LA TENDENCIA TEMPORAL DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN ANDALUCÍA: 1975-1995

J.A. Romero*, A. Cayuela**, S. Rodríguez**, R. Otero*, V. Carpio*, A. Ginel.*
*Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias **Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Analizarla mortalidad por cáncer de pulmón en Andalucía durante el período 1975-1995.

METODOLOGÍA

Las defunciones por «tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón» (rúbrica 163 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 91 Revisión) ocurridas en la -Comunidad Autónoma de Andalucía han sido facilitadas por el Instituto (le Estádística de Andalucía según grupos de edad y sexo. La población de Andalucía para cada uno de los años del período de estudio la hemos calculado a partir de los censos según el método de interpolación geométrica. Además de las cifras absolutas de defunciones según edad y sexo, hemos calculado las tasas específicas por grupos de edad y sexo, las tasas brutas, estandarizadas (según la población estándar europea) y acumuladas según sexo.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se producen 38.686 defunciones en varones y 4.066 en mujeres por cáncer de pulmón. La tasa bruta (le mortalidad sufre un incremento medio anual del 4,3% (pasando de 35,7 defunciones por 100.000 en 1975 a 75,2 en 1995) en varones y del 1,05% en mujeres (5,97 defunciones por 100.000 en 1975 a 6,5 en 1995). En las mujeres, el riesgo de morir por cáncer de pulmón antes de los 75 años, calculado a partir de la Lisa acurnulada pasó del 0,68 en 1975 a 0,74 en 1995. Es decir, en 1975, 1 de cada 135. En los varones la tasa acumulada pasa de 4,4 a 9,87 lo que significa que en 1975 1 de cada 23 hombres moría por cáncer de pulmón y en 1995 1 de cada 10 lo hacia por esta causa. Al analizar las tasas por grupos de edad vemos que los mayores incrementos se observan entre los 30-54 años. En los hombres el grupo de 30-34 años es el que sufre un mayor incremento medio anual (20,5%) y en las mujeres es el grupo de 50-54 años (9,9%) a lo largo del período de estudio.

CONCLUSIONES

El cáncer de pulmón sigue constituyendo la primera causa de mortalidad por cáncer en los varones andaluces. Se observa una tendencia creciente tanto en varones como en mujeres, sobre todo entre los 30-54 años.

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN EL CARCINOMA BRONCOG NICOENNUESTRA UNIDAD DE BRONCOSCOPIA

J. Bujalance, J.D. Alcázar, P. Vicente, C. Rueda, F. Marín, R. Palacios, E. Castells, M. Rosales.
Servicios de Neumología y Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

Valorar la rentabilidad de las diferentes técnicas diagnósticas realizadas por nuestro Servicio y correlacionarlas con los hallazgos endoscópicos, manifestaciones clínicas y tipos histológicos de carcinoma broncogénico (CB).

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos de forma retrospectiva, las historias clínicas de 109 pacientes diagnosticados de CB primario por nuestro Servicio durante el año 1997. Valoramos manifestaciones clínicas (MC), hallazgos endoscópicos (HE), técnica diagnóstica empleada y resultado histológico final.

RESULTADOS

La MC en 69 pacientes fue tos y/o hemoptisis y/o dolor torácico; 27 asintomáticos y el resto otros síntomas. Los HE los separamos en tumores visibles (TV) y tumores no visibles (TNV) endoscópicamente atendiendo a la clasificación de lkeda, obteniéndose 69 TV y 40 TNV. En los TV la positividad para la biopsia, cepillado y aspirado bronquiales fue del 94, 68 y 71 por ciento respectivamente, siendo el CB escamoso y de células pequeñas los más frecuentes. En los TNV, el aspirado, cepillado bronquiales y biopsia transbronquial fueron positivos en el 52, 77 y 84 por ciento respectivamente. El tipo histológico predominante fue el CB escamoso seguido del adenocarcinoma.

CONCLUSIONES

1) El tipo histológico más frecuente en nuestra serie tanto del grupo de TV como de los TNV es el CB escamoso. 2) La realización de aspirado, cepillado y biopsia bronquiales de forma combinada, nos permitió llegar al diagnóstico en 66 casos de los TV (96,6%). 3) Destacar el alto número de casos en nuestra serie detectados al realizar de forma rutinaria una radiografía de tórax. 4) Las manifestaciones clínicas de tos y/o hemoptisis y/o dolor torácico aparecen en 2/3 de los casos, fundamentalmente en los tumores de localización central.

SOSPECHA CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE CÁNCER BRONCOGÉNICO CON BRONCOFIBROSCOPIA NO DIAGNÓSTICA. ¿ES SIEMPRE CÁNCER BRONCOGÉNICO?

P. Navíos, S. Domínguez-Reboiras, J. Flandes*, J. Cañón**, L. Maíz, M. García Salmones, J. Gaudó, A. Pacheco, A. Sueiro

Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Fundación Jiménez Díaz*. Ministerio de Sanidad.**

OBJETIVOS

1) Correlación cáncer broncogénico con visión endoscópica, radiología y tipo histológico, en las BF no diagnósticas. 2) Participación de otras patologías cuando la BF no es diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 1.067 broncoscopias realizadas en nuestro servicio en el año 1986. Análisis como ensayo para un estudio posterior más actual. De ellas, 167 (15,6%) con sospecha de cáncer broncogénico y BF negativa. 50 historias no se encontraron y 21 no válidas por falta de seguimiento. 96 incluidas en el estudio: 83 varones (86,5%) y 13 mujeres (13,5%). Edad media de 58,7 años (DS 11.4).

RESULTADOS

96 casos analizados: 65 otras patologías y 31 cáncerde pulmón. De las otras 65 patologías: 55 varones y 10 mujeres con edad media de 59 años DS: 11,5. El 35,4% fumadores. Los diagnósticos: neumonía 22 (32,4%), secuelas fibrocicatriciales 11 (16,2%), granulomas 7 (10,3%), arteria pulmonar prominente 5 (7,6%), quistes hidatídicos 4 (5,9%), hamartomas 3(4,4%), conglomerados silicóticos 3 (4,4%), absceso 2 (2,9%), bronquiectasias 2 (2,9%), tuberculosis 2 (2,9%), quiste broncogénico 2 (2,9%), tapón moco 1 (1,5%), cuerpo extraño 1 (1,5%), pseudotumor inflamatorio 1 (1,5%), sarcoma meníngeo 1 (1,5%) y elevación hemidiafragmática 1 (1,5%). En 3 pacientes había dos patologías. Los diagnósticos efectuados en su mayor parte por clínicas y seguimiento medio de 66,7 meses (mediana de 72) excepto en los diagnosticados por cirugía, TAC con PAAF, o BF posterior. Los 31 casos de cáncer broncogénico: 28 varones (90,3%) y 3 mujeres (9,7%), edad media 58 años (DS 11). De ellos el 83,9% fumadores. Todos confirmados citohistológicamente por otros medios. Fueron 12 (18,7%) epidermoides, 11 (35,5%) adenocarcinomas, 6 (19, 4%) Carcinoma indiferenciado de células pequeñas CICP y 2 (6.5%) no-CICP no catalogados.

Endoscopia	Normal	Inflam.	Infiltrc.	Tumor	Necrosis	Compresi.	Obstrucci.
Otras pat.	22,7%	63,6%	3,4%	4,5%	2,3%	4,5%	4,5%
Cáncer bronco.	26,4%	50,9%	13,2%	7,5%	3,8%	1,9%	-

Patrón Rx	masa	NPS	P. Alveo	P. Interst	atelectasia	N. cavitado	d.p	Absceso
Otras pat.	13,8	25,6	38,5%	6,2%	29,2%	3,1%	12,3	1,5
Cáncer	77,4	12,9	6,5%	_	6,5%	-	3,2	-

CONCLUSIONES

1) En la sospecha de cáncer broncogénico con BF negativa toma relevancia la patología benigna, especialmente la neumonía de evolución térpida.

2) Como variables discriminantes de uno y otro grupo: el patrón Rx ($p<0,005$), masa en cáncer y patrón alveolar en patología benigna. La historia de tabaquismo en el límite de la discriminación ($p=0,052$).

3) En patología maligna hay una clara participación del ca epidermoide (38,7%) y el adenocarcinoma (35,5%). 4) En ambos grupos la visión endoscópica más frecuente es la inflamación, y es casi discriminante la infiltración en el grupo de cáncer broncogénico ($p=0,058$).

CITODIAGNÓSTICO DE DERRAMES PLEURALES EN LINFOMAS / LEUCEMIAS: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE CITOMETRÍA DE FLUJO Y CITOLOGÍA ORDINARIA

F. Sánchez López, J.L. De la Cruz Ríos, A. Siles, R. Cámara Lima, B. Poyato, A. Valencia.
Servicio de Neumología y Hematología HR Carlos Haya. Málaga.

La citometría de flujo (CF) representa un método rápido, objetivo y sensible para cuantificar poblaciones celulares, y más específicamente subpoblaciones linfocitarias, que permiten el diagnóstico y clasificación inmunológica de leucemias y linfomas.

OBJETIVO

Comparar los resultados obtenidos en el análisis mediante citología convencional y CF de líquidos pleurales en el contexto de leucemias/linfomas.

DISEÑO

- Estudio descriptivo transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian 134 pacientes entre los años 1996-98 con diagnóstico de linfoma/leucemia, confirmados anatomopatologicamente y/o con alta sospecha clínica y que presentan derrame pleural asociado, altamente sugestivo de estar en relación con patología de base.

RESULTADOS

La edad mediade los pacientes estudiados es de 56,3 años. El 56,8% eran varones. De los 13 pacientes, 6 tenías alta sospecha clínica, 4 eran LNH y 3 leucemias. La citología del LP fue positiva en 3 (23,1 %) de los casos. Citología y citometría de flujo coinciden en 8 (61,6%) de ellos, (negativo en 6 y positivo en 2). En 5 (38,4%) de los casos donde la citología era negativa para células neoplásica resultó positiva la CF.

CONCLUSIONES

La CF es un método rápido, objetivo y sensible en los procesos hematológicos neoplásicos, sobre todo en los de estirpe linfoide, constituyendo una medida de primera línea en su diagnóstico. A pesar del aumento en el costo del procedimiento, actualmente es un método recomendable en cuadros mieloproliferativos dudosos, y de primera elección (y prácticamente insustituible) en los linfoproliferativos.

UTILIDAD DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN RÁPIDA (CAR) EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO

J. Toral, M.A. González, J. Sánchez, J.L. López, J. Romero y M. Peñafiel
Servicio de Neumología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Conocer el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y el envío a nuestra consulta de los pacientes con carcinoma bronquial (CB), así como las demoras en el diagnóstico, y entre el diagnóstico y la realización de una toracotomía terapéutica.

METODOLOGÍA

Estudiamos de forma prospectiva a todos los pacientes remitidos a nuestra consulta por sospecha de CB entro abril y noviembre de 1998 y se les registró:

1. Procedencia;
2. Demora desde la petición de cita hasta su primera visita en CAR;
3. Demora del diagnóstico y estudio de extensión (TAC broncoscopia, punción-aspirado-pulmonar (PAP), etc), hasta su envío a cirugía u oncología
4. Demora para intervención quirúrgica con intención terapéutica.

RESULTADOS

Se diagnosticaron de CB a 51 pacientes (49 varones y 2 mujeres) con una media de 62 años de edad. El 49% procedían de urgencias hospitalarias, un 39% de atención primaria y un 2% de otras consultas especializadas. La demora inedia desde el comienzo de la sintomatología hasta la petición de cita en CAR fue de 100 días y, una vez solicitada, se tardó una media de 1,11 días en ver al paciente. El estudio diagnóstico y de extensión precisó una media de 26 días, incluyendo a 6 pacientes que por necesitar PAP [5] o punción de una metástasis "1", empleamos una meedia de 36 días. Una vez solicitados en la realización del TAC la demora fue de 6 días y en la de la broncoscopia de 5,8 días. Tras completar el estudio un 35% de los pacientes se remitió a Oncología, un 33% a cirugía y en un 11% se decidió seguir únicamente un tratamiento sintomático. La demora en ser valorados por los cirujanos fue de 6,9 (lías y posteriormente en realizarse una toracotomía con intención terapéutica de 37,4 días, incluyendo a 2 pacientes con una medastinoscopia previa para el estadiaje cuya demora para la toracotomía fue de 45,5 días. En total desde

Clínica	Estudio CAR (N=51)	Cirugía terapéutica (N=10)	Total
100 días (8-64)	26 días (9-23)	43 días	65 días (24-100)

la finalización de nuestro estudio preoperatorio hasta la intervención transcurrieron 43 días y desde que el paciente acudió a nuestra consulta hasta la realización de una toracotomía con intención terapéutica se emplearon una media de 65 días.

CONCLUSIONES

La demora en el diagnóstico el CB se debe, en gran parte, al excesivo tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta su envío para estudio.

El diagnóstico de CB hacerse ambulatoriamente en una CAR, en un tiempo razonablemente corto.

En algunos pacientes se debería reducir la demora en la toracotomía terapéutica.

ESCALA DE EPWORTH COMO MEDIDA DE LA SOMNOLENCIA DIURNA EN LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS): DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES Y SUS PAREJAS

P. García López. C. Carmona Bernal, S. Cano Gómez, M.A. Fuentes Pradera, E. Laserna Martinez, F. Capote Gil.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades del Aparato Respiratorio. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Las hipersomnolencia diurna (HSD) es uno de los síntomas principales de losTRS. La escala de Epworth (ESS) es un método subjetivo sencillo para valorarla HSD que se puede realizar al paciente y al acompañante.

0BJETIVOS

1. Conocer si existen diferencias en la valoración de la HSD medida in mediante ESS entre el paciente y la pareja.
2. Estudiar posibles factores relacionados en caso de diferencias.

METODOLOGÍA

Se estudiaron 159 pacientes (1.40 hombres y 19 mujeres, edad media 53,40±0,97 años). Se valoró la HSD mediante la ESS realizada de forma independiente al paciente y al acompañante. Se compararon la puntuación total de la ESS y la de cada una de sus 8 cuestiones, entre el paciente y su pareja (test de la t de Student para datos pareados, coeficiente de correlación de Pearson).

Posteriormente se dividió la serie en dos grupos, según el grado de concordancia en la puntuación total de la ESS entre el paciente y el acompañante (grupo I:>3 y grupo II:<3). Se compararon el nivel cultural, la situación laboral y la edad de los pacientes entre ambos grupos (Chi cuadrado para las dos primeras y test de la t de Student para grupos independientes para la edad).

RESULTADOS

La puntuación mediade la ESS realizadaa los pacientes fue de 10±0,37 (media± SEM) y la contestada por los acompañantes de 11± 0,42 (p<0.001, r=0,81). La tabla muestra los resultados obtenidos al cotejar el grupo I y II con el nivel cultural, la situación laboral y la edad de los pacientes.

	GRUPO I (n=62)	GRUPO II (n=97)	p
N. CULT. ALTO	34%	39%	N.S.
N. CULT. BAJO	66%	61%	N.S.
SIT. LAB. ACTIVA	60%	63%	N.S.
SIT. LABORAL INAC.	40%	37%	
EDAD	53,20±12,27	53,53±12,14	N.S.

CONCLUSIONES

1) Los pacientes que consultan por sospecha de TRS tienden a infravalorar el grado de HSD subjetiva, o sus acompañantes a supravalorarla.
2) Sin embargo, existe correlación entre las respuestas del paciente y su pareja en la puntuación total de la ESS.
3) El grado de discrepancia en la puntuación total de la ESS entre el paciente y su pareja no se relaciona con el nivel cultural, la situación laboral ni la edad.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL RONQUIDO EN LA ADOLESCENCIA

M.A. Fuentes, A. Sánchez, F. Capote, E. García, P. García, J. Castillo.
Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias.Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia del ronquido en una muestra de adolescentes sanos. Estudiar las posibles diferencias antropométricas, clínicas y poligráficas entre sujetos roncadores y no roncadores.

MÉTODO

Hemos estudiado unamuestra de 101 sujetos sanos de edades comprendidas entre los 12 y 16 años (edad media 13,26±0,084). En cada uno de ellos se ha obtenido un cuestionario que incluye, entre otros, datos sobre antecedentes personales y familiares, parámetros antropométricos y síntomas diurnos y nocturnos (divididos en cuatro niveles de frecuencia de aparición). En cada caso se ha realizado una poligrafía cardiorespiratori a en el domicilio del sujeto, mediante registro con Apnoescreen 11. En 55 casos se ha estudiado la vía aérea superior mediante inspección en las Consultas Externas de Otorrinolaringología. Dividimos la muestra de adolescentes en dos grupos-, considerando «no roncadores» a los que nunca o raramente presentaban dicho síntoma y «roncadores» a aquellos que lo hacían a veces o a menudo. Hemos comparado las características antropométricas, síntomas nocturnos, diurnos, datos del examen ORL y resultados de la poligrafía respiratoria en ambos grupos.

RESULTADOS

En 55 adolescentes (32,7% roncadores, 67,2% no roncadores) se examinaron amígdalas palatina y lingual, velo del paladar y base de la lengua. En el 33% de sujetos rocandores existía un tamaño patológico de las amígdalas palatinas, frente al 8,1% de no roncadores (p<0,05), sin otras diferencias.

	Roncadores	No roncadores	p
	n=21	n=71	NS
Edad	13,1±0,8	13,3±0,8	NS
Sexo (H/M)	14/15	29/42	NS
I. Cintura. Cadera	0,82±0,07	0,77±0,06	0,002
Apneas	10,3%	0	0,036
Nicturia	37,9%	16,9%	0,024
Despertares	27,5%	22,5%	NS
Hipersomnolencia	20,6%	11,2%	NS
CT90*	0,04±0,1	0,08±0,1	NS
ID**	1,16±1,5	1,22±1,3	NS
IER***	3,83±3,1	2,22±1,8	0,014

*Tiempo de registro con saturación inferior a 90%, **índice de desaturación, ***índice de eventos respiratorios.

CONCLUSIONES

El porcentaje de sujetos roncadores en nuestra población fue del 29%. En la adolescencia el hecho de roncar se acompaña de mayor frecuencia de determinados síntomas acompaña de mayor frecuencia de determinados síntomas nocturnos y diurnos, de un índice cintura-cadera más alto y de mayor frecuencia de hipertrofia adenoamigdalar. Los adolescentes roncadores tienen también más eventos respiratorios nocturnos que los no roncadores, aunque no más alteraciones de la saturación de oxígeno.

VALORACIÓN DE LA HIPERSOMNOLENCIA DIURNA (HSD) EN CONDUCTORES PROFESIONALES CON SAOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON CPAP

B. Romero Romero, E. Laserna Martínez, C. Carmona Bernal, P. García López, G. Botebol Benhamou*, F. Capote Gil.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. *Servicio de Neurofisiología. Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

La Escala de Epworth (ESS) es un procedimiento extendido de medida de la HSD subjetiva en pacientes con diagnóstico de SAOS. El Test de Latencias Múltiples (MSLT) es el método de referencia para determinar objetivamente el grado de HSD.

OBJETIVOS

1) Evaluar el cambio en la HSD rnedida por ESS y MSLT tras el tratamiento con CPAP en pacientes con SAOS conductores profesionales.
2) Identificar los parámetros que se relacionan con mejoría en la HSD objetiva (latencia rnedia (LM)>5 minutos en el MSLT post-CPAP).

PACIENTES Y MÉTODO

Estudiamos 24 pacientes con una media de edad de 48 años, todos varones, diagnosticados de SAOS (índice aneahipopnea (IAH>10 en la polisomnografía), conductores profesionales. Realizarnos ESS y MSLT en cada paciente antes y después del tratamiento con CPAP. Dividimos los pacientes en dos grupos, según el valor de MSLT postCPAP (<5 minutos y >5 minutos) y valorarnos si se diferenciaban con respecto a ESS pre-CPAP, MSLT pre-CPAP, IAH pre-CPAP y grado de cumplimiento terapéutico.

RESULTADOS

1) La comparación entre ESS y MSLT antes y después del tratamiento con CPAP se expresa mediante la siguiente tabla:

	PRE-CPAP		POST-CPAP		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
EPWORTH	15,75	4,37	7,50	4,61	p<0,001
LM (minutos)	2,97	2,54	4,99	3,65	p<0,010

2) 15 pacientes (62%) tuvieron una LM MSLT post-CPAP <5 minutos y 9 pacientes la tuvieron >5 minutos (37%). La LM MSLT post-CPAP sólo se relacionó con la LM MSLT pre-CPAP (p<0,03). No hubo relación con ES S pre-CPAP, lAH pre-CPAP y grado de cumplimiento terapéutico.

CONCLUSIONES

1) El tratamiento con CPAP determina una clara mejoría de la HSD subjetiva establecida por la ESS en conductores con SAOS. Sin embargo, el efecto de la CPAP sobre el MSLT es menos frecuente o intenso.

2) La latencia media en el MSLT pre-CPAP es el único parámetro que se relaciona con la mejoría de la HSD objetiva tras el tratamiento con CPAP (los pacientes con LM MSLT pre-CPAP más bajas tenían LM MSLT post-CPAP también más baja).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y POLIGRÁFICAS DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS) EN LA ADOLESCENCIA

A. Sánchez, M.A. Fuentes, F. Capote, S. Cano, C. Carmona, J. Castillo
Unidad Medico-quirúrgica de Aparato Respiratorio. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Analizar la frecuencia de los síntomas, de los hallazgos del examen ORL y de los parámetros poligraficos relacionados con los TRS en una población de adolescentes. MÉTODO

Hemos estudiado 101 sujetos de ambos sexos, de 12 a 16 años, procedentes de distintos Centros de Enseñanza Secundaria de Sevilla. En cada caso, se ha completado un cuestionario específico y se han realizado un examen ORL y unapoligrafía domiciliaria nocturna (Apnoescreen II), evaluando: Tiempo total de registro (TTR), SaO_2 basal y mínima, porcentaje del TTR con SaO_2 <90% (CT90), Indice de eventos respiratorios (IER) en el análisis manual, IER del tiempo en supino, IER en el análisis automático, Indice de desaturaciones (ID) en el análisis manual e ID del tiempo en supino.

RESULTADOS

De una población diana de 327 sujetos, 136 (41,6%) rehusaron participar en el estudio, 90 (27,5%) sólo aceptaron completar un cuestionario reducido y 101 (30,8%) fueron incluidos. No hemos encontrado diferencias en la edad, distribución por sexos, peso o principales síntomas entro los dos últimos grupos. Del análisis de los 101 sujetos incluidos, se han obtenido los siguientes resultados:

1) Edad: 13,2 años (SD=0,8); Sexo: 43H/58M; IMC, Indice cintura/cadera y percentil de peso: 21,2 kg/m^2 **(3,8)**, 0,79 **(0,07)** y 68,3 (27,6).
2) Antecedentes de patología ORL: (33 casos (amigdalectomía en 4 y adenoidectomía en 13).
3) Sintomatología: ronquido habitual: 15%; apneas nocturnas: 2,9%; respiración dificultosa durante el sueño: 17,8% y somnolencia diurna 13,8%.
4) Examen ORL (realizado en 55 sujetos): hipertrofia amigdalar: 9 casos; hipertrofia del velo del paladar: 3; hipertrofia de la base de la lengua: 2; hipertrofia de la amigdala língual: 4 y alteraciones de la morfología facial: 7 casos.
5) Poligrafía cardiorespiratoria: TTR=546,3 min (59,5),SaO_2 basal=97% **(0,6)**, SaO_2 min=89,6% **(3,7)**, CT90=0,06% **(0,1)**, IER manual =2,7 **(2,4)**, IER en supino=5,1 **(4,8)**, IER automático=3,8 **(2,3)**, ID manual=1,1 **(1,3)** e ID en supino=2,4 **(3,4)**.
6) En 2 casos hemos encontrado una sintomatología muy sugestiva de TRS con un IER>10.

CONCLUSIONES

La frecuencia de los síntomas potencialmente relacionados con los TRS ha sido parecida a la descrita en niños más pequeños. Las alteraciones poligráfícas han sido poco importantes, pero se han detectado 2 casos de probable TRS.

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS OBSTRUCTIVAS DURANTE EL SUEÑO (SAOS) Y PACIENTES SIN SAOS.

A. Castañar, P. Iñigo, A.M. Pérez, J.M. Antona, P. Cordero, F. Fuentes.
Sección de Neumología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

OBJETIVOS

Analizar si existe alguna relación en cuanto a la exploración funcional respiratoria entro pacientes con SAOS y pacientes sin SAOS.

MÉTODOS

Se estudiaron un total de 179 pacientes escogidos aleatoriamente entre los individuos derivados a nuestra Unidad de sueño para realizar estudio polisomnográfico. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), datos relativos a la exploración funcional respiratoria, gasometría o índice de apnea hipopnea (IAH). El análisis estadístico se realizó mediante el programa R-sigma.

RESULTADOS

-De los 179 pacientes, un 60,3% (108) cumplían criterios de SAOS (IAH>10). La edad media de los pacientes diagnosticados de SAOS fue de 54,4 (18-76), y la de los no SAOS 51,1 (26-77). El número de varones fue significativamente mayor en el grupo de los SAOS respecto a los no SAOS (83% frente a un 73% respectivamente, p<0,05), siendo el IMC de las mujeres significativamente mayor que el de los varones (p<0,01).

VARIABLE	SAOS	NO SAOS	P
TALLA	166	165	NS
PESO	92,3	85,9	<0,01
IMC	33,3	31,3	<0,01
FEV1	78,4	77,5	NS
FVC	78	78,9	NS
FEF 25-75	73,7	70,6	NS
TLC	89	90	NS
FRC	88	91	NS
VR	111	116	NS
VR/TLC	110	116	NS
Raw	3,8	3,6	NS
Gaw	0,4	0,32	NS
DLCO	82,6	94,6	<0,05
KCO	86,9	94	NS
PO2	84,5	88	NS
PCO2	41	40	NS

NS=No significativo

Existe correlación significativa entre el IMC y la capacidad residual funcional (FRC) tanto en SAOS como en no SAOS ($p<0,05$, r no= 0,2). No se encontró correlación significativa ente IMC y capacidad pulmonar total (TLC).

CONCLUSIONES

1) El SAOS es más frecuente en los varones. 2) El IMC es mayor en los pacientes con SAOS. 3) En nuestro grupo, no existen diferencias significativas en los principales parámetros de la exploración funcional respiratoria entre SAOS y no SAOS. 4) La DLCO es significativamente mayor en los pacientes sin SAOS. 5) Cuanto mayor es el IMC, menos es la FRC en SAOS y no SAOS.

RENTABILIDAD DE LA POLISOMNOGRAFÍA DE MEDIA NOCHE EN EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS) LEVE-MODERADO

C.Carmona Bernal, F. Capote Gil, P. García. López, A. Sánchez Armengol, A. García Fernández, J. Castillo Gómez.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades del Aparato Respiratorio. Área Hospitalaria. Virgen del Rocío. Sevilla.

Los registros polisomnográficos abreviados constituyen una alternativa diagnóstica a la polisomnografía de una noche comipleta. En una serie anterior encontrarnos, al analizar las tres primeras horas de la polisomnografía nocturna (PLSG-3), una sensibilidad del 84%, correspondiendo todos los falsos negativos a SAOS leve-moderado (índice de apnea e hipopnea -IAH- entre 10 y 30). (Arch Bronconeumol 1994; 30:390-393).

OBJETIVOS

1) Analizar las características de las tres primeras horas del estudio polisomnográfico nocturno en un grupo de pacientes con SAOS leve-moderado. 2) Evaluar si hay algún parámetro de la polisomnografía que se relacione con el valor del IAH en la PLSG-3 (IAH-3).

METODOLOGÍA

Hemos analizado, en 26 pacientes con SAOS levemoderado, las tres primeras horas del registro polisomnográfico nocturno, y se han comparado con la totalidad del registro (PLSG-C). En ambos se ha evaluado el porcentaje del tiempo total de sueño en estadío de sueño NRE; 1-2 (TTS-SUPERF), de sueño NREM 3-4 (TTSPROF) y de sueño REM (TTS-REM); el IAH y la saturación de oxígeno mínima (SaO_2 min). Los resultados de la PLSG-3 y de la PLSGC se han comparado usando el test de t pareadas y la correlación r de Pearson. Además, se ha valorado si en los casos en los que la PLSG-3 hubiera sido diagnóstica de SAOS, el IAH-3 se relacionaba con el TTS-REM de las tres primeras horas de registro, o con el IAH obtenido al final del estudio (IAH-C).

RESULTADOS

1) El IAH medio fue similar en la PLSG-3 y en la PLSG-C, con una correlación significativa entre ambos IAH (r=0,7 l). Hubo 6 pacientes con un IAH-3 inferior a 10 (sensibilidad de la PLSG-3 del 76%).
2) El TTS-SUPERF fue significativamente mayor en la PLSG-3 (p=0,03), con un TTS-REM menor (p> 0,001), sin diferencias en el TTS-PROF.
3) La SaO_2 min fue significativamente más baja en la PLSG-C (p=0.01).
4) Al considerar dos grupos según el IAH-3 (>=10 o >10), hubo diferencias IAH-C<16. El TTS-REM de la PSLG-3 fue similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES

1) La polisomnografía de las tres primeras horas del sueño nocturno, en pacientes con SAOS leve-moderado, tiene una sensibilida elevada. Los falsos negativos de estos estudios abreviados corresponden a valores más bajos en el estudio polisomnográfico completo.
2) Existe una buena correlación entre IAH de la primera parte de la noche con el IAH de la noche completa.
3) El mayor porcentaje de sueño en fase REM y los valores más bajos de la saturación de oxígeno se obtienen en la segunda parte del sueño.

ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON SíNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DURANTE EL SUEÑO (SAOS)ENTRATAMIENTO CON CAPn DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

A.M. Pérez, A. Castañar, P. Íñigo, B. León*, M.T. Gómez, J.M. Antona, F. Fuentes.
Sección de Neumología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. *Air Liquide Medicinal. Delegación Extremadura.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción personal y familiar de los pacientes diagnosticados de SAOS y en tratamiento con CPAPn en la provincia de Badajoz.

MÉTODOS

Entre los meses de Junio y Agosto (le 1998 se llevo a cabo una encuesta domiciliaria por parte del personal (lo, Air Liquide a una muestra de 100 pacientes escogidos aleatoriamente del total de 647 (15,4%) diagnosticados de SAOS que hasta esa fecha realizaban tratamiento, con CPAPn.

RESULTADOS

De los 100 pacientes encuestados, un 72% tenían edades comprendidas entre 50 y 70 años. Un 79% eran obesos. El 81% de los pacientes realizan tratamiento con CPAPn durante más de 5 horas, un 10% de 4 a 5 horas, el 4% de 3 a 4 horas, y tan sólo el 2% realizó tratamiento menos de 3 horas.

Hasta el 96% de los pacientes presentaban somnolencia diurna antes de comenzar el tratamiento, y un 36% presentaban somnolencia con actividades tales como la conducción. Un 6% había tenido en alguna ocasión accidentes de tráfico. El 86% consideraba que su sueño no era tranquilo antes de iniciar el tratamiento.

Después de iniciado el tratamiento con CPAPn, hasta un 98% de los pacientes encuestados encontró algún tipo de mejoría. El 91% referían levantarse descansados al despertar, y un 98% refirió sueño tranquilo con el tratamiento. El 92% corrigió la somnolencia diurna. El ronquido desapareció hasta en el 97% de los casos. Un 34% de los pacientes admitió poder desarrollar trabajos o actividades que antes de iniciado el tratamiento no podían Un 42% reconoció haber experimentado cambios de humor con el tratamiento.

Un 3% abandonó el tratamiento por intolerancia al mismo. Hasta el 30% de los encuestados encontraron algún tipo de inconveniente en el tratamiento, siendo los más frecuentes: ruido del dispositivo de CPAPn, intolerancia a la mascarilla, sequedad en la garganta.

El 99% de pacientes se encontraba satisfecho con el tratamiento y hasta un 96% de los familiares encontró algún tipo de mejoría con el mismo.

CONCLUSIONES

1) El 91% de nuestros pacientes realiza tratamiento, con CPAPn durante más de 4 horas diarias, lo que nos parece un adecuado grado de cumplimentación.
2) La gran mayoría de los pacientes y de sus familiares encuentran mejoría con el tratamiento, desapareciendo en la mayor parte de los casos tanto la hipersomnia diurna como los ronquidos.
3) La tolerancia al tratamiento con CPAPn es bastante buena, con un bajo porcentaje de abandonos, encontrando inconvenientes leves tina tercera parte de los pacientes.
4) Existe un alto grado de satisfacción personal y familiar conel tratamiento con CPAPn entre nuestros pacientes.

INGRESOS POR ASMA EN UN HOSPITAL COMARCAL: CARACTERíSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

J. Calvo Bonachera, F. Pascual Lledó, L. Martín-Vivaldi, M.S. Bernal Roque*, M.D. Calvo.Bonachera*.
Unidad de Neumología. Hospital «La Inmaculada» Huércal-Overa. Almería. *Hospital Torrecárdenas. Almería.

OBJETIVO

-Valorar los datos clínicos, analíticos, radiológicos y características epidemiológicas de los pacientes con asma agudizado que requieren ingreso hospitalario en el Arca Hospitalaria dependiente de un Hospital Comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados por asma agudizado desde enero del 97 a septiembre del 98. Los datos se han obtenido a partir de los registros de altas hospitalarias en los que figura como diagnóstico principal asma bronquial. Se ha utilizado un protocolo de recogida de datos que incluye edad, sexo, mes de ingreso, estancia hospitalaria, gasometría arterial en el momento del ingreso, hallazgos en Rx de tórax, presencia de fiebre, leucocitosis y días de evolución previos al ingreso.

RESULTADOS

Nuestro Área Hospitalaria atiende una población aproximada de 99.264 hbitantes. Se han incluido 28 pacientes, 16 mujeres y 12 varones, con una edad media de 59,7 años (SD 16,45). La media de días de evolución previos al ingreso es de 5,5 días (SD 3,2). Ingresaron en los meses de primavera 9 pacientes, 5 en verano, 1 en otoño y 13 en los meses de invierno. La Rx de tórax fue normal en 15 pacientes (53%), mostró hiperinsuflación en 8 pacientes (32%), condensación en 4 casos (14%) y atelectasia en 1 caso. En el momento del ingreso 9 pacientes presentaban fiebre y 9 leucocitosis. La PaO_2 media fue de 59,7 mm Hg (SD 10,43). La estancia media generada por esta patología fue de 10,42 días (SI) 5,42). La mortalidad fue nula.

CONCLUSIONES

1) Edad media avanzada. 2) Predominio de ingresos en mujeres. 3) Carácter estacional, con mayor proporción de ingresos en los meses de primavera e invierno. 4) Escasa aportación de la Rx de tórax en la agudización si no se acompaña de datos clínicos y analíticos.

RINITIS COMO CAUSA DE TOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES ESTUDIO DE 61 CASOS.

Mª T. Elías Hernández, R. Sánchez Gil, J. Castillo Gómez
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Estudiar las características de los pacientes que acuden a nuestra consulta por presentar tos crónica como único síntoma bronquial, con sospecha de causa alérgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

La recogida de datos se realizó de forma prospectiva, mediante la utilización de un cuestionario específico diseñado para el estudio de pacientes que acudían por primera vez a la consulta con sospecha de rinitis y/o asma bronquial. El cuestionario consta de catorce apartados. Definimos el síndrome tusígeno como la existencia de tos de más de tres meses de evolución, de etiología desconocida, no acompañado de disnea ni sibilancias. El diagnóstico de rinitis como causa de la tos se estableció al descartar otras causas, tener espirometría normal y/o test de provocación bronquial con metacolina negativo, y desaparición del síntoma con tratamiento antihistamínico y/o corticoide tópico nasal.

RESULTADOS

En un período de dos años fueron remitidos para estudio un total de 3.400 pacientes con sospecha de patología respiratoria de tipo alérgico. De estos, 136 presentaban un síndrome tusígeno: el 11 % [(15)] presentaban tos crónica persistente, el 70,5% [(96)] crisis tusígena y el 18,3 % tos crónica persistente más crisis tusígena. La tos se atribuyó a rinitis en 61 pacientes (46,5%), asma bronquial en 18 (13,7%), posible asma pendiente de evolución en 26 (19,8%) y otros diagnósticos en 26 (19,8%). Los pacientes diagnosticados de rinitis tenían una edad media de 23,8±10.8 años [(9-63)], 33 eran hombres (54%) y 28 mujeres (46%). La edad media de comienzo del síndrome tusígeno fue de 19 ±12.1 años (259). 14 pacientes fumaban en el momento en que se hizo el diagnóstico (22,9%), con una media de 2,1±1,8 paquetes/año. En la anamnesis, 33 referían antecedentes de atopia y/o asma en familiares de primer grado (54%) y 32 en familiares de segundo grado (52,4%). 15 pacientes habían sido diagnosticados previamente de rinitis (24,5%). 53 pacientes tenían síntomas nasales (86,8%) que habían comenzado a los 17±9,8 años, 40 tenían molestias faringeas (65, 5%) y 22 habían tenido tos en alguna ocasión que atribuían a las molestias faríngeas (36%). A la exploración, un paciente tenía roncus. El porcentaje de eosinófilos en sangre periférica era de 3,9±3,23%. En 41 se había realizado Rx de senos paranasales y en 9 resultó anormal (21,9%). Funcionalmente tenían una CVF de 4,16±1,1 (102±11,6%), FEV_1 de 3,46 ± 0,82 (99,9±13.4%) y FEV_1/CVF de 84,4 ±5,92%. Se realizó test de metacolina en 26 pacientes, y resultó positivo en uno (3,8%). Los test cutáneos fueron positivos en 40 pacientes (58,8%), siendo lo mas frecuente la positividad a ácaros (30%), pólenes de los grupo [2-3-4] (20%) y asociación ácaros-pólenes (17,5%). El

diagnóstico final fue de rinitis polínica en 16 (26,2%), por ácaros en 10 (16,3 %), por hipersensibilidad múltiple en 6 (9,8%) y sin alergeno conocido en 29 (47,5%). A todos los pacientes se les recomendaron medidas ambientales además de tratamiento con antihistamínicos y corticoide tópico nasal. Comparando el grupo de riníticos con los que fueron diagnosticados de asma y/o posible asma, y con aquellos en los que el diagnóstico fue otro, encontramos en los riníticos una mayor frecuencia de síntomas nasales (p=0,01), de tos seca alta (p=0,001), de positividad de los test cutáneos (p=0,0001) y una mayor CVF (p=0,006).

CONCLUSIONES

La rinitis es una causa frecuente de tos, que afecta a una población joven, no fumadora, y sin distinción de sexo. Suele haber un retraso en el comienzo de la tos con respecto a los síntomas nasales. El tratamiento correcto de la rinitis hace desaparecer y/o mejorar la tos.

EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL EN ASMÁTICOS

A. León Jiménez, P. Martín Olmedo, E. Benítez Rodríguez, A. Arnedillo Muñoz, J.M. Gómez Gutiérrez y A. Mangas Rojas

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La educación parapacientes asmáticos está considerada como un pilar fundamental en el control de la enfermedad. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan valorado la eficacia de un programa educativo en asma.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de un programa educativo en cuanto a morbilidad, adherencia, conocimientos sobre el asma y técnica inhalatoria en pacientes con asma bronquial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo de un año de duración con selección aleatoria de sujetos, con un grupo control y otro de estudio. El ámbito del estudio fueron las consultas de Neumología de un área hospitalaria de 240.000 habitantes. Los sujetos fueron 73 pacientes diagnosticados de asma bronquial seleccionados consecutivamente de las consultas en función de unos criterios establecidos de gravedad de su asma. Treinta y nueve pacientes fueron incluidos en el grupo estudio y treinta y cuatro en el grupo control. Los límites de edad fueron 14 y 70 años. Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, nivel de estudios y gravedad previa de su asma.

Al grupo estudio se le impartió un programa educacional consistente en una sesión semanal de 40 minutos durante 3 semanas consecutivas, con una de recuerdo a los 6 meses. Los grupos se formaron con un máximo de 7 pacientes. Se impartieron conocimientos básicos sobre fisipatología del asma, autocontrol y técnica inhalatoria. Al grupo control se le impartió la información estandarizada habitual.

Tras un año de seguimiento se evaluaron la utilización de servicios sanitarios por asma, técnica inhalatoria, conocimientos, adherencia y medidas de control ambiental.

RESULTADOS

En el grupo de estudio disminuyó el número de ingresos en la sala de observación hospitalaria y las visitas al médico de Atención Primaria con respecto al grupo control ($p=0,02$). La técnica inhalatoria y el nivel de conocimientos fueron significativamente mejores en el grupo estudio ($p<0,05$ y $p<0,002$ respectivamente). No hubo diferencias en cuanto a la adherencia al tratamiento ni medidas de control ambiental.

CONCLUSIONES

Este programa educacional disminuyó la utilización de los servicios sanitarios y mejoró los conocimientos sobre asma y la técnica inhalatoria.

BECA FIS 97/1182

AFECTACIÓN DE, LA MASA ÓSEA EN PACIENTES ASMÁTICAS CORTICODEPENDIENTES. INFLUENCIA DEL ESTATUS MENSTRUAL.

A. Conde Valero, M.A. Palma Oteró, P. Mezquita, N. Ortego Centeno*, E. Pérez Sánchez, M. Pedrosa Arias, M. Muñoz-Torres**.

Servicio Neumología, *Medicina Interna y **Endocrinología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La disminución de la masa ósea en pacientes asmáticos corticodependientes es un hecho aceptado. Sin embargo persisten aún muchas dudas sobre los factores que determinar su aparición. Los objetivos del presente estudio fueron: 1)comparar los valores de la densidad mineral ósea (DMO) en una muestra de mujeres asmáticas corticodependientes con los de la población global. 2) conocer que tipo de hueso es el principalmente afectado. 3) valorar la influencia de la menopáusia en la DMO.

METODOLOGÍA

Se estudiaron 74 pacientes asmáticas corticodependientes (44 pre- y 30 postmenopáusicas) de edad inedia 43,3±12,9 años, seguidas habitualmente en la Consulta de Respiratorio de nuestro Hospital. Se recogieron datos sobre gravedad y tiempo de evolución del asma y dosis diaria y acumulada de corticoides. La densidad mineral ósea (DMO) se midió mediante densitometría dual de rayos X (DEXA) en columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF), expresando los resultados en gramos/centímetro cuadrado y Z-score (desviación estándar con respecto a la población española de referencia ajustando para edad y sexo). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS para Windows: análisis descriptivo, correlación de Spearman y t de Student.

RESULTADOS

La dosis acumulada de prednisona en mujeres premenopáusicas fue de 12,9±20.3 g y de 7,5±7,5 g en postrnenopáusicas. No encontrarnos diferencias significativas al comparar los valores de Z-score entre pre y postmenopáusicas. Las mujeres asmáticas mostraron una reducción de DMO tanto en CL (hueso trabecular), como en CF (hueso cortical) respecto a la población de referencia ($p<0,05$). El contraste de Z-score entre pre y postmenopáusicas no mostró diferencias significativa, aunque estuvo próximo a la significación en CL ($p=0,07$). La dosis acumulada de corticoides se correlacionó significativamente tanto con el Z-score de Cl $^{(0,28)}$ como de CF $^{(0,4)}$, en el total de la muestra. Al analizar de forma independiente a pre y postmenopáusicas, solo se encontró correlación significativa en las primeras, tanto en CL(-0,39), como en CF (-0,48).

CONCLUSIONES

Las mujeres asmáticas corticodependientes, tanto pre como postmenopáusicas, presentan una significativa disminución de la rnasa ósea respecto a la población general que afecta tanto a hueso trabecular como a hueso cortical.

FIBROBRONCOSCOPIA EN LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA ALTA EN EL NIÑO

A. Andrés Martín, M. Pineda Mantecón.
Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

OBJETIVO

La fibrobroncoscopia (FBC) es una técnica imprescindible en las unidades de neumología pediátrica. En un número de ocasiones importantes, su motivación viene condicionada por una sospecha de patología de la vía respiratoria alta. Presentamos nuestra experiencia desde abril de 1993 hasta diciembre de 1998,ambos meses inclusivo.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado un FBC pediátrico Olympus BF3 C20, de 3,6 mm de diámetro externo, y canal de trabajo de 1,2 mm. La técnica empleada fue: vía venosa de acceso; nebulización con lidocaina al 5%, 4 cc; premedicación con atropina 0,01 mgr/kg/IV, midazolan a 0,1 mgr/Kg/IV y/o fentalino a 1 mcgrs/Kg/IV. Sonda nasofaringea con oxígeno si era necesario. Monitorización con pulxiosírnetro y ECG.

RESULTADOS

Durante ese tiempo se han realizado 275 FBC a 211 niños, de las cuales, 24 lo fueron por una sospecha de patología respiratoria alta, lo cual supone el 8,72% de todas las indicaciones de las FBC, y si incluirnos las realizadas coi-no control de una patología conocida, nos acercamos al 10% de las exploraciones realizadas en nuestra Sección. El rango de edad fue de 1 mesa 14 años (el 66,66% tenían menos de 4 años). 14 fueron niños y 10 niñas.

Las indicaciones para la realización de la FBC fueron: estridor (12 casos), estridor post intubación (7 casos), laringitis y angiomas en cara, control para extubar en una epiglotitis, laringitis de repetición, descartar estenosis traqueal en una traqueostomía y angiomas múltiples con estridor, en un caso cada uno.

Los diagnósticos - hallazgos endoscópicos fueron: laringomalacia (7 casos), normal (5 casos), granulomas sublóticos (3 casos), estenosis traqueal (2 casos), estenosis subglótica, traumatismo de cuerdass vocales, edema de sublotis, moco en subglotis, epiglotis en omega, membrana laringea y angioma subglótico, en un caso respectivamente. No hubo complicaciones importantes, y siempre que se pudo, además de explorar la vía respiratoria alta, se exploró traquea y ambos árboles bronquiales.

CONCLUSIONES

La FBC es una técnica imprescindible en las Unidades de Neumología Pediátricas, estando en un 10% de los casos indicadas por una patología respiratoria alta (cifra que no es tan baja como pudiera parecer, dado que en nuestro hospital existe una Unidad de ORL infantil, que realiza la mayoría de las exploraciones broncoscópicas en niños con patología alta). Cuando se sospeche una patología alta, las probabilidades de que la exploración encuentre un hallazgo patológico son de un 87,5%, muy superior al global de las exploraciones fibrobroncoscópicas realizadas.

LA SEDACIÓN EN BRONCOSCOPIAS: MIDAZOLAM FRENTE A DIAZEPAM

M. González Luque*, H. Rodríguez Peral**, B. Ferrerio Argüelles***, F. Cardenas Lafuente***.
Servicio de Medicina Interna. Unidad de Encoscopias. Hospital General Básico de Antequera. FEA Neumología*, DUE Unidad Endoscopias**, FEA Digestivo***.

OBJETIVOS

Analizar la seguridad y las diferencias del uso del midazolam (MDZ) frente al diazepam (DZP) en la sedación de los pacientes sornetidos a broncoscopia (BF).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos la sedación en 40 procedimientos broscoscópicos en 34 pacientes, divididos en dos grupos homogéneos de 20 exploraciones. La edad media fue de 59.9 años (rango de 15-77 a.), correspondiendo un 90% a varones y un 10% a mujeres. Diseñamos un estudio de carácter prospectivo, randomizado y a doble ciego, realizando un protocolo clínico que consistió en historia y exploración clínica completa, gases basales, bioquímica y coagulación sanguínea, espironietría, y radiología de tórax, con el objeto de excluir a pacientes con riesgos potenciales para la sobresedación por su situación basal o por las enfermedades de base. A los pacientes incluidos en el estudio previo consentimiento escrito, se les realizó toma de tensión arterial y frecuencia cardiaca (basal, durante la BF y a los 20 minutos), pulsioximetría durante todo el procedimiento (con oxígeno suplementario en gafas nasales a 3 lpm), y canalización de vía periférica. La técnica broncoscópica en todos ellos fue transoral. El protocolo de sedación consistió en administrar 0,075 mg/kg de MDZ o DZP por vía IV diluidos en 9 cc de suero fisiológico, en bolos lentos de 3 cc IV directo cada 3 minutos, hasta obtener un grado de sedación superficial según la escala de Ramsey (0: despierto, 1: verborreico con tendencia al sueño, 2: dormido y fácil de despertar, 3: dormido y difícil de despertar,4: dormido sin respuesta); contabilizando el tiempo en segundos desde el último bolo hasta obtener la sedación deseada para obtener la colaboración del paciente. Como dosis máxima determinarnos no usar mas de 5 mg IV para ambas benzodiazepinas (BZD). En todas las exploraciones realizamos premedicación con atropina subcutánea, y lidocaína tópica en vía aérea superior e inferior sin sobrepasar los 300 mg. En los casos que fue preciso revertir la sedación se empleó flumazenil a dosis de 0,5 mg IVD en bolo diluido. Se analizaron las siguientes variables: tensión arterial, frecuencia cardíaca y SaO_2 antes, durante y tras la exploración (a los 20 minutos), tolerancia (muy buena, buena, regular, rnala); complicaciones leves (somnolencia excesiva, náuseas-vómitos, cefalea, reacción vagal) complicaciones graves (parada cardiorespiratoria, arritmia severa, anafilaxia, convulsiones); capacidad de memoria y coordinación neurológica global (a los 30 minutos de la BF), y por último la necesidad de reversión farmacológica por sobresedación. Los datos fueron procesados con el programa de tratamiento informático Epi-Info V6.

RESULTADOS

La indicación de BF se distribuyó del siguiente modo: 22,5% por hemoptisis, un 60% por estadiaje de neoplasia pulmonar, un 5% para estudio de filiación microbiológica, y un 12,5% por estudio de alguna alteración radiológica no neoplasica. No existían diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la edad. No se registró ninguna complicación grave, y de las leves solo presentaron sobresedación que requirió reversión farmacológica en 3 exploraciones del grupo MDZ; y la presencia de náuseas y vómitos en el 21,9% de ambos grupos. Las dosis medias empleadas para conseguir la sedación fue de 4.035 mg para MDZ y 4.435 trig para DZP. El tiempo medio para obtener el efecto sedativo deseado (grados Ramsey 1.2) fue de 56,05 segundos para MDZ frente a 165 para DZP, existiendo nivel de significación estadística en este apartado entre ambas BZD (p=0,0007). En 10 exploraciones del grupo de DZP no se consiguió ningún grado de sedación a las dosis descritas, frente a una del grupo MDZ (p=0,001). Cuando precisamos reversión farmacológica, esta fue completa con solo 0,5 mg IVD de flumazenil. No se encontraron diferencias significativas entre ambas BZD respecto al nivel de tolerancia, coordinación neurológica, necesidad de reversión farmacológica o complicaciones leves. Tampoco encontramos diferencias al comparar la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la SaO_2 en las exploraciones practicadas con ambas BZD. Solo se obtuvo tal diferencia a favor de un mayor efecto amnésico para el grupo de exploraciones de pacientes sometidos a sedación con MDZ (p=0,007).

CONCLUSIONES

1) El uso de ambas benzodiazepinas en nuestra serie de pacientes se rnostró seguro para la realización de broncoscopias bajo sedación sin presentar reacciones adversas graves.
2) La utilización de midazolam presenta ventajas respecto al diazepani al instaurar de forma más rápida la sedación superficial, obtener mayor poder sedativo a la dosis empleada, y objetivar un mayor efecto amnésico anterógrado.
3) La recuperación sensorial es rápida y completa para ambas BZD a los 30 minutos de la exploración a las dosis descritas.

ANÁLISIS DE LAS INTUBACIONES OROTRAQUEALES LLEVADAS A CABO MEDIANTE BRONCOFIBROSCOPIO

P. Iñigo, A. Castañar, A.M. Pérez, F.L. Márquez, S.M. Checa, F. Fuentes
Sección de Neumología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

En nuestro Hospital, en las intervenciones quirúrgicas en las que las intubaciones orotraqueales son complicadas o difíciles, éstas se realizan con la ayuda del broncofibroscopio, por lo que se llevan a cabo por un neumólogo.

OBJETIVOS

Con este trabajo pretendemos conocer 1) el número de intubaciones realizadas con broncofibroscopio por nuestra Sección de Neumología, 2) la especialidad quirúrgica que con más frecuencia reclama nuestros servicios y 3) la causa más frecuente de intubación por este método.

MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo desde el año 1988 hasta Agosto de 1998. La recogida de datos se realizo mediante los libros de registro de Bronco fibroscopia y de quirófano. Posteriormente se revisaron las historias de estos pacientes para conocer, por el parte de anestesia quienes habían sido intubados por broncofibroscopio y cual era el motivo.

RESULTADOS

En el período de tiempo antes reseñado se han realizado un total de 112 intubaciones con broncofibroscopio en quirófano. En 99 (88,3%) de estas conocemos el Servicio quirúrgico para el cual se realizó el procedimiento; en los 12 casos restantes (0,7%) desconocemos para que servicio se realizó el mismo. De los 99 que hemos analizado, 51 (45,5%) fueron realizadas en el quirófano de Neurocirugía; en Cirugía General 22 [19,65]; en el quirófano de Traumatología 15 (13,39%); en Urología 5 (4,46%); 3 en Cirugía Cardiaca (2,6%); 3 en Otorrinolaringología (2,6%) y 1 en Oftalmología. El nicnor número de broncofibroscopias corresponde al año 1988 en el que se realizaron solamente 2 intubaciones; y el mayor número de las mismas en el año 1993, en el que se hicieron 19 intubaciones.

La causa más frecuente fue la dificultad para la intubación orotraqueal en 44 casos (44,4%), seguida por la presencia de halo de esteroataxia en los pacientes de Neurocirugía que impedía la hiperextensión del cuello, con un total de 26 casos (26,2%). Otras causas menos frecuentes fueron rigidez del cuello por Espondilitis Anquilopoyética, fractura ósea y en 5 casos desconocemos el motivo.

CONCLUSIONES

A la vista de estos datos podemos concluir que: 1) Durante un período de 10 años se han realizado 112 intubaciones con broncofibroscopio. 2) El mayor número de intubaciones corresponde al Servicio de Neurocirugía. 3)La principal causa de solicitud de intubación orotraqueal por broncofibroscopio es la dificultad de intubación de los anestesistas, seguida de la imposibilidad de hiperextensión del cuello por la presencia de un halo de esteroataxia.

RENTABILIDAD DE LA BRONCOFIBROSCOPIA. REPETIDA EN PACIENTES INFECTADOS POR ELVIH CON INFILTRADOS PULMONARES

A. García Fernández, J. Martín Juan, B. Romero Romero, J.A. Romero Contreras, F. Rodríguez Panadero
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente aceptada la alta rentabilidad de las técnicas de broncofibroscopia (BF) en el aislamiento de una amplia gama de patógenos oportunistas asociados a la infección por VIH, sin embargo no ha sido tan evaluada, y por lo tanto puede resultar cuestionable, la utilidad de la BF repetida (BFrep) a lo largo del episodio de enfermedad pulmonar. OBJETIVOS

Analizar la rentabilidad de la repetición (le técnicas de BF (lavado broncoalveolar-LBA/biopsia transbronquial-BTB) en pacientes infectados por el VIH, comparando las aportaciones de éstas en los casos en que fueron repetidas a corto plazo (< 1 mes) y en las realizadas rnás tardíamente (1-2 meses).

METODOLOGÍA

Se estudian los resultados de la BF repetida en 26 pacientes infectados por VIH en profunda situación de inmunodepresión (el 90% con recuentos <200 CD4/ul). La mayoría de ellos no realizaba quimioprofilaxis frente a Pneumocystis carinii (PNC).

Se establecieron tres grupos: 1) Grupo 1 (n=9), BF inicial diagnóstica y mala evolución clínica, con BFrep en período <1 mes; 2) Grupo II (n=9), con BF inicial no diagnostica y BFrep en <1 mes; 3) Grupo III (n=8), con mala evolución y/o aparición de nuevos infiltrados, con BFrep diferida, entre 1-2meses tras la previa.

RESULTADOS

En el Grupo I, el patógeno más aislado fue PNC y persistió en la muestras de BFrep en 5/9. En 3/9 aportó tres nuevos diagnósticos (Rh. Equii con malacoplaka/CMV-S. Kaposi/Criptococo). En el Grupo II, con sólo LBA previo negativo, la BFrep con BTB resultó diagnóstica en todos, con la identificación de patógenos y patología no infecciosa (PNC 3/9, M. Tuberculosis 2/9, CMV 1/9 y S. Kaposi 2/9, Granulomatosis cuerpo extraño 1/9, B. Obliterante 1/9). En el Grupo III, resultó rentable sólo en 5/8 aunque con aparición de patógenos diferentes a los de la BF previa, en tres de ellos como coinfección (PNC-CMV, M. Tuberculosis-Bacteria, PNC-Bacteria).

CONCLUSIONES

La repetición de BF a corto plazo ante una previa con LBA aislado negativo está claramente justificada si se asocia BTB. Ante una BF previa diagnóstica, una segunda BF añade escasos hallazgos de interés que modifiquen el tratamiento. La BF repetida más a largo plazo pone de manifiesto, sobre todo, patógenos diferentes a los aislados en la BF previa.

NEUMONÍA VARICELOSA EN ADULTOS

J.L. Rojas Box, I. De la Cruz Morón, I. Alfageme Micliavila, F. Muñoz Lucena, N. Reyes, J. Muñoz Méndez
Sección de Neumología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

La Neumonía varicelosa es una complicación de la varicela que aparece casi exclusivamente en adultos. El cuadro clínico oscila entre formas poco sintomáticas a insuficiencia respiratoria grave.

OBJETIVOS

Análisis de los casos de Neumonía varicelosa en adultos ingresados en nuestro Hospital durante un período de 7 años.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los casos de Neumonía varicelosa en adultos. El diagnóstico de Neumonía varicelosa se estableció mediante criterios-radiológicos en el curso de una varicela.

RESULTADOS

Se incluyen 13 pacientes adultos (9 hombres y 4 mujeres). Tres de ellos tenían inmunodepresión (dos infectados por el VIH y uno con Lupus Eritematoso Sistémico) y una paciente estaba en el tercer trimestre del embarazo. El 77% de los pacientes eran fumadores activos. Los síntomas más frecuentes fueron la tos y la disnea, además de la erupción cutánea y la fiebre. Todos los pacientes tenían patrón nodular bilateral extenso en la radiografía de tórax, sin afectación pleural ni adenopatías inediastínicas. Todos recibieron tratamiento con Aciclovir intravenoso y la evolución fue favorable en todos excepto en un paciente infectado por el VIH, que falleció. La paciente gestante necesitó atención en laUnidad de cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

La neumonía varicelosa se da más frecuentemente en adultos no inmunodeprimidos. A pesar de la gravedad clasicamente descrita, actualmente, con el tratamiento antivírico, su evolución es favorable.

COMPLICACIONES Y ALTERACIONES ANALíTICAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO

P. Iñigo, A. Castañar, A.M. Pérez, M.T. Gómez, F.L. Márquez, F. Fuentes
Sección de Neumología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

El tratamiento tuberculostático puede producir alteraciones en las determinaciones analíticas, así corno iniportantes complicaciones, sobre todo en el funcionalismo hepático.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer la incidencia en nuestro medio de alteraciones analíticas y complicaciones debidas a los fármacos antituberculosos.

2. Comprobar si existe alguna relación entre la aparición de éstas y el tipo de tratamiento seguido.

MÉTODO

Realizamos un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de tuberculosis y tratados en nuestra Sección de Neumología desde Septiembre de 1989 a Diciembre de 1997.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 167 pacientes que se dividieron en tres grupos según el tipo de tratamiento seguido:

Grupo A: Rifampicina (R) (6 meses), Isoniacia (H) (6 meses), Pirazinamida (Z) (2 meses).

Grupo B: R (9 m), H (9 in), Etambutol (E) (2 m).

Grupo C: R (6 m), H (6 m), Z (2 m), E (2 m).

Del total de enfermos 77 (46,10%) pertenecían al grupo A; 25 (14,97%) al grupo B y 58 (34,73%) al grupo C. La edad media en el grupo A fue de 42,6 ± 19,6 (14 - 91); en el B 37,3 ± 21,8 (12 - 74) ; en el grupo C 36,5 mediana 27 (1473). El 79% de los pacientes presentaban una tuberculosis parenquimatosa pulmonar; un 12% tuberculosis pleural y el 9% restante eran tuberculosis pleuro-pulmonares y de otras localizaciones. El diagnóstico fue establecido en un 87% de los casos por baciloscopias de esputo positivas, en el resto por baciloscopias del broncoaspirado, cultivos de Lowenstein positivos y biopsias pleurales y bronquiales. El patrón radiológico rnás frecuente fueron las cavitaciones, encontradas en un 36,5% del total de pacientes, seguido de los infiltrados parenquimatosos en 31,7%. Encontramos alteración de las enzimas hepáticas en 43 enfermos de los cuales 14 (32,5%) pertenecen al grupo A; 3 (7%) al B y 26 (60%) al grupo C. De todos ellos, hubo de retirarse el tratamiento, tan sólo en 11 pacientes (6,6%). El ácido úrico alcanzó valores superiores a 7,5 en 87 pacientes (52%): 49 (56,3%) del grupoA; 1 (1,1%)del grupo B y37 (42,5%) del C.

CONCLUSIONES

1) Las alteraciones de las enzimas hepáticas, así como las elevaciones del ácido úrico son relativamente frecuentes en los pacientes tratados con tuberculostáticos, un 25,7% y un 52% respectivamente.
2) Estas alteraciones enzimáticas hepáticas rara vez obligan a retirar el tratamiento, en nuestra experiencia en un 6,6%.
3) Las complicaciones hepáticas son más frecuentes en el grupo en el que se introdujo un 49 farmaco (Grupo C).

NEUMONÍAS POR NOCARDIAS QUE REQUIEREN INGRESO EN UCI

M. Ruiz Bailén, J.A. Ramos Cuadra, A. Cárdenas Cruz, J. Fierro Rosón, J.L. Cassini Gómez, M.C. Rogado González, J.L. Zambrana García.
H. Poniente. Almería.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo ha sido realizar tina descripción de las neumonías por Nocardia asterioides que han requerido ingreso en Medicina Intensiva.

METODOLOGÍA

Pacientes ingresados en nuestra UCI con neumonía por Nocardia asteroides durante 1998.

RESULTADOS

Durante 1998 han ingresado en UCI con el diagnóstico de neumonía 27 pacientes (4,7% del total de ingresos).

De ellas 4 fueron debidas a Nocardias asteroides (14,8%). No se detectó ninguna embolia séptica a distancia.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	F	M	M	M
Edad	75	73	72	16
Antecedentes Person.	S. Cushing	-	EPOC	-
Presentación	Neumonía LII	Neum. LSD y LMD	Neumonía LSD	Neumonía LII
Complicaciones	-	Fallo multiorgánico	-	SDRA
Evolución	Curación	Exitus	Curación	Curación

CONCLUSIONES

La presentación de la nocardiosis es muy baja, no obstante dada su historia natural y su peculiar sensibilidad antibiótica, es obligado tener una alta sospecha clínica, especialmente ante pacientes con antecedentes previos y con una mala respuesta inicial a la terapia antibiótica habitual.

EPISODIOS ASISTENCIALES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA

F. Cabello Rueda, A. López Cózar Gil, J.M. Ignacio García, V. Díaz Morant, C. Milla Triano.
Unidad de Neumología. H.G.B . Serranía de Ronda. Málaga.

OBJETIVO

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los diagnósticos de neumonía en el Hospital de la Serranía de Ronda.

MÉTODO

A través de los datos aportados por el Servicio de Información e Informática, durante el período Enero/ 1997 a Junio /1998, se analizaron los procesos asistenciales de paciente ingresados por neumonías.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se establecieron como diagnóstico de neumonía 349 casos, de los cuales 236 fueron el diagnóstico principal. De estos 110 etiquetadas como neumonías neumocócias, 60 neumonías de germen no especificado, 39 bronconeumonía, 7 por rnycoplasma y 20 por otras causas. Del total de altas en el Hospital durante este período las neumonías suponen un 2,93% y del S. De MedicinaInterna un 7,17%. Por sexo un 72% correspondías a hombres y un 28% a mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 70-79 años con un 26%, seguido del de 60-69 años con un 16,9%.

CONCLUSIONES

Las neumonías suponen una causa de ingreso frecuente en nuestro centro, correspondiendo a un 3% del total; afectando sobretodo varones de edad avanzada y siendo la neumonía nemocócia la más frecuente.

DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

I. De la Cruz Morón, J.L. Rojas Box, I. Alfageme Michavila, J. Muñoz Méndez, A. Loza Vázquez, N. Reyes.
Sección de Neumología. H. U. Valme Sevilla.

OBJETIVO

El objetivo ha sido estudiar las características de los pacientes y los métodos diagnósticos en los casos de tromboembolismo pulmonar (TEP).

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de TEP obtenidos a partir del archivo informatizado del Hospital de Valme durante los años 1996 y 1997. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que al alta fueron diagnosticados de TEP, durante los años 1996 y 1997: 87 en total. De estos 87, se excluyeron 6 cuyo diagnóstico fue hecho exclusivamente por la clínica.

RESULTADOS

Se incluyen 81 pacientes (36 hombres y 45 mujeres) con una edad media de 69±12 años (rango 30-89). El método diagnóstico se basó en la clínica junto a una gamagrafía positiva y una flebografía positiva en 45 casos (56%); en una clínica compatible más una gamagrafía de alta probabilidad en 28 casos (35%). El 9% restante se diagnosticó basándose en una clínica compatible más arteriografía positiva en 2 casos; Ecocardiografía en 1 caso; más gammagrafía de media probabilidad en 2 casos; de baja probabilidad en 1 caso y con flebografía en 2 casos. Entre los factores predisponentes, los más frecuentes fueron: edad mayor de 70 años en 41 pacientes; cardiopatía en 20 pacientes; inmovilidad por intervención quirúrgica en 14 casos; obesidad en 12 casos; episodio previo de trombosis venosa profunda o TEP en 18 casos; neoplasia en 7 casos; solo en 9 casos no hubo ningún factor predisponente identificable. Se realizó gamagrafía pulmonar en 77 pacientes (63 de alta probabilidad; 9 de media y 5 de baja). Flebografía de miembros inferiores se realizó en 60 pacientes (14 de ellas fueron normales y 46 patológicas). Los territorios con trombosis más frecuentes fueron el femoral: 18 casos; sural; 14 casos; iliaca: 9 casos y poplitea: en 4 casos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de TEP se hizo en un 91 % a partir de la clínica con confirmación gammagráfica (y flebográfica en el 56% de los casos). Los factores predisponentes hallados más frecuentemente fueron la edad avanzada (mayores de 70 años), cardiopatía, trombosis venosa profunda o TEP previos, inmovilización post-quirúrgica y obesidad.

EVOLUCIÓN DEL PAI EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ETV Y PAI ELEVADO, ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

J.E. Hurtado Ayuso, R. Otero Candelera, R. Morales*, J.L. Valencia Guerrero*, V. Carpio, M. Arenas Gordillo, A. Verano Rodríguez.

Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias y *Servicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

OBJETIVO

En un trabajo previo en el que realizamos un estudio de hipercoagulabilidad a 187 pacientes con ETV de los cuales 101 pacientes, es decir el 54% tenían alterado el estudio de hipercoagulabilidad, y de estos 47,5% presentaban niveles altos de PAI-1, nos sorprendió este porcentaje tan elevado, aunque dichos valores habían sido comprobados.

Nosotros hemos querido revisar las características de este grupo de pacientes.

MATERIAL Y METODO

Del grupo de 101 pacientes cuya edad media era 54±16 años que detectó a 48 pacientes con PAI- 1 elevado (27,74±7,25 UA rango de 19-47). A este grupo de pacientes se les citó bien por carta o bien telefónicamente y acudieron el 65% de dichos pacientes, a los que se les repitió un nuevo PAI-1, un hemograma, y un perfil bioquímico básico.

Simultáneamente se realizó una selección de 18 controles sanos procedentes de la unidad de donantes, a los que se les realizó una determinación de PAI-1,junto con la analítica básica que se realiza previa a la donación de sangre.

RESULTADOS

Los controles presentaron un nivel de PAI-1 de 2,33±2,91 UA con un IMC medio de 28±3,4 Kg/m^2 diferencias NS, si bien la edad era de 40±13,43 años, discretamente inferior a la de nuestros pacientes, aunque el PAI-1 no mostró correlación con la edad en sendos grupos. El grupo de 31 pacientes presentó las siguientes frecuencias en los factores estudiados: Sedentarismo 16%, Cardiopatía isquémica 9,7%, obesidad 35,5% (IMC>30K g/m^2), tumores 9,7%, hipercolesterolemia 25,8%, hipertrigliceridemia 16,1%, diabetes 12,5%, síndrome varicoso 9,7%, factores coyunturales (cirugía, fracturas, brote de colitis ulcerosa) 29%, ETV previa 19,4%, ETV familiar 6,5%, y embarazo 3,2%. El 25% de nuestros pacientes normalizó el PAI- 1 (valores inferiores a 15UA) con un valor medio de 6,87±4,38 UA, mostrando diferencias significativas en los siguientes factores en comparación con el grupo que no normalizó las cifras de PAI-1: hipertrigliceridemia ($p<0.01$), ETV previa ($p<0,05$), sedentarismo ($p<0,01$) y factores coyunturales ($p<0,01$).

CONCLUSIONES

1) Los niveles de PAI en nuestros controles mostraron niveles significativamente inferiores al de nuestros pacientes.
2) Los pacientes con mayor porcentaje de factores coyunturales fueron los que normalizaron los niveles del PAI-1.
3) Los pacientes que mantuvieron el PAI-1 elevado tenían tendencia a ser mas sedentarios, mayor porcentaje de hipertrigliceridemia, sorprendiéndonos las escasa diferencia entre los parámetros ETV previa y la no significación de ETV familiar.

HEMOPTISIS AMENAZANTE. ESTUDIO, DESCRIPTIVO

C. Rueda, J. Bujalance, P. Vicente, J. Alcazar, F. Marín, R. García, Mª Vázquez, A. Soler, E. Castells, M. Rosales Jaldo
Servicio de Neumología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La hemoptisis arnenazante puede llegar a constituir una urgencia vital en función del volumen y la velocidad de la hernorragia así corno de la capacidad funcional respiratoria basal del paciente. Además de las medidas habituales la broncoscopia flexible está indicada en la hemoptisis amenazante cuando es de suficiente cuantía como para obligar a plantearse la posible necesidad de adoptar medidas terapéuticas urgentes directamente dirigidas a intentar detener la hemorragia cualquiera que sea la causa que la produzca.

OBJETIVOS

Analizar la incidencia, el perfil demográfico, la patología de base, la indicación de broncoscopia y la etiología de hemoptisis amenazante en un servicio de neumología de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal.

Se estudiaron la totalidad de los informes (lo alta y mortalidad emitidos en los últimos dos años con los diagnósticos de hemoptisis. Se analizaron las variables: frecuencia, edad, sexo, patología respiratoria de base, mortalidad, indicación de broncoscopia, localización del sangrado y etiología de hemoptisis amenazante. Todas las variables de estudiar a través del paquete informático Epi-Info 6.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 93 pacientes ingresados entre enero de 1996 y diciembre de 1998 con el diagnóstico de hemoptisis. Se indicó broncoscopia un 7% de los cuales el 8.9% fue con carácter de urgencia. La edad inedia se situó en 59,096±11,5 años con una proporción de varón/mujer 10/1. La patología de base se distribuyó de la siguiente forma: 21 bronquiectasias post-TBC, 17 EPOC,4 cáncer de pulmón, 14 bronquiectasias,2 silicosis, 4 enfermedades cardiovasculares y 2 diatesis hemorragica. La etiología fueron: 53 infecciones, 4 neoplasias, 4 cardiopatías, 4 por inflamación, 4 diatesis hemorrágica y 1 traumatismo.

En cuanto al origen del sangrado en las broncoscopias urgentes se distribuyó de la siguiente forma 4 en lóbulo superior derecho, 2 en lóbulo inferior derecho y una en lóbulo medio que precisó lobectomía urgente. En las broncoscopias vía normal no se llegó a filiar el origen del sangrado en 32,14 fueron en LSD, 6 en LII y 4 en LID, LII y língula.

CONCLUSIONES

La hemoptisis constituye una de las urgencias vitales de nuestra especialidad y su frecuencia de presentación es baja.

El perfil demográfico se trata de un varón de 59 años con bronquiectasias por tuberculosis residual y/o EPOC con una infección respiratoria como causa desencadenante.

La causa más frecuente de hemoptisis amenazante es la infección respiratoria y la localización más frecuente del sangrado fue en el lóbulo superior derecho tanto en las urgentes como en las programadas.

FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. REVISÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

J.L. López-Campos Bodineau, C. Rodríguez Matute, E. Rodríguez Becerra
H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es una entidad cuya prevalencia no es bien conocida, aunque se presume escasa. La poca frecuencia de su presentación hace que no estén muy bien definidos los perfiles del proceso, ya que las series publicadas no son muy numerosas.

OBJETIVOS

Conocer el perfil clínico de los pacientes diagnosticados de FPI en nuestro servicio en los últimos cinco años.

METODOLOGÍA

En nuestro servicio funciona, desde hace 4 años, una Unidad de Neumopatías intersticiales y Ocupacionales a la que se remiten los pacientes con sospecha o diagnóstico de FPI. En dicha unidad se utiliza un cuestionario de recogida de datos de estos pacientes, así como un protocolo de actuación diagnostica y terapéutica, donde se recogieron los datos correspondientes a los pacientes con FPI. Dichos datos fueron introducidos en una base de datos construida al efecto (Microsoft Access 97). El estudio estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 8.0. Se ha realizado un estudio descriptivo de frecuencias.

RESULTADOS

En el período analizado se han registrado 57 pacientes con FPI. De los resultados obtenidos resaltamos los siguientes:

Características de los pacientes:	
Edad media (años):	68(38-90)
Hombres:	36(63%)
Mujeres:	21(37%)
Fumadores:	14(25%)
No fumadores:	21(37%)
El diagnóstico se hizo por:	
Biopsia positiva:	40%
Clínica (sintomatología, radiología):	60%
Clínica	
Asintomáticos:	30%
Con algún síntoma:	70%
Sintomatología más frecuente:	
Tos:	58%
Disnea:	54%
Otros:	43%
Sin crepitantes:	54%

CONCLUSIONES

La FPI es una entidad cuya incidencia no parece ser tan rara como se presume. En un 30% de los pacientes no hay ninguna sintomatología y el diagnóstico supone un hallazgo casual en la Rx y/o TAC, que se realiza por otros motivos. Mas de la mitad de los pacientes no presentan crepitantes a la auscultación. La recogida sistemática de los datos del paciente en un cuestionario específico, así como la protocolización de las actuaciones se revelan como una fuente importante de información para la adecuada valoración de esta patología.

INCIDENCIA DE NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES EN EL ÁMBITO DE NEUMOSUR. RESULTADOS INICIALES

J.L. López-Campos Bodineau, E. Rodríguez Becerra, L. Muñoz Cabrera, A. García Hidalgo, F. Hernández Utrera, J. Fernández de Córdoba, A. León Jiménez, A. Romero Ortiz, I. Alfageme Michavila, J. García Vera.
Registro de Neumopatías Intersticialos de Neumosur (RENI)

INTRODUCCIÓN

Las Neumopatías Intersticiales Difusas (NID) constituyen un grupo heterogéneo de entidades nosológicas cuya incidencia real no es bien conocida, aunque su incidencia y prevalencia se presume escasa. La implantación de registros, que permitan recoger todos los casos diagnosticados en un ámbito geográfico y temporal concreto, es una buena forma de conocer estos parámetros de enorme importancia para valorar el impacto real de estas afecciones.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia anual y acumulada de las NID en el ámbito geográfico de Neumosur durante el período 19982000, como paso previo a la puesta en marcha de grupos de trabajo específicos sobre dichas patologías.

METODOLOGÍA

Desde principios de 1998, a propuesta do la Unidad de Neumopatías Intersticiales y Ocupacionales del Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y con el patrocinio de la Fundación Neumosur, está funcionando el Registro de Neumopatías Intersticiales.

Se contactó con cada uno de los hospitales de la red pública del ámbito Neumosur, y a aquellos que se mostraron interesados se les envió un sencillo cuestionario en el que se recogen los datos individualizados de cada caso, el diagnóstico con su código correspondiente según la CIE-9MC, la forma de establecer el diagnóstico y las enfermedades concomitantes de interés, si las hubiera.

Dichas fichas eran remitidas, por correo o fax, a la sede del registro, donde se introducían en una base de datos diseñada al efecto.

RESULTADOS

Desde principios de 1998, se han comunicado 72 casos de NID entre los 26 hospitales participantes. Los hospitales que más casas han comunicado han sido el H. Reina Sofía (Córdoba), el H. Punta de Europa (Algeciras, Cádiz) y el H. Infanta Elena (Huelva) con 18, 10 y 7 casos respectivamente. Las entidades más diagnosticadas han sido la Fibrosis Pulmonar Idiopática (con 16 casos) y la Sarcoidosis (con 11 casos), que suponen el 22% y el 15% del total respectivamente.

CONCLUSIONES

RENI está demostrando ser una magnífica forma de conocer la realidad de las NID en el ámbito de NEUMOSUR, proporcionándonos la posibilidad de conocer mejor estos cuadros y de establecer programas de estudio y seguimiento.

PERFIL ASISTENCIAL DE UNA CONSULTA EXTERNA DE NEUMOLOGÍA. ÁREA SANITARIA NORTE MÁLAGA

M. González Luque*, H. Rodríguez Peral**, E. Vargas***, S. Martínez Blanco****.
Servicio de Medicina Interna. FEA Neumología*, DUE Endoscoias**. Especialista de Medicina Familiar***. Residente de Medicina Familiar****. Hospital General Básico Antequera.

OBJETIVO

Evaluar el perfil de la demanda asistencial de una consulta externa de Neumología de ámbito comarcal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra consulta externa atiende la demanda asistencial generada por cualquier patología neumológica en una población de 102.817 habitantes de pacientes nopediátricos. De Mayo de 1997 a Mayo de 1998 se evaluaron de forma prospectiva todos los pacientes atendidos en primera consulta derivados desde Atención Primaria (AP), unidades de hospitalización, área de urgencias, consultas de especialidad no jerarquizadas u otros centros asistenciales, recogidos en una base de datos con codificación de los diagnósticos definitivos según el sistema ICD9-CM (Neumocode). Evaluamos la edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, diagnóstico final, demora asistencial desde la fecha de petición de la valoración especializada, duración media del estudio ambulatorio y proporción de pacientes dados de alta en la consulta.

RESULTADOS

Estudiamos un total de 482 pacientes, con una edad media de 54±15 años (rango 14-92 años), un 66% hombres, y un 34% mujeres. Respecto a su lugar (le procedencia 155 pacientes (32,1 %) se derivaron desde AP, 109 (22,6%) de unidades de hospitalización 85 (17,6%) del área de urgencias, 122 (25,3%) de otras consultas de especialidad del mismo área, 11 (2,2%) de hospitales de tercer nivel. Por rnotivos de consulta, 331 pacientes se evaluaron por síntomas especificados: un 53% para estudio de disnea, 21% por hemoptisis, 14% de valoración de roncopatía o síndrome de apnea del sueño (SAS), 10% para estudio de tos de larga evolución, y un 1% por síntomas y despistaje de tuberculosis. Remitidos por otros motivos de consulta no especificados por síntomas fueron 140 pacientes: 57,1 % por revisiones de un ingreso hospitalario en el área de hospitalización de medicina interna, 20% para revisión de asistencia prestada en el área de urgencias, 12,8% para estudio neumológico de un preoperatorio, y un 10% para evaluación funcional de la situación de incapacidad laboral. Los 11 pacientes restantes se derivaron por motivos particulares de consulta (radiología anómala, no clasificables ...).

El diagnóstico definitivo según sistema lCD-9-CM fue el siguiente: EPOC (491.20 y 491.21): 235; bronquitis crónica simple (491.0): 10; bronquitis aguda (466.0): 10; bronquiectasia (494): 11; asma bronquial extrínseca (493.00): 43; asma bronquial intrínseca (493,10): 99; neumonía (486): 41; tuberculosis (0 11.0-0

11.9): 11; SAS (780.53): 24; síndrome de hipoventilación-obesidad (786.09): 12; insuficiencia respiratoria (518.81): 17; fibrosis pulmonar (516.3): 2; neoplasia pulmón (162.0-163): 21; embolia pulmonar (415.1): 11. La demora asistencial para las patologías catalogadas de preferentes fue inferior a 3 semanas, y para las demorables de 60 días. El tiempo medio de estudio ambulatorio de los pacientes que recibieron el alta fue de 3.2 meses. El porcentaje de pacientes dados de alta fue del 9.7%.

CONCLUSIONES

1) Los principales motivos de consulta son los derivados de sintomatología de la vía aérea (disnea, hemoptisis y tos), que en conjunto representan un 84% del total de las consultas especificadas por algún síntoma neumológico.
2) Se detecta un porcentaje importante de valoración de pacientes con sospecha de SAS ó roncadores, constituyendo el tercer motivo de consulta por sintomatología.
3) Los diagnósticos más frecuentes son el 491.20-21 (EPOC en fase estable ó descompensado) y el 493.00- 10 (asma bronquial), que constituyen el 48.7% y 29.4%, respectivamente del total de pacientes evaluados.
4) La elevada prevalencia de procesos respiratorios de evolución clínica crónica motivan la escasa tasa de altas en nuestra consulta.

EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EN CONSULTAS EXTERNAS

P.J. Romero Palacios, J. Villanueva Camacho, A. Mora de Sambricio, C. Ubiña Pérez, Mª J. Puey Vílchez, A. Línde Sánchez.
H.G.B. Baza.

OBJETIVOS

Determinar las valoraciones y percepciones sobre indicadores de calidad que tienen los usuarios del sistema sanitario en consultas externas de un Hospital Comarcal.

METODOLOGÍA

Ambito: Pacientes que acuden a las Consultas Externas de un Hospital Comarcal, en un área de salud rural.

Obtención de datos: elaboramos un cuestionario dividido en tres apartados. 1) Identificación del paciente; 2) Valoración de lo que busca al requerir consulta especializada, con tres subapartados: diagnóstico, atención y técnicas; 3) Valoración de cada consulta en particular, con otros tres subapartados: información, atención y otros. Las respuestas de los apartados 2 y 3 están ordenadas de 0 a 3 según una escala Likert. (0= Nada Importante; 1= Poco Importante; 2= Bastante Importante; 3= Muy Importante). Entregamos los cuestionarios consecutivamente a los pacientes que acuden a cada consulta a partir del día 1 de Noviembre de 1998. Entregamos en total 500 encuestas. Las encuestas eran anónimas, y los pacientes las rellenaban al terminar la consulta y las entregaban al salir del Hospital en Recepción.

RESULTADOS

Responden 144 pacientes, 62 hombres (48,1%), y 67 (51,9%) mujeres, con edad media de 42,68 años, y DS= 17.16. 13 % sin estudios, 37% con estudios primarios, 33,3% estudios medios y 16,7% con estudios superiores. El 29,7% vienen a Consulta por primera vez y el 70,3% vienen a Revisión. No encontramos diferencias significativas al cruzar los valores de las distintas variables con el sexo de los pacientes, el nivel de estudios o si eran pacientes de primera vez o de revisión.

Los resultados del apartado 2 los resumimos en la Tabla I

	0	1	2	3
Diagnóstico	1,52	4,4	21,47	72,57
Atenc. pers.	4,25	10,31	26,0	60,03
Técnicas	2,4	3,13	21,4	74,63

Encontramos que los pacientes valoran fundamentalmente, y por igual, el aspecto técnico de la atención hospitalaria especializada. Los resultados del apartado 3 los resumimos en la Tabla II

	0	1	2	3
Información	1,1	2,2	23,7	72,95
Atención	5,17	7,65	27,12	60,05
Otros	4,03	15,23	23,1	48,63

CONCLUSIONES

1) Las expectativas de los pacientes en atencion especializada hospitalaria no difieren según edad, sexo, nivel de estudios, especialidad de que se trate o si son pacientes de primera vez o de revisión.

2) Los pacientes valoran fundamentalmente el aspecto técnico de la atención, aunque también conceden gran importancia al apartado de trato personal.

3) La evaluación que hacen de la atención recibida en consultas es positiva, especialmente en cuanto a la información recibida.

FIBROSIS QUíSTICA: ESTUDIO DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO

J.J. Cebrían, J.M. García Jiménez, E. García García*, C. Olveira, J. P. López*, J. Torres, E. Pérez, J. Pérez-Frías, A. Valencia.

Servicio de Neumología (Unidad de Fibrosis Quistica) y Sección de *Endocrinología Infantil del Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVO

Valorar la incidencia de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en nuestra población de pacientes afectos de fibrosis quística (FQ) y su correlación con factores clínicos y analíticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Actualmente son controlados en nuestra Unidad 89 pacientes afectos de FQ. A 66 de ellos (media de edad 14.69 años; rango de 1-55 años) les fue realizada una prueba de sobrecarga oral de glucosa según pauta están dar con 1.75 g/Kg de peso, máximo 75 g; realizando determinaciones de glucemia, péptido C c insulina, basales y a los 120 min, así como determinación de hemoglobina glicosilada. Fueron valorados además: Indice de rnasa corporal, scores devaloración clínica (NIH y Schwachman) y radiológica (Crispin y Norman), pruebas funcionales respiratorias, estudio genético y grado de insuficiencia pancreática (número de enzinias pancreáticas/kg de peso consumidos).

RESULTADOS

11 pacientes (16.6%), 5 varones y 6 mujeres, media de edad 18±7,5 años, con rango 8-30 años, presentan prueba de sobrecarga patológica; (Glucosa 0 min: 98,1±18,06, Glucosa 120 min: 185,6±61,9), encontrándose 2 pacientes en rango diabético. El número de enzimas pancreáticas consumidas por los pacientes afectos de intolerancia hidocarbonada eran de 0.45±0.20 enzimas/kg de peso ($p<0,05$). Ninguno de los 8 pacientes sin insuficiencia pancreática exocrina presentan prueba de sobrecarga en rango anormal. No encontramos diferencia estadísticamente significativa con los scores clínicos, radiológicos, datos genéticos o frecuencia de agudizaciones y sícon el tiempo de 11 colonización microbiológica, edad y años de diagnóstico ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

1) Dada la elevada incidencia de intolerancia hidrocarbonada que se observa en estos pacientes y la poca complejidad del test, creemos que la prueba de sobrecarga oral de glucosa sería útil en pacientes afectos de FQ, fundamentalmente a partir de los 10 años y con insuficiencia pancreática exocrina.

2) No encontrarnos una correlación entre este proceso y la situación clínica actual de los pacientes, grado de insuficiencia pancreática o alteración genética más frecuente asociada (F508) y sí con los parárnetros relacionados con la evolución cronológica de la enfermedad.

3) En los pacientes que no presentan insuficiencia pancreática no encontramos alteración del metabolismo hidrocarbonado.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERFIL TABÁQUICO ENADOLESCENTES DELMEDIO RURAL Y URBANO

P.J. Romero Palacios, A. Mora de Sambricio, C. Ubiña Pérez, M". J. Puey Vílchez, V. Alché Ramínez.
H.G.B. Baza.

OBJETIVOS

Determinar las diferencias existentes en cuanto al hábito tabáquico se refiere entre los adolescentes del medio rural y urbano.

METODOLOGÍA

Encuestas de caracterización de la población de alumnos de Enseñanza Secundaria (ES), compuestas por una primera parte de 12 preguntas, dirigidas a fumadores y no fumadores, y una segunda parte de 7 preguntas dirigidas sólo a los fumadores.

Encuestamos a 988 estudiantes de ES en el área urbana (AU) y a 936 en el área rural (AR), para una población total de 20072 y 2080 estudiantes respectivamente. Para un margen de error máximo del 5%, considerando una incidencia de tabaquismo del 40% nos otorga un nivel de confianza del 99%.

RESULTADOS

Encontramos diferencias significativas, con p<0.001 en los siguientes items:

1) En el AU el inicio del tabaquismo
2) Se fuma más en el entorno rural (AR: <4 cigarrillos/ día (c/d): 37,6%; 4-14 c/d: 46,2% >14 c/d: 52,9%; 4-1 c/d: 37,5%; > 14 c/d: 8,6%.
3) Se practica más deporte entre los alumnos de AU, siendo éste un factor protector para el tabaquismo (Tabla II. Hab= Habitual; Oc= Ocasional; ExFum= Exfumador).
4) Los alumnos de AR están rnejor informados de la existencia del RD 192/88 que prohibe fumar en Centros Públicos. No encontrarnos diferencias significativas en los siguientes items: 1) El porcentaje de fumadores se sitúa en torno al 40%, y es similar en ambas poblaciones. 2) Sólo una tercera parte no colaborarían en un Programa «No fumar en el Instituto». 3) Entre el 80 y el 85% de los fumadores fuman en el Instituto. 4) Más de la mitad de los fumadores han intentado dejarlo al menos una vez (AR: 1 ó 2 veces: 35,1%; >2 veces: 13,1%; lo ha conseguido: 11,3%; no lo intenta 40,5%; AU: 1 o 2 veces: 30,6%; >2 veces: 13,6%; lo ha conseguido: 18,4%; no lo intenta: 37,4%).

Tabla I

Edad de Inicio del consumo de tabaco (años)

	>10	>10<16	16-20	>20
AR	4,8	56,2	38,4	0,7
AU	5,4	77,1	16,8	0,7

Tabla II

	Fumador				
Deporte	Hab.	Oc.	Hab +Oc.	ExFum	Nunca
No	32,2	21,5	53,8	9,5	33,6
Ocasional	2,15	23,1	44,6	7,2	48,2
Frecuente	10,8	18,1	28,9	6,2	64,8
Total	18,3	20,7	29,0	7,1	53,9

CONCLUSIONES

1) La encuesta de caracterización de la población diana que hemos empleado es un instrumento válido para determinar las características básicas de la población en lo referente al tabaquismo.
2) La prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes de ES se sitúa en torno al 50% a los 15 años.
3) El inicio del consumo es más precoz en el medio urbano.
4) No existen diferencias significativas en la prevalencia del tabaquismo entre AR y AU.
5) La práctica del deporte se destaca como factor protector para el inicio del tabaquismo.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS MOTIVACIONES DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DEL MEDIO RURAL Y URBANO

P.J. Romero Palacios, Mª R. González Muñoz, S. Palacio Millán, C. Millán Cachinero, Mª.M. Díaz Cobo.
H.G.B. Baza

OBJETIVOS

Determinar las diferencias existentes en Cuanto a las motivaciones para fumar o dejar (le hacerlo entre los adolescentes del medio rural y urbano.

METODOLOGÍA

Encuestas de motivación dirigidas a los alumnos de Enseñanza Secundaria (ES) cuyos items se valoran según una escala Likert de 0 a 3. Se componen de una primera parte de 13 items de motivos por los que fuma o fumaría y una segunda parte con 11 items de motivos para dejar de fumar. Encuestamos a 988 estudiantes de ES en un área urbana (AU) y a 936 en un área rural (AR), de una población total de 20072 y 2080 estudiantes respectivamente.

RESULTADOS

En el cuestionario de razones por las que fuma o fumaría las cinco más valoradas han sido, por orden de importancia: 1) por placer, 2) porque resulta relajante, 3) por costumbre, 4) porque se fuma en el entorno social, 5) porque ayuda a relacionarse. En este apartado encontramos diferencias significativas, con $p<0,001$ en 9 de los 13 items y no encontramos diferencias en los 4 restantes. Los adolescentes del AU conceden mayor valor a las razones para fumar en las que se aprecian diferencias respecto del AR: fumar por placer, porque ayuda a relacionarse; porque resulta relajante, porque se fume en su entorno familiar o personal, por costumbre, por tener algo en las manos, porque creen que se exageran los peligros del tabaco y por el ritual que lleva implícito. En el cuestionario de motivos para dejar de fumar las cinco razones más valoradas por orden de importancia son: 1) mejorar salud o bienestar actual, 2) evitar problemas de salud en el futuro, 3) ante un embarazo propio o de la pareja, 4) evitar molestias o enfermedades a otras personas, 5) reto personal. En este caso encontrarnos diferencias significativas en 4 (le los items propuestos. Los adolescentes de AU conceden mayor importancia a la mejora de la salud, el consejo médico y a notar que cada vez fuman más. Los de AR conceden mayor importancia al consejo de los amigos o la pareja.

CONCLUSIONES

1) Los cuestionarios de razones para fumar y dejar de fumar que hemos elaborado son unos instrumentos válidos para estudiar los motivos que inducen a los adolescentes a iniciar, mantener o abandonar el tabaquismo.

2) Los adolescentes del medio urbano se sienten más influidos por el medio ambiente a la hora de fumar.

3) Los adolescentes tienden a trivializar los efectos nocivos del tabaco para la salud, siendo los del AR los que más importancia relativa conceden a este aspecto.

4) Los alumnos del entorno urbano dan mayor importancia al placer que produce fumar.

5) La prevención de la enfermedad y conservación de la salud tienen un gran peso entre los jóvenes a la hora de plantearse dejar de fumar, siendo los del medio urbano los más sensibles a este respecto.

6) El consejo medio tiene en general una fuerte influencia en la actitud para dejar de fumar. Este aspecto tiene mayor penetración entro los adolescentes del medio urbano, mientras que los del medio rural valoran más los consejos de amigos o pareja.

TABAQUISMO ESCOLAR. RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE DE UNA CAMPAÑA ANTITABACO

F.J. Álvarez Gutiérrez, A. Vellisco García, G. Soto Campos, D. Del Castillo Otero, E. Calderón Osuna, J. Sánchez Gómez, P. Castillo, J. Castillo Gómez

Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias. Unidad Médico -Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H U Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia e intensidad del tabaquismo entre jóvenes escolares, según sexo, edad y tipo de población en la que viven.

Evaluarla influencia del entorno sobre este tabaquismo y el grado de conocimiento que tienen de los riesgos sobre su salud.

METODOLOGÍA

Este trabajo está incluido en el marco de una campaña antitabaco efectuada en centros de enseñanza durante 1998. Los alumnos cumplimentaban de forma anónima una encuesta modificada del cuestionario de la OMS sobre actitudes y hábitos de la población. Los análisis estadísticos se realizaron por el test de ANOVA (diferencias de medias) y para las variables cualitativas, el test de chi cuadrado y Ods Ratio (OR).

RESULTADOS

Resultaron válidas 879 encuestas (428 alumnos y 451 alumnas), de edades entre los 12-18 años (media chicos 15,4±1,6, chicas 14,6±1,5, $p<0.01$). 300 chicas (67%) y 278 chicos (65%) afirmaron haber probado un cigarrillo. El 35% de los jóvenes reconocían ser fumadores (F) activos (16% ocasionales, 19% a diario, sin diferencias entro sexos). El nº de F aumentaba con la edad, siendo superior al 50% en los mayores de 16 años y más elevado en las mujeres a partir de los 14 años. La edad de consolidación del tabaquismo fue mayoritariamente a partir de los 15 años. Había un mayor porcentaje de F en los jóvenes que vivían en ambiente rural, en relación al urbano. El consumo medio fue mayor para los chicos que para las chicas (8,7±7,4 vs 6,4±6,2, $p<0.01$).

No hemos encontrado diferencias en el porcentaje de los padres que fuman entre F y NF, aunque sí entre los amigos y hermanos. La OR de ser F en relación al tabaquismo del mejor amigo fue de 15 ($p<0.0$ 1) y respecto a hermanos o hermanas fue respectivamente de 2,47 y 3,66 ($p<0.01$). Los chicos F reconocían en su entorno familiar y de amigos una opinión de mayor permisividad respecto al tabaco, respecto a los NF y asociaban al tabaquismo, en una mayor proporción, valores como independencia y libertad. La mayoría de los jóvenes relacionaban enfermedades del aparato respiratorio con el tabaquismo, pero menos con otros órganos. Así mismo, la mayor parte de ellos (87,7%) lo consideraban como droga, aunque en mayor proporción los NF que los F.

CONCLUSIONES

El porcentaje de F es alto entre los jóvenes escolares y mayor en zonas rurales.

El consumo es elevado en los mayores de 14-15 años de edad y más en chicos que chicas. El entorno del joven F parece ser más permisivo. La conexión del tabaquismo es más significativa con el hábito de los amigos, relacionándose a veces con valores de independencia o libertad. El grado de información sobre los efectos en el aparato respiratorio es elevado, pero menor para el resto de órganos. La mayoría de los chicos considera que el tabaco es una droga.

EFECTIVIDAD DE DISTINTOS MÉTODOS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

D. Del Castillo, A. Vellisco García, F.J. Álvarez Gutiérrez, E. Calderón Osuna, G. Soto Campos, J. Sánchez Gómez, P. Castillo Domínguez Adame, J. Castillo Gómez

Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias (CE Dr. Fleming). Unidad Médico-Quirúrgica Respiratorio. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Comparar la efectividad de distintos métodos empleados en una consulta de deshabituación tabáquica en un plazo de 12 meses.

METODOLOGÍA

Estudiamos un total de 214 personas, 134 hombres y 80 mujeres, de rango de edad 20-77 y media de 46±13 años. Se realizó una estimación inicial del grado de dependencia a la nicotina mediante el Test de Fargëstron (F). Posteriormente fueron incluidos en uno de los tres protocolos de tratamiento: A) Intervención mínima (Grupo Control) N=37; B) Terapia psicológica N=54; y C) Parche de nicotina transdérmico N= 123. La terapia psicológica consistió en 7 sesiones de una hora de duración, en grupos reducidos (7 personas) y homogéneos en cuanto al sexo. En estas sesiones se aplicaron técnicas de refuerzo y positivo y de relajación, siendo entregada una serio de autoregistros de conducta. Progresivamente se fue disminuyendo el consumo de nicotina, reduciendo ala vez la dependencia física y psíquica. En el grupo C se aplicó terapia sustitutiva con parches transdérmicos, siendo la dosis y tiempo de administración dependientes del consumo del fumador. Los pacientes fueron revisados a los 3, 6 y 12 meses, siendo realizadas cooximetrías en cada revisión. Se consideraron no fumadores sólo aquellos en los que se constató valores <10 ppm. Para el análisis estadístico se utilizó el test de chi cuadrado con la corrección de Yates.

RESULTADOS

La dependencia a la nicotina fue sirnilar en los 3 grupos de tto (Fargeström grupo A0 7,3±1,8, grupo B= 6,9±2, grupo C= 7,3±1,4). Los resultados de cada terapia fueron:

Grupos Tratamiento	% No Fumadores (3 meses)	% No Fumadores (6 meses)	%No Fumadores (12 meses)
A (N= 37)	8,1	8,1	8,1
B (N= 54)	53,7%* p<0.01	31,4%* <p0.02	29,6%* <p0.03
C (N= 123)	38,2%* p<0.01	28,4%* p<0.02	25,2%* p<0.05

*diferencias significativas entre grupo 1 y 2 ó 3, P= NS entre grupos 2 y 3.

CONCLUSIONES

La terapia psicológica presenta una efectividad ligeramente superior, aunque sin diferencias significativas respecto al tratamiento sustitutivo con parches de nicotina.

Ambos tratamientos son superiores a la intervención mínima.

TABAQUISMO ENTRE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL INFANTA CRISTINA (HIC)

A. Castañar*, P. Íñigo*, A.M. Pérez*, F.L. Marquez*, R. Jiménez**, A. Gimeno**, F. Fuentes*
*Sección de Neumología, **Servicio de Medicina preventiva. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

OBJE TIVOS

Conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre los médicos del HIC, así corno sus actitudes respecto al mismo.

MÉTODOS

Durante los meses de Mayo y Junio de 1998 se realizó una encuesta al personal médico incluido en el listado de personal del HIC, constituido por 328 personas, de las cuales se encestaron 300 (91%). Para el método de recogida de datos, se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas. Cada encuesta fue contestada de forma individualizada, personal y anónima.

RESULTADOS

Fueron encuestados 300 individuos, de los cuales respondieron 115 (38%), 67 varones (58,3%) y 48 mujeres (41,7%). La edad oscilaba entre 24 y 64 años, siendo la edad media de los varones significativamente mayor que la de las mujeres (41 y 34 años respectivamente). La prevalencia del consumo de tabaco entre los individuos que respondieron a la encuesta fue de un 52%, siendo fumadores activos 28 (23,9%), exfumadores 33 (28,1%), y no habían fumado nunca 56 (48%). El tipo de tabaco consumido mayoritariamente son los cigarrillos. Es mayor el número de fumadores entro las mujeres ($p<0,001$), las cuales consumen también un mayor número medio de cigarrillos al día. Un 44% de la población admitió haber disminuido el consurno de cigarrillos en los últimos años, siendo mayor el número de varones que lo han llevado a cabo ($p<0,001$). No se encontraron diferencias significativas en este, aspecto en función de la categoría profesional. Con la edad, existe mayor tendencia a abandonar el hábito tabáquico, siendo la edad media de los exfumadores mayor que la de fumadores y no fumadores (44 frente a 34 y 35 respectivamente). Un 97% de los exfumadores abandonó el tabaco sin ningún tipo de ayuda. Un 80.6% de los fumadores ha decidido en alguna ocasión dejar de fumar, y hasta un 92% de los mismos estaría dispuesto a hacerlo. Aunque el 66% piensan que podrían dejarlo solos, la mayoría (82%) considera interesante una consulta de tabaquismo, y un 63% estaría dispuesto a utilizarla. Con relación al sexo y a la categoría profesional, las mujeres y los médicos residentes (MIR) consideran rnás interesante una consulta de tabaquismo y estarían rnás dispuestos a utilizarla ($p<0,001$). Un 91% de los que respondieron a la encuesta piensa que sería necesario delimitar claramente zonas de fumadores en el hospital, sin diferencias significativas en cuanto al sexo y a la categoría profesional. Un 83% de fumadores y exfumadores admiten respetar las zonas sin tabaco, sin diferencias significativas entro MIR y médicos adjuntos. Sin embargo, es mayor el número de mujeres que reconoce no respetar dichas zonas ($p<0,001$).

CONCLUSIONES

1) La prevalencia del consumo de tabaco entre los médicos de nuestro hospital es del 52%, con un 23.9% de fumadores activos.
2) La prevalencia es mayor entro las mujeres, que consumen un mayor número de cigarrillos/ día.
3) La mayor parte de los fumadores estaría dispuesto a dejar de fumar.
4) La mayor parte de los exfumadores han abandonado el tabaco sin ayuda.
5) La mayoría de la población considera interesante una consulta de tabaquismo y estaría dispuesta a utilizarla.
6) Un 91% de los médicos considera necesario delimitar zonas de fuinadores.
7) Las mujeres son las que menos respetan las zonas de no fumadores.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS A LOS 3 MESES DE SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO MUSCULAR PERIFÉRICO A FUERZA EN PACIENTES CON EPOC ESTABLE

J. Toral Marín, F. Ortega, P. Cejudo, R. Villagómez, H. Sanchez, T. Montemayor.
Servicio de Neumología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Valoración de los resultados inmediatos en parámetros fisiológicos y de calidad de vida, y su persistencia tras un programa de rehabilitación de la fuerza muscular periférica en pacientes con EPOC estable.

MATERIAL Y MÉTODOS

De forma aleatoria y prospectiva, incluirnos a 1,5 pacientes varones con EPOC moderado-severo en fase estable, de 64,8±7,6 años con un FEV_1 de 1146±311 ml (42,9±4,6%). Los dividirnos en dos grupos 6 controles y 9 entrenados a fuerza. Los pacientes acudían 3 veces por semana durante 12 semanas en sesiones de 40 minutos. Estrenaban en una estación multigimnástica realizando 4 series, de 5 repeticiones, de 5 ejercicios que englobaban grandes masas musculares de miembros superiores e inferiores. La carga se iba aumentando progresivamente, comenzando a un 70% de peso máximo que podían levantar en una única maniobra (1 RM), aumentándose progresivamente. A todos se les realizó un estudio basal con espirometría, volúmenes pulmonares, gasometría arterial, test de esfuerzo máximo con cicloergómetro y control de gases espiratorios, test de esfuerzo submáximo con bicicleta al 70% de la potencia máxirna como medida de endurance y el test del 1 RM en cada uno de los 5 ejercicios efectuados, como medida de fuerza muscular periférica. Se les aplicó la escala de disnea de Mahler con 3 items: magnitud de la tarea (MT), incapacidad funcional (IF) y magnitud del esfuerzo (ME) y el cuestionario de calidad de vicia Guyatt (CRDQ) valorándose disnea (D), fatiga (F), función emocional (FE) y control de enfermedad (CE). Los controles se repitieron tras el entrenamiento y posteriormente a los 3 meses del mismo.

RESULTADOS

No encontrarnos variaciones significativas en losparámetros analizados en el grupo control. Respecto a los entrenados a fuerza, no existieron cambios significativos en parámetros funcionales respiratorios y

comprobamos un incremento significativo en lafuerza muscular periférica medida con el test del 1 RM en los 5 ejercicios respecto a los controles, manteniéndose esta mejoría a los 3 meses. Respecto a parámetros de esfuerzo:

	Vemax (l/min)	VO_2max (l/min)	VO_2max (%)	Wmax (Wat.)	Wmax (%)	endurance (min)
Basal	32,9	1,03	55,8	47,2	34,9	31,8
3 meses	39,7	1,28	74,6*	56,7	41,78	39,8
6 meses	36,6	1,17	65,3	48,3	36	40

Al valorar la disnea y la calidad de vida:

	MT	IF	ME	D	F	FE	CE
Basal	1,78	1,67	1,67	3,22	3,97	4,43	5,39
3 meses	2,33	1,89	2,33*	4,05*	4,96	5,13*	5,55
6 meses	2	1,5	2,25	4,34*	4,68	5,27*	5,59

* $p<0,05$ respecto al basal.

CONCLUSIONES

El entrenamiento a fuerza mejora significativamente la fuerza muscular periférica y algunos parámetros de disnea y calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Los logros en la fuerza muscular periférica y en la calidad de vida persisten a los 3 meses del entrenamiento.

ANALISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI POR EPOC AGUDIZADA

L.F. Cassini*, M.C. Rogado*, J. Fierro, J.A. Ramos, R. Ruiz, A. Cárdenas.
Unidad de Neumología* y Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

OBJETIVOS

1) Describir las principales características de los pacientes ingresados en la UCI de nuestro Hospital debido a exacerbaciones de EPOC.

2) Intentar identificar factores que se relacionen con la mortalidad hospitalaria y con el pronóstico a corto plazo.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI de nuestro Hospital (área de 150.000 habitantes) durante un período de 16 meses (Julio/97-Octubre/98) con el diagnóstico de EPOC agudizada. Se consideraron como casos los pacientes diagnosticados funcionalmente de EPOC previa o posteriormente al ingreso, o aquellos fumadores o exfumadores con datos clínicos compatibles. Evaluamos la edad, la procedencia del paciente, los factores desencadenantes de la agudización, las estancias en UCI y total, la necesidad de Ventilación Mecánica (VM) invasiva o no (VNI), el índice APACHE III, los valores gasométricos al ingreso en UCI y en situación estable, la oxigenoterapia domiciliara (OCD) y los valores de la espirometría forzada, así como la mortalidad hospitalaria y la evolución posterior hasta mediados de Diciembre/98 (reingresos, mortalidad).

RESULTADOS

De un total de 44 ingresos con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria Crónica Agudizada, 36 (2,25/mes) se consideraron como agudizaciones de EPOC, correspondientes a 33 pacientes (1 paciente 2 ingresos en el período de estudio y otro paciente 3 ingresos), todos ellos varones. La edad media (+ DE) de los pacientes fue de 65,06± 11,65) años. 20 ingresos procedieron de Urgencias y el resto de la sala de Medicina Interna. La causa de exacerbación más frecuente fue la sobreinfección bronquial (15 casos), seguida de la neumonía adquirida en la comunidad (8 casos). En 8 casos no se identificó una causa clara para la exacerbación. La estancia media en UCI fue de 8,9 días (rango 1-46) y la estancia hospitalaria de 17,6 días (rango 1-73). En 25 casos (69,4%) se utilizó la VNI inicialmente. 19 casos (52,8%) precisaron VM convencional (12 precedidos de VNI, 7 directamente) y 4 pacientes no precisaron ningún tipo de VM. La mortalidad hospitalaria fue de un 22,2%. Un 58,3% de los casos no recibían con anterioridad OCD, y un 42,4% no habían ingresado nunca por exacerbaciones de EPOC. Un total de 9 pacientes (27,3%) nunca habían recibido atención especializada por su patología pulmonar. Se realizó seguimiento posterior al alta en 21 pacientes (84%), de los cuales ninguno falleció y 9 reingresaron en el hospital por EPOC agudizada durante el período de seguimiento.

Lógicamente, los pacientes que fallecieron en el hospital se diferenciaron significativamente de los que no en la puntuación del índice APACHE III ($p<0.01$). Los pacientes dados de alta que reingresaron durante el período de seguimiento tenían una CVF y un VEMS significativamente menores que los que no reingresaron ($p<0,001$ y $p<0,01$, respectivamente). Así mismo, los pacientes que reingresaron tenían una $PaCO_2$ en situación estable significativamente superior a los que no ($p<0.05$).

CONCLUSIONES

1) Los pacientes ingresados en la UCI por exacerbación de EPOC tuvieron una mortalidad hospitalaria importante (22,2%), similar a la referida en otras series.

2) Una alta proporción de los pacientes (>40%) sufrieron su primer ingreso por EPOC en la UCI, y más de un 25 % no había sido valorado con anterioridad por un especialista.

3) Aquellos pacientes que reingresaron en un corto período de tiempo tras el alta tenían menores valores espirométricos y mayor $PaCO_2$ que los que no precisaron reingreso.

COSTES ECONÓMICOS EN PACIENTES CON EPOC SEGUIDOS DURANTE UN AÑO EN UNA CONSULTA NEUMOLÓGICA EXTRAHOSPITALARIA

F.J. Álvarez Gutiérrez, P. Castillo Domínguez Adame, M.J. Vázquez Ferri*, Carmen Mejías*, J. Nieto*, C. Bordoy Sánchez, J. Castillo Gómez

Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias. Unidad Médico -Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. *Unidad Económico Administrativa. H U Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar los costos económicos directos e indirectos en una cohorte de pacientes diagnosticados de EPOC, seguidos durante 1 año en una consulta neumológica extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Hemos incluido en el estudio a 189 pacientes diagnosticados de EPOC en nuestras consultas externas durante los años 1996-97. La edad inedia de esta población fue de 67±19 años. Se les realizó un cuestionario a los 6 meses y al año de la primera revisión en el que se recogía el nº de visitas médicas (médico de cabecera o especialista) debido a su EPOC, nº de exacerbaciones, nº y días de hospitalizaciones, medicación usada por el paciente, oxigenoterapia, nº de exploraciones complementarías (espirometrías, gasometrías, ECG, radiografías, análisis de laboratorio), así como nº de días de absentismo laboral debido a su enfermedad respiratoria. Se recogió el nº de fallecimientos causados por la EPOC, para calcular los años perdidos por esta enfermedad. La estimación de los costos derivados de las consultas médicas, hospitalización, ingresos en UCI, ECG y radiografías fue calculado según la Orden Ministerial del 28 de junio de 1993 sobreprecios públicos de servicios sanitarios. Los costes derivados de la realización de espirometrías, gasometrías, analíticas fueron valorados sumando los gastos en material fungible, reactivos y costos de personal. El valor de los medicamentos se obtuvo según el PVP durante los años 1996-97, calculando el precio de las dosis realmente usada por el paciente durante el año de seguimiento. El gasto derivado de la oxigenoterapia domiciliaria fue proporcionado por la empresa suministradora. Por último los gastos de incapacidad laboral o fallecimiento se, estimaron según el valor añadido bruto que dejan de generar los pacientes por su enfermedad.

RESULTADOS

Los costos medios globales derivados de la EPOC fueron de 140.900 ptas/paciente/año. De estos costes 132.854 ptas. correspondiendo a costes directos, siendo el coste por fármacos (98.955 ptas.) el mayor de ellos. Los costes indirectos ascendieron a 8.046 ptas.

CONCLUSIONES

Hemos encontrado un elevado coste económico en nuestros pacientes con EPOC, aunque inferior al descrito en otros estudios. Los costes directos fueron muy superiores a los indirectos. Los reducidos costes indirectos probablemente fueron debidos alas características demográficas de nuestros pacientes y los escasos fallecimientos que hubo en el año de estudio. Si extrapolamos estos resultados al nº aproximado de pacientes con EPOC existentes en nuestro país, el coste económico ascendería a 173 mil millones de pesetas/año.

RELACIÓN ENTRE AGUDIZACIONES DE LA EPOC Y LA CALIDAD DE VIDA

J.F. Sánchez Gómez, J.G. Soto, F.J. Álvarez, D. del Castillo, E. Calderón, J. Castillo
HU Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Los test de calidad de vida valoran distintas esferas que afectan a las actividades cotidianas. Las exacerbaciones de la EPOC pueden influir sobre la calidad de vida.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de las agudizaciones en los pacientes con EPOC sobre la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos 222 pacientes EPOC, a los que se les realizaron historia clínica, pruebas funcionales respiratorias, test de calidad de vida, Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQD) en la visita inicial y 6 meses después donde además se recogió el número de atenciones médicas no programadas por motivos de su patología respiratoria.

RESULTADOS

La media de edad fue de 66±8 años, el porcentaje del FEV_1 era del 53±20, el porcentaje de la FVC era del 75±21 y la PaO_2 era 72±9 mmHg. Un total de 81 pacientes acudió al menos una vez a consulta médica no programada, con una media de 0,38. Tanto los pacientes que habían necesitado alguna consulta extraordinaria como los que no, partían de edad, pruebas funcionales respiratorias y valoración en el CRQD similares. A los seis meses de evolución, la puntuación total y las de las esferas emocional y de control de la enfermedad eran significativamente menores en los pacientes que habían acudido alguna vez a consultas no programadas.

	Total	Emocional	Control	Fatiga	Disnea
Consultas. n= 81	103	37	22	20	23
	p= 0,010	p=0,010	p= 0,008	p.n.s.	p.n.s.
No Consultas. n= 138	108	39	24	20	24

CONCLUSIONES

Las agudizaciones de los pacientes EPOC se reflejan de forma negativa en la calidad de vida medida con el CRQD.

PRESCRIPCIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Calvo Bonachera, F. Pascual Lledó, E. Morillo Velarde, L. Martín-Vivaldi, M.S. Bernal Rosique
Unidad de Neumología. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

INTRODUCCIÓN

La circular 6/1997 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.) establece el protocolo para la prescripción de oxigenoterapia contínua domiciliara (OCD) y pautas de seguimiento en pacientes atendidos por el S.A.S. Persigue adecuar dicha prescripción a criterios científicamente avalados. La prescripción de OCD pasa a depender de los Hospitales del S.A.S. motivo por el que, en el ámbito del Area Hospitalaria dependiente de nuestro Hospital Comarcal, se ha procedido a la evaluación de dicha modalidad terapéutica.

OBJETIVO

Valorar la idoneidad de la prescripción de OCD en el área de cobertura de un Hospital Comarcal determinando si la indicación es correcta o incorrecta atendiendo a los criterios establecidos por la SEPAR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo revisando todas las prescripciones de OCD en sus distintas modalidades (oxígeno líquido, cilindro/bala y concentrador). Se ha realizado gasometría arterial u oximetría domiciliaria (pacientes que no podían desplazarse al Hospital) para comprobar si la indicación de OCD era correcta en aquellos casos en los que no se disponía de historia clínica por parte de Neumología en nuestro Hospital o la prescripción era dudosa.

Según los resultados de la gasometría arterial se establecieron 3 grupos: 1) Grupo A: pacientes con PaO_2 >60 mm

Hg, en los que se consideró no no indicada OCD. 2) Grupo B: pacientes con PaO_2<60 mm Hg y >55 mm Hg, a los que se citó en Consulta para estudio pormenorizado. 3) Grupo C: PaO_2 <55, en los que se consideró que la indicación de OCD era correcta.

RESULTADOS

Nuestra Area Hospitalaria cubre una población aproximada de 99.264 habitantes. El número total de prescripciones de OCD es de 244, con una tasa de 245,8/100.000 habitantes. La distribución según la modalidad de OCD utilizada fue la siguiente: 27 (11 %) usaban concentrador, 217 (88,9%) cilindro/bala y solo 1 paciente utilizaba oxígeno líquido. Del total de prescripciones estaban indicadas por la Unidad de Neumología 35 (14,3%) y 209 (85,7%) estaban indicadas por otros médicos (Medicina General, M. Interna).

De las 244 prescripciones revisadas, en 28 casos se confirmó el fallecimiento del paciente. Solicitaron ser revisados en su domicilio 26 pacientes. En 16 pacientes no se pudo realizar la revisión.

De los pacientes a los que se realizó gasometría arterial, 87 fueron incluidos en el grupo A, 23 en el grupo B y 57 en el grupo C.

Como resultado final de la revisión, en 133 pacientes [54,55] se consideró que no estaba indicada la OCD, procediéndose a su retirada y en 99 pacientes (40,5%) se consideró que la indicación era correcta.

CONCLUSIONES

1) Escasa prescripción de las modalidades de OCD mediante concentrador y oxígeno líquido. 2) Tasa de prescripción de OCD superior a la estimada para la población adscrita al Area Hospitalaria. 3) Alto porcentaje de indicaciones incorrectas de OCD con el correspondiente coste economico y social. 4) Gran porcentaje de las prescripciones habían sido realizadas por médicos no neumólogos. 5) Necesidad y utilidad de las revisiones periódicas de la prescripción de OCD por parte de las Unidades de Neumología.

¿ES COSTO-EFECTIVO UN PROGRAMA DE REVISION DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA?

J.M. Díez Piña, G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados, M. Guillamón, S. López Ortiz

S. Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Ante la alta prevalencia de OCD en nuestra área sanitaria, se planteó la necesidad de optimizar esta terapia y valorar sus costos.

OBJETIVOS

Analizar el costo-efectividad de un programa mixto: revisión de historias clínicas seguido de revisión de pacientes en los que la terapia no estuviese indicada o hubiese dudas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal entre mayo y noviembre de 1998. Se solicita el listado de pacientes hasta diciembre de 1997 a la empresa administradora. Se revisan historias clínicas y posteriormente los pacientes seleccionados por no cumplir requisitos SEPAR de prescripción y/o mantenimiento de oxigenoterapia. También se revisaron aquellos pacientes sin historia en el hospital y todos aquellos en los que existiesen dudas. El personal dedicado a la revisión de historias fueron 2 médicos. Para la revisión de pacientes se contrataron 2 ATS y 1 auxiliar durante 20 días. 2 médicos hicieron la revisión clínica durante 14 tardes. Gestoría del Usuario realizó los trámites administrativos, con entrevista telefónica y envío de una carta a todos los pacientes a revisar.

RESULTADOS

1ª Fase: De 527 historias solicitadas se localizan 382. Se aprecia que 6 son exitus, en 46 no se refleja OCD en la historia y 16 tenían ya el oxígeno suspendido. Todos ellos fueron corroborados por Gestoría del Usuario y sus oxigenoterapias suspendidas. Esto supuso un costo de 1.006 ptas. atribuibles a Gestoría del Usuario por paciente contactado y 8089 ptas. al personal médico por historia revisada; total 619.892 ptas. El ahorro de la suspensión fue 9.257,860 ptas.

2ª Fase: Se revisaron 193 pacientes. Los gastos de personal (médico, ATS y auxiliar) son 980.020 ptas. Se retiraron 67 tratamientos que suponen un ahorro de 9.121.715 ptas.

CONCLUSIONES

1) El programa ha supuesto unos gastos de 1.599.912 ptas. y un ahorro de 18.379.575, por tanto un ahorro neto de 16.779.663. 2) Dado que el sueldo de un FEA y un ATS diario es 24.745, si el ahorro se invirtiera en personal, permitiría dedicar un FEA y un ATS durante 678 días al control de la OCD.

PULSIOXIMETRÍA VERSUS GASOMETRÍA ARTERIAL EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA

G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J.M. Díez Piña, S. Merlos Navarro, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados, M. Guillamón, A. Romero Ortiz

Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La determinación de la gasometría arterial es una práctica habitual en el seguimiento evolutivo del paciente con insuficiencia respiratoria. Es una técnica cruenta y muchas veces mal tolerada por el paciente. La pulsioximetría, por otra parte, puede suministrar información indirecta que evite la realización de gasometrías.

OBJETIVOS

Demostrar la utilidad de la pulsioximetría como alternativa a la gasometría arterial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal desde septiembre a noviembre de 1998, de un grupo de pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliara (OCD). A todos ellos se les realizó espirometría, gasometría arterial y pulsioximetría con pulsioximetro Pruitan Bennett, modelo 195.

RESULTADOS

Se incluyeron 162 pacientes, 119 varones (73,5%) y 43 mujeres (26,5%), edad media 71,8 años. Expresamos la media de $SatO_2$ por gasometría, $SatO_2$ porpulsioximetría, FVC y FEV_1 correspondiente a distintos grupos de PaO_2 . Encontramos 24 pacientes (14,8%) con PaO_2<60 y Pulsiox>92%, mientras que la $SatO_2$ en la gasometría fue <92% en todos ellos. Sólo 5 pacientes (3%) con PaO_2>60 presentaron $SatO_2$<92% en pulsioximetría. Cuando la pulsiox. Era >93% la PaO_2 era<60 en 4.3% de los casos.

Nº PAC	PaO_2	$SatO_2$ (GAS)	Pulsiox.	FVC	FEV1
64	<55	82,8%	87,2%	56,5%	37%
25	55-60	89,5%	91,6%	74,5%	46,7%
29	61-65	91,9%	93,4%	55,9%	44,3%
44	>65	94,2%	93,9%	60%	51,4%

CONCLUSIONES

En nuestro caso, si no hubiésemos utilizado gasometría, habríamos mantenido la oxigenoterapia de forma inadecuada a 5 pacientes (3%) y se la habríamos suspendido a 24 pacientes (14.8%) que la precisaban. Sensibilidad 73%, Especificidad 93%, Valor predictivo positivo 93% y negativo 74%. Concluimos que la pulsioximetría es una técnica útil si se ha validado previamente el dispositivo.

PROGRAMA DE CONTROL DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN EL ÁREA NORTE DE GRANADA

C. Castillo Aguilar, J.M. Díez Piña, G. Sáez Roca, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados, M. Guillamón, J. Alvarez Benticuaga

Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Por el elevado núm. de pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), se plantea la necesidad de su revisión, que hemos realizado (hasta ahora parcialmente) en 2 fases: revisión de historias clínicas y posterior revisión de pacientes seleccionados a partir de ellas.

OBJETIVOS

Revisión de pacientes a partir de la revisión de historias.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre septiembre y n oviembre de 1998 se revisan los pacientes con OCD supuestamente mal prescrita (PaO_2 >60 o sin gasometría); pacientes con OCD bien prescrita (PaO_2 <60) pero mal mantenida (PaO_2 >60 en el seguimiento); pacientes sin historia en el hospital o que es desconocida; y aquellos en cuya historia no se menciona OCD. Se recogen datos clínicos, diagnóstico, tratamiento, Servicio prescriptor, fuente y flujo de oxígeno, y cumplimiento. A todos se les realizó gasometría basal, espirometría y pulsioximetría.

RESULTADOS

Reciben oxigenoterapia 1.574 pacientes (prevalencia 470/100.000 hab.). Se proponen para revisión 193 pacientes: 140 varones (72,6%) y 53 mujeres (27,4%), edad media 72,2 años. El diagnóstico principal fue EPOC en 71%. La prescripción partía de Neumología en 53,3%, Urgencias 21 %, Cardiología 6,7%, M. Interna 4,6% y 15% otros. Es de destacar que el 45% de los pacientes tenía PaO_2>60. El FEV_1 medio de los EPOC con PaO_2<55 era 35.7% y con PaO_2>60 era 42.5%. Hubo un 12,6% de pacientes con PaO_2<60 y Sat. O_2>92% en pulsiox. Cumplimiento subjetivo de oxigenoterapia: 12,5% sólo lo utilizahan de noche, 72,7% menos de 15h/día y 27,3%>15 h. Fuente: cilindro 92.7%, concentrador 5%, líquido 2,2%.

Cumplían el tratamiento médico el 82,3%. El 55% referían haber sido fumadores antes de la oxigenoterapia y tras el tratamiento el 10.5% seguían fumando. Se suspendieron 67 tratamiento (34,7%).

CONCLUSIONES

1) La OCD en nuestro medio no está controlada, pues hay un alto porcentaje de mala indicación y de mal cumplimiento, de tal forma que sólo 34 pacientes (18.9%) obtienen los beneficios de la OCD (bien indicada y bien cumplida). 2) Los programas de control son útiles, y combinados con revisión de historias permiten seleccionar y establecer el orden de, revisión.

CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN EL ÁREA NORTE DE GRANADA

G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J.M. Díez Piña, S. Merlos Navarro, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados, M. Guillamón, J. Álvarez Benticuaga

Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) aporta beneficios al paciente cuando está correctamente prescrita, cumplimentada al menos 15 horas diarias y mantiene la SaO_2 mayor del 91 %. El abandono del tabaquismo supone la primera medida terapéutica de todos los pacientes.

OBJETIVOS

Conocer el cumplimiento del tratamiento médico, de la oxigenoterapia domiciliaria y la actitud de los pacientes ante el hábito tabáquico.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde septiembre a noviembre de 1998 se revisan pacientes con OCD pertenecientes a nuestra área sanitaria. Se recogen datos epidemiológicos, diagnóstico, horas de cumplimiento subjetivo de oxigenoterapia, cumplimiento del tratamiento médico, y tabaquismo.

RESULTADOS

Se revisan 193 pacientes, 140 son varones (72,6%) y 53 mujeres (27,4%), edad inedia 72,3 años. La mayoría de ellos (7 1 %) con diagnóstico de EPOC. Cumplimiento de oxigenoterapia: <8h. 45 pacientes (24,6%); <15 h. 133 pacientes (72,7%); 15 h. ó más 50 (27,3%); y 23 pacientes (12,6%) utilizaban el oxígeno sólo por la noche. En cuanto al tratamiento médico: el 82,3% de los pacientes aseguran cumplirlo adecuadamente, y 17,7% no. Se indagó en 161 pacientes el tabaquismo antes y con oxigenoterapia, según el sexo:

SEXO	ANTES 0_2	CON 0_2	TOTAL
M	NO	NO	42 (26%)
	SI	NO	1 (0.5%)
	SI	SI	1 (0.5%)
V	NO	NO	30 (19%)
	SI	NO	69 (43%)
	SI	SI	16 (10%)

CONCLUSIONES

1) Sólo el 27,3% de la población revisada cumple adecuadamente la oxigenoterapia.
2) El 24,6% la utilizan exclusivamente de noche.
3) El porcentaje de pacientes con oxigenoterapia que son mujeres no fumadoras es despreciable.
4) Consideramos importante insistir en el uso adecuado del tratamiento.

¿ES ÚTIL LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA?

S. Merlos Navarro, G. Siez Roca, C. Castillo Apilar, J.M. Díez Piña, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados, M. Guillamón, S. López Ortiz

Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de OCD en nuestro área sanitaria es 470/100.000, muy desviada respecto a la media nacional. Se plantea la necesidad de optimizar esta terapia.

OBJETIVOS

1º) Conocer las características de la prescripción de OCD a través de las historias clínicas. 2ª) Establecer la estrategia de intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal entro mayo y octubre de 1998. Se solicita el listado de pacientes hasta diciembre de 1997 a la empresa suministradora. Se escoge aleatoriamente una muestra de historias clínicas significativa de la población (teniendo en cuenta las pérdidas) y se valida una ficha de recogida de datos: epidemiológicos, diagnóstico, prescripción, gasometrías previas, y revisiones. Nos basarnos en criterios SEPAR de prescripción y mantenimiento de oxigenoterapia.

RESULTADOS

Reciben oxigenoterapia 1.574 pacientes (prevalencia 470/100.000 hab.). De 527 historias solicitadas se localizan 382. Se aprecia que 6 son exitus, en 46 no se refleja OCD en la historia y 16 tenían ya el oxígeno suspendido.

Todos ellos fueron corroborados por Gestoría del Usuario mediante entrevista telefónica y sus oxigenoterapias suspendidas. De los 314 restantes son: varones 72%, mujeres 28%, la edad media de prescripción era 68,6 años, el tiempo medio con oxígeno fue de 2,9 años. Según el diagnóstico principal: EPOC 66%, asma crónica 6%, cardiopatía 5,7%, otros 22,3%. Servicios prescriptores: Respiratorio 65%, Medicina Interna 7%, Urgencias 6,7%, Primaria 0,3%, desconocido 15%. En el 80% la indicación era correcta según la gasometría, en el 20% restante era incorrecta por no existir gasometría en la prescripción (8,6%) o ser la PaO_2>60 (11,4%). En 53 casos (17%) la PaO_2 era >60 en el seguimiento. Realizaban seguimiento por neumólogo el 54%. La fuente de administración fue cilindro en todos los casos.

CONCLUSIONES

La revisión de historias clínicas demuestra ser útil, especialmente cuando la población es muy numerosa, porque:

1) Facilita un acceso rápido a la misma.
2) Da información valiosa sobre las características de los pacientes, la prescripción y los médicos prescriptores.
3) Permite seleccionar los pacientes que deben ser revisados y el orden.
4) Aporta a Gestoría del Usuario un listado de pacientes, que continúan inadecuadamente con oxígeno sin necesidad de ser revisados en consulta.