DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ACTIVA EN AEROSOLTERAPIA DOMICILIARIA POR UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

F. Martín Sánchez, J. Bujalance Zafra, C. Sánchez La Fuente, N.Avisbal, R. García Montesinos, M. Rosales.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

Conocer el estado actual de la aerosolterapia domiciliaria (AD) mediante nebulizadores en nuestra área sanitaria y realizar una intervención aplicando los criterios de indicación consensuados internacionalmente para optimizar su uso.

METODOLOGÍA

Hemos evaluado a 329 de los 700 pacientes que disponían de un nebulizador domiciliario (209 varones) y se han controlado las prescripciones de novo (desde Abril a Noviembre de 1999). Se creó una consulta, por parte del Servicio de neumología que controla todos los utillajes respiratorios de uso domiciliario. Actuamos como taller de inhaloterapia, aplicamos criterios de consenso actualizados de AD y realizamos una valoración clínica y funcional respiratoria.

RESULTADOS

Hemos retirado la prestación al 38% de los pacientes. Las prescripciones mensuales de novo pasaron de 15 a 1. El tratamiento de base de los enfermos era acorde con los consensos establecidos en el 57% de los casos. Un 70% usa de forma inadecuada los sistemas de inhalación. No tenían inhaladores y/o usaban MDI un 44%. La causa más frecuente de la indicación fue la reagudización respiratoria de la EPOC en varones y del asma en mujeres. El FEV1 fue menor del 50% en 76 casos. El 35% no acuden en primera citación. Hemos ahorrado 2 millones de pesetas en la factura mensual.

CONCLUSIONES

a) En nuestra área sanitaria existe alta prevalencia de nebulizadores domiciliarios; b) El tratamiento adecuado de la enfermdad de base es determinante para retirar el nebulizador; c) Se ha optimizado este recurso sanitario con el consiguiente ahorro económico; d) Los pacientes son refractarios a la retirada de esta prestación.

IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE FILTROS DE VENA CAVA INFERIOR. EXPERIENCIA DURANTE 11 AÑOS

J.C. Bioque Rivera, L. Zurera Tendero*, M.N. Feu Collado, J. Rubio Sánchez, J.M. Vaquero Barrios, F. Santos Luna, N. Pascual Martínez, L. Muñoz Cabrera.
Servicios de Neumología y Radiodiagnóstico (Unidad de Radiología Vascular Intervecionista)*. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

Estudio prospectivo que revisa las complicaciones desarrolladas por pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en los que se realizó implantación de filtro de vena cava inferior (VCI) entre 1987 y 1998. Se aportan datos sobre la utilidad de técnicas de imagen «no invasivas» en el seguimiento de estos pacientes.

METODOLOGÍA

En el periodo de estudio se implantaron 72 filtros de VCI, a otros tantos pacientes, 37 mujeres y 35 hombres, de edades comprendidas entre los 16 y 81 años (media 58,65). De los filtros insertados 24 eran Günther, 33 LGM, 13 Anthéor y 2 Simon Nitinol. A todos los pacientes se les diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembros inferiores (MMII) mediante flebografía y a 56

se les había diagnosticado de tromboembolismo pulmonar (TEP) mediante gammagrafía de perfusión y/o arteriografía pulmonar. Las indicaciones para la inserción de filtro fueron absolutas según la clasificación actual de la SERVEI en el 19,4% y relativas en el resto. A todos los pacientes se les incluyó en un protocolo clínico-radiológico de seguimiento.

RESULTADOS

Como complicaciones inmediatas se observaron: la malposición o deformidad del filtro (9 pacientes), la apertura incompleta (4), la migración caudal (4) y casi el 71% no presentaba complicaciones. A 22 pacientes (30,5%) se les controló a los 6 meses postimplante, a 27 (37,5%) al año y a 22 (30,5%) a los dos años. Entre las complicaciones tardías destaca la trombosis de filtro y/o VCI (en 3 pacientes del primer grupo, 3 del segundo y 2 del tercero), el TEP de repetición (1 enfermo en el control de los 6 meses), la perforación de VCI (en 11,13 y 7), la migración (en 6,3 y 8), el síndrome postrombótico (en 7, 6 y 13) y la deformidad (en 2, 4 y 6), aunque todas estas complicaciones no produjeron gran repercusión clínica.

CONCLUSIONES

Los filtros de VCI son, cuando están correctamente indicados un método eficaz y seguro en el tratamiento del TEP. Nuestros mejores resultados fueron con el tipo LGM, por contra el de Günther fue el que produjo más complicaciones. Creemos que para el seguimiento, técnicas como la TC y RM pueden ser suficientes.

UTILIDAD DE LA CIRUGÍA VIDEOTORACOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

M. Congregado Loscertales, J.C. Girón, R.Jiménez, C. Arenas, J. Loscertales.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVO

Mostrar la utilidad de la cirugía videotoracoscópica (CVT) en el manejo del nódulo pulmonar solitario, tanto en su diagnóstico como en el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 1992 a 1999 hemos intervenido 104 pacientes afectos de NPS, (16 mujeres y 88 hombres). Edad media 59,6 años. A todos se practicó una exploración y extirpación del NPS por CVT.

RESULTADOS

Se obtuvo un diagnóstico histológico de certeza en el 100% de los casos: Carcinoma broncogénico: 58 Metástasis: 12, Tuberculoma: 10, Hamartoma: 6, Nódulo fibroso: 6, Pseudotumor inflamatorio: 4, Tumor carcinoide: 2, Bronquiolitis obliterante: 2, Tumor mesenquimal: 2, Neumoconiosis: 1, Quiste hidatídico: 1. El nódulo se localizó: 18 casos por arpón guiado por TAC, 31 por exploración y los 55 restantes mediante exploración visual/instrumental.

Estancia postoperatoria: 5,45 días. Complicaciones intraoperatorias: Una fuga aérea intraoperatoria. Complicaciones postoperatorias: Atelectasia:1, Cámara apical: 1, Fuga prolongada: 1, Cardiopatía isquémica: 1 y Arritmia: 1. Exitus: 1 por tromboembolismo pulmonar masivo.

CONCLUSIONES

La cirugía videotoracoscópica es muy útil en el manejo del NPS. Es una vía de abordaje poco agresiva y nos ha permitido obtener el diagnóstico de certeza en la totalidad de los casos. Además permite la valoración de la resecabilidad para la extirpación de tumores malignos. Creemos que debe ser la técnica de elección en el diagnóstico y tratamiento del NPS.

RENDIMIENTO DE LA BIOPSIA PULMONAR VIDEOTORACOSCÓPICA

A. I. Blanco, A. Ginel, J. Sánchez, De la Cruz, Sancho, Hernández, M. Torres Cansino.
Unidad Médicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Servicio Cirurgía Torácica. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

La biopsia pulmonar abierta es requerida en múltiples ocasiones como paso final para el diagnóstico de diversas neumopatías y consiguientes tratamientos. En estos últimos años se ha incrementado la petición de esta prueba diagnóstica debido al auge de la cirurgía mínimamente invasiva, como lo es la videotoracoscopia.

OBJETIVO

Analizar el rendimiento de esta técnica en el diagnóstico de diversas neumopatías, en nuestro Servicio, desde Junio-94 a Noviembre -99.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado 64 biopsias pulmonares en 64 pacientes. La edad media fue de 49,5 años. Han sido 36 hombres y 28 mujeres, en los cuales se han tomado una muestra de biopsia en 34 pacientes y dos muestras en 30. Fueron 36 izquierdas y 28 derechas. Se utilizaron tres vías de acceso en la mayoría de los pacientes.

RESULTADOS

En el 100% de los casos se llegó a un diagnóstico anatomopatológico.

-Reconversión a toracotomía en 10 casos (15%), con dos minitoracotomías videoasistidas de inicio por el mal estado funcional del paciente. Las causas fueron: 5 por adherencias pleuropulmonares, 2 por falta de intubación selectiva, 1 por fallo de endosutura, 1 por falta de visibilidad de nodulación pulmonar, 1 por dureza parenquimatosa (tumoración).

-Morbilidad del 9%: fiebre en 2 casos, derrame pleural en 2, fuga aérea de 7 días en 1, neumotórax en 1. Están excluidos aquellos toracotomizados.

-Mortalidad del 4,6%: tres pacientes, todos ellos procedentes de UCI y mal estado general.

CONCLUSIONES

-Tras cinco años de experiencia consideramos que se trata de una técnica indiscutible en la toma de biopsias pulmonares y de poca agresividad en enfermos límites.

-Las tomas de biopsias son dirigidas por la buena visibilidad de la cavidad torácica, lo que aumenta el rendimiento diagnóstico.

-Escasa morbimortalidad que condicionan un alta precoz.

REALIZACIÓN DE VENTANAS PERICÁRDICAS POR VIDEOTORACOSCOPIA

J. Ayarra, J. Cuaresma, R. Martín, J. Aguilar, P. Parra, J. M. Sánchez.
Hospital Universitario de Valme. Servicio de Cirugía. Sevilla.

Se presenta en vídeo la técnica de realización de ventanas pericárdicas por videotoracoscopia. Una vez introducida la cámara y hecho un reconocimiento general del hemitórax, a través de dos vías nuevas en triángulo con la anterior, se realiza una punción del pericardio para extracción de líquido.

Posteriormente y previa coagulación se procede a la realización de la pericardiectomía, un cuadrado de unos tres cm de diámetro y que en un principio (siete casos) la realizábamos por el lado izquierdo y ahora nos parece mas sencillo por el derecho (trece).

Se deja un drenaje que se retira a las 24 h. Creemos que cuando las condiciones del paciente lo permiten, esta técnica es mucho mejor que la subxifoidea (nueve pacientes) porque permite un mejor control de su realización.

TÉCNICA DE SIMPATECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA TRATAMIENTO DE HIPERHIDROSIS

J. Ayarra, J. Cuaresma, J. C. Gómez, R. Martín, L. Escribano, J. M. Sánchez.
Servicio de Cirugía. Hospital Univesittario de Valme. Sevilla.

Se muestra en vídeo, la técnica de realización de simpatectomía torácica por videotoracoscopia para el tratamiento de la hiperhidrosis, realizada en seis pacientes, siendo el procedimiento bilateral sincrónico en todos ellos.

Después de introducida la cámara y realizada una nueva vía posterior y otra mínima anterior, en triángulo con la primera, se busca la cadena simpática seccionándola desde el borde inferior del ganglio estrellado hasta el T4-T5.

Se deja drenaje que se retira a las 24H.

Los resultados han sido en todos ellos altamente satisfactorios por la mínima morbilidad frente a una patología de tan molesta convivencia.

ESTADO DE LA TUBERCULOSIS EN UN ÁREA SANITARIA: 1988-1998

J. M. Ignacio García, I. Arrillaga Ocampo, A. Jiménez Parejo, F. Cabello Rueda, A. L. López-Cózar Gil, E. Avila Amat.
Unidad de Neumología. Hospital General Básico de la Serranía. Ronda. Málaga.

OBJETIVOS

Valorar la utilidad del *Programa de Tuberculosis* (TBC) en la captación progresiva de casos y analizar los principales resultados tras una década de seguimiento del mismo en nuestra Área Sanitaria.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo. Área Sanitaria Rural de 98.820 habitantes. Medición de los ítems de la *Hoja de Declaración Individualizada* y de la *Hoja de Seguimiento* de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Se definió *caso de TBC inicial* y se incluyó en *Programa* a todo paciente con bacteriología compatible con M.TBC (mediante baciloscopia y/o cultivo) y constancia en la Hª clínica de habersele prescrito iniciar tratamiento antiTBC.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 225 casos de TBC en dicho periodo. El 69,3% corresponde a varones. Grupo etario más frecuente: 15-24 años (19,7%). Localización: pulmonar (65,3%); pleural (14,7%); ganglionar (7,1%); meníngea (5,8%); y múltiple (4,9%). Baciloscopia positiva (51,4%); Cultivo positivo (59,5%); Radiografía compatible (88,7%). Asociación a otros procesos: ninguna (50%); alcoholismo (9,5%); diabetes mellitus (4,5%); SIDA (3,6%). Cumplimentación correcta del tratamiento: 93,6%; sin efectos secundarios del mismo: 64,4%. Un 65,6% de pacientes precisó ingreso hospitalario. La *Baja en el Registro* se produjo por curación (84,2%), abandono del tratamiento (4,2%), muerte por TBC (2,1%), y muerte por otras causas (4,7%).

CONCLUSIONES

Tasa actual de TBC en nuestra Área: 32,9 nuevos casos/100.000 h.

Asociación a SIDA en el 3,6% de los casos.

La tasa de abandonos fue del 4,2%.

Utilidad del Programa en la captación progresiva de un mayor número de casos.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DIAGNÓSTICAS DE LA TUBERCULOSIS DISEMINADA

I. De la Cruz Morón, F. Muñoz Lucena, N. Reyes Núñez, F. Campos Rodriguez, S. Umbría, C. Nogales.
Sección de Neumología. H. U. de Valme. Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar las características epidemiológicas y métodos diagnósticos de pacientes con tuberculosis diseminada (TBD).

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda activa de los casos de Tuberculosis (TB) de nuestro centro entre 1984-1998. Las TBD cumplían al menos uno de los siguientes criterios: patrón miliar, afectación de médula ósea o hepática, participación de dos o más órganos extrapulmonares no contiguos y/o cultivo de *M. tuberculosis* en sangre periférica. Se analizaron 1439 casos de TB y 111 casos de TBD.

RESULTADOS

La TBD se presentó con mayor frecuencia asociada a SIDA (90/111 vs 549/1328; OR=6,08; p< 0,001), drogadicción iv (65/111 vs 234/1328; OR=6,6; p<0,001) y antecedente de ingreso en prisión(19/111 vs 97/1328; OR=2,62; p<0,001). El 97%(68/70) de los casos con TBD y SIDA asociado tenían entre 20 y 40 años, mientras que el 63%(26/41) de los casos no asociados a SIDA tenían más de 50 años. Las localizaciones más frecuentes fueron: diseminada 100%; pulmonar 85%, urogenital 47% y abdominal 33%, con una media de 3,1 localización por paciente.

La Rx de tórax fue patológica en el 85%(94/111) de los casos, mostrando un patrón miliar en el 50%(56/111). Se obtuvo confirmación microbiológica en el 86%(95/111) de las TBD(57 Mc+ y 38 Mc- C+). Las muestras respiratorias proporcionaron el diagnóstico en el 80% de los casos(76/95), las no respiratorias en el 64%(61/95) y en 45 casos se obtuvo confirmación microbiológica con ambos tipos de muestras. La muestra respiratoria más rentable fue el esputo, sobre todo en pacientes con patrón miliar(86%;38/44); sin embargo, en las TBD no miliares la de mayor rendimiento fue la orina(80%;28/35).

En 54 pacientes se enviaron biopsias para estudio histológico; siendo la más útil la biopsia hepática(33/33) y la menos útil la de médula ósea(4/16).

En 11 pacientes (10%) el diagnóstico se hizo postmorten; de los 100 restantes, un 96% realizaron tratamiento con pautas estándar de 6 ó 9 meses.

CONCLUSIONES

1.- La TBD se manifestó con mayor frecuencia en pacientes con SIDA. 2.-Se observó un patrón miliar únicamente en la mitad de los casos. 3.-Se obtuvo un alto rendimiento microbiológico, sobre todo con muestras accesibles e incruentas.

EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE UN PROGRAMA ANTITUBERCULOSO

I. Arrillaga Ocampo, A. Jiménez Parejo, J. M. Ignacio García, F. Cabello Rueda, A. L. López-Cózar Gil, E. Avila Amat.
Unidad de Neumología. Hospital General Básico de la Serranía. Ronda. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de TBC a partir de las técnicas habituales presenta ciertos obstáculos, como son la baja sensibilidad de la microscopía, el tiempo de espera del cultivo, o la dificultad habitual para la obtención de las muestras de esputo.

OBJETIVO

Evaluar los resultados de los diferentes procedimientos diagnósticos utilizados en el curso de los 10 primeros años de evaluación del Programa de TBC en nuestra área.

METODOLOGÍA

Se analizaron prospectivamente los resultados de la prueba de Mantoux, Radiología, Microscopía, Cultivo en medio de Lowenstein, Anatomía Patológica y Serología, obtenidos de los *ítems* correspondientes de la *Hoja de Declaración Individualizada* y la *Hoja de Seguimiento* de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

RESULTADOS

Resumidos en la siguiente tabla:

RESULTADOS	POSIT.	NEGAT.	NO REALIZADO	TOTAL 100%
MANTOUX	125 (59%)	34 (16%)	53 (25%)	212
Rx.	197 (89%)	18 (8%)	7 (3%)	222
BACILOSC.	114 (52%)	95 (43%)	11 (5%)	220
CULTIVO	119 (60%)	46 (23%)	35 (17%)	200
A. PATOL.	72 (38%)	22 (12%)	94 (50%)	188
SEROLOGÍA	145 (66%)	76 (34%)	-	221

CONCLUSIONES

Elevada proporción de casos con diagnóstico de TBC y baciloscopia y/o cultivo negativos, que no se han modificado a lo largo del tiempo de instauración del Programa, a pesar de ser técnicas diagnósticas imprescindibles.

TUBERCULOSIS: PATRÓN DE RESISTENCIAS AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN NUESTRO MEDIO

J. C. Parra Rodríguez**, M. González Luque*, Mª Jesús Morales Acedo**, J. Martínez Blanco**, E. Mora García**, E. J. Vargas López***

*F.E.A. en Neumología. **Médicos Residentes en Medicina de Familia y Comunitaria.***Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Antequera. Malaga.

OBJETIVO

Valorar la sensibilidad de Mycobacterium Tuberculosis al tratamiento antituberculoso en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos la historia clínica de los pacientes en seguimiento en la consulta externa de neumología ó tratados en nuestro hospital por diagnóstico de tuberculosis, durante el periodo comprendido entre 1-1-1993 al 31-12-1998. Estudiamos la sensibilidad «in vitro» a tuberculostáticos de 1ª línea : rifampizina (R), isoniacida (I), etambutol (E), pirazinamida (Z), estreptomicina (S) y de 2ª línea: amikacina, capreomicina, ofloxacino, rifabutina, rifapentina.

RESULTADOS

Estudiamos de forma retrospectiva 133 pacientes. Se practicaron 81 antibiogramas positivos a M. tuberculosis (60,9%), de los cuales 13 (9,7%) presentaron algún tipo de resistencia. En 5 casos (3,7 %) encontramos resistencia a un antituberculoso de primera línea, en 5 (3,7%) a dos y en 3 (2,2%) a tres drogas o más, presentando por tanto multirresistencia 8 casos (6%) . Los 52 casos (39%) en los

que no fue posible obtener resultados de antibiogramas por carencia de cultivos positivos se evaluaron hasta constatar criterios de curacion clínico-radiológicos en la historia clínica asumiendo sensiblidad al esquema terapéutico empleado. Observamos mayor porcentaje de resistencia a (R) 11 (8,2%) e (I) 8 (6 %), el resto, 3% a rifabutina, 1,5% a (Z), 0,7% a (E) y 0,7 % a rifapentina. En sólo 9 antibiogramas (6,7%), se practicaron a fármacos de 2ª línea.

CONCLUSIONES

-Los fármacos que presentaron mayor resistencia fueron (R) e (I).

-Presentaron multiresistencia el 6 % de nuestros pacientes.

CONTROL DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INICIAL EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA

F. Campos Rodríguez, F. Muñoz Lucena, N. Reyes Núñez, I. de la Cruz Morón, C. García Polo, S. Umbría Domínguez.
Sección de Neumología. H.U. Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar el control del tratamiento (TT) realizado durante el seguimiento de la tuberculosis inicial (TBI) en nuestra área hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen 293 casos de TBI controlados en el área Sur de Sevilla entre el 1/1/94 y el 31/12/96. Se analizó el centro y tipo de consulta que controló el TT, índice de revisiones (IR = Nº revisiones/Nº meses de TT), índice radiológico (IRX = Nº radiografías solicitadas/Nº revisiones realizadas) e índice bacteriológico (IB = Nº bacteriologías solicitadas/Nº revisiones realizadas).

RESULTADO

En el 98% (287/293) de casos el TT se controló a nivel hospitalario; el 66% (189/287) en la consulta monográfica de TB (CTB) y el 34% (98/287) en consultas no monográficas (CNM). El 84% (245/293) de casos acudieron a todas las revisiones, y el IR en este grupo fue 0,59. Se interrogó sobre el cumplimiento del TT en el 91% (907/1001) de las revisiones. Entre los pacientes con TB pulmonar y diagnóstico microbiológico, el IRX fue 0,74 y el IB 0,80. Los casos controlados en CNM respecto a CTB tuvieron un menor IR (0,52 vs 0,62;p<0,001) e IB (0,30 vs 0,89;p<0,001) y fueron interrogados sobre el cumplimiento en menos revisiones (77% vs 97%;p<0,001). Los pacientes VIH+ respecto a los VIH- presentaron un menor IR (0,49 vs 0,60;p=0,003) e IB (0,56 vs 0,82;p<0,001) y se preguntó menos sobre la realización del TT (80% vs 93%;p<0,001).

CONCLUSIÓN

El control del TT en la CTB y entre pacientes VIH- se ajusta a las normativas vigentes. Sin embargo, aquellos dependientes de las CNM, en especial los VIH+, se revisaron menos, se interrogaron menos acerca del cumplimiento del TT y no se realizó un seguimiento bacteriológico adecuado.

TOXICIDAD DEL TRATAMIENTO EN LA TUBERCULOSIS INICIAL

N. Reyes Núñez, F. Campos Rodríguez, F. Muñoz Lucena, I. de la Cruz Morón, J.L. Rojas Box, S. Umbría Domínguez.
Sección de Neumología. H.U. Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar la toxicidad (TX) detectada durante el tratamiento (TT) de la tuberculosis inicial (TBI) en el área Sur de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen 309 casos de TBI diagnosticados y tratados en el área Sur de Sevilla entre el 1-1-94 y el 31-12-96. Sólo se ha tenido en cuenta la TX que provocó modifica-

ciones en el régimen inicial prescrito. Se analizan las causas más frecuentes, fármacos implicados y momentos de aparición de la TX.

RESULTADOS

Un 6% (18/309) de casos presentaron TX, sin que se apreciasen diferencias entre pacientes VIH+ y VIH- (7/67 vs 11/242; p=0,06) ni entre aquellos tratados con regímenes de 6 ó 9 meses (11/247 vs 7/57; p=0,06). La TX apareció una media de 37 días tras el inicio del TT. El tipo de TX más frecuente fue la hepática (TH) en 9 casos, seguidos de la hipersensibilidad (HS) en 4, la intolerancia digestiva (IG) en 3 y la articular (AR) en 2 casos. El fármaco más frecuentemente implicado fue la pirazinamida en 9 casos (3 TH, 2 IG, 2 AR, 2 HS), la rifampicina en 3 (2 HS, 1 IG) y la isoniacida en otros 3 (3 TH). En 3 casos de TH no se detectó la droga responsable. La TH ocurrió en el 67% (6/9) de los casos en el primer mes y medio de TT y fue responsable de 2 fallecimientos.

CONCLUSIONES

La tasa de TX detectada es similar a la que se describe en regímenes estándar sin estreptomicina, y no se correlacionó ni con el factor VIH ni con la duración del régimen. La droga más implicada fue la pirazinamida y la TX más frecuente la hepática.

EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO REGISTRADOS EN UN PROGRAMA

I. Arrillaga Ocampo, A. Jiménez Parejo, J. M. Ignacio García, F. Cabello Rueda, A. L. López-Cózar Gil, E. Avila Amat.
Unidad de Neumología. Hospital General Básico de la Serranía. Ronda. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La TBC continúa siendo un importante problema de Salud Pública a escala mundial. La principal herramienta para evitar su extensión consiste en la instauración rápida de un tratamiento eficaz y seguro.

OBJETIVO

Establecer los efectos secundarios del tratamiento antituberculoso y la evolución de los mismos en los pacientes incluídos en el Programa de Tuberculosis de nuestra área tras una década de seguimiento del mismo.

METODOLOGÍA

Análisis prospectivo de los *ítems* relacionados con las *pautas de tratamiento*, aparición de *efectos secundarios* y *evolución de los mismos* a partir de la *Hoja de Declaración Individualizada* y la *Hoja de Seguimiento* de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 225 casos de TBC entre 1988 y 1998. La pauta de tratamiento de 2 meses con Isoniacida+Rifampicina+Pirazinamida, seguida de 4 meses con Isoniacida+Rifampicina (2HRZ/4HR) fue la más frecuentemente utilizada (54,5%). Un 35,6% de los pacientes manifestó *efectos secundarios*, siendo éstos *clínicamente detectables* en un 75,4%, y *analíticamente detectables* en un 23,2%. Los más frecuentes fueron los *gastrointestinales* (34,8%); *hepáticos* (20,3%); *neurológicos* (11,6%); e *hipersensibilidad cutánea* en el 10,1%. Estos efectos fueron *autolimitados* en el 46,3%; *cedieron con medicación sintomática* en el 28,4%; obligaron al *cambio de tratamiento antituberculoso* en el 14,9%, o a su *suspensión* en el 10,4%.

CONCLUSIONES

Baja incidencia de *efectos secundarios* en los tratamientos antituberculosos.

El esquema terapéutico habitual de 2 HRZ/4 HR constituye un tratamiento seguro, obligando en pocos casos a la suspensión del mismo.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UNA CONSULTA NEUMOLÓGICA EXTRAHOSPITALARIA. PAUTAS DE TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA

A. García Fernández, F. J. Alvarez Gutiérrez, B. Romero Romero, T. Elías Hernández, J. Toral, R. Vargas González, J. Castillo Gómez.
Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias. Unidad Medicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Estudiar la evolución clínica y radiológica de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) tratadas y seguidas en una consulta neumológica extrahospitalaria.

METODOLOGÍA

Se estudiaron de forma prospectiva las NAC tratadas en nuestra consulta desde Mayo de 1996 a Junio de 1999. Consideramos diagnóstico de neumonía la presencia de infiltrado radiológico de nueva aparición, además de fiebre y /o sintomatología respiratoria. Según evaluación protocolizada seguida en nuestra unidad recogimos la sintomatología clínica en scores de gravedad progresiva. Se efectuaron revisiones a los 15 días de la visita inicial, y a los 30-60 días en caso de persistencia de síntomas o resolución radiológica incompleta. En estas revisiones se recogían, además de los scores de síntomas clínicos, la evolución clínica global (1. Curación clínica, 2. Mejoría clínica, 3. Fracaso clínico (empeoramiento) y radiológica (0. Resolución total, 1. Mejoría pero no resolución, 2. Sin cambios, 3. Empeoramiento). Empleamos como tratamiento macrólidos (Roxitromicina 150 mg/12 horas ó Claritromicina 500 mg/12 horas durante 2 semanas) en pacientes sin enfermedades de base, o bien cefalosporina de 2ª generación (cefuroxima 500 mg/12 horas, durante 2 semanas) en pacientes con antecedentes de enfermedades de base no inmunodepresoras.

RESULTADOS

Estudiamos a 221 pacientes, de edad media 43± 18 años. Empleamos como tratamiento macrólidos en el 70% de los pacientes, cefuroxima en el 22,5% y en el resto otros betalactámicos o quinolonas. En la primera revisión (15± 4 días) objetivamos curación clínica en el 74% de los pacientes, en un 24% mejoría clínica y un 2% empeoramiento. El síntoma que se mantenía con más frecuencia era la tos (38%), en menor medida disnea y dolor torácico (10%). En la segunda revisión (30± 4 días) sólo 8 pacientes referían persistencia aún de síntomas, siendo el más frecuente la tos (11%). La resolución total de los infiltrados radiológicos osciló desde el 51% de los casos en la primera revisión al 80% y 95% a los 30 y 60 días respectivamente. Sólo fue necesario ingresar a 2 pacientes durante el seguimiento, lo que supone menos del 1% del total.

CONCLUSIONES

La evolución de los pacientes con NAC tratados en nuestro medio ha sido satisfactoria utilizando como tratamiento de elección macrólidos en pacientes sin enfermedades de base y cefuroxima en los que presentaban enfermedades no inmunodepresoras.

ETIOLOGÍA DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UNA CONSULTA NEUMOLÓGICA EXTRAHOSPITALARIA

B. Romero Romero, F. J. Alvarez Gutiérrez, A. García Fernández, T. Elías Hernández, J. Toral, R. Vargas González, J. Castillo Gómez.
Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias. Unidad Medicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

1º) Estudiar la etiología de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) tratadas y seguidas en una consulta neumológica extrahospitalaria. 2º) Evaluar las características epidemiológicas de la población y la

forma de presentación clínico-radiológica.

METODOLOGÍA

Se estudiaron de forma prospectiva las NAC tratadas en nuestra consulta desde Mayo de 1996 a Junio de 1999. Consideramos diagnóstico de neumonía, la presencia de infiltrado radiológico de nueva aparición , además de fiebre y/o sintomatología respiratoria. Siguiendo un protocolo de recogida de datos, se realizó valoración epidemiológica, clínica, radiológia, analítica y se extrajo una primera muestra para serología. Se efectuaron revisiones a los 15 días de la visita inicial (la 2ª muestra para serología se extrajo a las 3 semanas de la 1ª), y a los 30-60 días en caso de persistencia de síntomas o resolución radiológica incompleta. En casos de persistencia de la condensación, o si había sospecha de neoplasia, se solicitó FB, con estudio microbiológico por catéter telescopado. Consideramos serología positiva la elevación de 4 veces el título de anticuerpos entre ambas muestras, o bien un título único de IgG $\geq$160 para Micoplasma pneumoniae, IgG $\geq$256 para Coxiella burnetti, Legionella pneumophila y Chlamydia sp.

RESULTADOS

Estudiamos a 221 pacientes con NAC, de edad media 43$\pm$18 años; 134 eran hombres (61%) y 87 mujeres (39%). El 60% de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo, un 20 % de etilismo, el 8% eran diabéticos y un 6% EPOC. El 5% había estado en hoteles recientemente, un 16% tenían pájaros en casa y el 16% había presentado otro episodio neumónico previo. La forma de presentación clínica más frecuente fue atípica en un 58% de los pacientes y la presentación radiológica, la condensación alveolar (84%). Obtuvimos el diagnóstico etiológico en 113 pacientes (51%), siendo los patógenos más habituales Coxiella burnetti (17,6%), Micoplasma pneumoniae (11,7%), Legionella pneumophila (8,1%), Chlamydia sp (6,8%) y Virus Influenza A (8,6%). Obtuvimos el diagnóstico etiológico por FB (aislamiento de $\geq 10^4$ UFC) en 2 casos para Streptococo pneumoniae y en 1 caso para Pseudomona aeruginosa y Klebsiella pneumoniae.

CONCLUSIONES

Casi la mitad de los casos de NAC de pacientes ambulatorios están producidos por gérmenes atípicos, siendo la Coxiella Burnetti el germen más frecuentemente implicado en nuestro medio. La forma de presentación clínica más frecuente es la atípica y la radiológica, la condensación alveolar.

NEUMONÍAS EXTRAHOSPITALARIAS INGRESADAS EN UN HOSPITAL COMARCAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

J. Calvo Bonachera, F. Pascual Lledó, M. S. Bernal Rosique, M. M. Tejerizo Saez, M. J. Molina Aparicio, A. Ríos Ramos.
Unidad de Neumología. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

OBJETIVOS

1) Conocer las características demográficas y el perfil clínico de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) que requieren ingreso hospitalario en un Hospital Comarcal. 2) Valorar diferencias entre NAC ingresadas en Medicina Interna (MI) y NAC ingresadas en Neumología. 3) Determinar las pautas de tratamiento (tto) empleadas a nivel ambulatorio, en urgencias y en planta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados por neumonía desde enero de 1993 a mayo de 1997 en un Hospital Comarcal. Se ha utilizado un protocolo de recogida de datos que incluye edad, sexo, ingreso en Neumología o en MI, síndrome típico, atípico o indeterminado, grado de gravedad inicial, factores de riesgo para etiología no habitual, tto ambulatorio, en Urgencias y en planta e identificación del germen. Se ha usado el paquete estadístico SPSS 6.1 para Windows.

RESULTADOS

Se han incluído 192 pacientes, 110 varones y 82 mujeres, con una edad media de 66,56 años (s.d. 17,12). A partir del año 93 se mantiene una tendencia similar en el tiempo en cuanto al número de casos de neumonía ingresados por año. Se ingresaron 89 pacientes a cargo de Neumología y 103 pacientes a cargo de MI. Se han clasificado como síndrome típico 97 casos (50,5%), atípico 48 casos (25%) y síndrome indeterminado 47 (24,5%).

76 pacientes se han clasificado como NAC no grave, 112 como grave y 4 como muy grave. El tratamiento antibiótico empírico más usado tanto a nivel ambulatorio como en Urgencias fue Cefalosporinas de 2ª generación. El tratamiento antibiótico más usado en el paciente ingresado fue tambien Cefalosporinas de 2ª generación (16,1%), seguido de la asociación Cefalosporina de 3ª generación mas macrólido (15,2%). Se pudo identificar el agente etiológico en 22 casos. Diferencia significativa en adecuación del tto. a la normativa SEPAR e identificación del agente etiológico a favor de la serie de pacientes ingresados en Neumología.

CONCLUSIONES

1) Edad media avanzada con ligero predominio en varones. 2) No estacionalidad, manteniéndose una tendencia similar en el tiempo en el número de ingresos. 3) Mayor frecuencia de presentación como síndrome típico. 4) Mayor porcentaje de identificación del agente etiológico en los pacientes ingresados en Neumología y mejor adecuación del tto. a la normativa SEPAR.

NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD QUE REQUIEREN TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ANÁLISIS DE 156 CASOS

L. Galán Antoñanzas, M. Ortega Antelo, M. Guillamón Sánchez, E. Granados Valverde, L. Casado Moreno, G. Sáez Roca, F. González Vargas, F, E. Fernández Vazquez.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas, rentabilidad de los estudios microbiológicos y su incidencia en la terapia y los factores predictivos de mortalidad en neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) ingresadas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron retrospectivamente 156 episodios de NAC (100 varones) con edad media de 65 años ingresados entre Enero 1997 y Diciembre 1998. Se analizaron factores de riesgo, presentación clínico-radiológica, resultados estudios microbiológicos, incidencia en la terapia antibiotica y mortalidad. Estudio estadístico: X^2 para variables cualitativas. Se consideró significativa una $p< 0.005$.

RESULTADOS

73% de los pacientes presentaban 1 ó más factores de riesgo. La presentación clínica más habitual fue la infección respiratoria no focalizada (48%), seguido de síndrome neumónico (39%%) siendo la presencia de infiltrado/condensación única la manifestación radiológica más frecuente (72%). Se identificó un patógeno específico en 14 casos (9%) lo que condicionó cambio terapeutico en 4 casos (2%). Fallecieron 11 pacientes (7%) mostrándose como variables predictivas: edad > 65 años, pO_2 <40 mm Hg y cardiopatía asociada.

CONCLUSIONES

Edad avanzada y frecuente presencia de factores de riesgo. Baja rentabilidad de los estudios microbiológicos con escasa influencia en la pauta terapéutica. Mortalidad baja y correlacionada con: edad avanzada, hipoxemia y cardiopatía asociada. Alta eficacia de la terapia empírica.

NÓDULOS PULMONARES SOLITARIOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFI-CIENCIA HUMANA

J. A. Romero Contreras, J. Martín Juan, F. J. Martínez Marco*, P. Viciana*, E. Cañas*, I. Moreno*, J. Pachón*
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. *Unidad de Enfermedades Infecciosas. H.U.Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Describir las características de presentación de nódulos pulmonares solitarios (NPS) en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

METODOLOGÍA

Análisis retrospectivo de todos los casos diagnosticados de NPS en pacientes con infección por VIH en la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) de nuestro hospital, durante el periodo comprendido entre Enero 1989 a Octubre 1995. Se utilizaron técnicas histopatológicas y microbiológicas standard.

RESULTADOS

Durante dicho periodo ingresaron en la UEI 1.258 pacientes con infección por VIH. De ellos, 10 pacientes presentaban un NPS en el estudio radiológico, suponiendo 7,9 casos por 1.000 pacientes con infección por VIH. El rango de edad se situó entre los 20-45 años, todos ellos varones. Todos presentaban una severa inmunodepresión con una media de 114 CD4/µl. En el momento del diagnóstico 5 pacientes estaban asintomáticos, mientras que los otros 5 presentaban síntomas (fiebre, tos, disnea y/o dolor torácico). Los NPS predominaron en el lóbulo superior derecho y con un diámetro en un rango de 1,5-4,5 cm.

	CD4/µl	Estadio	Etiología NPS	Técnica Diagnóstica
1	110	A3	Hidatidosis	Toracotomía
2	20	C3	P. carinii diseminada	Fibrobroncoscopia (FB)
3	50	B3	Nocardia asteroides	Toracotomía
4	202	A2	Desconocida	FB, Punción percutanea (PP)
5	248	C2	Atelectasia redonda	TAC
6	20	C3	P. carinii neumonía	FB
7	190	A3	Linfoma No Hodgkin´s	Laparotomía
8	35	C3	Mucormicosis diseminada	Autopsia
9	1	C3	Infección CMV	Toracotomía
10	270	C2	Cryptococcus neoformans	FB, PP

CONCLUSIONES

El manejo de los NPS en pacientes con infección por el VIH es complicado debido a la baja sensibilidad y especificidad de los tests diagnósticos menos agresivos. El predominio de entidades potencialmente tratables reafirma la actitud de proceder con técnicas diagnósticas agresivas para establecer el diagnóstico, como la toracotomía con toma de biopsia pulmonar.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS TORÁCICAS EN EL TRASPLANTE PULMONAR

J. L. Aranda, F. Santos, F. J. Algar, A. Alvarez , A. Salvatierra, C. Baamonde, R. J. Lama, F. J. López Pujol.
Unidad de Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia de complicaciones quirúrgicas torácicas (CQ) y su influencia sobre la mortalidad de los pacientes sometidos a trasplante pulmonar.

MÉTODOS

Entre Octubre de 1993 y Junio de 1999 llevamos a cabo 55 trasplantes bipulmonares (31 h, 26 m) y 30 unipulmonares (25 h, 5 m). Las indicaciones fueron: fibrosis quística (27), EPOC (25), fibrosis idiopática (24), bronquiectasias (7) y otras (4). Se recopilaron datos demográficos y sobre la incidencia de CQ, entendiendo como tales las ocurridas intraoperatoriamente o tras la intervención y que requirieron cirugía torácica con anestesia general. Se dividieron las CQ en inmediatas (CQI, intraoperatorias y hasta 48 horas tras la cirugía), precoces (CQP, primeros 30 días postrasplante) y tardías (CQT, posteriores al mes). Tratamiento informático: Rsigma. Análisis estadístico: método de Kaplan-Meier, test de Log-rank.

RESULTADOS

Presentaron CQ 15 pacientes (17,2%; 12 h, 3 m), cuya edad fue 38,6 (14-59 años), frente a una media etaria de 37,4 años para los sujetos sin CQ (5-64 años), ambas superponibles a la de la serie global (37,6 años, 5-64). El tiempo medio de aparición de las CQ fue de 226 días (1-1298 días), contabilizándose 7 CQI (46,7% CQ), 2 CQP (13,3%) y 6 CQT (40%). El exitus se produjo en 8 de los 15 casos (53,3%) entre los días 1 y 746 postrasplante (media 128±241). Referida a la totalidad de la serie, esta mortalidad supuso el 25,5%. La supervivencia global en la serie es de 54,3%. En los pacientes con CQ la supervivencia es de 45,7%, frente a 56,7% de los pacientes sin CQ (p=0,07, casi significativa). Otros análisis realizados fueron los siguientes:

	Supervivencia global	Supervivencia CQ
Supervivencia CQI	P=0,33 (NS)	P=0,04 (S)
Supervivencia CQT	P=0,70 (NS)	P=0,39 (NS)

CONCLUSIONES

La supervivencia de los pacientes sometidos a trasplante pulmonar no parece verse mermada significativamente por la aparición de CQ, siendo de entre ellas las CQI las que más influyeron en la mortalidad registrada. Probablemente el incremento de la muestra podría conducir a resultados significativos. La mortalidad postrasplante es debida sobre todo a otras causas incidentes distintas a las subsidiarias de cirugía torácica.

ESTUDIO EXPERIMENTAL DE TRASPLANTE DE VÍA AÉREA CRIOPRESERVADA

L. López Rivero, S. Quevedo Losada, D. Pérez Alonso, Mª. D. Batista Ramos, A. Arnau Obrer, A. Cantó Armengot.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Hospital General Universitario de Valencia.

OBJETIVO

La validación a nivel experimental de la criopreservación como método que permita la realización de trasplantes diferidos de injertos de vía aérea en condiciones de viabilidad óptima.

MATERIAL Y MÉTODO

Utilizamos 60 animales, 40 donantes y 20 receptores. Practicamos 20 transplantes heterotópicos traqueales, diez con implantes criopreservados y otros 10 con no congelados. Diez tráqueas procedentes de animal donante fueron

sometidas a procesamiento hipotérmico seguido de análisis morfohistológico directo. El grupo control estaba constituído por tráqueas normales. Todos los procedimientos quirúrgicos se realizaron bajo anestesia general. Se administró profilaxis antibiótica y tratamiento inmunosupresor a los receptores. Las piezas fueron enfriadas a velocidad controlada en congelador computerizado hasta alcanzar la temperatura final de -80ºC, permaneciendo hasta el momento del implante, a idéntica temperatura, en un congelador mecánico, durante dos semanas.

RESULTADOS

No se detectaron signos macroscópicos de necrosis tisular, cambios inflamatorios, infección o rechazo. La estructura tubular se mantuvo intacta y la luz no mostró ocupación por tejido de granulación o estenosis. No existieron diferencias microscópicas significativas entre los implantes traqueales sometidos a criopreservación y los implantes frescos, ni entre éstos y las tráqueas normales.

CONCLUSIONES

El método de criopreservación objeto de ensayo, es eficaz en la conservación de segmentos de vía aérea durante períodos prolongados de tiempo. Estos injertos criopreservados son útiles para la realización de trasplantes diferidos, estudios farmacológicos, histoquímicos u otros. La conservación en hipotermia profunda no obstaculiza la correcta revascularización con epiplon de los injertos libres de vía aérea.

TRAUMATISMOS TORÁCICOS : ANÁLISIS DE 1.171 CASOS

J. Ruiz Zafra, C. Pagés, C. Simón, A. Sánchez-Palencia, A. Cueto.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Revisar los casos de traumatismo torácico (TT) tratados en nuestro Servicio, analizando la etiología, las lesiones torácicas y extratorácicas y el tratamiento que precisaron.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de todos los casos de TT (1.171) ingresados y tratados en nuestro Servicio desde Enero de 1.986 hasta Noviembre de 1.999.

RESULTADOS

De los 1.171 pacientes, 870 eran hombres (74,3%) y 301 mujeres (25,7%), con una edad media de 51,3 años. La causa más frecuente fueron los accidentes de tráfico (466 casos, 39,7%).

Resumen de las lesiones:

Torácicas	**nº casos**	**%**
Fractura/s costal/es	862	(73,6)
" esternal	178	(15,2%)
Hemo y/o neumotórax	398	(33,9)
Parenquimatosas	145	(12,3)
Cardíacas	14	(1,2)

Extratorácicas	**nº casos**	**%**
Cráneo-faciales	219	(18,7)
Miembros-pelvis	194	(16,5)
Fractura clavícula	83	(7,8)
Fractura escápula	47	(4)
Abdominales	56	(4,8)
Vertebrales	52	(4,4)

El tratamiento médico conservador fue el indicado en 821 pacientes (70%), el drenaje torácico en 280 (24%) y la intervención quirúrgica mayor en 70 (6%). Hubo 24 casos de mortalidad (2%). La estancia media hospitalaria fue de 10,3 días.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, los TT son más frecuentes en varones, siendo la causa más habitual el accidente de tráfico. Las lesiones más comunes fueron las óseas costales , seguidas de las pleurales (hemotórax y neumotórax traumáticos). En el 30% de los casos no fue suficiente el tratamiento conservador, siendo preciso el drenaje torácico o la intervención quirúrgica.

HERIDAS TORÁCICAS: NUESTRA EXPERIENCIA EN 14 AÑOS

J. Ruiz Zafra, C. Pagés, C. Simón, A. Sánchez-Palencia, A. Cueto.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Revisar todos los casos de heridas torácicas (HT) tratados en nuestro Servicio, valorando las características etiológicas, clínicas y terapéuticas de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de HT (107) ingresados y tratados en nuestro Servicio desde Enero de 1.986 hasta Noviembre de 1.999.

RESULTADOS

De 1.171 traumatismos torácicos ingresados en ese período, se identifican 107 con HT (9,1%), 99 varones (92,5%) y 8 mujeres, con edad media de 33,7 años. La agresión fue el motivo más frecuente (86 casos, 80%), y los objetos punzantes la causa más común (92 casos, 86%) frente a las armas de fuego (15 casos, 14%). En 72 fueron penetrantes (67%). La localización más habitual fue el hemitórax izquierdo (58 de ellos, 54 %). Las lesiones intratorácicas más frecuentes fueron las pleurales (70 casos, 65%), y pulmonares (29 pacientes, 27%).

El tratamiento local de la herida fue suficiente en 38 pacientes (35,4%); precisaron drenaje torácico otros 36 (33,6%) y fueron sometidos a intervención quirúrgica torácica mayor 33 (31%). Hubo 3 casos de mortalidad (2,8%). La estancia media fue de 8,15 días.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, las HT son más comunes en varones y a consecuencia de agresión por arma blanca, siendo más habituales las heridas penetrantes, y con más frecuencia en hemitórax izquierdo.

El 64,6% de los pacientes (69 casos) precisaron drenaje torácico y/o intervención quirúrgica torácica, además del tratamiento local y de las lesiones extratorácicas asociadas.

DESCRIPCIÓN E INCIDENCIA DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO (CB) EN LA POBLACIÓN ADSCRITA A UN HOSPITAL COMARCAL

R. Vázquez Oliva*, F. Hernández Utrera*, F. Barragán Márquez*, M. Gómez Entrena*, D. García Jiménez**, M. Congregado Loscertales***.
* Unidad de Neumología Hospital Infanta Elena. Huelva. ** Sección de Neumología Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. *** Servicio de Cirugía Torácica Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Interesados en abrir líneas distintas del trabajo asistencial puro, iniciamos el estudio de algunas de las patologías que atendemos en la unidad; como primer fruto presentamos la descripción de los pacientes con CB.

OBJETIVOS

Conocer el perfil y la incidencia del CB durante los años 1997, 1998 y 1999, en la población adscrita a nuestro hospital que es de 137.214 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de CB durante los años 1997 a 1999 inclusive. Para ello revisamos 155 historias de las que obtuvimos 131 pacientes con CB.

RESULTADOS

131 CB (epidermoide 46%, oat-cell 23%, adenocarcinoma 13%, células grandes 10%, indiferenciado 8% y adenoescamoso 0,8%). 125 hombres y 6 mujeres

con una edad media de 63 años ±10DE (rango de 35 a 82). 90 fumadores y 37 exfumadores de 70 paquetes/año; sólo 4 eran no fumadores (todas mujeres). Los síntomas más frecuente fueron la hemoptisis (18,5%) y el hallazgo casual (17,7%). El estadío más frecuente fue el IV (28%). Se diagnosticaron 45 casos en 1997, 43 en 1998 y 43 en 1999, con una incidencia de 32 casos/100.000 habitantes/año.

CONCLUSIONES

El CB es raro en mujeres y en no fumadores. La distribución histológica encontrada está relacionada con el hábito tabáquico. A pesar de ser frecuente el hallazgo casual también lo es el estadío avanzado en el momento del diagnóstico. La incidencia es baja y estable.

CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN UNA CONSULTA NEUMOLÓGICA EXTRAHOSPITALARIA

J. A. Romero Contreras, D. Torrado Martínez*, J. Toral Marín, A. García Fernández, V. Carpio Muñoz, M. A. González Castro M.A.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. *Médico de Familia. H.U.Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Analizar las características de presentación del carcinoma broncogénico (CB) en el ámbito de una consulta neumológica extrahospitalaria (CNE) como contribución a un mejor conocimiento de éste en nuestro medio.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo-retrospectivo en el que se han seleccionado los casos de CB diagnosticados en la CNE (Ambulatorio "Dr. Fleming") desde mayo 1992 a septiembre 1997, con descripción de las características epidemiológicas, clínicas y técnicas diagnósticas empleadas en el manejo del CB en dichas consultas.

RESULTADOS

Se produjeron 286 casos de sospecha clínico-radiológica de CB, confirmándose 187 (65%) mediante técnicas propiamente neumológicas. La distribución por sexos fue de 175 varones (94%) y 12 mujeres (6%), con una razón varón/mujer de 14,6. La edad media fue de 64 ±9 años en varones y 56±19 años en mujeres. En el 56% de los casos se relacionó con un ámbito local urbano y con una situación laboral activa en un 43%. En la procedencia destaca A. Primaria con un (68%) seguido de Urgencias (25%). En cuanto al hábito tabáquico el 62% eran fumadores en activo, con un consumo medio de 30 ± 14 cig/día, mientras que el 30% eran exfumadores. La tos fue el síntoma de presentación más frecuente (59%) seguido por el síndrome constitucional (52%) y la hemoptisis (39%). Los síntomas con menor tiempo de evolución son la fiebre (34 días; 1-160) seguida de la hemoptisis (38 días; 1-180), con un tiempo medio de evolución de los síntomas cuando el paciente llega a nuestra consulta de 59 días (1-900). La presentación radiológica más frecuente fue como masa (70%), central (53%) y en lóbulos superiores (70%). El tipo histológico más frecuente tanto en varones como en mujeres fue el carcinoma epidermoide (40% y 17% respectivamente). Se encontraron imágenes sugestivas de metástasis en 41 de los 161 pacientes (25%) que disponía de TAC tóraco-abdominal, siendo su localización más frecuente en suprarrenales (58%). En cuanto al estadiaje 20 pacientes (12%) se encontraban en estadio I, 12 (7%) en II, 46 (28%) en IIIa, 42 (26%) en IIIb y 41 (26%) en IV.

CONCLUSIONES

La forma de presentación del CB es similar a la descrita en otros estudios, siendo patente el importante hábito tabáquico entre los pacientes afectados por CB, el prolongado periodo de tiempo entre la aparición de síntomas y la llegada a nuestras consultas, así como el estadiaje avanzado cuando son diagnosticados.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR. INCIDENCIA EN UN ÁREA HOSPITALARIA

J. Bujalance, S. Sarhan, P. Vicente, C. Rueda, B. Whippler, F. Marín, M. Rosales.
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

OBJETIVOS

Analizar la incidencia del síndrome de vena cava superior (SVCS) en nuestra área hospitalaria.

METODOLOGÍA

Revisamos 70 casos de SVCS diagnosticados en nuestro Hospital en los últimos nueve años. Analizamos variables de edad, etiología, sexo, manifestaciones clínicas y pronóstico.

RESULTADOS

La edad media es de 58,1 años (rango 15-81). De los 70 casos, 53 (75,7%) son hombres y 17 (24,3%) mujeres. La etiología más frecuente son las enfermedades malignas destacando el carcinoma broncogénico (CB) con 39 casos (55,7%) siendo el cáncer de células pequeñas con un 48,7% el subtipo histológico más frecuente seguido del carcinoma epidermoide con un 20,5%, adenocarcinoma con el 12,8% y el no tipificado con un 17,9%. Tras el CB, aparecen un total de 15 pacientes con otras enfermedades malignas primarias o metastásicas (21,4%) destacando entre éstas al carcinoma de mama con 4 casos. En nuestra serie, el tercer lugar en frecuencia lo ocupan los linfomas con 7 casos(todos ellos linfomas no-Hodgkin) seguidos de 5 pacientes con etiología benigna (7,1%) y 4 casos en los que no se pudo llegar a un diagnóstico (5,7%). Los tres síntomas más frecuentes encontrados son disnea 41 casos (58,5%), tirantez facial en 38 pacientes (54,2%) y dolor centrotorácico en 15 (21,4%).

CONCLUSIONES

1.- De los pacientes revisados, el pronóstico ha sido el de la enfermedad de base, no encontrado variabilidad del mismo por el hecho de padecer un SVCS.2.- Las variables analizadas no difieren de las grandes series internacionales.

HEMOPTISIS ATRIBUIDA A UNA NEOPLASIA PULMONAR: DIFERENCIAS CON LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS O EPOC

J. Jiménez, M. Haro, A. Tornero, F. Cerezo, M. Vizcaya.
Secciones Neumología y Cirugía Torácica. Hospital General. Albacete.

OBJETIVO

Establecer diferencias entre pacientes con hemoptisis atribuida a una neoplasia pulmonar (NP) y bronquiectasias (BQ) o EPOC.

MÉTODOS

377 pacientes con hemoptisis diagnosticados de: EPOC (105 casos), BQ (92) y NP (180). Se comparan: edad, sexo, tabaco, clínica, características hemoptisis, radiografía y broncoscopia. Las BQ diagnosticadas por TC, las NP por histológica y las EPOC por la Normativa SEPAR.

RESULTADOS

Los parámetros similares a excepción de: (*p<0,05)

GRUPOS	NP (%)	BQ (%)	EPOC (%)
Edad. Años (DE)	66 (10)*	64 (18)	62 (12)
Varones	171 (95)	48 (52)*	96 (91)
Fuman	166 (92)	45 (49)*	96 (91)
Hemoptisis previa	25 (14)*	51 (55)	42 (40)
Días hemoptisis (DE)	22 (29)*	10 (21)	8 (20)
Volumen cc/día (DE)	17 (55)*	56 (78)	41 (79)
Broncorrea	5 (3)	16 (17)*	4 (4)
Sd. Tóxico	105 (58)*7	(8)	11 (10)
Karnofsky % (DE)	82 (13)*	90 (19)	89 (6)
Rx normal	18 (10)*	46 (50)*	82 (78)
Infiltrado	29 (16)*	35 (38)*	0
Masa-Nódulo	58 (32)*	0	0
Atelectasia	34 (19)*	1 (1)	0
Broncoscopia normal	4 (2,2)	0	5 (5)
Sospecha NP	144 (80)*	0	0
Bronquitis difusa	13 (7)*	27 (29)	40 (38)
Localiza sangrado	154 (86)*	52 (56)	30 (29)
Sangrado activo	19 (11)	10 (11)	6 (6)

CONCLUSIONES

Las NP predominaron en fumadores, de mayor edad con síndrome tóxico y peor estado general, menos sangrados previos o volumen y mayor duración de hemoptisis, con radiografía y broncoscopia anormales. La ausencia de tabaquismo, presencia de broncorrea, la radiografía o broncoscopia normales sugirió un diagnóstico distinto a NP.

NEOPLASIA PULMONAR Y HEMOPTISIS: DIFERENCIAS ENTRE LAS PRINCIPALES HISTOLOGÍAS

J. Jiménez, M. Haro, F. Cerezo, M. Vizcaya, A. Tornero.
Secciones Neumología y Cirugía Torácica. Hospital General. Albacete.

OBJETIVO

Análisis de pacientes con hemoptisis y neoplasia pulmonar (NP) según su histología. METODOS: 180 casos de NP con hemoptisis: 97 epidermoides (CE,54%), 36 CPCP y 22 adenocarcinomas (ADK). Comparamos: edad, sexo, tabaquismo, clínica, características hemoptisis, radiografía, broncoscopia (FBS) y estudio de extensión.

RESULTADOS

El análisis de los parámetros estudiados incluye: (*p <0,05)

GRUPOS	CE (%)	ADK(%)	CPCP(%)
Edad. Años (DE)	67(9)	64(10)	64(10)
Menos 45 años	3 (3)	4 (18)*	2(5,6)
Varones	96(99)	18(82)*	36(100)
Fuman	94(97)	16(73)*	36(100)
Días evolución clínica	52(38)	51(41)	42(35)
Karnofsky % (DE)	84(9)	81(13)	82(10)
Días hemoptisis (DE)	23(32)	19(22)	23(26)
Volumen cc/día (DE)	19(56)	10(16)	23(82)
Rx normal	8(8)	2(9)	4(11)
Infiltrado	12(12)	7(32)	7(19)
Absceso/cavitación	6(6,2)	0	0
Hilio anormal	11(11)	4(18)	8(22)
Masa-Nódulo	36(37)	8(36)	6(17)*
Atelectasía	19(19)	0*	10(28)
FBS Visualiza NP	81(83,5)	2(9)*	33(92)
Estadio IA/IB	19(19,6)*	4(18)*	1(3)
IIA/IIB	9(9,3)	0	1(3)
IIIA	19(19,6)	2(9)	8(22)
IIB	25(26)	5(23)	9(25)
IV	25(26)	11(50)*	17 (47)*

CONCLUSIONES

1) El CE fue el más frecuente , 2) El ADK afectó a más mujeres, no fumadores y menores de 45 años. 3) Clínica y características de hemoptisis similar. 4) Alta rentabilidad de FBS en el CE y CPCP. 5) Predominio de estadios avanzados en el ADK y CPCP respecto al CE.

DIAGNÓSTICO DEL CARCINOMA PULMONAR EN NUESTRO MEDIO

P. J. Romero Palacios; C. Fuentes González; V. Alché Ramírez; S. Palacio Millán; P. Muñoz Ruiz, C. Ubiña Pérez.
Hospital General Básico de Baza. Granada.

OBJETIVO

Conocer la Incidencia del Carcinoma Broncogénico (CaBP) entre nuestra población. Conocer los tipos histológicos del CaBP y su frecuencia de presentación. Conocer el rendimiento de las distintas técnicas diagnósticas a nuestro alcance.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 603 informes de Broncoscopia, en cuyo diagnóstico diferencial se incluía el CaBP, durante un período comprendido entre Julio de 1992 y Octubre de 1999. Las pruebas diagnósticas realizadas fueron: citología de esputo (E); broncoaspirado (BAS); cepillado bronquial (CB); biopsia bronquial (BB). Los resultados de dichas pruebas se agruparon según fuesen negativos, positivos o sospechosos para malignidad. Los informes de E y BAS se emiten conjuntamente cuando se obtiene BAS.

RESULTADOS

De 603 endoscopias, realizadas a 504 varones y 99

mujeres, en 19,06% se emite el diagnóstico de CaBP, lo que supone una incidencia aproximada de 16,5 casos nuevos de CaBP por 100.000 habitantes y año. El rendimiento de las pruebas diagnósticas se detalla en la tabla de abajo.

La tipificación histológica de los diagnósticos de CaBP fue la siguiente: Ca. Epidermoide: 56 (48,7%); Adenocarcinoma: 17 (14,7%); Células Pequeñas: 17 (14,7%); Otros: 19 (16,5%); Células Grandes: 6 (5,2%).

CONCLUSIONES

- La incidencia de CaBP en nuestra zona de salud se sitúa en torno a 16,5 por 100.000.
- La distribución histológica de los distintos tipos histológicos de CaBP difiere de la esperada.
- Con las técnicas histológicas obtenemos un aceptable rendimiento diagnóstico, mientras que las técnicas citológicas ofrecen pobres resultados.

Rendimiento de las técnicas diagnósticas

	Esputo	BAS	Cepillado	Biopsia
Sensibilidad	3,48	31,30	22,61	82,46
Especificidad	99,80	97,75	98,57	98,57
Falsos positivos	0,20	2,25	1,43	1,43
Falsos negativos	96,52	68,70	77,39	17,54
Valor predictivo positivo	80,00	76,60	78,79	93,07
Valor predictivo negativo	81,44	85,79	84,39	96,01

DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO (CB) EN UN HOSPITAL COMARCAL

F. Hernández Utrera*, R. Vázquez Oliva*, M. Gómez Entrena*, F. Barragán Márquez*, M. Congregado Loscertales**, D. García Jiménez***.

* Unidad de Neumología Hospital Infanta Elena. Huelva. ** Servicio de Cirugía Torácica Hospital Virgen Macarena. Sevilla. *** Sección de Neumología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

INTRODUCCIÓN

En nuestro ámbito hospitalario no disponemos de Unidad de Cirugía Torácica ni Oncológica. Una vez concluido el estudio de los pacientes con CB, deben ser remitidos a otros hospitales de la misma o diferente provincia.

OBJETIVO

Conocer el tiempo de demora en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos con CB en nuestro hospital. Ver la correlación entre el estadiaje clínico y el estadiaje tras la valoración quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de CB durante los años 1997 a 1999 inclusive. Para ello revisamos 155 historias de las que obtuvimos 131 pacientes con CB.

RESULTADOS

131 CB. 125 varones y 6 mujeres con una edad media de 63 años ± 10DE (rango de 35 a 82). El tiempo empleado en el diagnóstico fue de 14,5 ± 9DE días (una vez eliminados 9 casos considerados "*outliers*"). El 44% recibió tratamiento quirúrgico (Q) y el 23% quimioterápico y/o radioterápico (Q/RT). La demora media en el tratamiento Q fue de 48 ± 20DE días (eliminados "*outliers*") y en el tratamiento Q/RT fue de 29 ± 17DE días. El estadío prequirúrgico más frecuente fue el IIIA (42%). Tras la valoración quirúrgica el estadío empeoró en un tercio de los enfermos no existiendo diferencias en cuanto al tiempo de demora en la intervención con respecto a los que no modificaron su estadiaje.

CONCLUSIONES

El diagnóstico se realiza en un tiempo aceptable, pero deberíamos acortar la demora en el inicio de los tratamientos.

CIRUGÍA DE LAS METÁSTASIS PULMONARES. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Pagés Navarrete, J. Ruiz Zafra, C. Simón Adiego, J. M. Díez Piña*, A.Cueto, A. Sánchez Palencia.
Sección Cirugía Torácica y Servicio Neumología*. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Estudiamos los diferentes procedimientos quirúrgicos empleados en nuestra unidad, vías de abordaje, reintervenciones, mortalidad perioperatoria, así como la supervivencia de los pacientes y los factores que puedan influir sobre la misma (sexo, edad, intervalo libre (I.L.E.), histología del tumor primario, localización y número de metástasis pulmonares (M.P.).

METODOLOGÍA

Analizamos retrospectivamente los pacientes sometidos a cirugía con intención curativa entre 1986 y 1999 (n=45), tumor primario controlado, ausencia de metástasis extrapulmonares y funcionalidad respiratoria suficiente. Los pacientes se clasificaron en varios grupos pronósticos según criterios del Registro Internacional de Metástasis Pulmonares y para el cálculo de la supervivencia, empleamos el procedimiento de Kaplan-Meier y test de Log-Rank.

RESULTADOS

Se realizaron 49 metastasectomías a 45 pacientes, 22 Varones (48,9%) y 23 mujeres (51,1%), edad media 58 años (31-74). El I.L.E. medio fue de 37,7 (0-168) y mediana de 30 meses. El 67% de los casos presentaron metástasis única, el 33,3% múltiples (17,9% bilaterales).La vía de abordaje más empleada fue la toracotomía (T.) postero-lateral 67,7%, seguida de la esternotomía (15,6%) para lesiones bilaterales, T. Axilar (8,9%), submamaria y posterior (2,3%).La videotoracoscopia no fue empleada para cirugía curativa. Se practicaron resecciones atípicas (86%) y lobectomías (11,1%) y 4 reintervenciones por aparición de nuevas metástasis (8,8%). La mortalidad perioperatoria fue del 4,4%. La supervivencia media de la serie comprendió los 70 meses (mediana 42), al año del 87%, a los 4 años 37% y a los 10 años 29%. Para el grupo I (n=13) fue del 100% al año y del 75% a los 10 años. El grupo II (n=17): 78% al año y 12% a los 10 años. El grupo III (n=8): 87% al año, 15% a los 4 años y 0% a los 5 años. Log-Rank χ^2 9,8 (2 d.f.), P= 0,0097.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico de la metástasis pulmonares mediante toracotomía y esternotomía (en bilaterales sincrónicas) presenta baja mortalidad y buena supervivencia.

MODELO PRONÓSTICO PARA EL DESARROLLO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL PERIOPERATORIA TRAS NEUMONECTOMÍA

F. Javier Algar, A. Alvarez, J. L. Aranda, C. Baamonde, A. Salvatierra, F.J. López Pujol.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de fístula broncopleural perioperatoria (FBP) (30 primeros días) tras neumonectomía por ca. broncogénico (N) y definir factores pronósticos de su aparición, estudiando especialmente el impacto de la cobertura del muñón bronquial (mb).

MÉTODOS

Entre Enero-1986 y Diciembre-1997 se han realizado 242 N. Recogimos datos epidemiológicos, variables preoperatorias, técnica quirúrgica, complicaciones y mortalidad perioperatoria. El cierre del bronquio fue mecánico en 233(96,3%) casos y manual en 9(3,7%) casos, cubriéndose el mb con tejido autólogo en 178(73,6%) pacientes. Análisis estadístico (SPSS-7,5): test Chi^2, t de Student, regresión logística univariante (para identificar variables que influenciaron, con $p<0,25$, la aparición de FBP) y multivariante (para determinar un modelo pronóstico del riesgo de FBP).

RESULTADOS

De un total de 242 N (149 izdas y 93 der), 13(5,4%) desarrollaron FBP, que fue temprana (0-9 día) en 7 casos y tardía (10-30 día) en 6 casos, con un tiempo medio de aparición de 11,23±8,41(3-30) días. Un grupo de 12 variables pre e intraoperatorias entraron en el análisis multivariante: edad (p=0,1582), índice de masa corporal ≥25 (p=0,1564), EPOC (p=0,0314), albúmina sérica (p=0,0212), hiperglucemia (p=0,0086), FEV1c postN (p=0,0113), corticoterapia previa (p=0,0014), hemitórax (p=0,0890), estado del mb (p=0,1080), longitud del mb (p=0,0006), duración de la cirugía (p=0,2255) y ventilación mecánica (p=0,0413). El resultado se expresa en la tabla.

La mortalidad perioperatoria asociada a FBP ha sido del 30,8% (p=0,000).

Variable	b	SE	Wald	P	OR
EPOC[a]	2,0741	0,9457	4,8103	0,0283	7,9554
FEV1c postN (mL/seg)	-0,0031	0,0018	2,7888	0,0949	0,9969
Hemitoráx[b]	1,6186	0,8577	3,5612	0,0591	5,0462
Estado mb[c]	1,6537	0,8019	4,2531	0,0392	5,2261
Longitud mb (mm)	0,2879	0,0817	12,4170	0,0004	1,3337
Ventilación mecánica[a]	2,7453	1,1974	5,2569	0,0219	15,5763

a. (1=sí, 0=no)b. (1=derecho, 0=izquierdo)c. (1=no cubierto, 0=cubierto)

CONCLUSIÓN

La incidencia de FBP en nuestra serie es del 5,4%, asociada a una alta tasa de mortalidad (30,8%). La EPOC, el FEV1c postN bajo, las N derechas, el mb largo y/o no cubierto, así como la ventilación mecánica tras la N han supuesto un incremento del riesgo para desarrollar FBP. La cobertura del mb es obligada, con independencia del hemitórax, siendo conveniente la extubación precoz del paciente tras realizar la N.

MORTALIDAD INTROPERATORIA EN LAS RESECCIONES PULMONARES. TORACOTOMÍA FRENTE A LA CIRUGÍA TORACOSCÓPICA

F. J. García Díaz.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVOS

Comparar la mortalidad intraoperatoria entre la cirugía convencional y la VATS (cirugía toracoscópica videoasistida) para la valoración del posible aumento de riesgo para el paciente, al ser sometido a este procedimiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Comparamos la mortalidad intraoperatoria de todos los pacientes a los que se les ha practicado una resección pulmonar reglada, que incluyen lobectomía, bilobectomía y neumonectomía, en este Hospital desde marzo de 1993, hasta noviembre del 1999, en total 80 meses. Se practicaron 498 intervenciones, siendo 80 por VATS y 418 por cirugía convencional, con toracotomía lateral o posterolateral.

RESULTADOS

De los 418 pacientes operados por toracotomía fallecen 2 por infarto agudo de miocardio (IAM) (0´48 %) y ninguno por hemorragia; de los 80 intervenidos por VATS fallecen 3 por hemorragia no controlada (3,5 %). Además 20 pacientes, a los que se les intentó resecar por VATS, tuvieron que reconvertirse a toracotomía para controlar una hemorragia.

DISCUSIÓN

La diferencia entre ambas técnicas, nos muestra claramente que en la VATS está asumiendo un riesgo el paciente de mortalidad mayor que en la cirugía convencional. Diferencia mas significativa si se considera que los pacientes intervenidos mediante VATS han sido selecionados.

CONCLUSIONES

Creemos que las posibles ventajas que puedan tener las resecciones pulmonares mayores mediante la VATS no justifican la mayor mortalidad y que no debe ser un procedemiento habitual en la indicación quirúrgica. Además este hecho debe constar en el consentimiento informado del paciente que acepte esta técnica.

FUNCIÓN PULMONAR TRAS LOBECTOMÍAS: COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE PREDICCIÓN

F. Márquez Varela, R. Vahí Maqueda, F. Villa Arellano, J.M. Sánchez Varilla, J.Mª. Benítez Moya, V. Martínez Puente.
Laboratorio Función Pulmonar. H.U. Virgen Macarena.Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar la fiabilidad del cálculo de la función pulmonar postoperatoria comparando los valores medidos y calculados mediante dos métodos de predicción.

MÉTODO

A 34 pacientes les fueron realizadas pruebas funcionales respiratorias basales y de esfuerzo, utilizando para el cálculo de la función pulmonar postoperatoria dos métodos diferentes:

Método A: Utilizando la gammagrafía de perfusión siguiendo el procedimiento de Wemly.

Método B: Cuantificación proporcional del número de segmento resecados.

RESULTADOS

Existe una clara correlación entre los parámetros medidos y calculados mediante ambos métodos, así

Método A: FEV1 M-C: (M=medido C=calculado) R=0,81, ER (error típico) 0,34 % IMP (% imprecisión) 23,78.
Dlco M-C: R=0,67, ER=0,43, %IMP=33,20 VO2MAX M-C: R= 0,76, ER=0,20, %IMP=21,10.

Método B:

FEV1 M-C: R=0,80, ER = 0,35, % IMP 26,78 Dlco M-C: R=0,73, ER0,39, %IMP 25,46 VO2MAX M-C: R= 0,84, ER=0,17, % IMP 17,66.

La concordancia entre los valores medidos-calculados según los métodos han sido:

Método A:

FEV1 M-C: (M=1,59±0,58, C=1,55±0,58. p=0,52, no existe diferencia significativa).
Dlco M-C: (M=16,59±5,7, C=16,16±5,5. p=0,60, no existe diferencia significativa).
VO2MAX M-C: (M=1,15±0,31, C=1,03±0,32. p<0,05).

Método B:

FEV1 M-C: (M=1,59±0,58, C=1,44±0,63. p<0,05 Dlco M-C: (M=16,59±5,7. C=14,47±5,59. p<0,005 VO2MAX M-C: (1,15±0,31, C=0,96±0,31 p<0,005).

CONCLUSIONES

El presente estudio confirma la mayor utilidad del método gammagráfico de Wemly, si bien presenta los siguientes inconvenientes: 1. - Alto porcentaje de imprecisión 2. - Infraestimación de los parámetros basales (FEV1 y Dlco) y de los derivados del VO2MAX aunque considerándolo positivo en orden a una mayor seguridad de cálculo.

FUNCIÓN PULMONAR TRAS LOBECTOMÍAS POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO: COMPARACIÓN ENTRE LOS VALORES MEDIDOS Y CALCULADOS

F. Márquez Varela, R. Vahí Maqueda, M. D. Martínez Rodríguez, M. Vázquez Valiente, J. A. Gil Cartes, V. Martínez Puente
Laboratorio Función pulmonar. H.U. Virgen Macarena. Sevilla

OBJETIVO

Evaluar la fiabilidad del cálculo de la función pulmonar postoperatoria, comparando los valores calculados con los medidos.

MÉTODO

A 34 pacientes les fueron realizadas pruebas funcionales respiratorias basales y de esfuerzo, utilizando para cálculo de la función pulmonar postoperatoria el método propuesto por Wemly basado en el uso de la gammagrafía de perfusión.

RESULTADOS

Se realizaron 16 lobectomias en el pulmón derecho y 18 en el izquierdo. No existen diferencias significativas entre las pruebas funcionales basales y de esfuerzo entre grupos.

Existe una clara correlación entre los parámetros calculados y medidos, encontrando mejor correlación en las lobectomías de pulmón derecho y fundamentalmente para el FEV1 y el VO2MAX. Grupo total FEV1M-C (M=medido C=calculado) R=0,81, Error típico 0,34%, imprecisión 23,78. VO2MAX M-C R=0,81. Error típico 0,20%, imprecisión 21,10. Lobectomías derechas FEV1 M-C R=0,81. Error típico 0,34%, imprecisión 24,95. VO2MAX M-C R=0,82. Error típico 0,21%, imprecisión 20,82. Lobectomías izquierdas FEV1 M-C R=0,81. Error típico 0,36%, imprecisión 23,15. VO2MAX M-C R=0,4. Error típico 0,20%, imprecisión 21,63.

La ecuación de regresión lineal mostró el siguiente resultado: FEV1M=0,35+0,80* FEV1C, siendo R2= 0,65. Error típico=0,20.

CONCLUSIONES

1- Alto porcentaje de imprecisión, no inferior al 20%

2- Infraestimación, tanto del FEV1 como del VO2MAX postoperatorio aunque lo consideramos positivo en orden a una mayor seguridad en el cálculo.

3- A pesar de la infraestimación de los valores medidos, dada la gran dispersión de datos, hemos de establecer un "umbral" de seguridad que nos garantice tanto un FEV1 de 1,30 L y un VO2MAX C de 15 mL.k.min-1.

ABORDAJE DEL DERRAME PLEURAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN (CP)

E. Martín, A. Arnau.*, E. Martín, T. Montoro, A. Cantó.*
Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria y Hospital General Universitario de Valencia*. Servicios de Cirugía de Tórax.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de imagen de alta resolución no permiten precisar si las células tumorales encontradas en los derrames de la cavidad pleural son debidas a la extensión locorregional del tumor o a la diseminación metastásica en las pleuras.

OBJETIVOS

1.- Analizar la citología tumoral obtenida por toracocentesis del derrame pleural asociado al cáncer de pulmón evidente en la radiografía simple de tórax (RX), mediante toracoscopia y/o toracotomía y el derrame pleural no diagnosticado hasta la toracotomía.

2.- Analizar los factores asociados a su presentación y valorar los resultados obtenidos según la técnica de tratamiento aplicada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre feb-90 y jul-99 se diagnosticaron 188 pacientes de cáncer de pulmón con derrame pleural. Los pacientes

fueron divididos en dos grupos, a) grande-moderado (derrame visible en la RX) y b) pequeño-mínimo (no visible en RX pero sí en la ecografía/TC o toracotomía). En el grupo a) se practicó toracocentesis sistemática e independientemente de la citología, toracoscopia/ pleurodesis o toracotomía. Se estudiaron las variables edad, sexo, hemitórax, tipo histológico, tipo de intervención y estadio. Se aplicaron los métodos de chi² y análisis actuarial para el estudio de variables cualitativas y supervivencia, respectivamente.

RESULTADOS

Se praticaron 72 toracocentesis, observando exudado el 87,50% y trasudado el 12,50%, obteniendo citología clase II en 44 casos y clase IV en 28. De las 71 toracoscopias realizadas en 53 pacientes se confirmaron las metástasis. El aspecto macroscópico de la pleura fue nodular en 32, rugoso en 7, linfangitis en 5 y mixto en 9. De los 18 pacientes cuyas biopsias fueron negativas, en 15 se practicó toracotomía, pudiendo resecarse 11, encontrando metástasis pleural en 3 e infiltración del mediastino en 1. Las metástasis halladas fueron 56/72 (77,78%) y el porcentaje de citologías tumorales en pacientes con metástasis del 41,07% (23/56).

La validez de la citología por toracocentesis para el diagnóstico de metástasis pleural en el CP fue: sensibilidad 0,41; especificidad 0,65; VPP 0,79; VPN 0,26.

Los pacientes sometidos a toracoscopia y pleurodesis como único tratamiento quirúrgico (n=55) por presencia de metástasis o mal estado general, tuvieron una mediana de supervivencia de 4 meses y una probabilidad de supervivencia a los 2 años del 10% y los 17 sin metástasis de 14,5 meses y una probabilidad del 38% a los 2 años.

CONCLUSIONES

La citología tumoral no es sinónimo de metástasis pleural. La sensibilidad de la citología para el diagnóstico de metástasis pleural es baja. La toracoscopia es la técnica ideal para el diagnóstico y tratamiento de las metástasis pleurales y permite el rescate de pacientes cuya citología tenía relación con el tumor (T) y las adenopatías (N).

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS DE LOS MESOTELIOMAS PLEURALES MALIGNOS

J. L. Rojas Box, I. Alfageme Michavila, I. De la Cruz Morón, N. Reyes Núñez, J. Muñoz Méndez, F. Rodríguez Panadero*.
Sección de Neumología HU. Valme. *Servicio de Neumología. HU Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

El objetivo ha sido analizar las características de los pacientes (pts) diagnosticados de mesotelioma maligno.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los mesoteliomas pleurales malignos atendidos en nuestra unidad desde 1984-1999. Se incluyen 25 pts con diagnóstico histológico. Se analizan las características clínicas, radiográficas, histológicas, problemas diagnósticos, pronóstico y tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyen 25 pts (20 hombres y 5 mujeres). La edad media era de 57±10 años (rango 34-71 años). Los últimos 23 casos han sido diagnosticados en los últimos 10 años. En 18 existía antecedente de exposición al asbesto y en 7 no encontramos una exposición conocida al asbesto. El síntoma por el que consultaron fue dolor torácico en 18 casos (72%), asociado a disnea en 6 (24%) y otros síntomas en 2 casos. En 19 había derrame pleural y en 6 no se pudo extraer líquido pleural. La citología del líquido pleural diagnosticó neoplasia en 9 casos y ausencia de neoplasia en 10 casos. Se hizo biopsia ciega en 10 casos que mostró neoplasia en 7 casos. El método de diagnóstico fue la toma de biopsia por toracoscopia o toracotomía. Los tipos histológicos encontrados fueron: Epitelial en 17 pts., sarcomatoso en 6, mixto en 2.

Fallecieron 24 pts con una mediana de supervivencia tras el diagnóstico de 197 días y sigue vivo 1 con 60 días de supervivencia. El tratamiento fue pleurodesis en 12 casos, cirugía en 3 y radioterapia en la cicatriz en 17 casos.

CONCLUSIONES

El mesotelioma en nuestra área, tiene una intensa relación con el asbesto, laboral o indirectamente. Hemos detectado un incremento en los últimos años.

DESCRIPCIÓN DE DATOS APARENTEMENTE SECUNDARIOS EN UN INFORME DE BRONCOSCOPIA

F. Sánchez López, J. L. De la Cruz Ríos, M. Rueda García, A. Dorado, R.Cámara Lima, A. Valencia.
Servicio de Neumología. Unidad de Broncoscopia. H. R. Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Destacar una serie de datos relacionados con la realización rutinaria de fibrobroncoscopias (FBC) a los que no se les suele prestar interés.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de las variables: edad, sexo, servicio solicitante, premedicación, tolerancia y complicaciones en las 523 FBC hechas en nuestra unidad entre Octubre de 1998 y 1999.

RESULTADOS

Los servicios solicitantes fueron Neumología (ingresados en planta) 41,1%, Consultas externas Neumología (21,8%), Medicina Interna (9,9%), Oncología (5,2%), Anestesiología (3,3%), Hematología (2,3%) y un grupo común (16,4%). La edad media fue de 56,64 años (14-85) predominando el grupo de los 56 - 70 años (39,5% de las FBC). El 81,6% eran varones. No se premedicó en el 69%, se atropinizó en el 28,4% y se usaron otros compuestos en el 2,7%. La tolerancia fue buena o aceptable en el 87,7%, excelente en el 1,7%, mala en un 10% y hubo que interrumpir la prueba en 3 casos (0,6 %). No se describieron complicaciones en el 83,7%, hemoptisis leve/moderada en el 11,3%, hemoptisis severa en 1 caso (0,2%) y otras complicaciones (cuadros vagales, asfícticos, episodios ansiosos...) en un 4,8%.

CONCLUSIONES

La mayoría de las peticiones son del servicio de Neumología (incluyendo consultas externas) con casi 2 de cada 3 pruebas, seguido de Medicina Interna. Entre los 41 y 70 años se hacen el 64,2% de las FBC siendo la mayoría varones. Aún sin premedicar en un 69%, la tolerancia fue buena o aceptable (en casi un 90% de las pruebas) y sin complicaciones significativas en más de un 95%.

¿SE PRODUCE COLONIZACIÓN DEL FIBROBRONCOSCOPIO AL SER MANEJADO POR PERSONAL NO HABITUAL DURANTE PERÍODOS DE VACACIONES?

F. Sánchez López, J. L. De la Cruz Ríos, R.Cámara Lima, M. Rueda García, C. Vergara Ciordia, A. Valencia.
Servicio de Neumología. Unidad de Broncoscopia. H. R. Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVO

Describir el aumento de gérmenes en los exámenes microbiológicos tras ser desinfectado el broncoscopio por personal no habitual durante períodos de vacaciones.

MÉTODO

Estudio descriptivo (Enero- Octubre 1999). Valorándose la incidencia de positividades durante los períodos en que el encargado de desinfectar el broncoscopio está ausente por vacaciones anuales (primera semana de Enero y mes de Agosto).

RESULTADO

Se realizaron 386 broncoscopias con estudio microbiológico en 337, correspondiendo 54 (16%) al período vacacional. Distinguimos el período en el que realizaba la desinfección la manipuladora habitual y aquel en que era sustituida por personal ocasionalmente encargado de ello. Así, durante este período, el crecimiento de microorganismos en el cultivo de Broncoaspirados- BAS (con un único Lavado Broncoalveolar), se multiplicó por más de dos con respecto al resto del año. En el 51,85% de BAS en vacaciones crecieron microorganismos frente al 27,9% del resto (y excluyendo vacaciones quedaría en el 24%). Estos resultados tienen significancia estadística

con una p de 0,00006. Los gérmenes durante esta fase de hipercrecimiento fueron: Pseudomonas, Haemophilus, Cándidas, Estafilococos y un grupo común (Proteus, Serratia, Klebsiella, Neumococo...). Destacando las Pseudomonas- sobre todo aeruginosa- (BAS positivo en 8 ocasiones) durante la época estival y navideña frente a 7 en el resto del año.

CONCLUSIONES

La limpieza y desinfección del broncoscopio, por personal no entrenado ha aumentado las positividades en los cultivos. Se debe extremar el aprendizaje (sobre todo de los manipuladores no habituales) para evitar la colonización y distorsión de resultados de los cultivos realizados.

¿CÓMO RENTABILIZAR EL DIAGNÓSTICO DE NÓDULOS PULMONARES MALIGNOS SIN ALTERACIONES ENDOSCÓPICAS?

J. Corral, C. Disdier, M. J. Martín, M. Hernández, Sánchez de Cos, J. A. Riesco.
Unidad de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

OBJETIVO

Conocer el rendimiento diagnóstico de la broncoscopia en neoplasias broncopulmonares menores de 4 cm sin alteraciones endoscópicas.

METODOLOGÍA

Seleccionamos todas las neoplasias menores de 4 cm, de mayo 1992 a noviembre 1997 cuya técnica diagnóstica inicial fue la fibrobroncoscopia (FBC). Analizamos los resultados de las distintas técnicas endoscópicas en función del tamaño, así como el método de diagnóstico definitivo y evolución clínica.

RESULTADOS

Estudiamos 76 neoplasias, cuya edad media fue 68± 8 años y el tamaño medio fue 2,96 ±1 cm. En 69 pacientes se utilizó radioscopia. La FBC fue diagnóstica en 49 enfermos (64,5%) y en 8(10,5%) se obtuvieron muestras sospechosas de malignidad (6 confirmados por PTT y 2 por cirugía). Los 19 pacientes restantes (25%) se diagnosticaron por PTT (8); cirugía (4); seguimiento clínico (3); biopsia pleural (1); PAAF de metástasis ósea (1) y en los dos restantes por broncoscopia 13 y 26 meses después. Las técnicas más rentables fueron la biopsia transbronquial (BTB)(positiva en 57%) y la punción transbronquial (PTB)(52%). La combinación PTB-BTB fue diagnóstica en el 66%. La rentabilidad diagnóstica de FBC en nódulos < 2 cm fue 58% mientras que en los mayores fue 68%. Se registraron dos complicaciones mayores, un neumotórax tras BTB-PTB y un hemotórax de 120 ml tras BTB. Sin usar técnicas transbronquiales, la FBC sólo hubiera diagnosticado 29% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La FBC es una técnica útil en lesiones pulmonares periféricas. La utilización de radioscopia y combinación de técnicas, sobre todo PTB-BTB con control radioscópico, permite una rentabilidad muy aceptable aún en nódulos menores de 2 cm.

PUNCIÓN ASPIRACIÓN TRANSBRONQUIAL. ¿MEJORAN LOS RESULTADOS CON UN PATÓLOGO DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPIA?

P. Vicente Gil, S. Sarhan, F. Marín, J. Bujalance, C. Rueda, I. González.
M. Rosales. Servicios de Neumología y Anatomía Patológica.Hospital Universitario de Málaga.

La punción aspiración transbronquial (PATB) permite obtener material citohistológico para el diagnóstico y estadificación del cáncer pulmonar.

OBJETIVOS

Analizar la PATB realizada a nuestros pacientes du-

rante los años 1997-98-99 y conocer el valor añadido de la técnica cuando se dispone de un patólogo durante el acto de la broncoscopia.

METODOLOGÍA

Se han realizado 81 PATB con aguja de Wang 522 ó 319, a través del Fibrobroncoscopio Olimpus 1T20D ó 1T40. El protocolo de la fibrobroncoscopia (FB) fue la habitual, evitando la punción intercricotiroidea y aspirar secreciones.Se realizó TAC torácico previo que confirmaron adenopatias mediastínicas o traqueobronquiales en las que se realizó PATB.En 30 casos el patólogo realizó un análisis in situ del material obtenido.

RESULTADOS

De los 81 casos,51 se realizaron sin patólogo con una media de 5 punciones por paciente. De ellas, 37% fueron diagnósticas (9 carcinomas escamosos, 5 carcinoma células pequeñas, 4 adenocarcinomas y 1 carcinoma de células grandes). Durante el año 1999 hay un patólogo durante el acto de la FB y obtenemos un 70% de positividades en la PATB con una media de 3 punciones por paciente (10 carcinomas microciticos, 4 adenocarcinomas, 2 carcinomas escamosos, 2 carcinoma de células grandes, 1 linfoma y otros).

CONCLUSIONES

a) La presencia de un patólogo durante la realización de la FB aumenta la rentabilidad de la PATB; b) El número de punciones por estación ganglionar y paciente disminuye al contar con el patólogo in situ; c) Es necesario articular los medios para facilitar la creación de estas unidades interdisciplinarias.

¿ES RENTABLE EL DIAGNÓSTICO POR BRONCOSCOPIA DEL CÁNCER DE PULMÓN SINCRÓNICO CON METÁSTASIS CEREBRALES?

J. Corral, C. Disdier, J. Sánchez de Cos, J. F. Masa, A. Fernández, M. A. Sojo, M.Hernández.
Unidad de Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

INTRODUCCIÓN

El descubrimiento sincrónico de cáncer pulmonar (CP) con metástasis cerebrales (MTSC) implica un pronóstico desfavorable. La broncoscopia (FBC), así como la punción transtorácica (PTT) tienen como objetivo obtener muestras citohistológicas para decidir su terapéutica.

OBJETIVO

Conocer la rentabilidad diagnóstica y complicaciones de la FBC en pacientes con MTSC sincrónicas con la sospecha de CP.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo (últimos 4 años), de pacientes con MTSC sintomáticas en el momento del diagnóstico FBC, analizando síntomas torácicos del CP, síntomas neurológicos, signos Rx, visión endoscópica, estirpe y complicaciones.

RESULTADOS

Se indicó FBC en 29 pacientes (edad 67,03± 9,65, 27 varones y 2 mujeres) con MTSC y sospecha de CP. Un paciente no precisó FBC por realizar PAAF de adenopatía axilar siendo diagnóstica. La clínica neurológica tuvo una mediana de 7 días, siendo lo más frecuente el déficit motor (34%), cefalea (28%), seguido de convulsiones, mareos y déficit cognitivo. En 16 pacientes no se presentaron síntomas respiratorios. La visión endoscópica fue normal en 12 y en 10 se planificó la FBC con control radioscópico. La tolerancia fue buena o excelente en el 79% sin registrar complicaciones graves. La relación estirpes no microcíticas/microcíticas fue 21/4. La FBC fue diagnóstica en 23/28 pacientes (82%). En 11 pacientes se utilizaron técnicas transbronquiales con radioscopia siendo diagnósticas 9 y en 6 se realizaron punciones mediastínicas broncoscópicas siendo positivas 4.

CONCLUSIONES

La FBC en pacientes con CP y MTSC sincrónicas sintomáticas es rentable y segura. Deben utilizarse técnicas transbronquiales si no existe sintomatología bronquial acompañante y en nuestra serie predomina un elevado porcentaje de neoplasias no microcíticas.

COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA EN UNA SERIE DE TORACOSCOPIAS

J. D. García, R. Ayerbe, A. Pereira, J. A. Maldonado.
Sección de respiratorio. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

INTRODUCCIÓN

La pleuroscopia es una técnica diagnóstica ampliamente utilizada en nuestra especialidad en el estudio del derrame pleural (DP).

OBJETIVO

Analizar las complicaciones más frecuentes de una serie de toracoscopias realizadas con anestesia local, su posible relación con el tiempo de colocación del tubo y la supervivencia global de los derrames malignos así como su posible relación con la estirpe del tumor.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han realizado 99 toracoscopias desde Mayo 1994 a Noviembre de 1999. La toracoscopia se realizó siempre en la sala de endoscopias utilizando anestesia local. El tubo pleural se mantuvo un mínimo de 48 horas, no retirándose hasta que el débito fuera inferior a 75cc.

RESULTADOS

De los 73 casos analizados, hubo complicaciones en 21 (28'7%) y no hubo ninguna complicación en 52 (71%) Las complicaciones fueron: Enfisema subcutáneo (7), Infección del punto (1), Dolor de dificil control (3), Fiebre (2), Fístula broncopleural (4), Otros (I. respiratoria aguda, neumonía y un exitus no claramente relacionado con la técnica))(4). En la TABLA II se muestran las mismas y su relación con el tiempo de colocación del tubo pleural. La supervivencia global obtenida en los derrames malignos talcados fue de 8,8 meses. La TABLA I muestra la supervivencia y su posible relación con la estirpe del tumor.

TABLA I

	meses	Media
Mama y ovario	12	10,50
Pulmón	21	8,00
Renal y gástrico	3	8,33
Total	36	8,86

TABLA II

	N	Media
No	40	3,73
Enfisema	5	3,00
Otros	3	6,67
Infección	1	6,00
Fistula	3	14,00
Dolor	3	2,33
Fiebre	2	6,00
Total	57	4,40

CONCLUSIONES

1.- La toracoscopia es una técnica con baja tasa de complicaciones, aun realizandose en la sala de endoscopias y con anestesia local. 2.- El nº de complicaciones aumenta al aumentar el nº de dias de drenaje por el tubo pleural por encima de 4-5 días. 3.- Las pleuritis metastásicas de un primario ginecológico (mama y ovario) parecen tener una supervivencia mayor que el resto.

INDICACIONES DE SOSPECHA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS POLISOMNOGRÁFICOS EN UNA UNIDAD DE SUEÑO

F. Sánchez López, A. Dorado, M. García Rueda, I. Gaspar, A. Baro, R. Cámara Lima, J. Torres, C. Vergara Ciordia, A. Valencia.
Unidad de Sueño. Servicio de Neumología. H. Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVO

Describir los diagnósticos que motivan la realización de estudios en nuestra unidad y valorar los resultados

obtenidos.

MÉTODO

Estudio descriptivo (Enero-Diciembre 1999) comparándose diagnósticos de sospecha con resultados obtenidos mediante Polisomnógrafo (PSG) y/o poligrafía cardiorrespiratoria (DENSA) y valorándose sus implicaciones terapeúticas.

RESULTADOS

Hemos realizado 390 estudios a 371 pacientes (243 PSG- 62,3% y 147 DENSA- 37,7%), de 51,4 años de media (5-82), siendo varones el 78,7%. Los diagnósticos eran: sospecha de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS): 325 casos (83,3%), alteraciones inespecíficas del sueño: 23 (5,9%), narcolepsia/síndrome piernas inquietas: 6 (1,5%), sd. obesidad-hipoventilación: 4 (1%) y un grupo común: 32 (8,2%). Los resultados globales fueron: Indice apnea-hipopnea (IAH) superior a 30 por hora con síntomas o factores de riesgo cardio/cerebrovasculares o respiratorios: 163 casos (41,8%), no pudiendose tratar o sólo con medidas generales/oxígeno por mala tolerancia a la ventilación no invasiva 11casos (5,52%). IAH menor de 30 sin síntomas y sin factores de riesgo: 85 (21,8%) requiriendo en sólo 3 casos ventilación y/u oxigenoterapia. IAH menor de 30 con sintomatología y/o factores de riesgo 117 (30%), no indicándose tratamiento o exclusivamente medidas generales en el 58,11%. IAH mayor de 30 sin síntomas y sin factores de riesgo en 9 casos (2,3%) de los que 5 requirieron ventilación.

CONCLUSIONES

La mayoría de estudios se hacen a varones en la 5ª década. La indicación fundamental es la sospecha de SAOS (más del 80% de estudios). Casi la mitad, presentan un IAH elevado que requiere ventilación positiva con buena tolerancia (94,4%).

APLICACIÓN DE NORMATIVAS SEPAR EN UNA CONSULTA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS)

G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J. M. Díez Piña, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados, S. López Ortiz, J. Alvarez Benticuaga, A. Romero Ortiz.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Hasta octubre 1.997, los pacientes con TRS eran estudiados y seguidos en las consultas de Neumología, y los estudios de sueño realizados en Neurofisiología. Demora media en el diagnóstico, 2,5 años. La posibilidad de priorización era nula.

OBJETIVOS

Instauración de una consulta monográfica de TRS, que centralice el estudio, diagnóstico y seguimiento de todos los pacientes remitidos a nuestro Servicio por este motivo.

METODOLOGÍA

En octubre 1.997 comienza la consulta de TRS dos días a la semana. Los pacientes eran remitidos desde las consultas de neumología. En la consulta de TRS se realizaba historia clínica, exploraciones complementarias y poligrafía respiratoria (PG), si estaba indicada, que podía ser urgente (antes de 1 mes), preferente (antes de 3 meses) o normal. Los estudios se realizan con Apnoescreen II y Autoset Portable II Plus.

RESULTADOS

Desde octubre 97 a octubre 99 se atendieron 50 primeras visitas y 627 revisiones. 572 varones (76,3%) y 178 mujeres (23,7%), edad media 55,3 años. 177 pacientes llegaron ya diagnosticados para realizar seguimiento. De los 573 restantes se solicitó, poligrafía al 58% y 218 (38%) no precisaron continuar estudio. Se realizaron 253 poligrafías diagnósticas y 132 terapeuticas. Demora media: PG diagnóstica urgente 21,3 días, preferente 83,3 y normal 169. PG terapeutica urgente 10,6 días, preferente 33,7 y normal 46,7.

CONCLUSIONES

1) La consulta ha permitido centralizar los pacientes, priorizar los estudios y conocer la situación real de esta patología. 2) La aplicación de normativas SEPAR por personal entrenado, permite hasta un 38% de ahorro en exploraciones, con la consiguiente reducción en las listas de espera.

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LAS MANIFESTACIONES ANTROPOMÉTRICAS, CLÍNICAS Y POLIGRÁFICAS RELACIONADAS CON LOS TRATORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS) EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES

M.A. Fuentes, A. Sánchez, E. Quintana, C. Carmona, S. Cano, F. Capote.
Unidad Medicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Conocer el comportamiento del ronquido y otros parámetros relacionados con los TRS según la edad, en un grupo de adolescentes.

MÉTODO

Hemos estudiado una muestra de 194 sujetos de ambos sexos de edades comprendidas entre los 12 y 19 años. En cada uno de ellos se ha cumplimentado un cuestionario específico que incluye, entre otros, datos sobre parámetros antropométricos y síntomas diurnos y nocturnos. En cada caso se ha realizado una poligrafía cardiorrespiratoria en el domicilio del sujeto, mediante registro con Apnoescreen II. Hemos considerado roncadores a los sujetos que presentaban este síntoma "a veces" (2 veces/semana) o "a menudo" (3 veces/semana). Hemos analizado como se comportan el ronquido, la hipersomnolencia diurna (HSD), el índice de masa corporal (IMC), el índice cintura-cadera (ICC), el índice de eventos respiratorios (IER) y el índice de desaturaciones (ID) según la edad.

RESULTADOS

El 27,2% de estos adolescentes son roncadores, un 14,4% de forma habitual. En la gráfica se representa el porcentaje de sujetos roncadores y de sujetos con HSD para cada edad. Los sujetos mayores de 15 años refieren HSD con mayor frecuencia (15,6% en los menores de 15 años, 52,8 % en los mayores $p<0,0001$).

Existe una correlación negativa entre la edad y el ICC ($r:-0,25$, $p<0,001$). No hemos encontrado cambios significativos en el IMC, el IER y el ID en función de la edad.

CONCLUSIONES

No hemos encontrado que la edad influya en la frecuencia del ronquido, pero sí en la de la hipersomnolencia diurna. Del resto de los parámetros estudiados (antropométricos y poligráficos) sólo el ICC se modifica con la edad.

SÍNDROME DE APNEA DE SUEÑO:¿DIFERENCIAS SEGÚN SEXO?

J. Torres, E. Mora, B. Poyato, F. Páez, J. J. Cebrián, J. M. Pérez, C. Olveira, C. Vergara, A. Valencia.
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El SAOS afecta al 4% de la población masculina adulta y al 2% de la femenina. Cada vez es mayor el número de estudios nocturnos que se realizan a mujeres.

OBJETIVOS

Estudiar si hay diferencias por sexo en cuanto a los síntomas de presentación o a los resultados finales deln estudio nocturno.

MATERIAL Y MÉTODO

94 pacientes evaluados por sospecha de SAOS. Además del estudio nocturno, se ha realizado anamnesis dirigida, escala de Epworth, perifil de salud de Notthingam (PSN, porcentaje respecto al máximo) y espirometría. Para la roncopatía y el hábito alcohólico se usó una escala de severidad creciente de 1 a 4.

RESULTADOS

GENERAL	Varones	Mujeres	GRUPO SAO	Varones	Mujeres
Edad media (años)	52	56	Edad media (años)	52	54
Alcohol(1-4)*	2,24	1,14	Alcohol(1-4)*	2,23	1,11
Tabaco (paq/año)*	35	0	Tabaco (paq/año)*	39	0
Roncopatía(1-4)*	3,82	3,47	Roncopatía(1-4)	3,86	3,55
IMC	31,8	34,7	IMC	33,28	36,57
Epworth*	12,5	9,34	Epworth	14,37	11,44
PSN (%)*	29,17	50,53	PSN (%)*	30,52	53,10
FVC-FEV1 (%)	78-76	79-78	FVC-FEV1 (%)	76-75	81-83
IAH	20,63	16,71	IAH	34,04	36,33
Sat. mínima	79,98	77,52	Sat.mínima 75,20	69,33	
T90 (%)-T80 (%)	15-3	22-5	T90 (%)-T80 (%)	22-5	33-11
Prof.riesgo*	33,33%	0%	Prof.riesgo* 37,20%	0%	
Apneas*	81,94%	57,14%	Apneas	86,04%	77,77%
Despertares	52,77%	71,42%	Despertares 53,48%	66,66%	
Cefalea*	30,55%	61,90%	Cefalea*	28,57%	66,66%

*p < 0,05

CONCLUSIONES

1.- Los varones presentan mayor incidencia de hábitos tóxicos

2.-La sintomatología referida al SAOS presenta escasas diferencias según sexos.

3.-Los varones refieren mayor severidad de roncopatía e hipersomnia

4.-Las mujeres refiere con mayor frecuencia cefalea matutina y, sobre todo, perciben una calidad de vida subjetiva peor que la de los varones.

5.-Los resultados del estudio nocturno no presentan diferencias significativas

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA POBLACIÓN DE MUJERES CON SOSPECHA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO (TRS)

C. Carmona Bernal, F. Capote Gil, E. Quintana Gallego, M. A. Fuentes Pradera, S. Cano Gómez, J. Castillo Gómez.
Servicio de Neumología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres en un grupo de pacientes remitidos a una consulta de neumología por sospecha de TRS.

METODOLOGÍA

Se han estudiado 1382 pacientes consecutivos remitidos a la Unidad de Sueño de nuestro hospital, en un periodo de 30 meses, por sospecha de TRS. Todos ellos han contestado el mismo cuestionario clínico, el cual incluía preguntas sobre datos de filiación, antecedentes familiares y personales, y síntomas actuales en relación con un probable TRS, tanto nocturnos como diurnos. Además se les ha realizado una exploración física com-

pleta. Se ha dividido a los pacientes en dos grupos, según el sexo: 1118 hombres (H) -80,9%- y 264 mujeres (M) -19,1%-.

RESULTADOS

Los hombres y las mujeres contestaron a las siguientes cuestiones con las frecuencias a continuación referidas:

	Laboralmente activo	Profesión de riesgo	Ronquidos	Apneas observadas	Despertares con disnea	Somnolencia diurna
H(%)	59	17,3	93,2	55,2	28,14	5,2
M(%)	43,1	0,8	91,2	46,2	23,1	39,8
p	<0,001	<0,001	N.S.	<0,05	<0,05	N.S.
	Depresión	Insomnio	Cansancio matutino	memoria	capacidad concentración	líbido
H(%)	16,5	18,5	56,8	51,7	40	43,1
M(%)	33,4	23,3	70,8	67,4	57,2	33,1
p	<0,001	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001	0,004

Entre las variables cuantitativas:

	Edad	Horas de sueño	Años roncando	Circunferencia cuello	IMC
H	50,9±12,1	7,4±1,5	18,9±11,2	43,0±3,5	31,8±5,1
M	55,2±12,2	7,7±1,7	15,4±11,6	38,4±3,5	34,7±7,1
p	<0,05	<0,05	<0,05	<0,02	<0,005

CONCLUSIONES

El número de mujeres remitidas a una consulta especializada por sospecha de TRS es significativamente menor que el de hombres. En ello probablemente influyan, además de una menor frecuencia real en las mujeres de la población general, factores socioculturales (profesionales y familiares) y una expresión clínica diferente de los TRS en las mujeres.

SÍNDROME DE APNEA DE SUEÑO: TABAQUISMO Y EPOC

J. Torres, M. Arzola, B. Poyato, J. J. Cebrián, F. Sánchez, C. Olveira, C. Vergara, A. Valencia.
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

Hay estudios que evidencian que el tabaquismo y la EPOC no suponen un factor de riesgo para padecer Síndrome de Apnea de Sueño (SAOS), sin embargo, esta evidencia no siempre es conocida por los pacientes e incluso por parte del personal sanitario que les atiende.

OBJETIVOS

Estudiar en nuestro medio la influencia del hábito tabáquico y de la EPOC en el SAOS, tanto su papel como factor de riesgo para SAOS como su influencia en la sintomatología del mismo y en el resultado del estudio poligráfico nocturno.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado prospectivamente 100 pacientes consecutivos remitidos a la unidad de sueño por sospecha de SAOS. Se les ha realizado anamnesis y exploración habituales, espirometría y estudio de sueño con poligrafía o polisomnografía convencional según necesidades. La roncopatía se ha evaluado según escala creciente de severidad (1-4)

RESULTADOS

	SAOS	noSAOS
Hábitotabáquico (paq/año)	32	21
Bronquitis crónica	40%	31%
FEV1, porcentaje respecto teórico	76,81%	76,82%
% muestra con FEV1<80%	52%	48%

SAOS	Roncopt	Epworth	IAH	Sat mín*	T90*	T80*
FEV1 < 65%	3,50	14,99	25	66%	53%	21%
FEV1 > 65%	3,80	13,57	34	73%	20%	5%

T90: porcentaje del tiempo de estudio con saturaciones < 90%
T80: porcentaje del tiempo de estudio con saturaciones < 80%
*p<0,05

CONCLUSIONES

1.-Ni el hábito tabáquico, ni la presencia de criterios clínicos de broncopatía crónica ni la EPOC suponen un factor de riesgo para padecer SAOS.

2.-En los sujetos con SAOS, la presencia de un FEV1<65% se asocia a desaturaciones nocturnas más severas, no existiendo diferencias en cuanto a la sintomatología presentada ni al IAH.

SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO Y OBESIDAD

J. Torres, A. Dorado, B. Poyato, F. Páez, J. M. García, M. García, C. Olveira, C. Vergara, A. Valencia.
Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS) es muy frecuente en nuestro medio, siendo la obesidad el principal factor de riesgo en la edad adulta.

OBJETIVOS

Estudiar la influencia de la obesidad en el SAOS, tanto como factor de riesgo para padecer SAOS como en las manifestaciones del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

100 pacientes que acudieron por sospecha de SAOS. Se les realizó anamnesis y exploración habituales, espirometría y estudio de sueño. Además se evaluó la calidad de vida según el Perfil de Salud de Notthingam (PSN, procentaje respecto a la máxima puntuación posible) y, en los varones, las dificultades para obtener una erección (escala decreciente de dificultad 1-6) y el nivel matutino de testosterona basal.

RESULTADOS

	SAOS	no SAOS	p
Obesos (IMC>30)	71,15%	52,38%	< 0,05
IMC medio	34,04	30,85	< 0,05

Correlación IAH/IMC: p=0,023

-Diferencias según presencia o no de obesidad, dentro del grupo de SAOS:

	Obesos	no Obesos	p
Apneas nocturnas subjetivas o referidas	86%	86%	ns
Despertares nocturnos frecuentes	63%	40%	ns
Nicturia (ocasiones/noche)	2,44	1,93	ns
Escala Epworth	14,69	11,86	ns
Calidad vida (PSN, porcentaje del máximo)	36,98	27,29	ns
Roncopatía (escala creciente severidad 1-4)	3,86	3,75	ns
Saturación mínima nocturna alcanzada	72%	79%	< 0,05
Dificultades erección (varones)	4,00	5,50	< 0,05
Testosterona basal (varones) (ng/ml)	2,9	3,4	< 0,05

CONCLUSIONES

1.-La incidencia de SAOS en sujetos obesos es mayor que en los no obesos.

2.-Dentro del grupo SAOS, el perfil clínico de los obesos es similar al de los no obesos, salvo en la presencia más frecuente de dificultades para la erección en los varones obesos.

3.-Dentro del grupo SAOS, aquellos que además son obesos, presentan una saturación mínima nocturna inferior a los SAOS no obesos.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DOMICILIARIA (VNI) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR PROGRESIVA

L. Díaz Cañaveral, E. Barrot Cortés, R. Otero Candelera, B. Romero Romero, A. Hernández Martínez J. Castillo Gómez.

Las enfermedades de origen neuromuscular, suelen evolucionar a insuficiencia respiratoria por debilidad muscular, lo cuál conlleva insuficiencia ventilatoria restrictiva e hipoventilación alveolar.

Con el objeto de valorar la indicación de ventilación mecánica no invasiva en estos transtornos y su evolución clínica, hemos realizado un seguimiento durante tres años de los pacientes portadores de enfermedades neuromusculares sometidos a VNI: Distrofias musculares (DM) y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) , todos ellos controlados en una consulta monográfica de respiratorio. La edad media de los pacientes con DM era de 23 años y la de los pacientes con ELA 55 años.

RESULTADOS

		DM(N=7)		**ELA**(N=6)
Pruebas funcionales		FVC 688 cc		FVC 925cc
		FEV1 615 cc		FEV1 745cc
		FEV1% 90		FEV1% 83
Gasometría	preVNI	pO2 65	preVNI	pO2 66
		pCO2 54		pCO2 51
	postVNI	pO2 88	postVNI	pO2 80
		pCO2 44		pCO2 45

A la vista de los resultados de nuestro estudio concluímos: 1) Los pacientes con enfermedad neuromuscular, se benefician de la VNI tanto en su evolución clínica como gasométrica y 2) En las enfermedades neuromusculares rápidamente progresivas (ELA) la toma de decisiones supone un gran problema ético en lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

CONGRESOS NEUMOSUR HACIA EL 2000. ANÁLISIS DE LA ULTIMA DÉCADA

F. J. Cabello Rueda, A. López Cozar Gil, J. M. Ignacio García, C. Milla Triano.
Unidad de Neumología. Hospital de la Serranía de Ronda. Malaga.

OBJETIVO

Analizar la evolución de los Congresos Neumosur realizados durante la última década.

MATERIAL Y MÉTODO

Usar los resúmenes existentes de los congresos Neumosur y analizar las comunicaciones por tipo de

hospital (Regional, Especialidades o Comarcal), nº de comunicaciones por año,tipo de comunicación según las areas de trabajo y por último las comunicaciones presentadas por cada hospital.

Se utilizó como base de datos y estadística el programa EPI5.

RESULTADOS

De los XXV congresos realizados, sólo existen resúmenes oficiales de los últimos 8 años.

El nº total de comunicaciones ha sido de 516 (455 libres y 56 a la ponencia), siendo la media por año de 56. Por tipo de hospital 260 fueron de Hospital Regional (media /año de 32), de Especialidades 105 (media de 13) y Comarcales 57 (media de 7).

Por áreas de trabajo las más frecuentes fueron Cirugía Torácica con 77 (media de 9,6), EPOC-Insuf. Resp., con 65 (media 8), Técnicas 64 (media 8), SAOS 56 y Asma 52. Las menos frecuentes función resp., tabaquismo y fibrosis quística.

Dentro de los Hospitales Regionales el H. Virgen del Rocío es el que más comunicaciones presentó con 119 (media 14,8), de los de Especialidad fue el H. Valme con 39 (media 4,8) y de los Comarcales el H. de Ronda con 20 (media de 2,5).

CONCLUSIONES

Se observa un aumento progresivo en el nº de comunicaciones, sustentadas sobretodo por los hospitales Regionales.

1. Tendencia a incorporarse los H. Comarcales.
2. Las áreas de trabajo que más aportan son las referentes a Cirugía y EPOC-Insuf. Respiratoria.
3. Hay todavía hospitales que aún no se han incorporado (total de 7) a presentar sus trabajos a los C de Neumosur.

PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA ÓSEA EN MUJERES ASMÁTICAS CÓRTICODEPENDIENTES CON ETI-DRONATO

*A.Conde, M. A. Palma, M. Pedrosa, P. Mezquita, M. Muñoz-Torres, N. Ortego, M. Contreras.
*S.Respiratorio, Hospital Clínico. Granada.

Los pacientes asmáticos córticodependientes presentan un riesgo aumentado de desarrollar osteoporosis como complicación del tratamiento crónico con corticoides. Esta, puede prevenirse con diferentes agentes terapéuticos, aunque su eficacia no se encuentra bien establecida.

OBJETIVOS

Determinar el efecto del tratamiento con etidronato sobre la densidad mineral ósea (DMO) y remodelado óseo enmujeres premenopáusicas asmáticas córticodependientes.

METODOLOGÍA

Se estudiaron 43 mujeres premenopáusicas asmáticas córticodependientes (34±7 años), que fueron randomizadas en dos grupos: Un grupo formado por 20 pacientes que recibió tratamiento con 500 mgr/d de carbonato cálcico y otro grupo formado por 23 pacientes que recibió tratamiento con 500 mgr/d de carbonato cálcico y pauta cíclica de etidronato. Ambos grupos fueron tratados durante 6 meses consecutivos. En todos los casos se determinó tanto al inicio como al final del periodo de 6 meses, la isoenzima ósea de la fosfatasa alcalina (b-ALP), la fosfatasa alcalina total (t-ALP), la osteocalcina (BGP), la fosfatasa ácida tartrato resistente (TRAP), el telopéptido C-terminal del colágeno tipo I o α-Crosslaps urinario, corregido por la creatinina en orina (CTX) y la DMO en columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF), mediante densitometría dual de rayos X (Hologic QDR 1000).

RESULTADOS

Los pacientes del grupo tratado con carbonato cálcico y etidronato mostraron un aumento significativo de DMO a nivel lumbar (ΔZ-Score CL=+0,1726; p=0,009) y una reducción significativa de b-ALP (-3,97; p<0,001). Las pacientes del grupo tratado con carbonato cálcico mostraron una reducción significativa de b-ALP (-3,03; p=0,015), sin cambios significativos de la DMO. No encontramos diferencias significativas al comparar el resto de marcadores de remodelado óseo en fémur proximal.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que la terapia cíclica con etidronato en mujeres premenopáusicas asmáticas córticodependientes puede ser de utilidad en la prevención de la pérdida ósea.

RESULTADOS INICIALES DE UNA CONSULTA DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROL

M. J. Linares Serrano, F. González Vargas, G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, A. Espejo Guerrero, E. Fernandez Vázquez, I. Casado Moreno, L. Cabrera Torres.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada

OBJETIVOS

Estudio descriptivo de los resultados de una consulta monográfica de asma de difícil control, sobre la salud de los pacientes tratados en la misma, desde Abril de 1997 a Diciembre de 1999.

METODOLOGÍA

Revisión de historias de pacientes con un deficiente control del asma, pese a un tratamiento «correcto», intervenidos mediante un programa educativoindividualizado, de corresponsabilización en el manejo de su asma. Se analiza el impacto sobre el grado de control, consumo de medicamentos, visitas a urgencias e ingresos.

RESULTADOS

Se incluyen 531 pacientes, 70% mujeres y 30% varones, edad media 51 años. Se consiguió el control clínico del asma en el 77%. De los 166 pacientes córticodependientes vía oral, 84 (51%) pudieron suspenderlos. El 50% de pacientes tomaba menos medicación de la recomendada y más del 60% no hacía tratamiento continuadamente. Sólo fue necesario cambiar el tratamiento recomendado previamente en 33%. El 50% de los casos presentaba patología asociada. Factores ambientales no controlados o sin identificar: Tabaco 30%, ambiente laboral 6%, domicilio 13%, animales domésticos 28%. De 403 pacientes que habían precisado >3 visitas a urgencias en el último año, 356 (88%) no volvieron a visitarlas y sólo el 25% reingresaron en 1 año.

CONCLUSIONES

1) Los pacientes asmáticos de difícil control, médicamente "bien manejados", se benefician de un programa de corresponsabilización en su tratamiento. 2) Más del 50% de los pacientes presentan patología asociada que puede explicar el deficiente control. 3)Es clave el cumplimiento del tratamiento y una técnica inhalatoria correcta. 4) El programa consigue una drástica reducción de la utilización del Servicio de Urgencias y del número de ingresos por asma.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ASMA EN PACIENTES CON RINITIS

M. T. Elías, R. Sánchez, F. Álvarez, J. Sánchez, B. Romero, A. García, J. Castillo.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Sección Fleming. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Identificar factores de riesgo asociados al asma bronquial en pacientes con rinitis sin asma.

METODOLOGÍA

Incluímos 1.760 pacientes con rinitis. De ellos, 1.119 (63,6%) tenían además asma bronquial. La recogida de datos se realizó de forma prospectiva, mediante la utilización de un cuestionario específico. Para el estudio comparamos el grupo de rinitis sin asma (641) con le grupo de pacientes con rinitis y asma (1.119 pacientes). En el análisis fueron considerados los siguientes parámetros: 1) edad; 2) sexo; 3) diagnóstico clínico; 4) edad de comienzo de la sintomatología; 5) historia familiar de asma y/o atopia; 6) condiciones de la vivienda; 7) hábito tabáquico; 8) alergias dermatológicas; 9) episodios recurrentes de sibilancias durante la primera infancia; 10) poliposis nasosinusal; 11) atopia; 12) tipo de sensibilización (pólenes y/o alérgenos domésticos); 13) eosinofilia periférica. Aplicamos un análisis de la varianza para la comparación de variables cuantitativas, y un análisis de contingencia para las cualitativas; y realizamos un análisis de regresión logística (stepwise) para estimar la odds ratio (OR) y el CI 95%.

RESULTADOS

La edad (30 ± 16,1 vs 27 ± 11,9), la historia familiar de asma y/o atopia en familiares de primer grado (56,4 vs 47,6%; p=0,000), la exposición a humedad en el domicilio (24,2% vs 19,3%; p=0,021), los antecedentes alérgicos dermatológicos (43% vs 37,4 %; p=0,023), los episodios recurrentes de sibilancias en la primera infancia (32% vs 12,3%; p=0,000), la poliposis nasosinusal (3% vs 1,2%; p=0,022), la rinitis perenne (55,2% vs 45,7%; p=0,000), la atopia (76,3% vs 66,6; p= 0,000), la sensibilización a alérgenos domésticos (45,1% vs 30,1; p=0,000) y la eosinofilia periférica (4,8 ± 3,3 vs 3,7 ± 2,7; p= 0,000), fueron los factores que diferenciaron a los pacientes con rinitis y asma de los pacientes con rinitis sin asma. El análisis de regresión logística mostró que las mejores variables predictoras entre ambos grupos fueron la edad, la historia familiar de asma y/o atopia, la exposición a humedad, los antecedentes alérgicos dermatológicos, los episodios recurrentes de sibilancias durante la primera infancia, la atopía, la sensibilización a alérgenos domésticos y la eosinofilia periférica. La probabilidad de clasificar correctamente a los pacientes en cada grupo utilizando estos parámetros fue del 69,72%.

CONCLUSIONES

Los sujetos riníticos de mayor edad, con historia familiar de asma y/o atopia, expuestos a la humedad, con antecedentes alérgicos dermatológicos, con episodios recurrentes de sibilancias en la primera infancia, atópicos, sensibilizados a alérgenos domésticos y con eosinofilia periférica tienen un mayor riesgo de sufrir asma.

ESPIROMETRÍA AL ALTA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN (TEP) AGUDO

I. Casado Moreno, F. González Vargas, G. Sáez Roca, E. Fernández Vázquez, C. Castillo Aguilar, J. M. Diez Piña, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Valorar la repercusión del TEP sobre los parámetros espirométricos en el momento del alta, y estudiar los posibles factores predictivos del grado de alteración en esa fase de la evolución.

METODOLOGÍA

Se realiza espirometría a pacientes con TEP, sin patología pulmonar previa conocida, en el momento de su alta hospitalaria.

RESULTADOS

Estudiamos 37 pacientes, FVC media 89%, FEV1 79,5%, TIFF 76,4%. Existía correlación entre la FVC al alta y la PaO_2 de ingreso en el hospital (r=0,34 , p=0,05). Un análisis de regresión lineal con la FVC% al alta como variable dependiente, identificó la PaO_2 y la existencia de anomalías radiológicas en el momento del ingreso como variables predictivas. Variables excluidas del modelo: edad, hipotensión/shock, presencia de factores de riesgo, presencia de tos.

CONCLUSIONES

1) En el momento del alta tras un episodio de TEP existe con frecuencia un trastorno ventilatorio de tipo restrictivo predominantemente. 2) La PaO_2 al ingreso y la presencia de anomalías radiológicas en la radiografía de tórax practicada al ingreso son variables predictivas de la intensidad de la afectación restrictiva inmediata post-TEP.

ANOMALÍAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y RADIOLÓGICAS EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): FACTORES PREDICTIVOS

I. Casado Moreno, F. González Vargas, G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J. M. Diez Piña, E. Fernández Vázquez, A. Espejo Guerrero, F. Martín Vivaldi.
Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Analizar las características del electrocardiograma (ECG) y radiología de tórax (RX) en 90 pacientes diagnosticados de TEP y su relación con síntomas y otros datos exploratorios al ingreso.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y retrospectivo de las anomalías ECG y RX existentes en pacientes diagnosticados de TEP y análisis de regresión logística de la probabilidad de ECG o RX anormales en función de variables predictivas: edad, cirugía previa, dolor torácico, PaO_2, hipotensión/shock, palpitaciones, taquipnea, tos, hemoptisis, semiología de infarto pulmonar y Gammagrafía pulmonar (GGP) de alta probabilidad).

RESULTADOS

Hallazgos ECG más frecuentes: taquicardia/arritmia 33,3%, ECG normal 22,2%, sobrecarga V.D. aislada 20,2%. Analizamos con regresión logística las posibles variables predictivas de este último hallazgo entre los datos clínicos o pruebas complementarias, encontrando sólo como valor predictivo la GGP de alta probabilidad ($p=0,0335$). Los hallazgos radiológicos fundamentales fueron: RX normal 45,5%, infiltrado 14,1%, infiltrado y otro/s 13,1% y derrame pleural 5,1%. Con el mismo método, existió correlación ($p<0,05$) entre la existencia de Rx anormal y edad.

CONCLUSIONES

1) El 78% y 50% de los pacientes, presentan anomalías en EGC y RX respectivamente. 2) La GGP de alta probabilidad se relacionó significativamente con la presencia de sobrecarga ventricular derecha. 3) El hallazgo de una Rx de tórax anormal se relacionó con la edad de los pacientes, el antecedente de cirugía previa, la presentación con dolor torácico y hemoptisis y el grado de disminución de los valores de PaO_2.

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LAS NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES EN EL ÁMBITO DE NEUMOSUR

J. L. López-Campos Bodineau, E. Rodríguez Becerra, I. Alfageme Michavila, A. León Jiménez, L. Muñoz Cabrera, C. García Vadillo en nombre del Registro de Neumopatías Intersticiales de Neumosur (RENIA).

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Desde principios de 1998 está funcionando el Registro de Neumopatías Intersticiales de Neumosur (RENIA). Su objetivo es recoger la incidencia de estos cuadros en el ámbito de Neumosur. Presentamos los resultados del registro con el objetivo de realizar un estudio evolutivo comparando los resultados durante estos dos años.

RESULTADOS

Desde principios de 1998, se han comunicado 306 casos nuevos, casi triplicando el número de casos desde el año pasado (111 casos). Este cambio supone un aumento del 275%. El número de hospitales participantes también ha aumentado de 26 a 31.

	Resultados iniciales		Resultados actuale	
Hospitales	H. Virgen del Rocío:	31 (28%)	H. Virgen del Rocío:	67 (21%)
	H. Reina Sofía:	18 (16%)	H. de Valme:	38 (12%)
	H. Punta de Europa:	10 (9%)	H. Puerta del Mar:	24 (7%)
	H. de Valme:	8 (7%)	H. Reina Sofía:	18 (5%)
			H. Puerto Real:	18 (5%)
Diagnósticos	FPI:	33 (30%)	FPI:	106 (34%)
	Sarcoidosis:	12 (11%)	Sarcoidosis:	36 (11%)
	BONO:	10 (9%)	BONO:	19 (6%)

CONCLUSIONES

El estudio de la incidencia de las neumopatías intersticiales basado en el Registro de Neumopatías Intersticiales de Neumosur comienza a dibujar un mapa de distribución de este tipo de patologías que puede ser útil para conocer mejor estos cuadros y para el desarrollo de futuros proyectos de investigación multicéntricos.

ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES

J. L. López-Campos Bodineau*, A. Cayuela Domínguez**, E. Rodríguez Becerra*, C. Rodríguez Matute*, E. Laserna Martínez*.
*Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. **Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar los ingresos por neumopatía intersticial en adultos durante el año 1998 en los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

METODOLOGÍA

Se tomaron los datos de todos los pacientes con neumopatía intersticial que ingresaron en el hospital por cualquier causa durante 1998. De todos los ingresos obtenidos, separamos aquellos que se produjeron por descompensación de su patología respiratoria (MDC 4).

RESULTADOS

Total de ingresos: 92. Número de pacientes: 74. Estancia media: 11,29 días. Edad media: 62,73±15,89. Del total, 43 (46,7%) ingresos fueron motivados por su patología respiratoria, con la siguiente distribución:

Sexo		**Tipo de ingreso**	
Hombres:	23 (53%)	Urgente	30 (70%)
Mujeres:	20 (47%)	Programado	13 (30%)
Servicio		**Motivo del alta**	
Respiratorio	18 (42%)	Mejoría	39 (91%)
Medicina Interna	14 (33%)	Exitus	4 (9%)
Cirugía	8 (18%)	Traslado	0 (0%)
UCI	3 (7%)		
Diagnósticos			
Alv. Alérg. Extrín.	3 (7%)	Enf. sistémicas	6 (13%)
Neumoconiosis	8 (18%)	Hemosiderosis	1 (2,3%)
Fibrosis Pulm. Idiop.	3 (7%)	Otras	22 (51,2%)
Estancias medias (p = 0,592)		Enf. sistémicas	8 días
Alv. Alérg. Extrín.	10 días	Hemosiderosis	9 días
Neumoconiosis	8,3 días	Otras	16 días
Fibosis Pulm. Idiop.	11 días		

Correlación edad-estancia: (Spearman = 0,10; p = 0,50).

CONCLUSIONES

Las neumopatías intersticiales son un grupo de entidades que generan un número considerable de ingresos anuales tanto por reagudización como por actuar como factor de comorbilidad para otras patologías. La frecuencia y duración de estos ingresos resulta ser independiente para la edad, el sexo y el tipo de neumopatía que se trate.

COMPARACIÓN ENTRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y LA CAPTACIÓN GAMMAGRÁFICA PULMONAR CON GALIO 67 EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES

C.Rodríguez Matute, J.L.López-Campos Bodineau, E.Rodríguez Becerra, E.Laserna Martínez, I.Borrego Dorado.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Aprovechar la capacidad del Galio 67 para fijarse a las zonas de inflamación para evaluar la utilidad de la captación gammagráfica pulmonar en el seguimiento de los pacientes con Neumopatías intersticiales (NI).

PACIENTES Y MÉTODO

Se han estudiado 14 pacientes diagnosticados de NI por criterios clínicos, radiográficos, histológicos y funcionales establecidos. A todos ellos se les mide la captación gammagráfica antes y después del tratamiento, y se compara con la evolución clínica. Se administra una dosis estándar de 3 mCi de citrato Galio 67 por vía intravenosa y se procede a la obtención de imágenes planares anteriores y posteriores 48 horas después de su administración gracias a una cámara PLANAR. La intensidad de la captación se expresa semicuantitativamente mediante la determinación de índices pulmón/hígado de forma global previa sustracción de la actividad del fondo. A mayor captación, mayor actividad inflamatoria.

RESULTADOS

	Mejoría clínica	Clínica invariable
Captación reducida	6	4
Captación invariable	1	2
Captación aumentada		1

CONCLUSIONES

La gammagrafía pulmonar con Galio 67 podría ser una técnica incruenta y útil para valorar la evolución de los pacientes con Neumopatías Intersticiales.

NIVELES SÉRICOS DE ELASTASA DEL NEUTRÓFILO COMO MARCADOR DE INFLAMACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. INFORME PRELIMINAR

E.Laserna Martínez, J.L.López-Campos Bodineau, E.Rodríguez Becerra, C.Rodríguez Matute, D. Fernández de Vega.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Establecer el valor de los niveles séricos de la elastasa del neutrófilo (EN) en el seguimiento de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI).

PACIENTES Y MÉTODO

Se han estudiado 12 pacientes consecutivos, controlados a lo largo del último año, diagnosticados de FPI por criterios clínico-radiológicos (7 casos) e histológicos (5

casos). La media de edad era 72 años. De ellos 2 eran fumadores activos, 5 exfumadores y 5 no fumadores. A todos ellos se les valoró su estado clínico, radiológico y funcional respiratorio según parámetros establecidos, así como la velocidad de sedimentación globular (VSG). Asimismo se comparó su estado actual con el que mostraban en la última revisión (tres meses antes, 106 días de promedio) y se les clasificó como: estables, buena evolución y mala evolución. A todos ellos se les determinó la EN sérica por ELISA.

RESULTADOS

Tras el análisis se comprobó que 5 pacientes mostraban una mala evolución (empeoramiento de sus parámetros clínicos, radiológicos y/o funcionales), 6 estaban estables y 1 mostró una buena evolución, con mejoría de los parámetros referidos. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de EN sérica entre fumadores, exfumadores y no fumadores. No se encontró correlación entre los valores de EN y VSG. Los valores de EN estaban más elevados en los 5 pacientes con mala evolución (234 ± 72,02) comparados con los pacientes estables o mejores (112,71 ± 68,31). Esta diferencia fue estadísticamente significativa (p= 0,01) al aplicar test no paramétricos de comparación (U de Mann-Whitney).

CONCLUSIONES

En nuestra serie el valor sérico de EN parece ser un marcador de la situación evolutiva de la FPI.

BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZATIVA IDIOPÁTICA

V. Carpio Muñoz, E. Rodríguez Becerra, M. Arenas Gordillo, A. González Castro, J. L. López Campos, J. Castillo Gómez.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis obliterante con neumonía organizativa (BONO) es un síndrome patológico que asocia hallazgos clínicos y de imagen sugestivos, junto con un patrón histológico bien definido. Afecta tanto a hombres como a mujeres de edad media. Su presentación clínica consiste en un cuadro subagudo de tos persistente, fiebre, mal estado general y disnea progresiva y curso clínico a menudo benigno.

OBJETIVO

Describimos el perfil clínico de ocho pacientes diagnosticados de BONO, con confirmación histológica.

MÉTODO

Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes diagnosticados de BONO en nuestro Servicio desde 1984, analizando datos clínicos, radiológicos, de laboratorio, pruebas funcionales respiratorias, fibrobroncoscopia, lavado broncoalveolar y estudio histológico.

RESULTADOS

La edad de los pacientes oscilaba entre 29 y 78 años, 62.5 % eran mujeres, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fiebre, cuadro pseudogripal, tos y disnea progresiva. Todos los casos se consideraron idiopáticos. El 100 % mostraba valores de VSG elevados. El patrón radiológico más frecuente consistió en infiltrados alveolares de distribución bilateral, predominando la restricción en las pruebas funcionales respiratorias, aunque un alto porcentaje de ellos tenían patrón obstructivo. A todos se les realizó fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial, siendo diagnóstica en el 50% de nuestros pacientes. La respuesta a tratamiento corticoideo fue óptima.

CONCLUSIONES

La presentación clínica y radiológica de esta entidad es característica. El patrón espirométrico obstructivo no excluye el diagnóstico. La evolución, tanto clínica como funcional, con tratamiento corticosteroideo es favorable.

TASAS DE COLONIZACIÓN BACTERIANA EN LOS ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA SEGUIDOS EN LA UNIDAD DE MÁLAGA

E. Mora, A. Dorado, I. Gaspar, J. J. Cebrián, C. Olveira, J. Torres, J. Pérez Frías, A. Valencia.
Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

La colonización de las vías respiratoria por gérmenes bacterianos en Fibrosis quística (FQ) contribuye decisivamente al deterioro pulmonar.

OBJETIVOS

Analizar las colonizaciones por los principales gérmenes, tanto primarias (PC) como crónicas (CC), en nuestros pacientes adultos FQ.

MÉTODO

Se recogen los cultivos realizados en los controles mensuales, bi o trimensuales realizados a cada uno de los 33 pacientes con FQ desde el momento del diagnóstico hasta noviembre-1999. Consideramos CC cuando presentan al menos 3 cultivos positivos de un mismo gérmen en un año.

RESULTADOS

La tabla de abajo recoge las tasas de PC y CC de los 33 pacientes (pac.) adultos con FQ (edad media: 27.3;Rango 19-56).De los pac. colonizados crónicamente por algúno de los germenes se analiza el FEV1 medio (FEV1/CC) y la presencia de insuficiencia pancreática (IP/CC).
Los 2 pac. fallecidos y el trasplantado tenian CC por Ps A y 2 de ellos presentaron en algún momento cultivos positivos para cepacea y maltophilla.

CONCLUSIONES

1) El 18% de los pac. no presenta ninguna CC, siendo las más frecuentes la CC por Ps A y St-A. 2) La mayoría de los pac. con CC por Ps A presentan IP, mientras que los no colonizados generalmente son suficientes pancreáticos. 3) Los pac. no colonizados ó con CC por HI tienen un FEV1 medio dentro de la normalidad, mientras que los CC por Ps A presentan una obstrucción media severa y muy severa los CC por Ps M.

	PC	CC	FEV1/CC	IP/CC
Stafilococcus aureus(St-a)	22 (66%)	**12 (36%)**	70,36%	9 (75%)
Pseudomonas aeruginosa(Ps A)	22 (66%)	**13 (39%)**	50,30%1	2 (86%)
Haemophilus influenza (H.I.)	15 (45%)	**2 (6%)**	90%	1 (50%)
Burkholderia Cepacia	5 (15%)	**0**		
Ps Maltophilla (Ps M)	5 (15%)	**3 (9%)**	36,3%	2 (67%)
No colonizados5	(15%)	**6 (18%)**	92%	1 (17%)

FIBROSIS QUÍSTICA: ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS EN LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS

I. Gaspar, C. Olveira, J. J. Cebrián, E. Mora, A. Dorado, E. Pérez*, J. Pérez Frías*, A. Valencia.
Servicio de Neumología y *Neumología Infantil del Complejo hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS

Analizar las complicaciones no infecciosas (CNI) (pulmonares y extrapulmonares) más frecuentes que han aparecido en el grupo de pacientes(pac) con fibrosis quística (FQ) seguidos en la Unidad de Málaga.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogimos todas las complicaciones no infecciosas objetivadas en los controles uni, bi o trimensuales realizados a cada uno de los 97 pac. con FQ seguidos en la unidad, desde el momento del diagnóstico hasta noviem-

bre de 1999, utilizando un protocolo de seguimiento basado en la base de datos del Grupo Europeo de FQ (EWG-CF;CFBD-v3.0).

RESULTADOS

Durante el seguimiento han aparecido las siguientes CNI: Hemoptisis (H): 40 pac, siendo no masiva en 36 pac. y masiva o amenazante (Ha) en 4, la mitad de ellos recurrente. De los 40 pac, 3 han fallecido y 1 por un episodio de Ha. Los 4 pac que tuvieron Ha tienen un FEV1<50%. Neumotórax: 9 pac lo han presentado y 1 falleció por este motivo. Patrón ventilatorio: disponemos de resultados en 7 pac de los que 6 presentan un FEV1 <50%. Insuficiencia respiratoria: 17 pac la han presentado: 2 aguda y 15 crónica. El mayor porcentaje de exitus se produce por esta causa 60% (6 de 10 pac). De los 15 pac con IRC, 12 tienen un FEV1<50% y 8<de 35%. Hepatopatía: 11 pac, siendo severa en 3 casos y todos menores de 16 años. Desnutrición: 24 pac , de ellos 3 severa. 20 pac son < de 16 años. Otros: trastornos psiquiátricos: 9 pac. Neoplasias: 1 linfoma, 1 Ca. Mama, 1 neuroblastoma torácico. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (des.) entre la aparición de hemoptisis, neumotórax, cor pulmonale, exitus y el FEV1. Entre la presencia de hemoptisis, FEV1< 50%, insuficiencia pancreática y la edad. Y entre la aparición de neumotórax, insuficiencia respiratoria, FEV1<50% y <35%, cor pulmonale, desnutrición y el exitus.

CONCLUSIONES

1)Al menos un 40% de los pacientes han presentado algún episodio de hemoptisis.2)Existen diferencias significativas entre la aparición de CNI pulmonares y un patrón obstructivo severo 3) Así como entre la aparición de CNI pulmonares y el exitus.

CONSULTA DE ATENCIÓN URGENTE ESPECIALIZADA

V. Carpio Muñoz, A. González Castro, J. A. Romero Contreras, R. Sánchez Gil, M. Peñafiel Colas.
Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades del Aparato Respiratorio. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Analizar la actividad asistencial de la consulta de atención urgente (CAU) en sus tres años de funcionamiento.

METODOLOGÍA

Nuestra CAU está diseñada para el diagnóstico y tratamiento inicial, sin demoras, de los pacientes remitidos con carácter de urgencia.

Realizamos un estudio descriptivo y prospectivo de 1549 pacientes estudiados en la CAU entre enero'97 y noviembre'99.

RESULTADOS

De los 1549 pacientes estudiados,el 63% eran hombres,con edad media de 58,8±18 años; 29% eran fumadores y 28% exfumadores. El 67% habían sido remitidos desde el servicio de urgencias del HVR (UHVR) y el 31% procedían del MAP. El 30% de los pacientes padecía alguna patología respiratoria crónica previa (siendo la EPOC la más frecuente). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: disnea, tos, fiebre y hemoptisis. Los principales diagnósticos, dejando a parte la patología banal, fueron: EPOC agudizado, neumonía y asma. La mayoría de los casos de hemoptisis fueron secundarios a bronquitis aguda y EPOC agudizado. El 21,3% de las derivaciones a nuestras consultas fueron consideradas improcedentes por: patología banal (49%), patología no respiratoria (29,4%) o derivaciones de UHVR que requerían ingreso (20,9%). Estas derivaciones incorrectas procedían en la mayoría de los casos del MAP. Tan sólo 4,5% de los pacientes estudiados en nuestras consultas fueron remitidos al Hospital, 54 para ingreso directo en planta de Neumología y 18 al Servicio de UHVR.

CONCLUSIÓN

1.- La CAU neumológica permite el estudio y tratamiento ambulatorio de numerosas patologías, evitando así ingresos en planta y disminuyendo la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios.

CASI AHOGAMIENTO EN ADULTOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE PACIENTES INGRESADOS

E.I. Delgado Padial, J. Fernández Guerra, L.F. Moreno Arrastio, A. Lara Blanquer, J.M. García Jiménez, A. Jiménez Puente
Unidad de Neumología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

OBJETIVOS

Conocer la presentación clínica y pronóstico de adultos supervivientes de un accidente de inmersión (casi ahogamiento, CA).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de adultos diagnosticados de CA ingresados en nuestro hospital en 1995-99. Analizamos lugar de inmersión, factores asociados, presentación clínica, área de ingreso, tratamiento, pronóstico y estancia media.

RESULTADOS

De los 44 adultos atendidos por casi ahogamiento, 25 (58%) fueron ingresados. Edad media: 53±18 años (rango 19-82), 16 hombres, 9 mujeres. Lugar de inmersión: mar 16 (64%) y agua dulce 9 (36%). Factores asociados: el más frecuente enfermedad psiquiátrica (20%). Precisaron reanimación cardiopulmonar prehospitalaria 32%, la mayoría no presentaban trastornos de conciencia a su llegada a urgencias (96%). Presentación clínica: crepitantes pulmonares 80%, temperatura elevada 42%, radiografía de tórax patológica 92% (infiltrados bilaterales en 68%), acidosis 60%, leucocitosis 48% e hipoxemia 96% (79% hipoxemia severa). Ingresos en UCI 24%. Tratamiento: oxígeno 84% (ventilación mecánica 16%) y antibióticos (56%). Pronóstico: ninguna muerte ni complicaciones severas (1 neumonía, 4%). Ningún paciente presentaba hipoxemia al alta. Estancia media: 3.6 días.

CONCLUSIONES

Las alteraciones pulmonares son frecuentes en el casi ahogamiento. El pronóstico de los adultos que ingresan en urgencias sin trastornos del nivel de conciencia es excelente, incluso si presentan insuficiencia respiratoria.

NEUMOMEDIASTINO. NUESTRA EXPERIENCIA

M. A. Palma Otero, M. Contreras Gonzalez, G. Pérez Chica, T. Muñoz Casaubon, E. Castillo, C. Peñalver, A. Fernández.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El neumomediastino es una patología poco frecuente, que se caracteriza por la presencia de aire libre en mediastino . Suele predominar en sujetos jóvenes y ser autolimitada. Nuestro objetivo ha sido conocer los datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes diagnosticados de neumomediastino en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó de forma retrospectiva los episodios de neumomediastino ingresados en nuestro servicio en el periodo comprendido entre Enero-1994 y Junio-1999. Se recogieron datos clínicos, radiológicos y evolutivos mediante análisis de la documentación clínica.

RESULTADOS

Durante este periodo se ingresaron en nuestro servicio un total de 21 casos, con una edad media de 30,7±16,8. En cuanto al sexo había un claro predominio en varones (81%). La enf. de base que presentaban: ninguna (38,1%), A.B.I. (19%), A.B.E. (14,2%), enfisema (9,5%), inhalación de cocaina (9,5%), SAOS (4,7%) y neumopatia instersticial (4,7%). En cuanto a los factores desencadenantes fueron: ejercicio (23,8%), broncoespasmo (23,8%), infección respiratoria (19%), neumotorax (9,5%), traumatismo torácico (4,7%), broncoscopia (4,7%) y espirometría (4,7%). La clínica que presentaron en el momento del diagnóstico fue: dolor torácico (71,4%), disnea (38,1%), disfonía (38,1%), hinchazón del cuello (14,3%) y disfagia (14,3%). En la

exploración clínica observamos: enfisema subcutáneo (52,4%), signo de Hamman (23,8%) y sin hallazgos (47,7%). En cuanto al tratamiento en la mayoría fue reposo (85,7%) frente al 9,5% en que se realizó drenaje pleural y un 4,7% tratamiento quirúrgico, con un tiempo medio hasta la curación de 6,5±3,8 días.

CONCLUSIONES

1). El neumomediastino tiene un predominio en varones jovenes. 2). La enfermedad de base que se asoció con más frecuencia fue el asma bronquial. 3). Los factores desencadenantes suelen ser el ejercicio y broncoespasmo. 4). Es una enfermedad autolimitada, que evoluciona favorablemente con el reposo.

FACTORES ASOCIADOS AL TABAQUISMO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 8 A 18 AÑOS. RESULTADOS PRELIMINARES

J. F. Pascual Lledó, J. Calvo Bonachera, M. Silvente, S. Romero Candeira*.
Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería). *Catedrático de Neumología. Fac. Medicina. Universidad «Miguel Hernández». Elche.

OBJETIVOS

Estudiar factores de riesgo asociados al tabaquismo en niños, adolescentes y jóvenes de 8 a 18 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal mediante encuesta en la zona Noreste de Almería (A), área de cobertura de nuestro Hospital. Ámbito: Todos los escolares de centros públicos. Variables: Tabaquismo (nunca/fumo actualmente/ fumé pero lo he dejado/sólo lo he probado), género (varón-V/mujer-M), edad (8 a 18 años), natural de la zona o proveniente de otras («nativo» «extranjero»), zona urbana/rural, altitud (<300 m/300-600 m/>600 m), familia (vives con ambos padres/otras situaciones), profesión del padre y madre (7 categorías; referencia: ama de casa, parado, jubilado), practicas deporte (no/sí), opinión sobre publicidad (prohibida en todas partes/presente en todas partes/solo en determinadas zonas), fumar en lugares públicos (no/sí), opinión sobre el precio del tabaco (igual/ mayor/menor), las autoridades deben prohibir el consumo (no/sí), el tabaco es perjudicial para la salud (no/sí) y tabaquismo de la madre, padre, hermanos y amigos (no/ fuma/ fumaba). Análisis: Asociación entre el tabaquismo y las variables mediante regresión logística multinomial (la primera categoría indicada en cada variable es la de referencia).

RESULTADOS

Se encuestaron 7.907 alumnos (3.962 V-50,1%; 3,945 M-49,9%), de los cuales la regresión multinomial sólo incluyó 5.162 jóvenes (2.507 V-48,6%; 2.655 M-51,4%) que cumplimentaron todas las variables. Asociación positiva con fumo: a mayor edad, considerar la publicidad en todas partes, se debe fumar en lugares públicos, precio menor y fuman o fumaban hermanos y fuman amigos; asociación negativa: publicidad solo en determinadas zonas, precio mayor o que las autoridades prohiban el consumo. Asociación positiva con fumé: a mayor edad, vivir en otras situaciones diferentes a con ambos padres, profesión del padre tipo 1 (agricultura, ganadería, industria no especializada, empleado), se debe fumar en lugares públicos, fuman los hermanos y fuman o fumaban los amigos: asociación negativa: ser mujer, profesión de la madre tipo 5 (empresario, profesión liberal o personal directivo) y precio mayor. En probadores, asociación positiva: ámbito rural, altitud >600 m., profesión de la madre tipo 1, publicidad en todas partes y fuman padre, hermanos y amigos; y negativa: a mayor edad, mujer, profesión materna tipo 5 y prohibición de las autoridades por el consumo.

CONCLUSIONES

A mayor edad más riesgo de fumar y de dejarlo, y menos de ser probador. Los varones tienen más riesgo de ser exfumadores y probadores. El tabaquismo en hermanos y amigos se asocia positivamente en las 3 categorías de tabaquismo. Mayor precio se asocia negativamente en las 3 categorías. No se encontró asociación en ninguna categoría con el tabaquismo paterno o materno, salvo para ser probador con el tabaquismo paterno.

TABAQUISMO ENTRE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

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

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre los estudiantes de Medicina de la Universidad de Extremadura (UEX).

MÉTODOS

Se realizó una encuesta personal y anónima entre los estudiantes de 3º a 6º de la Facultad de Medicina de la UEX. El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante el programa R-sigma.

RESULTADOS

Se encuestaron 306 estudiantes correspondiente a los cursos de 3º, 4º, 5º y 6º. El porcentaje de respuestas fue del 100%. De los estudiantes encuestados 113 (37%) eran varones y 193 (63%) eran mujeres. La edad media fue de 22 años /19-42). La prevalencia de hábito tabáquico fue: 84 fumadores (27,5%), 26 exfumadores (8,5%) y 195 no habían fumado nunca (64%). Entre los fumadores 22 (26%) eran varones, y 62 (74%) eran mujeres. La edad media de inicio del hábito tabáquico fue de 17 años. La mayoría consumían cigarrillos y lo hacían entre 1 y 10 al día. Un 54% de los fumadores tienen uno o los dos progenitores fumadores, y entre los no fumadores, esto ocurría en un 50%. El 96% de los estudiantes considera interesante una consulta de tabaquismo y el 86% de los fumadores estaría dispuesto a utilizarla. El 87% de los estudiantes dice haber recibido algún tipo de información sobre tabaquismo, siendo la Facultad de Medicina el lugar más frecuente referido.

CONCLUSIONES

1) La prevalencia del hábito tabáquico entre los estudiantes de Medicina de la UEX fue de 27,5%, con una mayor prevalencia en las mujeres de forma estadísticamente significativa. 2) No encontramos relación entre el hábito tabáquico de los estudiantes y el de sus padres. 3) La mayoría de estudiantes considera interesante una consulta de tabaquismo y estaría dispuesto a utilizarla.

EPOC: REVISIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN NUESTRO CENTRO

G. Pérez Chica, E. Navascués Martínez, T. Muñoz Casaubon, M. A. Palma Otero, M. Contreras González, A. Fernández Sánchez, C. Peñalver Mellado.
Servicio de Neumologia. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) dentro de las patologías respiratorias constituye una de las que mayor cantidad de recursos sanitarios consume. Las agudizaciones de la misma representa una causa importante de ingreso hospitalario, prestándose a veces, poca atención a las indicaciones de dicha hospitalización.

OBJETIVOS

a) Valorar la causa que motiva la agudización y condiciona su ingreso hospitalario; b) Conocer en que estadio clínico-funcional se encuentran; c) Patologias asociadas más frecuentes.

MATERIAL-MÉTODO

Revisión retrospectiva de las Historias Clínicas de pacientes ingresados en 1996 en nuestra Sala que figuren con diagnostico principal de EPOC.

RESULTADOS

Han ingresado 155 pacientes (149 hombres y 6 mujeres), con una edad media de 68± 9,7 años. La causa más

frecuente de ingreso ha sido la infectiva (82.6%). El 52,3% de los pacientes se encontraban en estadio clínico-funcional grado III. Las patologias neumológicas asociadas más frecuentes eran Bronquiectasias (9,7%),Tuberculosis Residual (7%) y Sindrome Apnea Obstuctiva Sueño -SAOS- (4,5%).

CONCLUSIONES

La causa infectiva continua siendo el más frecuente motivo de agudización. La mayoria de los pacientes se encuentran en un estadio III. La prevalencia de SAOS observada es similar a la de la población general.

REINGRESOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. FACTORES DETERMINANTES

C. Rueda, Mª. Vazquez, F. Marín, J. L. Velasco, M. V. Hidalgo, M. Rosales.
Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Málaga.

OBJETIVOS

Determinar frecuencia y factores asociados al reingreso del paciente con enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) en nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Revisión de historias clínicas de pacientes con EPOC que reingresan en menos de 6 meses con el mismo diagnóstico durante el periodo enero a noviembre de 1999. Se aplicó un cuestionario con: edad, tabaquismo, estancia en hospital, intervalo entre ingresos, oxígeno domiciliario (OD), procedencia, destino, tratamiento de base domiciliario, enfermedad asociada, FEV1 y gasometría arterial tras primera alta.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 44 pacientes (se descartaron 8), de 225 ingresados en ese periodo con diagnostico de EPOC. Todos varones de edad media 70±7,99 años. 11% fumadores activos y 89% exfumadores de 69±24 paquetes/año.La estancia media fue 12,88 días y el intervalo entre ingresos 64 ± 48 días.Tenían oxigenoterapia domiciliaria 67% de los pacientes.Todos ingresaron por urgencias, fallecieron 3 en planta y el resto fue alta a domicilio. Las causas del reingreso fueron: infección respiratoria (80,5 %), neumonía (8,3%), arritmia (5,5%), TEP (2,7%), Neumotorax (2,7%).Tomaban corticoides orales 28 pacientes y 17 tenían más 3 fármacos distintos. El 22,2% tenían enfermedad pulmonar asociada (bronquiectasias en 5, paquipleuritis en 3 y carcinoma pulmonar en 1 caso). El FEV1 fue de 31,55%±14,51 y la paO2 de 69,3±13,57.

CONCLUSIONES

a) La tasa de reingresos por EPOC fue del 19,5% en nuestro hospital; b) Identificar el grupo de alto riesgo reingresador puede ser útil para poner en marcha programas sanitarios específicos.

ESTUDIO DE INGRESOS INADECUADOS Y REINGRESOS EN PACIENTES CON EPOC

F. Casas, M. Gallardo, M. A. Palma, M. Contreras, E. Castillo, A. Fernández, C. Peñalver.
Servicio de Neumología Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVO

Estudiar la incidencia de ingresos hospitalarios inadecuados y de los reingresos precoces en pacientes diagnósticados de EPOC.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo realizado en un grupo de pacientes ingresados por agudización de su EPOC desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Son estudiados 480 ingresos por EPOC agudizado correspondientes a 179 pacientes (178 varones y 1 mujer) con una edad media de 67,7±9,0 años, IMC de 27,4±5,4 kg/m2. Fumadores activos 74 (41,3%), exfumadores 101 (56,4%) y no consta este hábito en 4 pacientes (2,2%). Consumo de 29,2±11,2 cig./día durante 42,3±8,3 años. Exfumadores desde hacía 8,3±5,9 años. Son clasificados en estadio funcional I 22 pacientes (12,3%), II 34 (19%), III 53 (79,6%) y no definibles funcionalmente 70 (39,1%). Seguimiento medio de 24,3±17,7 meses (0,1-59,8). Acuden al hospital por propia iniciativa 215 pacientes (44,8%), enviados por Atención Primaria 136 (28,3%), por SEDU/061 43 (9%), no consta 57 (11,9%) y por otras vías 29 (6%). Tras su restudio se consideraron inadecuados 12 ingresos (2,5%) por no cumplir los criterios de ingreso de la ATS. Se produjeron 38 reingresos precoces (7,9%) 33 de ellos causados por Medicina Interna (86,8%) y 5 por Neumología (13,2%). Los pacientes que reingresan tienen una PaO_2 menor y una $PaCO_2$ mayor en su alta hopitalaria previa que los que no reingresan ($p<0,05$) sin existir diferencias en su estadio funcional inicial; cuando reingresan la PaO_2 es menor que en los que no reingresan ($p< 0,05$). Mayor incidencia de éxitus entre los pacientes que reingresan ($p< 0,002$).

CONCLUSIONES

1) Hemos encontrado una baja incidencia de ingresos inadecuados y de reingresos. 2) Los pacientes que reingresan lo hacen probablemente debido a altas precoces sin lograr una adecuada estabilizacion clinica. 3) Elevada mortalidad en los pacientes que reingresan.

ADECUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE EPOC EN PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN DE SU BRONCONEUMOPATÍA

F. Casas, M. Gallardo, M. A. Palma, M. Contreras, E. Castillo, A. Fernández, C. Peñalver.
Servicio de Neumología Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVO

Evaluar el diagnóstico de EPOC en pacientes que son ingresados en nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo realizado en un grupo de pacientes ingresados por agudización de su EPOC desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Son revisados 209 pacientes diagnosticados de EPOC (198 varones y 11 mujeres) siendo rechazados 30 (14,3%), 20 varones y 10 mujeres, por diagnóstico erróneo de EPOC. Diagnosticamos como asma bronquial 9, bronquitis crónica simple 8, bronquiectasias 7, obesidad-hipoventilación 5 y una neumopatía intersticial.

Diagnóstico previo de EPOC en 153 pacientes (85,5%): 30 en Atención Primaria (19,6%), 47 en Medicina Interna (30,7%), 59 en Neumología (38,6%) y no consta en 17 (11,1%). Diagnóstico nuevo de EPOC en 26 pacientes (14,5%): 9 por Medina Interna (34,6%) y 17 por Neumología (65,4%). De estos últimos clasificamos en estadio funcional I a 8 pacientes (30,8%), II a 5 (19,2%), III a 2 (7,7%) y 11 en estadio no definible (42,3%). PaO_2 al ingreso de 44,9±10,2 y 48,9±10,1 ($p=0,07$), $PaCO_2$ de 49,1±10,3 y 43,7±11,5 mmHg ($p<0,02$) en los pacientes diagnosticados previamente de EPOC y en los no diagnosticados, respectivamente.

CONCLUSIONES

1) Alta incidencia de diagnósticos erróneos de EPOC (14,3%);

2) Alta incidencia de pacientes con EPOC establecida no diagnosticados (14,5%) y con estadio funcional avanzado.

ESTUDIO DEL CONTROL AMBULATORIO Y TRATAMIENTO SEGUIDO POR 153 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

M. Gallardo, F. Casas, M. A. Palma, A. Fernández, C. Peñalver, M. Contreras, E. Castillo.
Servicio de Neumología Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

OBJETIVO

Evaluar el tratamiento y el control ambulatorio de 153 pacientes diagnosticados de EPOC.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo realizado en un grupo de pacientes diagnosticados de EPOC desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Son revisados 153 pacientes diagnosticados de EPOC de los cuales seguían control ambulatorio en Atención Primaria 58 (37,9%), 42 en Neumología (27,5%), 12 en Medicina Interna (7,8%) y no seguían control ambulatorio 41 pacientes (26,8%). En la siguiente tabla se refleja los estadios funcionales de los pacientes:

Estadio	No control	Neumo-logía	A. Pri-maria	M.In terna	Total
I	4	3	6	1	14
II	7	12	10	0	29
III	6	24	17	4	51
No definible	24	3	25	7	59
Total	41	42	58	12	153

Usan bromuro de ipratropio-BI- 52 pacientes (34%), ß2-corta duración-ß2C- 114 (75%), ß2-larga duración -ß2L- 17 (11%), corticoides inhalados -CI- 36 (24%) y orales -CO- 60 (39%), teofilinas -T- 28 (18%) y mucolíticos -M- 7 (5%). BI es usado fundamentalmente en neumología (41% de los pacientes) y A. Primaria (45%) $p< 0,02$; ß2L y corticoides orales son usados predominantemente por neumología, $p< 0,001$; los mucolíticos son usados por los pacientes que no siguen control, $p< 0,01$.

CONCLUSIONES

1) Mas de la cuarta parte de los pacientes no siguen control ambulatorio de su EPOC; 2) Solo un 7% de los pacientes seguidos en Neumología no han podido ser clasificados funcionalmente. 3) Los pacientes seguidos en Neumología y Atención Primaria siguen tratamiento más actualizado de su EPOC con predominio de BI.

PREVALENCIA DE LA TERAPIA NEBULIZADA EN NUESTRO MEDIO

B. Poyato*, M. González*, J. Torres, J. J. Cebrián, F. Páez, F. Sánchez, J. Pérez, A. Valencia, J. J. Porras.
S. Neumología Hospital Carlos Haya Málaga. *S. M. Interna Hospital Antequera.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por aerosol la suspensión de pequeñas partículas en un gas. Los aparatos usados para generar aerosoles de partículas líquidas se llaman nebulizadores (NB).

OBJETIVOS

Conocer datos acerca del estado de la terapia nebulizada en la población sectorizada correspondiente a nuestro hospital, unos 350.000 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia desde enero a mayo de 1998. A través de un listado proporcionado por la empresa suministradora se citaron 649 pacientes con NB. Se aplicó un cuestionario con datos clínicos y sobre el uso de las terapias domiciliarias. Se suspendió la prestación

cuando el paciente no la usaba o aceptaba cambiar el sistema de aerosolterapia para la misma medicación.

RESULTADOS

Al comenzar el estudio la tasa de NB era de 185,4/ 100.000 habitantes. Se valoraron 599 pacientes (92,3%) que sumaban 616 servicios: con oxígeno 360 (58,4%), 220 con aire comprimido (35,7%) y 36 ultrasónicos (5,9%). Trescientos ochenta y dos pacientes eran varones (63,7%) y doscientos diecisiete eran mujeres (36,3%). La edad media fue de 66 años. Por diagnósticos: EPOC 197 (32,9%), hiperreactividad bronquial 110 (18,4%), asma 204 (34,1%), bronquiectasias 36 (6%), otros 23 (3,8%) y desconocido en 29 casos (4,8%). Se retiraron 152 NB (24,7%).

Al finalizar el estudio existían 512 pacientes con 512 servicios. No se revisaron 50 pacientes (7,7%) que no acudieron a consulta ni tampoco las nuevas prescripciones durante ese periodo. La tasa de NB en mayo de 1998 al finalizar el estudio era de 146/100.000 habitantes.

A finales de octubre de 1998 después de haberse suspendido durante 5 meses la consulta monográfica existían 585 pacientes con el mismo número de terapias, lo que suponía una tasa de NB de 167,1/100.000 habitantes.

CONCLUSIONES

Existe una prevalencia muy elevada de NB en nuestro medio. Los programas control para la oxigenoterapia pueden servir de base para control de este tipo de terapias.

Existe baja aceptación de los pacientes para la retirada de NB y cambio de sistema de aerosolterapia.

DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN ACTUALES Y VALORACIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES

J. C. Velasco Ortega, M. E. Gálvez Recuero, J. M. Torres Chaneta, A. Abad Sánchez, S. Agrela Torres J. L. Velasco Garrido.
Centros de Salud Leganitos y San Pedro Alcántara. Marbella.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han aparecido nuevos dispositivos de inhalación en un intento de simplificar el manejo y realizar un uso correcto de los mismos.

OBJETIVOS

Conocer los sistemas de inhalación que utilizan nuestros pacientes, grado de satisfacción y opinión ante sistema alternativo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluó de forma aleatoria a un grupo de pacientes en tratamiento con inhaladores. Se pasó un cuestionario: sistemas de inhalación actual y previo, grado de satisfacción, presentación de los distintos dispositivos, y su opinión sobre el más idóneo.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 104 enfermos, 66% varones, edad media 53,1. Sistema de inhalación más común: cartucho presurizado (71%), el 68% usaban sistema de polvo seco y sólo el 16% cámara de inhalación. El 51% de los pacientes utilizaban 2 o más sistemas. El dispositivo más abandonado fue el cartucho presurizado. El grado de satisfacción: bueno 76%, regular 13,4% y malo 7,6%. Los dispositivos de polvo seco fueron considerados idóneos en el 52%, el cartucho presurizado (31%),y cámara de inhalación (12,5%).El 82% prefería seguir con el sistema utilizado, a pesar que en muchos casos les parecía más idóneo otro dispositivo.

CONCLUSIONES

1.- Se observa, con respecto a trabajos de años anteriores, una mayor proporción de pacientes con dispositivos de polvo seco. Esto quizás ocurra por un manejo más sencillo.

2.- Se ha producido un cambio, de cartucho presurizado a polvo seco en muchos de los casos. Probablemente los médicos confíen más en el manejo correcto de éstos.

3.- La mayoría de los pacientes no eran proclives al cambio de sistema, si bien consideraban otro como más idóneo.

USO DEL TRATAMIENTO INHALADOR EN NUESTRO MEDIO, ACTUAL Y TRAS APRENDIZAJE

J. Bujalance Zafra, J. L. Velasco Garrido, E. Gálvez Recuero*, F. Marín Sánchez, P. Vicente Gil, C. Rueda Ríos, M. Rosales Jaldo.
Servicio de Neumología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*. Hospital Clínico Universitario. Málaga.

OBJETIVO

Conocer cómo realizan la técnica inhalatoria los pacientes y qué ocurre al cabo de uno y tres meses del aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó un grupo de pacientes con inhaladores, realizándose tres visitas. En la primera se hizo la recogida de datos, y valoración del uso -normativa de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR)- considerándolo como correcto, aceptable o incorrecto. Tras enseñar manejo correcto y comprobar el buen uso, se valoró el mismo al mes y a los tres meses. Se realizó un estudio descriptivo.

RESULTADOS

Se evaluaron 104 pacientes, 66% varones, con edad media de 53,1 años. El 52% sólo tenía estudios primarios. En la primera visita, 47,1% realizaba incorrectamente la técnica, 14,4% aceptablemente y 38,6% correctamente. Los errores más frecuentes fueron incoordinación con movimientos respiratorios, ausencia de apnea y disparos continuos con cartuchos presurizados. En la segunda, 64,4% lo hacían de forma correcta, 26% aceptable y 9,6% incorrectamente. A los tres meses 61,1% correcta, 33,3% aceptable y 5,5% incorrectamente.

CONCLUSIONES

1.- Cerca de la mitad de los pacientes no realiza correctamente la técnica, tras una explicación de los distintos pasos con placebo se produce una mejoría de los resultados que permanece en el tiempo. 2.- Pensamos que se debe reevaular a los pacientes que se prescriben inhaladores hasta que lo hagan correctamente. Un tiempo de tres meses podría ser suficiente.

EFICACIA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE OXIGENOTERAPIA

D. del Castillo, J. Sánchez, A. León, A. Arnedillo, J. M. Gómez, E. González y J.J. Fernández.
S. Neumología. H. U. Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVOS

Analizar la situación de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) en el área Cádiz-San Fernando y evaluar la influencia de una consulta monográfica en la calidad de prescripción y uso de la OD.

METODOLOGÍA

Se citaron todos los pacientes que se encontraban con OD en Enero-98. Se les cumplimentó un protocolo sobre datos generales y se realizó pulsioximetría y/o gasometría arterial.

RESULTADOS

241 pacientes estaban con OD (prevalencia de 99,2/100.000 habitantes). Acudieron a la cita 160 pacientes, de los 81 restantes 28 estaban inmovilizados, 16 habían fallecido y 37 no fueron localizados. De los 160 pacientes revisados 112 (70%) tenían cilindro, 48 (30%) concentrador y 16 disponían además de oxígeno líquido. Los diagnósticos más frecuentes fueron: EPOC 100 pacientes (62,5%), asma bronquial 19 (12%) y cardiopatía 15 (9,4%). Doce pacientes (7,5%) reconocieron ser fumadores activos. En 111 casos (69,4%) el origen de la prescripción fue intrahospitalaria. El tiempo medio con

OD era de 3±2 años. Utilizaban gafas nasales un total de 117 pacientes (73%) y mascarilla tipo Venturi 37 (23,1%). Tenían indicada al menos 16 horas de oxigenoterapia un total de 83 (52%) pacientes, aunque sólo 28 (23,7%) lo utilizaban el tiempo recomendado. Presentaban una PaO_2 < 60 mmHg o SaO_2 < 90% un total de 53 pacientes (33,1%). Como consecuencia de la revisión se pudo retirar la OD en 77 casos (48,1%) por ausencia de criterios de indicación. La prevalencia de OD al cabo de un año de la apertura de la consulta monográfica es de 61,7 por 100.000.

CONCLUSIONES

Existía un alto porcentaje de prescripciones incorrectas y la consulta monográfica ha permitido mejorar la calidad de la prescripción, reduciendo sensiblemente la prevalencia de OD.

USO DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN NUESTRO MEDIO

B. Poyato*, M. González*, J. Torres, F. Páez, J. J. Cebrián, F. Sánchez, M. Arzola, A. Valencia, J. J. Porras*.
*S. Neumología Hospital Carlos Haya. Málaga. *S. M. Interna Hospital Antequera.

OBJETIVOS

Conocer el uso de la OCD en la población sectorizada de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia desde enero a mayo de 1998 sobre una población de 350.000 habitantes. A través de un listado proporcionado por la empresa suministradora se citaron 642 pacientes. Se aplicó un cuestionario con datos clínicos y sobre el uso de las terapias domiciliarias. Se practicó basalmente gasometría arterial (GA) y pulsioximetría digital (POX).

RESULTADOS

Se valoraron 586 pacientes obteniendo los siguientes datos:

*Edad y sexo: varones 410 (69,9%) y mujeres 176 (31,1%). Edad media de 70 años.

*Por diagnósticos: EPOC 317 (54%), asma 83 (14,2%), enfermedades restrictivas pulmonares, de caja torácica y neuromusculares 34 (5,8%), cardiopatías 64 (10,9%), obesidad-hipoventilación 45 (7,7%), otros 18 (3,1%) y desconocido 25 (4,3%).

*Tabaco: 91 activos (15,5%), 314 exfumadores (53,6%) y 181 no fumadores (30,9%).

*Casos por médico prescriptor: neumólogo 251 (42,8%), médico de familia 101 (17,2%), «pulmón-corazón» 104 (17,8%), otros 103 (17,6%) y desconocido 27 (4,6%).

*La media de tiempo en programa OCD era de 42 meses; 149 pacientes llevaban >5 años y 29 >10 años. Sólo 291 pacientes (49%) seguían revisión médica de algún tipo.

*Fuente y sistema de liberación: entre los 606 servicios se contaban 159 concentradores (26,2%), 425 cilindros fijos (70,1%) y 22 cilindros portátiles (3,7%). Como sistema de liberación 413 usaban mascarilla (70,5%), 110 gafas nasales (18,8%), ambos17 (2,9%) y 46 otros métodos (7,8%). Tenían ventilación domiciliaria 46 pacientes.

*Grupo al que se suspendió la OCD (375 enfermos, 64%): 9 lo usaban > 15 horas/día, 160 en momentos de disnea y 97 nunca; su PaO2 media fue de 74 mmHg, la saturación media por GA de 96 y la saturación media por POX de 96. Grupo al que se mantuvo la OCD (211 enfermos, 36%): 40 pacientes usaban >15 horas/día; la PaO2 media fue de 56 mmHg, la saturación media por GA de 89,3 y la saturación media por POX de 90.

CONCLUSIONES

Sólo el 42% de las terapias habían sido prescritas por un neumólogo. El 15% eran fumadores activos. El 51% usaba OCD sin control. El cilindro era la fuente más frecuente (70%). Se suspendió la OCD al 64% del total de los pacientes revisados.

EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE REVISIÓN DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA (OCD)

G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J. M. Díez Piña, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, M. Guillamón, S. López Ortiz, L. Cabrera Torres.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Analizar la eficiencia de un programa de optimización de OCD, compuesto por 2 fases: revisión de historias clínicas y revisión de pacientes susceptibles de cambio en la terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal entre mayo 98 y mayo 99. 2 médicos revisaron historias clínicas y posteriormente durante 35 tardes revisaron los pacientes seleccionados por no cumplir requisitos SEPAR de prescripción y/o mantenimiento de OCD o por no tener historia en el hospital. Se contrataron 2 ATS y 1 auxiliar para esta fase. Gestoría del Usuario realizó los trámites administrativos.

RESULTADOS

1ª Fase: De 1570 historias solicitadas se encuentran 1091. Se localizaron 26 exitus, 151 sin mención de OCD en la historia y 66 que ya tenían el oxígeno suspendido. Gestoría contactó, en total, con 868 pacientes. El coste por paciente contactado fue de 1.006 pts (total 873.208 pts). Las terapias suspendidas en esta fase supusieron 33.083.235 pts. 2ª Fase: Se revisaron 572 pacientes. Los gastos de personal (2 ATS y 1 auxiliar) fueron 1.205.750 pts. Se retiraron 155 tratamientos que suponen 21.102.475 pts.

CONCLUSIONES

Ahorro neto del programa: 52.106.752 pts. 2) A largo plazo el ahorro disminuye porque un determinado número de pacientes necesitaron reinstauración de OCD. 3) Dado que el sueldo de un FEA y un ATS es 7.226.838 y 4.462.121pts/año respectivamente, si se invirtiera en personal, permitiría dedicar un FEA y un ATS durante 4.3 años al control de la OCD.

RESULTADOS GLOBALES DE LA REVISIÓN DE PACIENTES CON OCD

C. J. Castillo Aguilar, G. Sáez Roca, S. Merlos Navarro, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, J. M. Díez Piña, M. M. Valdivia Salas, G. Giménez Lozano.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de OCD en nuestro área sanitaria es de 470/100.000, motivo por el que se realiza una revisión de pacientes seleccionados a partir de sus historias clínicas.

OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes con dudas para el mantenimiento de la OCD, identificar errores y retirada de la OCD si no cumplían los criterios de prescripción.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre septiembre 98 y mayo 99, se revisan los pacientes con OCD supuestamente mal prescrita, pacientes con OCD mal mantenida; pacientes sin Historia clínica 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 de oxígeno, y cumplimiento. Se realizó además gasometría basal, espirometría y pulsioximetría.

RESULTADOS

Se citan a revisión 546 pacientes pero acuden 480 (88%): 345 varones (72%) y 135 mujeres (28%). Edad media 71,4 y 72,5 respectivamente. El diagnóstico más frecuente fue EPOC 68,6%, seguido de cardiopatía (9,9%).

La prescripción partía de Neumología en 49% y Urgencias 19%. Había un alto porcentage de pacientes que hacían un mal cumplimiento de OCD (71% lo usaban menos de 15h y un 23% menos de 8 horas). La fuente fue cilindro en 93,4% y sólo un 0,8% disponían de oxígeno líquido. El 11% de los pacientes referían un mal cumplimiento subjetivo del tratamiento médico y un 10,9% persistía con el hábito tabáquico. Suspendimos la OCD en 155 pacientes (32,2% de revisados).

CONCLUSIONES

1) En nuestro medio hay un alto porcentaje de mala indicación y de mal cumplimiento de la OCD, de tal forma que solo 83 pacientes (21%) obtienen los beneficios de la OCD. 2) Es necesario un seguimiento de los pacientes con OCD, para confirmar el mantenimiento de la indicación, insistir en el cumplimiento y controlar el hábito tabáquico.

RENTABILIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA (OCD)

G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J. M. Díez Piña, M. J. Linares Serrano, S. Merlos Navarro, S. López Ortiz, J. Alvarez Benticuaga, L. Cabrera Torres.
Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Tras nuestro programa de control de OCD, donde se revisaron las OCD existentes hasta diciembre 97, nos informa la empresa suministradora de 500 nuevas prescripciones en un periodo de 15 meses (enero 98-mayo 99).

OBJETIVOS

Analizar las aparentes nuevas prescripciones de OCD y realizar seguimiento evolutivo de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde septiembre 1999 se abre dos días semanales la consulta monográfica de OCD. En ella se revisan pacientes con prescripción: 1) entre enero 98 y mayo 99, con una media de tiempo transcurrido hasta la revisión, de 1 año, y 2) a partir de septiembre 99, estos últimos fueron revisados al mes de su instauración. Se realizó gasometría, espirometría, y se recogieron datos acerca de la prescripción.

RESULTADOS

Se citan a revisión 223 pacientes (26 no acudieron), siendo 148 pertenecientes al primer grupo y 75 los correspondientes al periodo septiembre-diciembre 99. En el primer grupo, se advierte que 20 pacientes (13,5%) tenían OCD con anterioridad a enero 98. Los resultados de ambos grupos no difieren en cuanto a idoneidad de la prescripción (correcta 77,3%), Servicios prescriptores (Neumología 44%), patología más frecuente (EPOC 42,6%), edad y sexo (66,8% varones, edad media 70,7 años, y 33,2% mujeres, edad media 74,8 años), ni porcentaje de suspensión tras la visita (27,3%). La revisión al año y al mes la prescripción, permite el cese en 27% y 28% respectivamente.

CONCLUSIONES

Los datos de la empresa suministradora son inexactos como indicación de primera prescripción. 2) La proporción de suspensión es la misma cuando se revisan los pacientes al mes que cuando se revisan al año. 3) La revisión precoz (<3 m.) de OCD recién instauradas, demuestra la eficacia de la consulta mongráfica continuada, frente a los programas transversales de control.

ANÁLISIS ECONÓMICO DE UNA INCORRECTA INDICACIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

B. Poyato*, M. González M*, J. Torres, J. J. Cebrían, F. Páez, E. Mora, J. Pérez, A. Valencia, J. J. Porras*.
S. Neumología, Hospital Carlos Haya. Málaga. *S. M. Interna, Hospital Antequera.

OBJETIVOS

Analizar el coste económico que se derivaba de una incorrecta indicación de la Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) para la población sectorizada de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia de enero a mayo de 1998 sobre una población de 350.000 habitantes. A través de un listado proporcionado por la empresa suministradora se citaron 642 pacientes con OCD. Se practicó basalmente gasometría arterial (GA) y pulsioximetría digital (POX). Se suspendió o mantuvo la prestación según los criterios establecidos por la Sociedad Española de Aparato Respiratorio.

RESULTADOS

Al inicio del estudio existían 642 pacientes con OCD que sumaban 667 servicios (tasa de OCD de 183,4/100.000 habitantes). Se valoraron 586 pacientes que sumaban 606 servicios: 159 concentradores (26,2%), 425 cilindros fijos (70,1%) y 22 cilidros portátiles (3,7%). Se retiraron 383 terapias (63,2% de las revisadas): 61 concentradores, 312 cilindros fijos y 10 cilindros portátiles. El ahorro económico mensual que supuso la retirada de dichas terapias para la administración fue de 5.589.731 pesetas.

Al finalizar el estudio en mayo de 1998 existían 271 pacientes en programa de OCD que sumaban 284 servicios (tasa de OCD de 77,4/100.000 habitantes). Su coste aproximado era de 4.200.000 pesetas mensuales.

A finales de octubre de 1998, después de haberse suspendido durante 5 meses la consulta monográfica existían 427 pacientes en programa de OCD que sumaban 446 servicios (tasa de oxigenoterapia de 122/100.000 habitantes). El gasto aproximado que suponía para la administración estos servicios era de 6.700.000 pesetas mensuales, 2.500.000 más de lo que se pagaba en mayo y suficiente para una consulta permanente.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio desde el punto de vista económico, el ahorro superó claramente la inversión realizada en la revisión transversal. Los programas de control no sólo son importantes para la eficacia de la OCD sino que controlan el gasto sanitario, y en este sentido las revisiones puntuales solo tienen un efecto transitorio.

ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA OCD EN EL ÁMBITO SANITARIO D.BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA

P. Iñigo Naranjo*, J. C. Tapia Regidor*, A. Castañar Jover**, A. Pérez Fernández**, F.L. Márquez Pérez**, F. Fuentes Otero**.
*Hospital D. Benito-Villanueva. **H Infanta Cristina. Badajoz.

OBJETIVOS

Conocer el número de enfermos en tratamiento con OCD. Comprobar si existe una correcta indicación del tratamiento. Grado de cumplimentación del tratamiento.

METODOLOGÍA

Estudio puntual de los pacientes con OCD en el ámbito sanitario D. Benito-Vva de la Serena a 1-7-99. Listado de pacientes en tratamiento con OCD. Revisión en consulta de OCD durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre. Realización de GAB a todos los pacientes previa a la consulta.

RESULTADOS

De los 546 pacientes que figuraban en la lista propor-

cionada por el S. de Cargos del Hospital, 91 habían fallecido y 23 no recibían ya tratamiento en el momento en que eran citados para la consulta, de los 432 restantes fueron revisados 278, el resto, 152, no pudieron revisarse por diferentes motivos. De los 278 pacientes estudiados 228 eran varones (82,01) y 49 mujeres (17,6) con una edad media de 73.08 años. En 216 casos la indicación de OCD había sido establecida por Internistas, en 36 por Neumólogos, en 10 por Cardiólogos y en 11 casos por Médicos Generales y en 5 casos no se conocía. Sólo 129 pacientes (46,4%) tenían un PO_2<60, de los cuales sólo 35 referían un tiempo de utilización de oxígeno igual o > a 15 horas.

CONCLUSIONES

El número total de pacientes que recibían OCD con fecha 1-7-99 era de 436. En 133 pacientes (47,8%), la indicación de tratamiento con OCD no era correcta . Sólo 61 pacientes (21,9%) decían utilizar el oxígeno un tiempo igual o superior a 15 horas.

UTILIDAD DE LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA

S. Merlos Navarro, G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, J. M. Díez Piña, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, E. Granados Valverde, M. Guillamón Sánchez, S. López Ortíz, L. Cabrera Torres.
Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Basándonos en datos de nuestra empresa suministradora, la prevalencia de Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) en nuestro ámbito sanitario es de 470/100.000 habitantes (h), cifra que se desvía sobremanera de la media nacional (115/100.000 h).

OBJETIVOS

Con el fin de analizar estas diferencias y soslayar las posibles deficiencias se llevó a cabo una revisión de historias clínicas para definir cuáles fueron los criterios de indicación y/o mantenimiento de OCD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal entre Mayo 98-Mayo 99 que analiza, basándose en criterios de la SEPAR, la prescripción y mantenimiento de OCD de un conjunto de pacientes (p) que recibían este tratamiento en Diciembre de 1997.

RESULTADOS

De un total de 1.570 p que recibían OCD se revisaron 1.091 historias, no viéndose reflejado este tratamiento en el historial de 241 p. Los 850 p analizados se dividen en: grupo A (prescripción correcta) 648 p (76,2%) y B (incorrecta) 202, de ellos, el 13 % (111 p) recibió OCD con PO2 > 60 y el 10,8% (91 p) sin gasometría basal. Los datos del seguimiento reflejan que en el grupo A se mantuvo la indicación correcta en 353 p (54,5%) e incorrecta en el resto (207 sin gasometría de seguimiento y 88 con PO2 > 60). En 170 p del grupo B se mantuvo la indicación incorrecta y, en el resto (32 p), se documentó PO2≤60.

CONCLUSIONES

1) El 23,8% de los p que reciben OCD está inicialmente mal prescrita. 2) En el 45,5% de los p del grupo de prescripción correcta se mantuvo la terapia de forma inadecuada. 3) La prevalencia de OCD inusualmente elevada podría ser explicada en parte por la inapropiada indicación y/o mantenimiento de la misma. 4) Este análisis por historias permite seleccionar los pacientes que deben ser revisados y establecer un orden de prioridad.

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA

B. Poyato*, M. González*, J. Torres, F. Páez, J. J. Cebrían, M. Arzola, E. Mora, A. Valencia, J. J. Porras*.
S. Neumología Hospital Carlos Haya. Málaga. *S. M. Interna. Hospital Antequera.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia dela Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD) en la población sectorizada correspondiente a nuestro hospital y la utilidad de las consultas monográficas en OCD.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal de prevalencia desde enero a mayo de 1998 sobre una población de 350.000 habitantes. A través de un listado proporcionando por la empresa suministradora se citaron 642 pacientes con OCD. Se aplicó un cuestionario con datos clínicos y sobre el uso de las terapias domiciliarias. Se practicó basalmente gasometría arterial (GA) y pulsioximetría (POX) para analizar las indicaciones correctas de OCD. Se suspendió o mantuvo la prestación según los criterios establecidos por la Sociedad Española de Aparato Respiratorio.

RESULTADOS

Al comenzar el estudio existían 642 pacientes en programa de OCD que sumaban 66 servicios. La tasa de oxigenoterapia era de 183,4/100.000 habitantes. Se valoraron 586 pacientes (91,3%) que sumaban 606 servicios.Se retiraron 383 terapias (63,2% de las revisadas).

Al finalizar el estudio existían 271 pacientes en programa de OCD que sumaban 284 servicios . No revisaron 56 pacientes (8,7%) por no acudir a la consulta a pesar de numerosas citaciones, así como tampoco se revisaron las nuevas prescripciones realizadas durante el tiempo del estudio. La tasa de oxigenoterapia en mayo de 1998 al finalizar el etudio era de 77,4/100.000 habitantes.

A finales de octubre de 1998 después de haberse suspendido durante 5 meses la consulta monográfica existían 427 pacientes en programa de OCD que sumaban 446 servicios, lo que suponía una tasa de oxigenoterapia de 122/100.000 habitantes.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la OCD en nuestra área hospitalaria antes del control en consulta específica era muy elevada.

Para evitar el aumento incontrolado de la OCD (que en nuestro estudio fue de 162 prestaciones en 5 meses) los programas de control puntuales deben ser complementados por el seguimiento longitudinal de los pacientes.