

EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN EL ASMA BRONQUIAL A LARGO PLAZO

J. M. Ignacio, F. Cabello, M. Pinto, M. J. Chocrón, A. López-Cozar, C. Hita.

Unidad de Neumología H. G. B. Serranía de Ronda. Málaga.

OBJETIVO

Analizar los resultados de un programa educativo de autocontrol para el asma bronquial crónica persistente a los 2 años de su implantación.

MÉTODO

Se analizan con carácter prospectivo los datos de 65 pacientes consecutivos con asma crónica, con edades comprendidas entre 14 y 65 años, que fueron educados con nuestro programa educativo (1) y seguidos durante un período de 2 años. El plan de autocontrol de medicación se diseñó en función de las características individuales de cada paciente, según cambios en los síntomas clínicos u oscilaciones en la medición del flujo espiratorio máximo (FEM). Se comparan datos de morbilidad de 1 año antes del inicio de la intervención con 1 y 2 años después de la misma. La evolución de la función pulmonar se realiza comparando valores de FEV1 (%). Los pacientes son evaluados en el momento de la implantación del programa, 3, 6, 12 y 24 meses

RESULTADOS

63 pacientes concluyeron el estudio, 2 fueron excluidos por cambiar de residencia en una fase muy

precoz del estudio. La edad media de la población estudiada fue de 40 años, el 31% fueron hombres y el 69% mujeres. El 39% fue autocontrolado con FEM y el 61 % con síntomas clínicos. La comparación de los parámetros de morbilidad de un año antes con el primero tras la intervención muestran mejoría en la totalidad de los indicadores ($p < 0,005$), la mejoría detectada al final del primer año, se mantiene en unos indicadores y continúa incrementándose en otros, al final del segundo año. La función pulmonar medido con FEV1 (%) mejora de forma significativa durante el primer año ($p < 0,005$); al final del estudio esta mejoría continua incrementandose ($p < 0,035$)

CONCLUSIONES

Nuestros datos demuestran que la implantación de un programa educativo para el asma, con una visita de refuerzo anual, tiene un impacto positivo sobre la morbilidad y la función pulmonar del asma a largo plazo.

Los pacientes son evaluados en el momento de la implantación del programa, 3, 6, 12 y 24 meses

(1) Am.J.Respir & Crit Care Med. 1.995; 151: 353-359

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL DERRAME PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y EMPIEMA

I. Alfageme Michavila, N. Reyes Núñez, J. Pérez Ronchel, J. L. Rojas Box, J. Muñoz Méndez, F. Muñoz Lucena. Sección de Neumología. H. U. Valme. Sevilla.

OBJETIVO

El objetivo ha sido analizar los factores que influyen en la mortalidad de los derrames paraneumónicos complicados (DPC) y empiemas (E) secundarios a infección pulmonar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, de una serie

de casos con DPC y E secundarios a infección pulmonar, ingresados en el Hospital Universitario de Valme, desde 1985-99. Se incluyen 217 pacientes con derrame pleural secundario a infección pulmonar. Se recogieron variables que reflejan las características clínicas (modo de adquisición, enfermedades subyacentes, aspecto radiológico), características bioquímicas y resultados microbiológicos del líquido pleural, tratamiento seguido en cada caso. Se realizó un análisis univariante y multivariante (regresión logística bina-

ria). Se considera significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La mortalidad global fue de un 8,8% (19 casos) y la mortalidad atribuible de un 5,5% (12 casos). Variables predictoras de mortalidad global fueron: adquisición intrahospitalaria (OR: 11,860; IC-95%=2,66-52,77; $p=0,001$). Edad (OR: 1,05; IC-95%=1,00-1,09; $p=0,027$). Cirrosis (OR: 14,06; IC-95%=3,37-58,67; $p=0,0001$). Malnutrición (OR: 3,93; IC-95%=1,08-14,32; $p=0,038$). Derrame importante (OR: 3,88; IC-95%=1,06-14,20; $p=0,040$). Ausencia de drenaje (OR: 11,53; IC-95%=2,00-66,38; $p=0,006$). Sobreinfección (OR: 9,18; IC-95%=1,16-72,83; $p=0,036$). Y de mortalidad atribuible:

edad, cirrosis, malnutrición, neoplasia (OR: 25,89; IC-95%=1,91-350,83; $p=0,014$), afectación multilobar (OR: 18,88; IC-95%=1,86-192,10; $p=0,013$), derrame importante y ausencia de drenaje. No intervienen la adquisición intrahospitalaria de la infección y la sobreinfección.

CONCLUSIONES

La mortalidad de los DPC y E se incrementó con la mayor edad, adquisición intrahospitalaria, comorbilidad (cirrosis, malnutrición y neoplasia), derrame pleural de cuantía importante y afectación multilobar pulmonar, ausencia de drenaje de la cavidad y sobreinfección del empiema.

NEUMONÍAS POR *COXIELLA BURNETII* (FIEBRE Q) CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO. FORMAS DE PRESENTACIÓN, EVOLUCIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA Y DIFERENCIAS CON OTRAS ETIOLOGÍAS

F. J. Álvarez Gutiérrez, A. García Fernández, T. Elías Hernández, J. J. Romero Contreras, B. Romero Romero, J. Castillo Gómez.

Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias C. E. Fleming. Unidad médico-quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. H. U. "Virgen del Rocío". Sevilla.

OBJETIVOS

Estudiar de forma prospectiva las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) debidas a *Coxiella burnetii* (Cb), seguidas en una consulta neumológica extra-hospitalaria, examinando las características clínico-radiológicas, su evolución y las diferencias con otras etiologías.

METODOLOGÍA

Se evaluaron los síntomas, presentación radiológica y su evolución, a través de protocolos previamente establecidos. Se realizó el diagnóstico etiológico de Cb por serología, mediante técnica de inmunofluorescencia indirecta.

RESULTADOS

Se estudiaron a 31 pacientes con NAC por Cb (10,7% del total), siendo comparados con 29 pacientes diagnosticados de neumonías por *Mycoplasma pneumoniae* (Mp) y 187 sin etiología filiada o bacterianas (Nb).

Encontramos un mayor número de casos en varones, de procedencia urbana y sin antecedentes epidemiológicos. La edad media de los pacientes con NAC por Cb fue superior a los de Mp. El síntoma más frecuente fue la fiebre y la tos, con escasa o nula expectoración, aunque menos constante que en los casos de Nb. El dolor pleurítico fue más habitual que en las NAC por Mp. La forma de presentación radiológica más común fue el infiltrado alveolar (87%), de distribución en lóbulos inferiores. No encontramos diferencias radiológicas con otras etiologías, aunque sí entre las NAC debidas a Mp y Nb (más frecuencia de infiltrado intersticial en Mp). La evolución de las NAC por Cb tras tratamiento mayoritario con macrólidos fue favorable, siendo necesario su modificación en sólo 6 pacientes.

CONCLUSIONES

Las NAC por Cb seguidas de forma ambulatoria constituyen una etiología frecuente, de presentación clínica recortada y evolución favorable. Encontramos escasas diferencias clínicas o radiológicas con otras etiologías.

PERFIL DE RIESGO Y NECESIDADES ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES CON EPOC AVANZADO

Pedro José Romero Palacios*; María Rosa González Muñoz**; Juan de Dios Luna del Castillo***; Pedro Muñoz Ruiz**; Yolanda León Rosales**; José Antonio Martín Fajardo****

* Neumólogo. Unidad de Neumología. Servicio de Medicina Interna. HGB de Baza.

** Residentes de MFyC. HGB Baza. Granada.

*** Prof. Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

****FEA. Servicio de Análisis Clínicos. HGB Baza.

OBJETIVOS

Determinar las necesidades asistenciales en pacientes con EPOC avanzado. Diseño. Estudio observacional descriptivo transversal, en un período de tres años, entre 1996 y 1999. Ambito. Comarca de este hospital. Sujetos. 409 pacientes diagnosticados de EPOC B II-III. Metodología. De la base de datos de la consulta de neumología extraemos los correspondientes a la exploración funcional respiratoria (EFR), diagnóstico y frecuentación de consultas. De la base de datos del Hospi-

tal (CMBD), obtenemos los relativos a la frecuentación de urgencias e ingresos, y del Laboratorio los correspondientes a los valores analíticos de cada paciente. Los datos obtenidos se han analizado mediante el programa SPSS ver 9.0.

RESULTADOS

En la tabla 1 se resumen los valores gasométricos y funcionales de los pacientes. En la tabla 2 se expresan las necesidades asistenciales.

Tabla 1.
Valores espirométricos

	Media	S
FVC	1,75	0,56
FVC%	56,42	15,39
FEV1	1,04	0,35
FEV1%	42,38	2,39
Tiff%	72,77	21,61
FEF25-75	0,74	0,45
PaO ₂	56,56	10,00
PaCO ₂	42,9	6,81
pH	7,39	0,17
SatO ₂	87,0	8,48

Tabla 2.
Necesidades Asistenciales

	Media	S
UT/mes	0,44	0,41
UR/mes	0,22	0,33
UNR/mes	0,21	0,34
C/mes	0,43	0,40
I/totales	0,20	0,38
IR	0,11	0,26
INR	9,01x10 ⁻²	0,29
DIR/mes	1,28	3,65
DINR/mes	0,41	1,99
Edad	69,62	7,78

ABREVIATURAS

UT: Urgencias Totales; UR: Urgencias de causa Respiratoria; UNR: Urgencias de causa No Respiratoria; C: Consultas; I: Ingresos; IR: Ingresos de causa Respiratoria; INR: Ingresos de causa no Respiratoria; DIR: Días de Ingreso por causa Respiratoria; DINR: Días de Ingreso por causa no Respiratoria.

CONCLUSIONES

La EPOC es una entidad nosológica de gran repercusión sociosanitaria en nuestra zona de salud. Nuestros pacientes requieren atención en urgencias en 5,28 ocasiones anuales, siendo más de la mitad por motivos respiratorios. De aquí se deriva una media de ingresos anuales de 2,52 (20,36 días por año y paciente), siendo el 76% de los mismos por causa respiratoria.

DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN BRONCOSCOPIA INTERVENCIONISTA

Andrés Cosano Povedano, Luis Muñoz Cabrera. Fco. Javier Cosano Povedano, Nuria Feu Collado, Juan Rubio Sanchez, Natalia Pascual Martínez, Ana Escribano Dueñas.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Con el respaldo de la experiencia acumulada en broncoscopia rígida (B.R.) y tras la preparación adecuada de una parte importante de las actuales técnicas en broncoscopia terapéutica, en febrero de 1999 comenzamos la experiencia que hasta finales de 2000 exponemos en esta comunicación. En estos 22 meses hemos realizado 52 tratamientos con broncoláser, 2 con electrocauterio y se han colocado 31 prótesis traqueales o bronquiales. Tras estudiar previamente en cada caso las posibilidades terapéuticas y completarse el protocolo establecido, se programaron las B.R. en un quirófano suficientemente dotado, disponiéndose en el mismo el material necesario. La cohesión de todo el equipo humano que interviene en estas técnicas es prioritaria para su éxito, así como la coordinación con el anestesista junto a la suficiente experiencia y preparación por parte del neumólogo. En cuanto a lesiones inflamatorias cuya etiología más frecuente ha sido la intubación prolongada, los tratamientos realizados han sido: 34 con láser y 1 con electrocauterio. En lesiones tumorales los tratamientos han sido 19 con láser y 1 con electrocauterio. Las prótesis colocadas fueron 19

por patología inflamatoria y 12 por patología tumoral. Las complicaciones más frecuentes han sido la migración de la prótesis en 4 ocasiones y la más grave 1 perforación bronquial. La evolución de los pacientes tras el tratamiento ha sido muy satisfactoria con resolución del problema obstructivo en todos los de etiología inflamatoria menos en 3, uno de los cuales precisó cirugía traqueal y los otros dos fallecieron por complicaciones del TxP del que eran portadores. En cuanto a los tratados por patología tumoral, dos pacientes que tenían tumores benignos pero de implantación sesil precisaron Cirugía y en el resto que eran portadores de tumores malignos irresecables, la técnica utilizada resolvió el problema obstructivo, reseñando sólo un fallecimiento, no relacionado directamente con la técnica, por complicaciones cardíacas. En conclusión, la broncoscopia intervencionista es un avance terapéutico para situaciones de compromiso de la vía aérea principal, que puede ser curativa en lesiones inflamatorias y en tumores benignos, sobre todo si son pediculados y paliativa cuando los tumores son malignos en situación irresecable. Opta a premio

INFORME FINAL SOBRE LA INCIDENCIA DE LAS NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES EN EL ÁMBITO DE NEUMOSUR. EL ESTUDIO RENIA

J. L. López-Campos Bodineau, E. Rodríguez Becerra, I. Alfageme Michavila, L. Muñoz Cabrera, F. L. Márquez Pérez y A. León Jiménez en nombre del Registro de Neumopatías Intersticiales de Neumosur.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de las neumopatías intersticiales (NI) en el área geográfica de Neumosur durante un período de tres años (1998-2000), como paso previo a la puesta en marcha de trabajos multicéntricos.

METODOLOGÍA

Desde Enero de 1998 y con el patrocinio de la Fundación Neumosur, se comenzaron a recoger todos los casos incidentes de NI (81 diagnósticos codificados según la CIE-9MC). Para ello se contactó con todos los hospitales de la red pública de Andalucía y Extremadu-

ra y a aquellos que se mostraron interesados se les envió un cuestionario de registro de cada caso, donde se recogieron datos de filiación y el diagnóstico, así como algún datos sobre la situación clínica. Previamente, se entregó un documento de consenso sobre la codificación y la forma de establecer los distintos diagnósticos.

RESULTADOS

El total de hospitales participantes fue de 31. Tras tres años de estudio y a falta de unos meses para cerrar el registro, se han declarado 500 casos de NI. Las enfermedades con mayor incidencia han sido: Fibrosis Pulmonar

Idiopática con 178 (35,6%) casos, Sarcoidosis con 61 (12%) casos y la Bronquiolitis Obliterante con Neumonía Organizada con 25 (5%) casos. Los hospitales con mayor incidencia fueron: Hospital Virgen del Rocío con 93 (18,6%) casos y el Hospital de Valme con 38 (7,6%) casos, seguidos por H. Infanta Cristina, H. Puerta del Mar y H. Reina Sofía con 31 (6%) casos cada uno.

CONCLUSIONES.

El Registro de Neumopatías Intersticiales de Neumosur ha resultado ser una herramienta útil para conocer la situación de este grupo de enfermedades en nuestra área geográfica.

RUPTURA TRAQUEAL TRAS INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

F. L. Márquez, J. J. Garrido, A. Pérez, A. Castañar, J. M. Checa, F. Fuentes.
Sección de Neumología, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Se trata de dos pacientes que tras sufrir intubación endotraqueal por anestesia general para intervenciones quirúrgicas comienzan a las pocas horas con hinchazón en cuello y parte anterior y superior del tórax. El primer caso presentaba también hemoptisis y estridor. En las pruebas de imagen se objetivó neumomediastino y en la broncoscopia se observaron laceraciones en la *pars* membranosa de la tráquea.

La ruptura traqueal postintubación es una entidad muy rara. Son factores de riesgo la edad avanzada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la terapia con corticosteroides. Suele estar relacionada con dificultades en la intubación o ventilación y se presenta clínicamente como estridor, enfisema subcutáneo, insuficiencia respiratoria o sangrado endobronquial. El diagnóstico se reali-

za con pruebas de imagen que objetivan neumomediastino y se confirma mediante fibrobroncoscopia. Mayor problemática supone el acercamiento terapéutico que dependerá de la localización, naturaleza y extensión de la lesión, así como del mecanismo de producción, la edad del paciente y otros factores de riesgo preexistentes. La mayoría (82%) de los casos comunicados en la literatura han sido tratados quirúrgicamente mediante toracotomía lateral derecha. El tratamiento conservador en UCI es de larga duración y supone estabilización del paciente, adecuada ventilación con bajas presiones en la vía aérea tras asegurar una vía aérea adecuada y profilaxis antibiótica. La tasa de mortalidad global fue del 17%.

Nuestras pacientes evolucionaron favorablemente y curaron sin secuelas con tratamiento conservador.

NÓDULO PULMONAR SOLITARIO: MANEJO QUIRÚRGICO

C. de la Vega, J. Rivas, A. Díaz, M. I. Robles, F. Villuendas, L. Costilla, F. Garrido.
Sº. Cirugía General (Sección Cirugía Torácica) H. U. Puerto Real. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

Se define el nódulo pulmonar solitario como una densidad radiológica rodeada en su totalidad por el tejido pulmonar normalmente ventilado, con márgenes circunscritos, forma redondeada u ovoide y tamaño entre 1 y 6 cm de diámetro mayor. Existen 2 criterios radiológicos de benignidad en esta entidad: falta de crecimiento en un período de 2 años y la existencia de una patrón de calcificación que incluye: nido central denso, múltiples focos puntiformes e imágenes en "ojo de toro" o en "palomita de maíz".

OBJETIVO

Siendo el nódulo pulmonar solitario una fuente constante de discusión, debido a la dificultad diagnóstica que conlleva, hemos realizado una revisión de los casos que se presentaron en nuestro centro en el período comprendido entre enero de 1996 a diciembre de 2000, cuyas baterías diagnósticas no quirúrgicas no fueron concluyentes, constatando la utilidad de la biopsia quirúrgica para el diagnóstico definitivo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudiamos retrospectivamente 21 pacientes que presentaban un nódulo pulmonar solitario radiológicamente.

RESULTADOS

Las edades del grupo en estudio se encontraban en un intervalo que comprendía de los 17 a los 77 años, siendo la media 54 años, sólo en dos casos la edad se encontraba por debajo de los 35 años y ambos se diagnosticaron de malignidad. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de benignidad en seis casos tratándose en dos casos de cuerpo extraño, un hamartoma, una sarcoidosis, una vasculitis granulomatosa de Wegener y un quiste broncogénico. Se constató malignidad en 15 casos, siendo adenocarcinoma nueve de ellos, carcino-

ma epidermoide en 3 casos, metástasis en dos casos (un cáncer de mama y un osteosarcoma) y un caso de Linfoma no Hodgkin.

CONCLUSIONES

Debido al rango de edad alto en el que se encuentra nuestra muestra y teniendo en cuenta que nuestra provincia se sitúa en el segundo lugar de altas de cáncer, en presencia de un nódulo pulmonar solitario cuyas pruebas diagnósticas no quirúrgicas no sean concluyentes de malignidad hemos constatado que, la toma de biopsia mediante intervención quirúrgica ha sido concluyente en el 100% de los casos, siendo diagnosticados de malignidad un 71,4% de los casos. Lo cual nos confirma en nuestra tendencia a la intervención quirúrgica en estos casos dada la importancia del diagnóstico precoz para conseguir que el tratamiento sea oncológico.

ABORDAJE CÉRVICO-TORÁCICO ANTERIOR DE DARTEVILLE EN EL TRAMIENTO DE LOS TUMORES PULMONARES DEL ESTRECHO TORÁCICO

F. Villuendas, J. Rivas, M. I. Robles, J. L. Fernández, C. de la Vega, L. Costilla.

Servicio de Cirugía General (Prof. Garrido). Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Los objetivos que nos marcamos al elegir éste abordaje, fueron entre otros, aumentar la tasa de reseccabilidad y radicalidad de los tumores que afectan a la zona del estrecho torácico, considerada hasta no hace mucho, para algunos, como una contraindicación para cualquier tipo de tratamiento quirúrgico. Nos proponemos el acceso a los tumores de esta localización mediante un abordaje, que a pesar de nuestra corta experiencia, nos parece de gran utilidad.

Presentamos dos pacientes con cáncer del vértice pulmonar que afectan a estructuras del estrecho torácico, tratados mediante un abordaje cérvico-torácico anterior. En ambos casos el tamaño de la tumoración provocaba importantes signos irritativos del plexo braquial

por lo que exigían un tratamiento, a ser posible, liberador del mismo.

Comentamos las indicaciones de éste abordaje, la clasificación tumoral dependiendo de la invasión de las estructuras afectadas, la técnica quirúrgica adecuada, las modificaciones aparecidas en la literatura y los resultados en nuestros casos.

Pensamos que con ésta técnica se obtiene una buena exposición de las estructuras vasculares y nerviosas localizadas en el estrecho torácico y creemos que es una opción adecuada para el tratamiento de tumores pulmonares benignos y malignos que afectan a las estructuras de ésta zona

REQUERIMIENTOS DE HEMODERIVADOS EN UN QUIRÓFANO DE CIRUGÍA TORÁCICA COMO INDICATIVO INDIRECTO DE CALIDAD ASISTENCIAL

R. Barroso Peñalver, A. Blanco Orozco, F. J. De la Cruz Lozano, J. Sánchez Navarro, F. García Díaz, A. Ginel Cañamaque.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias H. H. U. U. Virgen Del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar los requerimientos de transfundir hemoderivados durante el acto operatorio en el quirófano de Cirugía Torácica en los últimos doce meses.

MÉTODO

De forma prospectiva hemos contabilizado el número de transfusiones realizadas peroperatoriamente en todos los pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica y que precisaron anestesia general con intubación orotraqueal.

RESULTADOS

Durante el año 2000 han sido practicadas 482 intervenciones de las que 316 se han realizado bajo anestesia general, habiéndose precisado transfundir al pacien-

te en cinco ocasiones (1 neumectomía derecha ampliada por c. broncopulmonar, 1 pleuroneumectomía por mesotelioma, 1 decorticación y lobectomía inferior por empiema crónico, una tiroidectomía por carcinoma de tiroides intratorácico y una bilobectomía por c. broncopulmonar)

CONCLUSIONES

A pesar de considerarse esta cirugía como de alto riesgo, hemos podido constatar, tras el presente estudio, que los requerimientos de hemoderivados ha sido inferior a lo que estimamos "a priori", poniéndose de manifiesto que se hace necesario redefinir los protocolos de "reserva de sangre para el acto quirúrgico" y en este sentido hemos empezado a trabajar con el S. de Anestesiología a fin de establecer un protocolo más adecuado a la realidad actual.

TRAUMATISMOS TRAQUEALES

R. Barroso Peñalver, A. Blanco Orozco, F. J. De la Cruz Lozano, J. Sánchez Navarro, F. García Díaz, A. Ginel Cañamaque.

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

Desde que se constituyó la Unidad M-Q de Enfermedades del Apto. Respiratorio en nuestro centro (18 meses), hemos tenido ocasión de tratar tres casos de rotura traqueal, que dada la rareza de su presentación y lo controvertido de la conducta terapéutica, nos ha parecido lo suficientemente interesante como para hacer la presente comunicación, máxime cuando se trata de tres mecanismos de producción diferentes y tres actuaciones distintas.

CASO 1

Varón de 19 años de edad que tras traumatismo cerrado de tórax, sin fracturas costales apreciables, presenta imagen radiológica de neumomediastino y neumotórax derecho, apreciándose en la TAC lo que inter-

pretamos como posible rotura traqueal. Tras colocación de drenaje presenta una fuga aérea muy importante por lo que indicamos una toracotomía, apreciándose la existencia de una rotura traqueal de la unión cartilago membranosa en su vertiente derecha inmediatamente por encima de la vena azygos.

CASO 2

Varón de 32 años con TCE severo, fractura de ambas ramas mandibulares y signos de traumatismo directo en cara anterior de región cervical con enfisema subcutáneo en la zona. Radiológicamente se aprecia rotura traqueal de porción cartilaginosa a nivel del tercer anillo. Se practica cervicotomía evidenciándose la lesión y colocando cánula de Shiley.

CASO 3

Mujer de 64 años que tras intervención por artrosis de cadera en otro centro, nos es remitida con sospecha de rotura traqueal. Radiológicamente se evidencia neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical. Por fibrobroncoscopia se pone de manifiesto la existencia de un desgarramiento longitudinal de la porción membranosa traqueal de unos 2,5 cms. que en el momento de la exploración parece que es continente, por lo que tomamos una actitud expectante.

CONCLUSIONES

Los distintos mecanismos de producción de las roturas traqueales, con la consecuente diversidad de lesiones, conllevan una resolución distinta en cada caso, aunque actualmente se tiene tendencia a ser más conservadores en las lesiones traqueales traumáticas, siempre que el estado del paciente lo permita. En los desgarramientos postintubación se puede tomar una actitud expectante si cumplen los criterios de Ross.

RENTABILIDAD DE LA MEDIASTINOSCOPIA EN PATOLOGÍA MEDIASTÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Rivas *, A. Calvo*, C. García **, D. Durán***, B. Sainz**, I. Cobo**, J. Romero**, A. Vargas**.

* Serv. Cirugía. Hospital Univ. de Puerto Real. ** Serv. Med. Interna Hospital Univ. de Puerto Real. *** Serv. Med. Interna Hospital Univ. Puerta del Mar. Serv. Cirugía. Hospital Univ. de Puerto Real. (Prof. F. Garrido García). C. Nac. IV Km. 665. Puerto Real (Cádiz).

OBJETIVOS

Con la experiencia acumulada en los últimos años pretendemos valorar la rentabilidad diagnóstica y su adecuabilidad, en el contexto actual de desarrollo científico y técnico, de la mediastinoscopia en un centro hospitalario de nuestras características. El desarrollo de técnicas diagnósticas no invasivas en patología mediastínica ha llevado a que algunos autores consideren a la mediastinoscopia como una técnica obsoleta en el diagnóstico histológico de la patología de esta localización. Nosotros consideramos la mediastinoscopia indicada: 1.- En el estadiaje del cáncer de pulmón. 2.- En el diagnóstico de masas mediastínicas. 3.- Reevaluación quirúrgica tras tratamiento oncológico. 3.- En la evaluación pronóstica de casos quirúrgicos "borderline".

MÉTODO

Entre enero de 1995 y noviembre del 2000 han sido realizadas 310 intervenciones quirúrgicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, en nuestro servicio de cirugía general. De ellas en 117 ocasiones la intervención fue en

principio de tipo diagnóstico (toracoscopia/mediastinoscopia); seguida en algunos casos de resección quirúrgica según procediera. Como método diagnóstico básico en 35 casos fue utilizada la mediastinoscopia, en sus diferentes formas de realización, tendente al fin de conseguir un diagnóstico histológico. En 31 casos la biopsia fue definitiva por cuanto al diagnóstico y terapéutica a seguir. No hubo mortalidad y únicamente 4 casos tuvieron morbilidad limitada a prolongación del tiempo de estancia hospitalaria por complicaciones menores (pérdida de aire o abundante derrame etc.)

CONCLUSIONES

De acuerdo con estos resultados, creemos que dada la nula mortalidad, escasa morbilidad y fiabilidad histopatológica la rentabilidad diagnóstica de la mediastinoscopia es manifiesta. Pensamos que sigue siendo, en los hospitales de nuestro nivel asistencial y características, una técnica apropiada para el diagnóstico de esta patología y poder de esta forma contribuir a disminuir la carga asistencial de los hospitales de mayor nivel y centros especializados.

TRATAMIENTO CON LASER DE DOS TUMORES DE ESCASA INCIDENCIA EN EL ÁRBOL TRAQUEOBRONQUIAL

M. Contreras, S. Vidal, A. Díaz, G. Pérez, M. A. Palma, P. Díaz.

Unidad de Láser. Servicio de Neumología, H. de Bellvitge. L'Hospitalet. Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El glomangioma (caso 1) y el angiomioma (caso 2), son tumores de rara localización en el árbol traqueo-bronquial. En ambos casos el tratamiento ha sido quirúrgico. Describimos dos casos en los que se aplicó como tratamiento alternativo el láser.

METODOLOGÍA

Caso 1: paciente fumador con criterios de bronquitis crónica, remitido por expectoración hemoptoica. La radiología no mostró ninguna alteración. La fibrobroncoscopia reveló la existencia de una masa redondeada lisa y vascularizada en el tercio medio traqueal que ocupaba el 60% de su luz y que no fue biopsiada por riesgo de sangrado.

Caso 2: paciente fumador con criterios de bronquitis crónica, remitido por hemoptisis y disnea. En la

radiografía observamos un engrosamiento hiliar y en la tomografía axial computarizada una masa en lóbulo superior izquierdo. La fibrobroncoscopia confirmó la existencia de una masa pediculada, en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo que no se biopsió por riesgo de sangrado.

RESULTADOS

En ambos casos se realizó biopsia bajo broncoscopio rígido, el estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de tumor glómico y angiomioma respectivamente. Con la aplicación del tratamiento con láser se consiguió la exéresis completa del tumor.

CONCLUSIÓN

En el tumor glómico traqueal y en el angiomioma, el tratamiento con láser es una buena alternativa al tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO ENDOBRONQUIAL DE LAS ESTENOSIS BENIGNAS DE VÍAS AÉREAS

J. M. Rubio Sánchez, N. Feu Collado, N. Pascual Martínez, A. Escribano Dueñas, J. C. Bioque Ribera, L. Muñoz Cabrera, A. Cosano Povedano, F. Santos Luna.

Unidad de Broncoscopia. Servicio de Neumología. H. U. Reina Sofía.

OBJETIVO

Revisar los resultados tempranos y la tolerancia del tratamiento endobronquial de la estenosis benigna de vías aéreas (EBVA) en nuestra Unidad de Broncoscopia.

DISEÑO

Análisis retrospectivo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde enero de 1999 hasta noviembre de 2000 hemos tratado de 24 pacientes de obstrucción de la vía aérea por estenosis traqueal (ET) o bronquial (EB)

benigna. El tratamiento se hizo a través de broncoscopio rígido (BR) y con anestesia general en todos los casos, realizándose dilatación mediante láser y/o BR y colocación en algunos pacientes de una prótesis endoluminal. Posteriormente se realizó un seguimiento clínico y con fibroscopia.

RESULTADOS

Se trataron 27 EBVA en 24 pacientes (edad media 54 ± 20 años -rango de 14 a 75-, 8 mujeres y 16 varones; 14 ET y 12 EB). **Estenosis traqueal:** De los 14 pacientes tratados de ET (9 tras intubación orotraqueal prolongada -6 de ellos también traqueostomía-, y 5 idiopáticas), se realizó dilatación traqueal en 12 y en 1 se implantó prótesis sin dilatación previa. En 10 pacientes

se colocó prótesis traqueal (5 prótesis de Dumon, 3 de prótesis en T y 2 de Polyflex). **Estenosis bronquial:** Se trataron 13 EB en 10 pacientes (7 estenosis de suturas en 4 pacientes transplantados de pulmón, 2 postcirugía de resección pulmonar, 2 tumores benignos, 1 lesión tuberculosa residual y 1 estenosis postbraquiterapia) realizándose dilatación en todas las EB y colocación de prótesis en 3.

El tiempo medio de seguimiento fue 154 días (rango de 2 a 866). Hubo complicaciones inmediatas en 3 casos (11%): 2 sangrados que se controlaron con hemostasis local y 1 desgarro de cuerda vocal. De las 14 prótesis colocadas, 13 presentaron expansión completa y 1 expansión incompleta. Hubo complicaciones tardías en 14 casos (52%): acúmulo significativo de secreciones

en 10 de las 13 prótesis, granulomas adyacentes a los bordes de las prótesis en 3, migración distal de la prótesis en 3, paresia de cuerdas vocales en 1, plegamiento de la prótesis en 1 y reestenosis en 1. Los resultados finales del procedimiento fueron resolución completa o mejoría significativa en 24 estenosis (89%) y sin cambios en 3 (11%). Cinco pacientes fallecieron durante el seguimiento por causas no relacionadas con el procedimiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la EBVA mediante dilatación y colocación de prótesis produce una mejoría clínica evidente y es un procedimiento seguro y bien tolerado.

STENTS ENDOLUMINALES, ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

F. J. De la Cruz Lozano, F. Soler Cantos, A. Blanco Orozco, R. Barroso Peñalver, J. Sánchez Navarro, F. García Díaz, A. Ginel Cañamaque.

Unidad M-Q de Enfermedades Respiratorias H. H. U. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

En los últimos 18 meses (fecha de la creación de nuestra Unidad M-Q), se han realizado, por parte de Cirugía Torácica, 24 procedimientos de lo que ha venido en llamarse broncoscopia intervencionista, implantándose un total de 16 endoprótesis.

Las prótesis utilizadas hasta ahora han sido las facilitadas por la casa Rüsçh (11-Poliflex-, 2- Poliflex esofágica, 3 - Dynamic bifurcadas). No se han utilizado las de Dumon por no disponer ,hasta hace unos meses ,del aplicador específico.

En 9 ocasiones se implantaron en la traquea y en tres, en bronquios principales,dos en el izquierdo y uno en el derecho. Un enfermo requirió dos prótesis esofágicas. Un stent de traquea se colocó en esófago deliberadamente, por no disponer en ese momento de la prótesis esofágica.

En todos los casos se empleó balón de dilatación y en 4 de ellos se utilizó Laser Diodo con una potencia de 25 W y modo pulsado a 1 sec.

En dos ocasiones la indicación se hizo por un proceso benigno(estenosis traqueal postintubación, estenosis de plastia traqueal) , las esofágicas se colocaron en una ocasión para tratar un faringostoma tras cirugía laríngea

y en otra para paliar una compresión-infiltración extrínseca de esófago por un carcinoma indiferenciado de tiroides, en el resto lo indicamos en procesos neoplásicos del arbol traqueo-bronquial o por infiltración de este por tumores de vecindad.

La anestesia en todos los casos fue general con relajación y Jet ventilation con una FiO2 de 1 a 0,5

Como material utilizamos el broncoscopio rígido (desde hace 6 meses el de Feber Dumon).

Los dilatadores empleados fueron suministrados por la casa Rüsçh y de tres calibres diferentes.

La tolerancia de los stents bifurcados fue excelente y los resultados espectaculares.

En dos ocasiones nos vimos obligados a retirar la prótesis (en las dos estenosis benignas), una a los 35 días de su implante tras haber conseguido el objetivo que nos marcamos y la segunda a las 48 horas por movilización hacia el espacio subglótico.

En otras dos ocasiones retiramos los stents tras haber completado el tratamiento radioterápico, persistiendo una aireación de la zona subestenótica, por lo que lo consideramos como un éxito terapéutico.

NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL EN BRONCOSCOPIA INTERVENCIONISTA

M. A. Hidalgo Rico, A. Fernández Sánchez, C. Peñalver Mellado y E. Castillo Díaz.

Servicio de Neumología. Hospital Clínico "San Cecilio". Granada.

OBJETIVOS

Dar a conocer a la comunidad neumológica andaluza nuestra incipiente experiencia en el tratamiento broncoscópico de las estenosis de la vía aérea principal, describiendo la casuística y comentando las vicisitudes de la puesta en marcha de dichos procedimientos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de nuestros dos años de experiencia en el tratamiento broncoscópico de las estenosis de la vía aérea principal, con broncoscopio rígido, LASER-Diodo y prótesis traqueobronquiales.

RESULTADOS

Se han realizado 39 tratamientos en 25 pacientes, la mayoría de los cuales (72%) fueron enviados de otros centros hospitalarios de nuestra comunidad autónoma.

Ha habido un leve predominio de las estenosis benignas (52%) sobre las malignas, llamando la atención el alto porcentaje de estenosis idiopáticas (33,3 %) entre las benignas fibrótico-cicatriciales. Se han colocado 13 prótesis traqueobronquiales, la mayoría de las cuales han sido endoprótesis de silicona tipo Dumon.

DISCUSIÓN

Con respecto a la casuística destacar que la mayoría de los pacientes tratados proceden de otros centros, el alto porcentaje de estenosis benignas y que no hemos considerado el empleo de prótesis metálicas. En cuanto a las dificultades encontradas en nuestro medio para llevar a cabo estos procedimientos, señalar la ausencia absoluta de estímulo por parte del equipo directivo del centro con la consiguiente limitación en la adquisición del material, la mala disponibilidad de quirófanos y la dificultad para formar equipo con el anestésista.

EMBOLIZACIÓN ARTERIAL BRONQUIAL EN EL MANEJO DE LA HEMOPTISIS

N. Pascual, J. M. Vaquero, L. Zurera*, F. Santos, M. N. Feu, J. M. Rubio, A. Escribano, L. Muñoz, A. Cosano.

Servicio de Neumología y Radiodiagnóstico* (Unidad de Radiología Intervencionista). Hospital Regional Universitario Reina Sofía de Córdoba.

OBJETIVOS

Valoración retrospectiva de la eficacia y seguridad de la embolización de arterias bronquiales (BAE) para el manejo de la hemoptisis recurrente y/o masiva.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde enero/92 hasta julio/00 se realizaron 28 BAE pudiendo ser revisados los datos en 24 de ellas. Del total de pacientes revisados 17 son varones (70,8%) y 7 mujeres (20,2%), con edad media de 59 años (rango 20-83). El tiempo medio de seguimiento clínico fue de 34,7 meses (rango 5-106). La etiología del sangrado correspondió a tuberculosis (activa o residual) en 8 casos (33%), bronquiectasias en 5 casos (20,8%), aspergiloma en 2 casos (8,3%), fístula arteriovenosa en 2 casos (8,3%) y otros en 5 casos (20,8%). A todos los pacientes se les realizó fibrobroncoscopia (FBC) previa a la

BAE para la localización del sangrado. Como material embolizante se utilizaron micropartículas de alcohol de polivinilo en 20 casos (83,3%), espiras metálicas en 1 paciente (4,2%), ambos en 2 casos (8,3%) y gelatina (embolizante temporal) en un caso (4,2%). Se analizaron los datos referentes al control inmediato y a largo plazo de la hemoptisis, la presencia de complicaciones y la correlación de los hallazgos broncoscópicos con los angiográficos.

RESULTADOS

Se consiguió control inmediato del sangrado en 20 pacientes (83,3%). Cuatro pacientes requirieron para su control otras medidas: nueva BAE en 1 caso, cirugía en 2 casos y cirugía tras nueva BAE en otro caso. Cinco pacientes (20,83%) presentaron episodios de hemoptisis franca (>100 ml/24h) por encima del 2º mes de seguimiento, sólo uno precisó nueva BAE para su control. En

ningún caso se presentaron las complicaciones descritas para dicha técnica (Sd.postembolización, migración de material embolizante, isquemia medular...). La FBC estableció como localización más frecuente del sangrado el árbol bronquial izquierdo, resultados concordantes con los hallazgos angiográficos .

CONCLUSIONES

En nuestra serie, la BAE es una técnica segura y eficaz para el control inmediato y a largo plazo de la hemoptisis recurrente y/o masiva, evitando, en la mayor parte de los casos, la necesidad de cirugía.

RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA DIAGNÓSTICA/INTERVENCIONISTA

B. Sañz Vera, C. García Vadillo, J. Romero Morillo, A. Vargas Puerto, I. Cobos Moreno.
Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz).

INTRODUCCIÓN

Los ultrasonidos (US) se emplean cada vez mas en el diagnóstico y como técnica intervencionista de las enfermedades torácicas. Además de su bajo costo, tiene la ventaja de poder utilizarse en pacientes críticos, y da información diagnóstica de gran valor: flujos sanguíneos, diferencias tisulares, movimientos fisiológicos, etc. Las indicaciones están claramente establecidas (opacidad pulmonar, engrosamiento pleural, opacidad pulmonar periférica, masas paracardíacas y mediastínicas y alteraciones diafragmáticas).

OBJETIVO

Analizar las ventajas y limitaciones de la ecografía en tiempo real para el diagnóstico, y como método guía de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en la patología torácica.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

A 103 pacientes les fue realizada ecografía en tiempo real con fines diagnósticos/terapéuticos y punción bajo control. La ultrasonografía se realizó para dirigir

toracocentesis diagnósticas en 57 casos y para realizar PAAF en 46 casos.

RESULTADOS

Destacaron las lesiones anecogénicas, seguidas de las focales, disecogénicas, hipoecogénicas y difusas. Los resultados diagnósticos fueron los siguientes: positivo para malignidad (30,1%), procesos inflamatorios (27,2%) y purulentos (13,6%). Los diagnósticos definitivos fueron: neoplasias pulmonares (28,15%), exudados inflamatorios inespecíficos (18,45%), masas de pared torácica (5,82%) y abscesos de pulmón (4,85%). La coincidencia diagnóstica entre la sospecha ecográfica y el diagnóstico definitivo se produjo en el 83,35%. En los derrames pleurales la ecografía se mostró con una sensibilidad del 92,98%, y un valor predictivo positivo (VPP) del 100%. En las masas pulmonares se halló una sensibilidad del 86,49% y un VPP del 100%.

CONCLUSIONES

La elevada rentabilidad de la técnica la hace ser electiva para la obtención de material de estudio citológico/microbiológico y en muchos casos para tratamientos.

CUERPOS EXTRAÑOS ENDOBRONQUIALES EN NIÑOS

M^a. N. Feu Collado, J. Rubio Sánchez, N. Pascual Martínez, A. Escribano Dueñas, J. C. Bioque Rivera, L. M. Entrenas Costa, J. M. Vaquero Barrios, F. Santos Luna.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVO

Analizar nuestra serie de bronoscopias rígidas (BR) realizadas en niños con sospecha de aspiración

de cuerpo extraño (CE), determinando edad, sexo, clínica, expresión radiológica, localización bronquial y naturaleza del CE.

PACIENTES Y MÉTODO

Desde enero-1982 hasta octubre-2000 se han realizado en nuestro Servicio 351 BR en niños, de las cuales 260 fueron por sospecha de aspiración de CE, confirmando el diagnóstico en 177. La BR se realizó bajo anestesia general con ventilación manual y monitorización. Se utilizó el broncoscopio modelo Wolf, empleando fórceps acoplados a la óptica.

RESULTADOS

De los 177 pacientes (hasta 14 años) 112 eran niños y 65 niñas (63,2% y 36,7% respectivamente). La edad media fue de 2,8+2,7 años (intervalo 4 meses-13 años). El 84,2% estaba comprendido entre los 0-4 años. La sospecha clínica de aspiración existió en 107/177 pacientes (61%). La irritación bronquial fue el síntoma más frecuente 132/177. La radiología mostró atrapamiento aéreo en 104/177 casos, cuerpo metálico en

9/177 pacientes y fue normal en 23 casos. El tiempo medio de extracción del CE fue inferior a 7 días en 118/177 pacientes, existiendo gran variabilidad en el resto; el caso más tardío fue de 1 año y medio. La resolución del cuadro fue del 98,5%. La localización más frecuente fue en el árbol bronquial derecho, en un 41,3%. La naturaleza vegetal fue la más frecuente (84%). No existió mortalidad en nuestra serie.

CONCLUSIONES

Los niños tienen mayor riesgo de aspiración de CE. La clínica más frecuente es la irritación bronquial. El diagnóstico precoz de aspiración es importante, ya que la demora ocasiona incremento de las complicaciones. El árbol bronquial derecho es la localización más frecuente. Los vegetales son la naturaleza más habitual de CE. La técnica de elección para la extracción de CE es la BR, prácticamente exenta de complicaciones graves y con un alto rendimiento.

FIBROBRONCOSCOPIA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CORONARIA MODERADA-SEVERA: INDICACIONES, SEGURIDAD Y TOLERANCIA

M. García, A. Dorado, E. Mora, J. M. Pérez, J. L. De la Cruz, A. Valencia.

Unidad de Broncoscopias y Técnicas pleurales. Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVOS

Describir el papel de la Fibrobroncoscopia (FBC) en aspectos de indicaciones, seguridad y tolerancia en pacientes isquémicos moderados-severos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes isquémicos coronarios (n= 77, 70 hombres, 7 mujeres) sometidos a FBC desde los años 1996-2000. Datos obtenidos a través del protocolo utilizado en nuestra unidad y de las historias clínicas de cada

paciente. Criterio de exclusión: ángor estable sin comorbilidad o IAM previo.

RESULTADOS

Enfermos: 71% ingresados, 21% vía ambulatoria. Carácter: normal (74.3%), preferente (21.6%), urgente (4.1%). Indicación principal: sospecha neoplasia (40.8%), hemoptisis (19.7%), infección/neumonía (9.2%), estudio nódulo pulmonar (6.6%), atelectasia (5.3%), otras. Complicaciones: ver tabla 1. EKG: tabla 2. Tolerancia: tabla 3. Fallecimientos: ninguno.

Tabla 1. Complicaciones

	%
Ninguna	80,0
Sangrado	13,3
Intenso reflejo tusige	2,7
Broncoespasmo	1,3
Nauseas	1,3
Alt. Conciencia	1,3
Total	100,0

EKG

	%
No previo	7,8
Normal	29,9
Arritmia leve	9,1
Arritmia Moderada	6,5
Arritmia severa	2,6
Leve alteración	10,4
Moderada alteración	27,3
Severa alteración	6,5
Total	100,0

Tolerancia

	%
No posible FBC	1,3
Muy mala	5,3
Mala	13,2
Aceptable	18,4
Buena	61,8
Total	100,0

CONCLUSIONES

1. La Principal indicación de FBC en estos enfermos es la sospecha de neoplasia.
2. La tolerancia es adecuada en más del 80% de los casos.
3. Cuando la indicación es clara y se realiza en condiciones controladas la FBC en estos enfermos es segura.

RENTABILIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PULMONARES EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

J. Pérez Ronchel, J. Muñoz Méndez, I. Alfageme, J. L. Rojas Box, N. Reyes, I. De la Cruz, J.* Corzo.

Unidad de Respiratorio y * Unidad de Enfermedades infecciosas del Hospital de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar la rentabilidad de la FB en el manejo de las afecciones pulmonares en pacientes con infección VIH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de FB realizadas a pacientes con infección VIH, entre los años 1994-99. Se valoraron datos epidemiológicos, radiológicos, microbiológicos (M), anatomopatológicos (AP), hallazgos endoscópicos, complicaciones, diagnóstico definitivo y eficacia de la FB. La eficacia de la FB se consideró positiva si existían alteraciones endoscópicas o el estudio M y AP de las muestras obtenidas eran patológicos.

RESULTADOS

Se recogieron 140 FB realizadas en 117 pacientes. En todas las FB se realizó broncoaspirado (BAS) y lavado broncoalveolar (BAL). Se incluyeron 19 (14%)

mujeres y 98 (86%) varones con $33,38 \pm 6,5$ años de edad media. 101 (72,1) eran adictos a drogas y en 39(28%) existían otros factores. Las categorías VIH eran: A1 (5), A2 (6), B1 (2), B3 (7), C1 (3), C2 (11), C3 (101). Se hallaron 98 alteraciones FB:infecciones 84 (50%) (p. carinii 32, bacterianas 32, TBC 17, criptococo 1, CMV 1); 18 (11%) pacientes tenían alteraciones endoscópicas (alteraciones tumorales 6 (0,04%)). La eficacia fue positiva en 81 (58%) y negativa en 59 (42%). La rentabilidad global fue: sensibilidad 88%, especificidad 51%, VPP 78%, VPN 69% y exactitud 76%; para TBC: sensibilidad 65%, especificidad 100%, VPP 100%, VPN 93% y exactitud 94%; para p carinii: sensibilidad 91%, especificidad 100%, VPP 100%, VPN 97% y exactitud 98%.

CONCLUSIONES

La FB es una herramienta muy útil y con escasa morbilidad para el manejo de las afecciones pulmonares en los pacientes con infección VIH.

CÁNCER DE PULMÓN Y METÁSTASIS CEREBRAL: CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS AL INICIO DEL DIAGNÓSTICO

I. Gaspar, F. Miralles, J. C. López*, E. Mora, J. M. Pérez-Díaz, A. Valencia..

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga. *Servicio de Neurología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

PROPÓSITO

Revisar las características clínicas, de estadiaje y anatomía patológica de los pacientes con neoplasia pulmonar en los que al inicio de su estudio se

sospechó la presencia de metástasis cerebral comparando el grupo en los que se confirmó con el de aquellos en los que se descartó, valorando si de estos resultados pueden derivarse cambios en la conducta diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de 55 pacientes con sospecha de metástasis cerebral por presentar clínica neurológica entre 1.6.1996 y 1.6.2000. Demostrada o descartada dicha metástasis mediante TAC y/o RM con contraste, se dividieron en: grupo con metástasis cerebral o GMC (n: 29, 25 varones, edad media: 58,7+/-11 años) y grupo sin metástasis cerebral o GSMC (n: 26, 26 varones, edad media 66,4+/-7 años). Se confeccionó un protocolo de extracción de datos clínicoradiológicos, de estadiaje (sin considerar SNC) y tipo histológico.

RESULTADOS

Entre ambos grupos hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en edad y tipo histológico (tabla). El GMC debutó más frecuentemente con clínica neurológica que el GSMC (62,1 % vs 15,4 %, $p < 0,001$). Los síntomas respiratorios fueron menos frecuentes en el GMC (44,8 % vs 73,1 %, $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, hábito tabaquico, FEV1, localización pulmonar, presencia de cuadro constitucional ni categorías T, N ni M. Excluido SNC, en el GMC 2 casos (6,9 %) estarían en estadio Ia y 5 en Ib (17,2 %). En 41,4 % la metástasis cerebral fue única.

	Epidermoide	Adenoc	Cs Grandes	Microcítico	Indif no micron
GMC	20,7 %	44,8 %	13,8 %	10,3 %	10,3 %
GSMC	61,5 %	23,1 %	0 %	11,5 %	3,8 %
p	0,002	0,09	ns	ns	ns

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes con cáncer de pulmón y sospecha de metástasis cerebral, ésta es más probable si son más jóvenes, debutan con clínica neurológica y presentan síntomas respiratorios menos evidentes, no

estando determinada por factores como el hábito tabaquico, FEV1, cuadro constitucional o localización pulmonar. La presencia de metástasis cerebral en estadios poco avanzados apoyaría la idea de realizar sistemáticamente un TAC y/o RM en los tipos histológicos no epidermoides.

CITOLOGÍA TUMORAL EN EL DERRAME PLEURAL DE PEQUEÑO VOLUMEN DEL CARCÍNOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM)

A. Arnau, E. Martín Díaz*, F. Regueiro, D. Pérez, R. Saument y A. Cantó.

Sv. de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Valencia.

*Sv. de Cirugía Torácica. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

OBJETIVO

Analizar el derrame pleural (DP) de pequeño volumen hallado en técnicas de imagen o inesperadamente en la toracotomía de los pacientes (pts.) con CPNM.

PACIENTES Y MÉTODOS

Entre 1043 pts. con CP se seleccionaron retrospectivamente aquellos con CPNM y DP que sin ser evidente en la radiografía de tórax, sí lo fue en la TC, ecografía o toracotomía. En ella se valoró la cavidad pleural y

estudió el derrame. Los pacientes con QT o RT neoadyuvantes fueron excluidos en los estudios de validez de la citología y la supervivencia.

RESULTADOS

Encontramos 188 pts. con DP y CPNM, de ellos 116 (62%) de pequeño volumen. Treinta y ocho se detectaron en técnicas de imagen distintas de la radiología convencional y 78 hallados inesperadamente en la toracotomía. La citología tumoral se observó en 38 de ellos. Hubo metástasis pleural en 14 pts., 7 con citología

tumoral. Fueron 116 toracotomías. Tras el estudio del derrame, la exéresis del tumor y adenopatías se realizó en 95 pts., 30 con citología tumoral y uno con resección simultánea de la metástasis pleural. Por estadios: 24 IB, 19 IIB, 20 IIIA, 37 IIIB y 16 IV. Cuatro pts. fallecieron en el postoperatorio. Excluyendo aquellos con tto. de inducción, la validez de la citología tumoral del derrame pleural mínimo para el diagnóstico de infiltración pleural metastásica por el tumor fue: sensibilidad (S) 50%, especificidad (E) 69%, valor predictivo positivo (VPP) 20% y negativo (VPN) 90%. En ausencia de metástasis pleural, la validez de la citología tumoral para el diagnóstico de infiltración pleural directa por el tumor fue S 36%, E 86%, VPP 89% y VPN 29%. La mediana de supervivencia de los pts. con citología tumoral reseca-

dos fue de 735 días y la supervivencia al año, 2 y 5 años del 55%, 51% y 27%. Entre los pacientes con citología no tumoral reseca dos fue de 1.125 días, 84%, 59% y 47%, respectivamente. Las diferencias de supervivencia entre ambos grupos fueron estadísticamente casi significativas ($p=0,0665$).

CONCLUSIONES

El 62% de los pacientes con CPNM y DP, tienen un derrame pleural no evidente en la radiografía de tórax. La probabilidad de que este derrame coexista con metástasis pleural es del 12%. La mitad de los pacientes con metástasis pleural presentaron citología tumoral. El hallazgo de citología maligna empeora el pronóstico.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CARCINOMA BRONCOPULMONAR (CB) EN UNA CONSULTA NEUMOLÓGICA MONOGRÁFICA

J. Muñoz Gutiérrez, N. Reyes Núñez, A. Bejarano Guillén, M. Gutiérrez Román, F. Muñoz Lucena.
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas y pautas terapéuticas en una consulta monográfica.

METODOLOGÍA

Revisión de las historias clínicas de todos los CB atendidos en el período 1994-2000. Se incluyen 614 pacientes, 94 de ellos con residencia en otras áreas sanitarias.

RESULTADOS

El 97% (593/614) de los casos fueron hombres y el 71% (435/614) tenían mas de 60 años de edad. El 96% tenían antecedentes de tabaquismo con una media de 46 años de fumador. El 23% presentaban antecedentes neoplásicos familiares y un 11% personales. El 57% tenía comorbilidad respiratoria. En el momento del

diagnóstico el 13% estaban asintomáticos. Los estudios de imagen mostraron una masa pulmonar en el 50% y compromiso ganglionar en el 46% (32% N1; 41% N2 y 12% N3). La demora diagnóstica media fue de 107 días. Se obtuvo un diagnóstico citohistológico en el 94% (35% epidermoides, 22% indiferenciados de células grandes, 16% adenocarcinomas, 14% indiferenciados de células pequeñas (ICP) y 7% otros tipos). El estadiaje clínico de los ICP fue limitado en el 67% y el 36% de los NO-ICP fueron estadios precoces (11% IA, 17% IB, 0,4% IIA y 7% IIB). Se indicó quimioterapia y/o radioterapia en el 45% y cirugía en el 27% .

CONCLUSIONES

Las características epidemiológicas no difieren de las descritas en otros estudios del país. Se registra un elevado número de pacientes con enfermedad locoregional avanzada o metastásica.

CARCINOMA BRONCOPULMONAR (CB). SITUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN EL ÁREA SANITARIA SUR DE SEVILLA

N. Reyes Núñez, F. Muñoz Lucena, I. Alfageme Michavila, J. Muñoz Gutiérrez.

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las características del diagnóstico de CB en el área sur de Sevilla.

MÉTODOS

Búsqueda activa de todos los casos de CB diagnosticados en el área en el año 2000. Se incluyen 134 casos: 40 indiferenciados de células grandes, 38 epidermoides, 21 indiferenciados de células pequeñas, 20 adenocarcinomas, 5 con otras histologías y 9 sin confirmación histológica;

RESULTADOS

Se realizaron 220 exploraciones diagnósticas: 139 Fibrobronoscopias (BF), 47 punciones pulmonares transtorácicas (PAPT) y 34 otras exploraciones. El rendimiento global de la BF fue del 59%, (79% en los casos con signos endoscópicos directos y 21% en los casos sin alteraciones). El rendimiento de la PAPT fue del 74%. El 92% fue diagnosticado en Neumología y el 45% no precisó hospitalización para el diagnóstico.

Tipo de demora	n	media	Mediana	Intervalo
Síntomas – 1ª Consulta	92	42	22	0 - 345
1ª Consulta – N. Especializado	104	40	18	0 – 328
Especialidad diagnóstica	134	35	15	1 – 720
CB Sintomáticos	114	25	14	1 – 160
CB Asintomáticos	20	93	27	5 - 720
Demora diagnostica global	129	106	80	7 - 733
Demora en toma de decisiones	120	8	4	0 - 77

CONCLUSIONES

1. Se registra una excesiva demora global a expensas de un retraso en consultar los síntomas y en la deriva-

ción del paciente al nivel especializado.
2. El nivel especializado debe acortar los plazos en los CB asintomáticos.

INFECCIÓN/COLONIZACIÓN NOSOCOMIAL DE LAS VÍAS AÉREAS POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN UNA PLANTA DE MEDICINA

J. Salas, L. Cassini*, M. C. Rogado*, T. Cabezas**, R. Álvarez-Ossorio***, G. Cruz, M. Delgado, F. Rivera, F. Laynez, R. Cotos, F. Díez.

Unidad de Neumología*. Servicio de Medicina Interna. Laboratorio de Biotecnología**. Servicio de Prevención***. Hospital de Poniente, El Ejido, Almería.

INTRODUCCIÓN

El *Acinetobacter baumannii* (AB) es un bacilo gram negativo que por su ubicuidad y capacidad para desarrollar resistencia a los antibióticos, se ha convertido en

el responsable de innumerables brotes de infección nosocomial, fundamentalmente en UCIs. El mecanismo de transmisión más frecuente son las manos del personal sanitario.

OBJETIVO

Presentar la epidemiología del brote y descripción de los pacientes con infección o colonización de las vías aéreas por AB en la planta de medicina de un hospital comarcal.

METODOLOGÍA

Estudio de 20 pacientes en el período comprendido entre el 1 de enero de 1999 y 1 de julio de 2000, en los que se aisló en esputo AB multirresistente, acompañado o no de signos clínicos de infección.

RESULTADOS

A raíz de un caso índice que fue un paciente trasladado de otro centro con neumonía nosocomial por AB, se han detectado 20 pacientes, con edad media 71,4 años (48-95), siendo el 80% varones. El perfil de los pacientes fue similar: edad avanzada, patología crónica de base (35% diabetes, 50% enfermedad respiratoria

crónica), con ingresos previos en el servicio (35%) y con el antecedente de uso en el mes previo de antibióticos, casi siempre de modo empírico, fundamentalmente cefalosporinas de 3ª G (70%), macrólidos (55%) y quinolonas (30%). El 75% aconteció en la misma zona de la planta de hospitalización. De los pacientes con enfermedad pulmonar, el 8 tenían EPOC y 2 eran asmáticos corticodependientes. En 4 casos el caso se consideró colonización. La estancia media de estos pacientes fue de 26,15 días, siendo el porcentaje de exitus del 40% durante el ingreso.

CONCLUSIONES

La infección nosocomial por AB fue responsable de una elevada morbimortalidad entre los pacientes ingresados en la planta de medicina, así como de una estancia hospitalaria muy superior a la media. Es fundamental la adopción de medidas para el control de su transmisión intrahospitalaria y para evitar la aparición de nuevas cepas multirresistentes.

PERFIL DE SENSIBILIDAD DEL NEUMOCOCO A ANTIBIÓTICOS HABITUALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Calvo Bonachera, J. M. Hernández Molina*, F. Pascual Lledó, M. S. Bernal Rosique.
Unidad de Neumología y Microbiología(*) Hospital "La Inmaculada". Huércal-Overa.

INTRODUCCIÓN

El neumococo es un patógeno frecuentemente implicado en infecciones respiratorias. Se han descrito en nuestro país altas tasas de resistencia del neumococo a penicilina así como tasas importantes de resistencia in vitro a macrólidos. La sensibilidad del neumococo a distintos antibióticos puede variar en distintas zonas.

OBJETIVO

Conocer la sensibilidad del neumococo, en nuestro medio, a antibióticos de uso habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido los aislamientos de neumococos en distintas muestras en el período de tiempo comprendido entre enero de 1995 y noviembre del 2000. Se ha realizado antibiograma testando sensibilidad a distintos antibióticos que incluyen penicilina, cefotaxima, cloranfenicol, azitromicina, claritromicina, cotrimoxazol, oflo-

xacino, rifampicina, vancomicina y tetraciclina. Las cepas aisladas se han clasificado en tres categorías: sensibles, resistentes y de sensibilidad intermedia.

RESULTADOS

El total de aislamientos ha sido de 26. Se han aislado en sangre 13 cepas, 4 en broncoaspirados, 4 en exudados, 2 en esputo, 2 en líquidos biológicos y 1 en un absceso. Se ha realizado antibiograma en 22 aislamientos. El 77% de las cepas en las que se ha testado cefotaxima han sido sensibles y sólo 3 cepas mostraron sensibilidad intermedia. Por el contrario, el 53% de las cepas testadas eran resistentes a cotrimoxazol. Respecto a penicilina, el 59% de las cepas eran sensibles, el 9% resistentes y el 31,8% presentaban sensibilidad intermedia. En relación a los dos macrólidos testados, el 62,5% de aislamientos eran sensibles a azitromicina y el 70,5% a claritromicina, con una tasa de resistencias del 37,5% y 29,5% respectivamente. De las 9 cepas resistentes o con sensibilidad intermedia a penicilina 5 eran sensibles a cefotaxima, 4 resistentes a azitromicina y claritromicina y 6 resistentes a cotrimoxazol.

CONCLUSIONES

1. La tasa de neumococos resistentes a penicilina se sitúa por debajo de otras zonas, aunque hay un porcentaje importante de cepas con sensibilidad intermedia.
2. Alta tasa de resistencias in vitro a macrólidos (azitromicina y claritromicina).
3. Dada las altas tasas de resistencia del neumococo a cotrimoxazol, este antibiótico no es adecuado en nuestro medio para el tratamiento de infecciones por neumococo.
4. La cefotaxima se muestra como el antibiotico con menor tasa de resistencias.
5. Las cepas resistentes o con sensibilidad intermedia a penicilina suelen ser resistentes a macrólidos y cotrimoxazol.

ABSCESO PULMONAR: FACTORES PREDISPONENTES Y COMORBILIDAD ASOCIADA

J. M. Pérez, M. García, A. Dorado, E. Mora, A.Valencia.

Servicio de Neumología.Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVOS

Identificar la presencia de factores epidemiológicos y clínicos en pacientes diagnosticados de absceso pulmonar en nuestro hospital y su posible influencia en términos de supervivencia a corto plazo y estancia hospitalaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han estudiado 35 pacientes (29 hombres y 6 mujeres) con edades comprendidas entre los 25 y 90 años. Exclusiones: HIV+ conocido, neoplasia pulmonar conocida (media=51) diagnosticados durante su ingreso en nuestro servicio en los últimos 10 años. Criterios de diagnóstico: días de estancia, criterios de ingreso, días de fiebre, hemoglobina, radiología y factores de riesgo descritos en RESULTADOS.

RESULTADOS

Ningun fallecimiento durante el período de estudio. Comorbilidad asociada (68%), tuberculosis previa

(14,7%), diabetes (17,6%), tabaco (70%), alcoholismo (55,9%), ADVP (2,9%), problema social (20,6%), inmigrante (8,8%), institucionalizado (11,8%), convulsiones o epilepsia (2,9%), ACV (5,9%), anestesia general (2,9%), instrumentalización (2,9%), caries (58,8%), extracción dentaria (8,8%), sonda naso-gástrica (2,9%), pat. esofágica (5,9%), perfil hepático alterado (44,7%), y perfil renal alterado (5,9%).

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo más prevalentes en nuestra serie son tabaquismo, alcoholismo y problemática social.
2. Sólo un 71% de los ingresos son debidos a criterios estrictamente médicos.
3. Una mayor estancia hospitalaria se correlaciona de forma significativa con la existencia de problemática social, leucocitosis al ingreso y función renal deteriorada.

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS EN LA SERRANÍA DE RONDA

F. J. Cabello Rueda, M. Ortega, M. J. Pérez Santos, A. López Cózar Gil, J. M. Ignacio García.

Unidad de Neumología. Unidad de Microbiología. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga.

OBJETIVO

Analizar las características de presentación clínica y microbiológicas de los pacientes con neumonías y ais-

lamientos de neumococos en nuestro área de ámbito rural.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes diagnosticados de neumonías desde el período enero/1999 a marzo/2000, en los cuales se obtuvo un aislamiento significativo de neumococos. Se analizaron los datos clínicos (edad, sexo, síntomas, alteración radiológica, antibióticos y evolución), así como los datos microbiológicos (muestra aislada, serotipo y sensibilidad).

RESULTADOS

Se obtuvieron 23 casos (13 hombres y 10 mujeres). La edad media fue de 61 años 15 casos tenían comorbilidad (EPOC y cardiopatías las más comunes).

Los síntomas más frecuentes fueron tos con expectoración purulenta, fiebre y sensación disneica. El infiltrado radiológico en 8 casos fue lobar y en otros 8 bila-

teral, siendo los lóbulos más afectados el LID y el LII. Derrame solo en 2 casos. Los neumococos se aislaron 10 de hemocultivos, 9 de esputos, 2 de pleura y 2 de BAS. El serotipo más frecuente fue el serotipo 3 (39%). En el estudio de sensibilidad el 34% de los neumococos fue resistente a penicilina, el 26% a la eritromicina, el 30% a la cefuroxima y el 15% a la cefotaxima.

CONCLUSIONES

En nuestro medio la neumonía neumocócica se presenta con más frecuencia en un paciente varón de unos 61 años, con enfermedad de base, que acude por fiebre, tos y expectoración con disnea y tiene infiltrados lobares inferiores. El neumococo en nuestra área tiene una resistencia a la penicilina del 34%, a la eritromicina del 26% y a cefalosporina de tercera generación del 15%.

ASPERGILOMA EN EL CONTEXTO DE LA PATOLOGÍA PULMONAR QUIRÚRGICA EN PACIENTES INMUNODEPREMIDOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

A. Díaz, J. Rivas, C. de la Vega, I. Robles, F. Villuendas, L. Costilla.
Servicio de Cir. General (Sección C. Torácica). Hosp. Univ. Puerto Real.

OBJETIVOS

Valorar el tratamiento quirúrgico de pacientes inmunodeprimidos con patología pulmonar, incidiendo en aquellos afectados por aspergiloma pulmonar (4 pacientes).

PACIENTES Y MÉTODOS

Entre enero de 1995 y diciembre de 2000 un total de 20 pacientes inmunodeprimidos (18 VIH positivos y 2 VIH negativos) fueron intervenidos por diferentes patologías. De estos pacientes, 4 (20%) fueron diagnosticados de aspergiloma pulmonar y se intervinieron por persistencia de la sintomatología secundaria a cavitaciones pulmonares. En conjunto, se realizaron diferentes procedimientos quirúrgicos en función del paciente y su patología: drenajes aspirativos, decorticaciones, cierres de fístulas, torascopias, resecciones, rafias, plastias y biopsias.

RESULTADOS

La evolución clínica fue satisfactoria en 16 pacientes (80%), de los cuales 3 fueron diagnosticados de aspergilomas. Se reintervinieron a 4 pacientes (20%), uno de ellos diagnosticado de aspergiloma. Durante el postoperatorio 4 pacientes (20%) fallecieron, uno de ellos afectado por aspergiloma.

CONCLUSIONES

La cirugía fue una alternativa válida en estos pacientes, que presentaron alguna o varias patologías subsidiarias de tratamiento quirúrgico. En un paciente la intervención resultó decisiva para el diagnóstico. En los pacientes diagnosticados de aspergiloma el procedimiento quirúrgico fue el único efectivo pues tratamientos médicos previos no lograron la resolución del cuadro clínico.

EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO CON UROKINASA (UK) DE DERRAMES PARANEUMÓNICOS COMPLICADOS Y EMPIEMAS (DPC-E)

M. L. Alemany, L. Paz, M. A. Franco, J. Caballero, R. Llanos*, J. M. Sánchez.

Sección de Neumología. M. Interna*. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

OBJETIVO

Analizar las características de los derrames pleurales (DP) tratados con UK en un servicio de Neumología.

METODOLOGÍA

De forma retrospectiva se revisaron las historias de todos los pacientes de nuestro hospital con el diagnóstico de DPC ó E tratados con UK entre En-96 y Oct-00. Se analizó en cada caso datos clínicos (edad, sexo, tabaquismo, naturaleza del DP - DPC ó E -, volumen total drenado desde el inicio de la UK, días de tratamiento con UK, días entre el inicio del tratamiento con UK y el alta y complicaciones del tratamiento con UK), bioquímicos (pH, glucosa, LDH y leucocitos en líquido pleural) y evolutivos (secuelas tras el tratamiento con UK).

RESULTADOS

Se estudió un total de 33 pacientes (26 hombres y 7 mujeres) cuya edad media fue 54 ± 61617 ; 20 años (rango: 14-96). De ellos, 21 mostraron características bioquímicas de DPC y 12 de empiema. El 61% eran fumadores (24 ± 61617 ; 25 paquete/años). El drenaje

total tras la fibrinólisis fue 1.512 ± 61617 ; 1.225 ml. El tratamiento con UK duró $4,2 \pm 61617$; 2,1 días y desde su inicio hasta el alta transcurrieron $8,6 \pm 61617$; 4,2 días. No hubo diferencias significativas en los parámetros bioquímicos y evolutivos analizados en función de la edad, volumen drenado ni naturaleza del DP (DPC ó E). No hubo complicaciones graves asociadas al tratamiento y sólo 5 casos refirieron dolor local ligero tras la instilación de UK intrapleural. Seis de los 33 casos (18%) desarrollaron secuelas significativas a pesar del tratamiento (pérdida de volumen radiológicamente inferior a un tercio del hemitórax en 4 casos y persistencia de lóculos en 2 casos) y sólo dos casos fueron subsidiarios de tratamiento.

CONCLUSIONES

1. La duración media del tratamiento con UK es de $4,2 \pm 61617$; 2,1 días.
2. El 82% de los DPC-E en nuestro medio tratados con UK intrapleural han mostrado resolución clínica y radiológica completa y ausencia de secuelas significativas.
3. El tratamiento con UK intrapleural no da lugar a complicaciones importantes.

NEUMONÍA COMUNITARIA EN EL ANCIANO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS

J. Hernández Borge, A. García Hidalgo, I. Ugarte Ureta, J. Martín Arroyo, A. Dávalos, J. Caballero. B. Canas.

Unidad de Neumología. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

La neumonía comunitaria (NAC) constituye una de las principales causas infecciosas de muerte en el paciente anciano. El objetivo del estudio ha sido conocer las principales características epidemiológicas y clínicas de la NAC en pacientes mayores de 65 años, tratando de averiguar los factores asociados a mortalidad.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de 13 meses de NAC en mayores de 65 años ingresados en el hospital. Se recogieron múltiples variables demográficas, clínicas y microbiológicas. Se utilizaron tests paramétricos y no paramétricos, así como análisis de regresión logística para valorar los resultados.

RESULTADOS

Se incluyeron 89 pacientes con una edad media de 76 ± 7 años. El análisis univariado indicó que: la procedencia de una residencia de ancianos, la presencia de disnea, la alteración en el nivel de conciencia, la cianosis, la sospecha de aspiración, los días de fiebre tras ingreso, la evolución a las 48 horas del ingreso y los grados de Fine, se asociaron a mortalidad. El análisis multivariado mostró que al ingreso, sólo la presencia de cianosis y los grados de Fine se asociaron independientemente a mortalidad. Sin embargo, una vez ingresados, sólo la evolución a las 48 horas estuvo

independientemente asociada a la mortalidad (OR 474, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

1. La procedencia de una residencia de ancianos, la alteración en el nivel de conciencia y la sospecha de neumoaspiración son importantes factores de riesgo para mortalidad en estos pacientes.
2. Aunque el índice de Fine es un buen predictor de mortalidad al ingreso, las primeras 48 horas parecen fundamentales en la evolución definitiva de estos pacientes.

TUBERCULOSIS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE RIESGO

M. García, A. Varo, A. Dorado, A. Valencia.

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVOS

Identificar la presencia o ausencia de determinados factores de riesgo epidemiológicos y hallazgos clínicos entre los pacientes neumológicos ingresados que terminan siendo diagnosticados de tuberculosis (TBC).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han revisado las historias clínicas de 76 pacientes (62 hombres y 14 mujeres, edad media 40,6 años). Se han excluido de este estudio pacientes de diagnóstico

extra-hospitalario y pacientes HIV+ conocido. Entre los factores de riesgo epidemiológicos se han estudiado: historia de TBC previa, contacto con enfermos, vacunación BCG, alcoholismo, ADVP, problemática social, e inmigración. Entre los factores clínicos: síntomas y radiografía de tórax al ingreso.

RESULTADOS

Las tablas 1 y 2 recogen el desglose por factores epidemiológicos y clínicos respectivamente.

Tabla 1

F. Epidemiológicos:

Problema social	28,9%
TBC previa	18,4%
Alcoholismo	17,3%
Contacto con enfermos	13,2%
Imigrantes	5,3%
ADVP	2,3%

Tabla 2

F. Clínicos:

Síntomas típicos	38,4%
Compatibles	46,6%
Atípicos	13,7%
No síntomas	1,4%
Rx tórax típica compatible	60%
atípica o normal	22,7%
	17,3%

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo "clásicos" son identificables en gran número de pacientes de diagnóstico hospitalario.

2. La problemática social y sus factores asociados son los factores de riesgo más prevalentes.
3. El mayor valor predictivo positivo lo presentó la Rx de tórax.

TUBERCULOSIS EN ÁREA DE MÉRIDA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

*I. González Yáñez, *V. Rivas Jiménez, J. F. Medina Gallardo, P. Cordero Montero, G. García de Vinuesa Broncano, G. Fernández Romero.

Sección de Neumología, * Servicio de M. Interna. Hospital de Mérida.

INTRODUCCIÓN

El área de Mérida consta de 160.000 habitantes y la incidencia actual sólo la conocemos por el boletín epidemiológicos de declaración obligatoria (EDO).

OBJETIVOS

Conocer la incidencia en nuestra área de la TBC y las características de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión de los años 96 y 99 de los registros de historias clínicas de anatomía patológica y laboratorio de microbiología buscando los casos de TBC. Se consulta con los datos publicados en el boletín epidemiológico.

RESULTADOS

Durante el año 1996 se objetivaron 43 casos lo que supone una incidencia de 27,27 por 100.000 hab y en el

año 1999, 56 casos con una tasa de incidencia del 36 por 100.000 hab.

De estos en el 1996 fueron TBC pulmonar en 33 casos un 76% y en el 1999 fueron de 48 un 85%. De la afectación exclusivamente parenquimatosa el diagnóstico clínico-radiológico lo encontramos en un 55% en el año 96 y en el 99 en un 46%. La afectación concordante con el virus de VIH sólo se apreció en 2 casos en cada año 96 y 99. No encontramos resistencias a fármacos de primera línea en ninguno de los dos años. La TBC fue declarada en 1999 en 54 casos (únicos datos disponibles)

CONCLUSIONES

1. La incidencia de la TBC en nuestra área en los dos años estudiados es inferior a la media nacional probablemente en relación con la menor incidencia de VIH.
2. Los diagnósticos clínicos-radiológicos suponen la mayoría en nuestra serie en ambos años.
3. Los casos declarados en el año 1999 se aproxima al número de casos recogidos en nuestro estudio.
4. Destacamos la ausencia de resistencias a medicamentos de primera línea en nuestra área.

ENFERMEDAD PULMONAR POR *MYCOBACTERIUM KANSASII* EN UN ÁREA SANITARIA

J. A. Romero Contreras, D.* Torrado Martínez, A** Arroyo Trillo, M. A. Fuentes Pradera, E. Rodríguez Becerra, A. Verano Rodríguez.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. *Médico de Familia. **Servicio de Microbiología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Describir los aislamientos microbiológicos y casos de enfermedad pulmonar producidos por *Mycobacterium kansasii* (MK) en el área sanitaria correspondiente al Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en el que se han seleccionado los 20 aislamientos de MK obtenidos en el laboratorio de microbiología desde enero 1995 a diciembre 1997, con descripción de las características epide-

miológicas y clínicas de los casos de enfermedad pulmonar por MK según los criterios recomendados por la Sociedad Torácica Americana (1997). Nuestro centro es un hospital terciario que cubre un área con una población de 634.106 habitantes.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 12 casos de enfermedad pulmonar por MK (2 de ellos con afectación diseminada), 7 colonizaciones por MK y una historia clínica no pudo ser localizada, observándose un incremento progresivo a lo largo de los tres años estudiados: 2 casos en 1995, 3 en 1996 y 7 en 1997. La edad media fue de 47 años (19-80) y el 67% eran varones. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: tabaquismo (67%), SIDA (33%), enolismo (33%), lesiones residuales tuberculosas (25%) y EPOC moderado-severo (25%). La presentación clínica más frecuente consistió en tos (92%), expectoración (75%) y fiebre (75%), con un tiempo medio de evolución de los síntomas de 31 ± 10 días. En la radiología se observó consolidación predominante biapical (33%) y en LSI aisladamente (33%), con un 33% de formas cavitadas. La baciloscopia (BK) de esputo fue positiva en el 67% y en 2 de los 4 bron-

coaspirados solicitados. Se solicitaron 4 estudios de resistencias objetivándose 3 monoresistencias para INH y una multiresistencia para H, Z y S. Se inició tratamiento estándar antituberculoso en 9 pacientes tras BK positiva, modificándose posteriormente en estos pacientes y en otros 3 con tratamiento más específico para MK. En 2 casos se requirió el cambio de pauta por toxicidad hepática. La negativización del esputo se produjo a los 2,2 meses (1-4). La duración media del tratamiento fue de 11 meses (9-18). En 8 pacientes (67%) la evolución clínica y radiológica fue favorable, se produjeron 2 fallecimientos asociados a SIDA terminal y 2 pérdidas de seguimiento. La duración media del seguimiento fue de 14 meses (4-34). Las especialidades que siguieron los casos fueron Neumología (58%) y Medicina Interna (42%).

CONCLUSIONES

1. Se aprecia un aumento de los casos de enfermedad pulmonar por MK a lo largo de los años del presente estudio.
2. El tratamiento convencional utilizado frente a MK (H, R y E) resulta eficaz.
3. El pronóstico de la enfermedad está en relación con la patología basal del paciente.

ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA

P. Ramos, J. A. Quintano, R. Bermejo, J. Blasco, S. García, J. A. Hermosa. y el "Equipo Chlasma-99".
Facultad de Farmacia (Vitoria) y Centros de Salud del Área Lucena- Cabra- Montilla (Córdoba).

OBJETIVOS

En los últimos años se ha relacionado la *Chlamydia pneumoniae* (Cpn) con el origen y desarrollo de algunos casos de asma. Por sus efectos antibióticos y antiinflamatorios, hemos valorado la eficacia de roxitromicina en el tratamiento del asma mediante el estudio de la respuesta serológica a Cpn.

METODOLOGÍA

Ensayo clínico realizado en el área de Lucena-Cabra-Montilla. Fueron seleccionados 92 asmáticos de 183 enfermos (edad media 42 ± 3 años) con IgG antiCpn = 1:16 (IMFI, inmunofluorescencia indirecta, MRL Diagnostics EEUU). Los asmáticos seleccionados fueron incluidos en un ensayo clínico doble ciego, con placebo y randomizado en el que utilizamos roxitromicina (RXT) durante 21 días de tratamiento (un comprimido

de 300 mg/día). Ocho semanas después de iniciado el tratamiento se realizó un nuevo estudio serológico, considerándose positivo una disminución de dos o más niveles en las titulaciones. Estudio estadístico, test de chi-cuadrado.

RESULTADOS

Después del tratamiento el grupo tratado con RXT redujo significativamente sus titulaciones frente a los pacientes que recibieron placebo. En concreto el 55% de los pacientes tratados disminuyeron sus titulaciones en dos o más niveles frente al 15% del grupo placebo ($p < 0,012$).

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren la posible participación de la Cpn en algunos casos de asma. Así mismo parece que

los efectos bactericidas y antiinflamatorios de la RXT reducen la bacteria y sus titulaciones, acompañándose de una mejoría clínica. Resulta imprescindible la continuidad de este tipo de estudios para concretar la utilidad de la RXT en el tratamiento del asma.

(Estos resultados pertenecen al Ensayo Clínico CHLASMA-99 aprobado por el Ministerio de Sanidad con el protocolo 99-0485).

VARIABLES ANALÍTICAS RELACIONADAS CON LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES ASMÁTICOS CORTICODEPENDIENTES

A. Conde Valero, M. Contreras, E. Castillo Díaz, M. A. Hidalgo Rico, C. Peñalver, A. Fernández, M. Pedrosa Arias, M. Gallardo Medina.

S. Respiratorio. Hospital Clínico. Granada.

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una complicación bien conocida del tratamiento crónico con corticoides que puede resultar en una significativa morbilidad y mortalidad. El hiperparatiroidismo secundario es un factor de riesgo en el desarrollo de osteoporosis, aunque no se encuentra establecida su influencia en la disminución de la masa ósea en pacientes asmáticos corticodependientes (PAC).

OBJETIVOS

Caracterizar la afectación de la densidad mineral ósea (DMO) en PAC y analizar sus factores determinantes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudiamos 90 PAC (Edad: 42 ± 13 años, 73 mujeres y 17 varones). Determinamos variables clínicas, niveles séricos de 25-OH-Vitamina D (25OHD), hormona paratiroidea intacta (iPTH), fosfatasa alcalina total (t-ALP), isoenzima ósea de la fosfatasa alcalina (b-ALP), osteocalcina (BGP), fosfatasa acida tartrato-resistente (TRAP), valores urinarios del telopeptido C-Terminal del colágeno tipo I corregidos por creatinina (Ctx) y densidad mineral ósea (DMO) en

columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF) mediante densitometría dual de rayos X (DEXA, Hologic QDR 1000).

RESULTADOS

Aplicando los criterios densitométricos de la OMS, 18,9% fueron considerados osteoporóticos, 53,3% osteopénicas y 27,8% normales. La prevalencia de déficit de vitamina D (DVD: 25OHD < 15 ng/ml) fue del 44,2%. Las concentraciones de iPTH, bALP, TRAP fueron significativamente superiores en el grupo con DVD ($p < 0,05$). La concentración sérica de iPTH fue significativamente superior en el grupo de pacientes osteoporóticos ($p < 0,001$). Tras ajustar por el resto de las variables encontramos que la dosis acumulada de prednisona, el peso y la iPTH eran predictores independientes significativos de la DMO (Z-Score) en CL y CF. Estos modelos explican el 36,9% de la variabilidad observada en CL y el 50,7% en CF ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran que el hiperparatiroidismo secundario se asocia con la presencia de osteoporosis en pacientes asmáticos corticodependientes.

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CORTICOIDEO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, EN PACIENTES ASMÁTICOS

A. Conde Valero, M. Contreras, M. A. Hidalgo, E. Castillo, A. Fernández, C. Peñalver, M. Pedrosa, M. Gallardo, M. Palma. S. Respiratorio: Hospital Clínico. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde la introducción de los corticoides, la calidad de vida de los pacientes asmáticos ha mejorado notablemente. No obstante, es deseable optimizar al máximo su utilización dados los efectos secundarios. Nuestros objetivos fueron: describir el perfil de utilización de corticoides en una cohorte de pacientes asmáticos atendidos en una consulta de Neumología de un hospital de tercer nivel y analizar si la adecuación del tratamiento esteroideo a las guías de práctica clínica se asocia a menores dosis acumuladas de corticoides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de 90 pacientes asmáticos (73 mujeres y 17 varones) corticodependientes atendidos de forma consecutiva en la consulta de Neumología del Hospital Clínico San Cecilio. Se definió utilización adecuada a las guías de práctica clínica cuando el tratamiento con corticoides sistémicos de forma prolongada se indicó solamente después de alcanzar dosis máximas de corticoides inhalados (1600 µg/d de budesonida o 2000 µg/d de beclometasona). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 9.0 para Windows: análisis descriptivo y comparación de medias mediante prueba de la t de Student.

RESULTADOS

La distribución de la población de estudio en función del estadio de la enfermedad fue: 9 pacientes (10%) en estadio intermitente infrecuente, 17 (18,9%) intermitente frecuente, 57 (63,3%) crónico, 7 (7,8%) crónico grave. La duración de la enfermedad fue de $14,2 \pm 8,5$ años; el tiempo de tratamiento medio $12,2 \pm 7,8$ años; la dosis media de corticoides inhalados fue de 1.196 ± 743 mg de budesonida o equivalente en beclometsona, y la de corticoides sistémicos de $10,6 \pm 15,6$ gr de prednisona. Cincuenta y seis pacientes (62,2%) recibían únicamente corticoides inhalados en el momento del estudio, 3 (3,3%), sólo corticoides orales y 31 (34,4%) ambos. Un 25% de la población recibió tratamiento corticoideo por vía oral de forma inadecuada. Los pacientes en los que el tratamiento corticoideo se adecuó a las guías de práctica clínica presentaron una dosis media de corticoides acumulada significativamente menor que los que no lo hicieron ($22,1 \pm 20,8$ vs. $6,35 \pm 10,7$ g.; $p = 0.000$).

CONCLUSIONES

Hasta una cuarta parte de los pacientes de nuestra serie recibieron corticoides por vía sistémica sin haber agotado las dosis máximas de corticoides inhalados. La inadecuación del tratamiento a las normas consensuadas repercute directamente en mayores dosis acumuladas de corticoides sistémicos.

UTILIDAD DE LOS MARCADORES DE METABOLISMO MINERAL EN LA PREDICCIÓN DE LA PÉRDIDA DE MASA ÓSEA EN PACIENTES ASMÁTICOS CORTICODEPENDIENTES

A. Conde Valero, M. Contreras, C. Peñalver, A. Fernández, E. Castillo, M. Pedrosa, M. Gallardo, M. A. Hidalgo. S. Respiratorio: Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El desarrollo de osteoporosis/osteopenia es uno de los principales efectos secundarios asociados al consumo crónico de corticoides. Los marcadores de remodelado óseo son sustancias liberadas a la circulación durante el

proceso de formación y/o resorción ósea, que reflejan la actividad metabólica del tejido óseo en un momento puntual. Analizamos la utilidad de la medición de marcadores del metabolismo mineral en pacientes asmáticos corticodependientes (PAC) con la finalidad de identificar a aquellos con mayor pérdida de masa ósea.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis de 90 PAC atendidos en nuestra consulta. Se midió la densidad mineral ósea (DMO) mediante densitometría dual de rayos x en columna lumbar y cuello de fémur, expresando sus valores en Z-score (masa ósea ajustada por edad y sexo). Como marcadores de formación ósea se midieron: osteocalcina (BGP), fosfatasa alcalina total (tALP) e isoenzima ósea de la fosfatasa alcalina (bALP), en suero; como marcadores de resorción: fosfatasa ácida tartrato resis-

tente (TRAP), en suero, y telopéptido carboxiterminal del colágeno I (CTX) e índice calcio/creatinina (ICC), en orina de ayunas. El análisis estadístico: correlación de Pearson entre la DMO y los diferentes marcadores de resorción.

RESULTADOS

La matriz de correlación se muestra en las siguientes figuras:

Correlación entre Z-score en columna lumbar y marcadores de metabolismo mineral.

CL Z-score	BGP	tALP	BALP	TRAP	CTX	ICC
Coefficiente de correlación	-0,12	-0,17	-0,22	-0,115	-0,06	-0,01
p	0,29	0,11	0,04	0,29	0,57	0,92

Correlación entre Z-score en cuello de fémur y marcadores de metabolismo mineral.

CF Z-score	BGP	tALP	bALP	TRAP	CTX	ICC
Coefficiente de correlación	-0,04	0,09	-0,004	-0,069	0,116	-0,088
p	0,74	0,38	0,97	0,53	0,82	0,42

Sólo existió una correlación estadísticamente significativa entre la isoenzima ósea de la fosfatasa alcalina y la DMO en columna lumbar.

zación en la práctica clínica como predictores de una mayor o menor pérdida de masa ósea en asmáticos corticodependientes.

CONCLUSIONES

La pobre correlación de los marcadores de remodelado óseo analizados con la DMO, no justifica su utili-

FACTORES CLÍNICIDEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE OSTEOPOROSIS EN ASMÁTICOS CORTICODEPENDIENTES

A. Conde Valero, M. Contreras, E. Castillo, A. Fernández, C. Peñalver, M. Pedrosa, M. Gallardo, M. A. Hidalgo. S. Respiratorio: Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de osteoporosis/osteopenia densitométrica en los pacientes asmáticos corticodependientes e identificar los factores clínicos y demográficos asociados a su desarrollo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de 90 pacientes asmáticos corticodependientes. 44 mujeres premenopáusicas ($34,6 \pm 7,5$ años); 29 postmenopáusicas ($56,3 \pm 7,4$ años); y 17 varones ($36,8 \pm 12,6$ años); tratados durante un tiempo medio de $12,2 \pm 7,8$

años, con una dosis media acumulada de prednisona de $10,6 \pm 15,6$ g. Medición de la densidad mineral ósea (DMO), mediante densitometría dual de rayos en columna lumbar (CL) y cuello de fémur (CF). Definición de osteoporosis/osteopenia según criterios de la OMS: osteoporosis si T-score (masa ósea respecto a la población joven de referencia) $< -2,5$ DE, osteopenia si T-score entre -1 y $-2,5$ DE, normal si T-score > -1 DE. Análisis estadístico: análisis descriptivo y regresión logística uni- y multivariante siendo las variables dependientes la existencia de osteoporosis en CL o CF y las variables independientes las reflejadas en la tabla.

RESULTADOS

De forma global un 18,9% de la población presentó osteoporosis y un 53,3% osteopenia. Sólo un 27,8% tuvo una masa ósea normal. En CL se detectó un 16,7% de osteoporosis y un 36,7% de osteopenia; en CF un 8,9% de osteoporosis y un 52,2% de osteopenia. En la tabla se presenta en análisis de factores de riesgo para osteoporosis

Factor	Análisis univariante OR (IC95%)	Análisis multivariante OR (IC95%)
Edad	1,08 (1,03-1,14) *	
IMC	0,97 (0,86-1,09)	0,85 (0,73-0,99) *
Años evolución	1,07 (1,01-1,14) *	1,08 (0,99-1,17) p=0,06
Años tratamiento	1,06 (0,99-1,14)	
Pred acumulada	1,01 (0,97-1,04)	
Pred media	1,04 (0,90-1,19)	1,17 (0,98-1,40) p=0,07
Inicio tratamiento	1,05 (1,01-1,10) *	
Postmenopáusica	9,60 (2,40-38,0) *	17,86 (3,47-94,7) *
Varones	1,82 (0,27-12)	2,36 (0,32-17,3)

* p < 0,05

CONCLUSIONES

Los pacientes asmáticos corticodependientes presentan una alta prevalencia de osteoporosis/osteopenia por lo que son preceptivas las medidas profilácticas.

Las mujeres postmenopáusicas, los pacientes con un menor IMC, que reciben mayores dosis de prednisona media y con más larga evolución de la enfermedad son los que presentan un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE SENSIBILIZACIÓN A NEUMOALERGENOS: UN ESTUDIO DE CONCORDANCIA ENTRE DISTINTOS TEST

J. Calvo Bonachera, F. Pascual Lledó, M. S. Bernal Rosique, J. García Vaquero.

Unidad de Neumología. Hospital "La Inmaculada". Huércal-Overa. Almería.

OBJETIVO

Conocer el grado de concordancia entre tres pruebas diagnósticas: 2 test cutáneos (prick) con distinta estandarización y la inmunoglobulina E específica (IG E) en suero, usadas para el diagnóstico de sensibilización a neumoalergenos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han incluido de forma prospectiva pacientes derivados a una Consulta Externa de Neumología para estudio de asma. Período de inclusión: septiembre a diciembre del 2000. A los pacientes incluidos se les ha realizado de forma simultánea un test cutáneo en cada ante-

brazo utilizando baterías de alérgenos para diagnóstico de Laboratorios Leti (valoración biológica) y Laboratorios Abelló (unidades de masa y valoración biológica). Se han usado dos baterías similares de 24 alérgenos cada una. A todos los pacientes se les solicitó determinación sérica de IGE específica para una batería de 14 alérgenos. Los test cutáneos han sido realizados e interpretados siempre por un mismo ATS. Se han aplicado 2 criterios para definir test cutáneo positivo: 1) pápula superior a 3 mm. de diámetro medio. 2) pápula de tamaño igual o superior al control de histamina. Para el análisis

estadístico se ha usado el índice de concordancia Kappa de Cohen y la interpretación del grado de concordancia propuesta por Landis y Koch.

RESULTADOS

Se han incluido 97 pacientes, 42 varones y 55 mujeres, con una edad media de 30,5 años (de 14,1). En 37 pacientes se ha realizado y específica. El grado de concordancia obtenido se muestra en la siguiente tabla:

GRADO DE CONCORDANCIA	LET/ ABE >3	LET/ ABE >= HIST	LET/ IGE >3	LET/ IGE >= HIST	ABE/ IGE >3	ABE/ IGE >= HIST	LET/ ABE/ IGE >3	LET/ ABE/ IGE >= HIST
Muy alto	9	1	2			2		1
Alto	7	8	2	4	6	6	8	3
Moderado	7	4	5	3	3	1	6	5
Regular	1	3	4	1	3	2		2
Escaso		2		3	1	1		2
No concord.		6	1	3	1	2		1
Total alerg.	24	24	14	14	14	14	14	14

CONCLUSIONES

1. Usando el criterio de pápula mayor de 3 mm. el grado de concordancia entre ambos test cutáneos es en casi todos los alérgenos alto o moderado.
2. La concordancia entre ambos test cutáneos disminuye cuando el punto de corte es de pápula mayor o igual a histamina.

3. Los resultados más concordantes entre las tres pruebas se obtiene cuando se usa como criterio de positividad para el test cutáneo el de pápula mayor de 3 mm.

INCIDENCIA DE ASMA EN ADULTOS DE HUELVA

J. D. García Jiménez, A. Pereir Vega, R. Ayerbe García, J. L. Sánchez Ramos, L. Palacios y J. A. Maldonado Pérez. Sección de Neumología y Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

INTRODUCCION

Existen pocos estudios que valoren la incidencia de asma en una población de adultos en nuestro país.

OBJETIVO

1. Determinar la incidencia, remisión o persistencia de sibilancias, síntomas respiratorios relacionados con

asma (SR), hiperreactividad bronquial (HB) y asma (definida como el hecho de presentar sibilancias en los últimos 12 meses y prueba de metacolina positiva) en adultos de la ciudad de Huelva.

2. Valorar los cambios en la función pulmonar en esta población.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha hecho una segunda evaluación en el seguimiento de la población de 20 a 44 años incluida en el

Estudio Europeo de Enfermedades Respiratorias (ECRHS-I) de Huelva (n=403) realizado entre 1991 y 1993. Al igual que en la fase previa se ha realizado un cuestionario sobre síntomas respiratorios, una espirometría y una prueba de provocación bronquial inespecífica con metacolina.

RESULTADOS

Hasta el momento se han reevaluado 133 adultos (33% de la muestra total).

Tabla 1. Datos de incidencia, persistencia y remisión

	Indicencia	Persistencia	Remisión	No afecto	Incidencia X 1000 pers/año
Sibilancias	16,8%	19,8%	16%	47,3%	22,7
S.R.	11,6%	15,7%	14%	58,7%	14,4
H.B.	5,5 %	13,6%	0,9%	80%	6,2
Asma	4 %	6,5%	1,6%	87,9%	5,2

Tabla 2. Datos de pérdida de función pulmonar (en cc del FEV₁)

	Incidencia	Persistencia	Remisión	No afecto
Sibilancias	40,1	14,8	34,4	17,7
S.R.	4,2	38,2	25,6	22,6
H.B.	25,7	23,9	64,2	23,3
Asma	59,9	16,1	45,6	20,9

CONCLUSIONES

1. La incidencia de asma en los adultos de la ciudad de Huelva es de un 5,1 por 1000 personas /año.
2. La pérdida de función pulmonar, en centímetros cúbicos (cc) es significativamente más elevada para los

casos incidentes en referencia a sibilancias y asma ($p < 0,003$ y $p < 0,008$, respectivamente), no alcanzado significación en los otros dos casos.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRESCRIPCIÓN DE OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

G. Sáez Roca, C. Castillo Aguilar, S. López Ortiz, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, Granados Valverde, E., Guillamón Sánchez, M., Álvarez Benticuaga, J. Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

La prescripción de oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) se basa en general en datos gasométricos sin tener en cuenta la edad de los pacientes.

OBJETIVOS

Analizar las características de la prescripción de OCD en pacientes mayores de 80 años y compararla con otros grupos de edad.

METODOLOGÍA

Se estudian pacientes procedentes de nuestra consulta monográfica de oxigenoterapia y se recogen datos de la prescripción inicial y de la revisión. Se realizó gasometría, espirometría y se analizó el cumplimiento terapéutico y tabaquismo.

RESULTADOS

Se incluyeron 632 pacientes, el 67% varones. La distribución por edades fue: <65 años 140 (22,1%), entre 66 y 79 años 345 (54,6%) y >80 años 147

(23,3%). Principales servicios prescriptores por grupos: 1º respiratorio 58,7%, m. interna 10,1% y urgencias 10,1%; 2º respiratorio 57,1% y urgencias 16,5% y en el 3º respiratorio 42%, m. interna 17% y urgencias 16,3%. A medida que se avanza en edad va aumentando la proporción de mujeres desde 30% hasta 48,3%. Diagnósticos por grupos: EPOC 57,9%, 60,3% y 36%; cardiopatía: 9,4%, 12,4% y 31,9%. No hubo diferencias en el cumplimiento de OCD por edades. Suspensiones: 22,8%, 32,2% y 36%. La prescripción fue gasométricamente incorrecta 12,7%, 12,7% y 16,2%. Tabaquismo previo a OCD en < 65 años 65% y en >80 años 42,8%.

CONCLUSIONES

1. En nuestra población existe alta prevalencia de OCD en > 80 años.
2. El perfil del paciente cambia respecto a otros grupos de edad incrementándose mujeres, ausencia de tabaquismo, cardiopatía como patología de base y mayor proporción de prescripciones incorrectas.
3. Se requieren estudios bien diseñados que demuestren la utilidad de la OCD en estas edades.

EVALUACIÓN DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE SU EPOC

F. Casas, M. Gallardo, A. Fernández, C. Peñalver, E. Castillo, M. Contreras, C. Puchas, M. A. Palma, A. Conde. Servicio de Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Evaluar pacientes ingresados por agudización de su EPOC la oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD).

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en 261 pacientes hospitalizados por EPOC agudizado desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Revisamos 261 pacientes ingresados por EPOC agudizado de $68,2 \pm 8,9$ años. Fumadores activos 38,7% y

exfumadores 61,3%. Clasificamos en estadio funcional I 9,2%, II 16,5%, III 23,8% y no clasificables 50,6%. Tienen prescrita OCD 196 (75,1%), por atención primaria 6,6%, medicina interna 59,7%, neumología 31,1% y no consta 2,6%. Indicación por EPOC 91,8%, desaturaciones nocturnas 4,6% y *Overlap* 3,6%. Cumplen criterios 60,2% y no 39,8%. Cumplimiento bueno 33,7%, malo 29,5%, no usan 2,0% y no consta 34,7%. Se suspende OCD en 14: tabaquismo activo 2, no criterios gasométricos 11 y uno tras estudio poligráfico. Se reinicia en 2 tras abandono del tabaquismo. De los 184 pacientes con OCD al final del estudio no cumplen criterios aún 33 (17,9%). Los pacientes con OCD tienen una mayor incidencia de diabetes, cor pulmonale, arrit-

mias ($p < 0,05$), estadio funcional avanzado, PaCO₂ más elevada, mayor número de ingresos ($p < 0,01$) y menor mortalidad ($p < 0,02$).

CONCLUSIONES

1. Elevada frecuencia de mala prescripción inicial de OCD.

2. Elevada frecuencia de mala prescripción final de OCD.
3. Menor mortalidad hospitalaria por EPOC agudizada en los pacientes con OCD.

RESULTADOS INICIALES DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE OXÍGENOTERAPIA EN EL HOSPITAL INFANTA CRISTINA

A. Castañar Jover, A. M Pérez Fernández, J. J. Guerrero, F. L. Márquez Pérez, M. T. Gómez Vizcaíno, F. J. Fuentes Otero. Sección de Neumología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de oxigenoterapia domiciliar crónica (OCD), en nuestra área sanitaria, y la utilidad de una consulta monográfica.

MÉTODOS

A partir del listado de pacientes proporcionado por la empresa suministradora, comenzaron a citarse pacientes entre los meses de mayo- julio 2000. Se cumplimentó un protocolo de datos generales y a todos los pacientes se les realizó pulsioximetría y/o gasometría. Se suspendió o mantuvo la prestación según las normativas de la SEPAR.

RESULTADOS

A comienzos del período de estudio, existían 262 pacientes en programa de OCD (prevalencia 108 /100.000 hab). Durante 2 meses, se citaron 141 pacientes, de los que 26 no acudieron a la cita sin especificar el motivo; 4 habían fallecido y 4 no se presentaron por mal estado general. Se vieron 72 pacientes nuevos y 35 revisiones. Entre los pacientes en primera visita, el 76,3% eran varones y el 23,6% mujeres. La edad media fue de 70,5 años (44-90). Las especialidades prescriptoras fueron: neumología: 41%; medicina interna: 57%; cardiología: 2%. Un 14% de los pacientes reconoció ser fumador activo, el 25% eran no fumadores y un 61%

eran exfumadores. Patologías más frecuentes: EPOC, 68%; cardiopatía, 8,3%; enfermedad intersticial 7%; obesidad hipoventilación, 8%, y enf. de caja y neuromusculares, 1,38%. Entre los varones, la patología más frecuente fue la EPOC (89%), seguida de la patología intersticial, mientras que entre las mujeres los diagnósticos más frecuentes eran cardiopatías (23,5%) y obesidad-hipoventilación (29%). El tiempo medio con OCD fue de 2,3 años (1-15). El 5,5 % de los pacientes recibían tratamiento además con algún sistema de ventilación domiciliaria (CPAP o BiPAP). En el 97% de los casos se utilizaban cilindros como fuente de liberación.

La OCD se retiró en 33 pacientes (45,8%). Todos los pacientes a los que les fue suspendida la prestación se revisaron al mes, manteniéndose en el 100% de los mismos los criterios que habían aconsejado su retirada. En los casos en los que se suspendió el tratamiento en un 75% la prescripción había sido hecha por servicios de m. interna, en el 22% por neumología y un 3% por cardiología, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de OCD en nuestro área hospitalaria es de 108 /100.000 hab.
2. Se demuestra la eficacia de una consulta monográfica para el seguimiento de los pacientes, ya que hasta en el 45% de los casos pudo ser suspendida la prestación.

OXÍGENOTERAPIA EN LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS EN EL ÁMBITO DEL HOSPITAL CIUDAD DE JAÉN

B. Alcázar L*, A. Conde G**, J M^a Rodríguez E**, J. M. Jover Casas ***, R. Alcázar *, J. Almagro *, J. Nieto *, R. Herrera *, I. A. García****.

* S. Neumología.. ** U. Medicina Familiar *** D. Médica **** ATS Pruebas Funcionales. Hospital Universitario Ciudad de Jaén.

La Oxigenoterapia es eficaz en EPOC. Siendo aplicada en patologías donde su efecto no ha sido tan demostrada. El objetivo es el conocer los pacientes que se encuentra en patologías diferentes a la EPOC en nuestra área hospitalaria.

MÉTODO

Datos de los 438 que continúan en terapia tras revisión, en Consulta de Oxigenoterapia, desde el mes octubre-1999 a octubre-2000, de 1.252 pacientes. Revisamos las 438 historias agrupándose según patología, (5 de la Normativa del SAS y una 6^a incluimos otras patologías).

RESULTADOS

Distribuidos EPOC 210 (47,9%), otras patologías obstructivas 16 (3,7%) SAOS 31 (7,1%), enfermedades intersticiales 36 (8,2%) deformidades caja torácica 11 (2,5%) Otras 128 (29,2%), descartándose 6 pacientes. Edad media 70 años \pm 12,7. Teniendo significación estadística de edad los SAOS en relación con, las otras. Predominan los hombres globalmente. En hábito tabáquico 16,3 son fumadores.

Gasometría. La PO₂ en EPOC $49,1 \pm 6,5$ mmHg, otras enfermedades obstructivas de $52,6$, SAOS $63,7 \pm 12,1$, enfermedades intersticiales $50,5 \pm 8,6$, enfermedades $53,3 \pm 3$, otras patologías $50,1 \pm 6,5$ mmHg. La Pa CO₂. para EPOC $51,5 \pm 7,1$ mmHg, otras enfermedades obstructivas $49,1 \pm 12,1$, SAOS $41,7 \pm 6,15$, enfermedades intersticiales $51,3 \pm 6,9$ mmHg, enfermedades caja torácica $49,4 \pm 4$ mmHg, otras patologías $49,3 \pm 7,6$ mmHg. Siendo de significación estadística el grupo del SAOS con relación a PaO₂ y PaCO₂ con otros grupos. En pH todos los grupos presentaban valores entre 7,39 y 7,41 no existiendo ningún grupo con significación.

CONCLUSIONES

- La alta proporción de pacientes de otras patologías, diferentes EPOC, que se encuentran sometidas a esta terapia. Proponemos un estudio prospectivo en nuestra Sociedad.
- La uniformidad de los grupos, salvo SAOS, por utilizar unos criterios similares para patologías diferentes.

FEV1/FVC DEL 70%, COMO ÍNDICE EN PACIENTES OBSTRUCTIVOS EN OXIGENOTERAPIA

B. Alcázar, A. Conde **, J. M^a. Rodríguez **, J. M. Jover Casas ***, R. Alcázar *, J. Almagro *, J. Nieto *, R. Herrera *, I. Montilla****, A. García****.

* Sección de Neumología. ** Unidad Medicina Familiar *** Dirección Médica **** ATS Pruebas Funcionales .Hospital Universitario Ciudad Jaén.

Se usa FEV1/FVC 70 % para valorar obstrucción en edades medias. Intentamos valorar si tienen algún valor en pacientes con enfermedad obstructiva en oxigenoterapia.

Muestra: recogimos 122 enfermos, agrupándolos según el FEV1/FVC fuese < 60 ó > 70 . Siendo Grupo I con índice $< 70\%$, grupo II índice $> 70\%$. Constituyéndose en 31 y 91 pacientes.

RESULTADOS

Edad $65,4 \pm 11$ años grupo I y $68,0 \pm 8$ grupo II. Sexo grupo I los 31 pacientes hombres. Grupo II 68 hombres y 23 mujeres, significación estadística ($p < 0,0009$) en mujeres, todas incluidas en grupo II. Hábito tabáquico grupo I no tenía el 16% ($n=5$) el 84% tienen hábito (19 exfumadores, 7 fumadores). Grupo II 29 (39%) no tenían hábito, si el 61% (42 exfumadores, 20 fumadores).

No hay significación estadística por grupos. Hay una fuerte relación entre sexo masculino y tabáquico ($p < 0,00001$).

Valorando grado de severidad de obstrucción por FEV1% teórico (leve, moderado, severo). Grupo I 2 moderada, 29 severa, ninguna leve. Grupo II 5 leves, 30 moderadas, 55 severas. Si hay relación estadística entre severidad de obstrucción en grupo índice $< 70\%$ ($p = 0,00316$) no significativa en el grupo II.

Gasometría: el pH medio 7,391 grupo I y 7,398 II, no diferencias significativas. PaCO2 media 51,5 mmHg grupo I 50,03 grupo II. PaO2 media 49,4 mmHg grupo I 50,7 grupo II. Por grado obstructivo, no significación estadística entre moderados y severos en grupo I. Grupo II no significación pH entre los diferentes grupos de obstrucción si encontramos relación en Pa CO2, Pa O2

y grado obstrucción. Pa CO2 43,5 mmHg leves, 47 mmHg moderados 52 mmHg severos, Significación estadística severos al resto. Pa O2 56,4 mmHg leves, 52,7 mmHg moderados 49,1 mmHg severos. Significación estadística grado leve con los grados moderado severo.

CONCLUSIONES

- FEV1/FVC $< 70\%$ correlaciona con severidad de obstrucción en estos enfermos. Puede utilizar como índice de gravedad.
- Valor de FEV1/FVC $> 70\%$ presenta dispersión, con enfermos con obstrucción leve con IRA puede existir un factor de gravedad añadido, siendo el FEV1 el que correlaciona con la hipoxemia y la hipercapnia.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OXÍGENOTERAPIA REVISADOS EN UNA CONSULTA

C. J. Castillo Aguilar, G. Sáez Roca, L. Galán Antoñanzas, M. Ortega Antelo, E. Granados Valverde, M. Guillamón Sánchez, M^a. M. Valdivia Salas, G. Jiménez Lozano, S. Merlos Navarro.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Conocer la calidad de vida de los pacientes afectados de EPOC o asma revisados en nuestra consulta de oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD). Ver si hay relación entre la calidad de vida y la gasometría, espirometría o el mantenimiento de la oxigenoterapia.

METODOLOGÍA

A 92 pacientes diagnosticados de asma o EPOC citados para revisión de OCD se les realizó gasometría, espirometría y antes de comunicarles el mantenimiento o la suspensión de la oxigenoterapia se les administró el cuestionario de calidad de vida St. George. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 82 varones y 10 mujeres con una edad media de 70,8 años (rango 45-93). Había 84 diagnosti-

cados de EPOC (91%). El FEV1 medio fue $43\% \pm 16$, la PaO2 media fue 57 ± 10 y la PaCO2 media de $44 \pm 6,9$. La media de la puntuación total del cuestionario fue 60 ± 16 , las medias de las escalas de síntomas, actividad e impacto fueron respectivamente 55 ± 18 , 77 ± 18 y $52,9 \pm 18$. Se mantuvo la OCD en 67 pacientes (72,8%). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los valores de la gasometría y espirometría y la puntuación total y por escalas del cuestionario. Existió diferencia en la puntuación en la escala actividad entre quienes se les suspendió la OCD y quienes se les mantuvo, siendo respectivamente las medias 72 y 79,5.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos muestran una mala calidad de vida de este grupo de pacientes, no encontrándose relación entre ésta y el grado de afectación funcional y gasométrica. Hallamos una mayor puntuación en la escala actividad en los pacientes en los que se mantuvo la OCD.

TABAQUISMO ENTRE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA (UEX)

A. Castañar, F. L. Márquez, A. M. Pérez, J. J. Garrido, M. T. Gómez, F. J. Fuentes.

Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre los estudiantes de distintos centros de la UEX, así como sus actitudes respecto al mismo.

MÉTODOS

Durante los meses de mayo-junio del año 2000, se realizó una encuesta a estudiantes de enfermería, ingeniería industrial, magisterio y medicina. El análisis esta-

dístico de los datos se llevó a cabo mediante el programa R-sigma.

RESULTADOS

Se encuestaron 539 estudiantes, 215 (39,7%) varones y 324 (60,2%) mujeres.

La edad media fue de 22,3 años. El 30% de los estudiantes eran fumadores activos. Un 9% eran exfumadores y el 61% no había fumado nunca. La edad media de inicio del consumo fue de 16,9 años (8-26).

H M	Medicina (N=304)	Enfermería (N=48)	ITI (N=99)	Magisterio (N=81)
Fumadores	82 (27%) 20% 31%	21(43.7%) 37% 45%	23 (23,2%) 22% 26%	32 (39.5%) 75% 35%
Exfumadores	26 (8,4%) 7% 9%	4 (8.3%) 0% 10%	8 (8%) 7% 16%	13 (16,4%) 12% 17%
No fumadores	196 (64,6%) 73% 60%	23 (48%) 63% 45%	68 (68,7%) 71% 58%	36 (44,4%) 13% 48%

Las mujeres fuman más que los hombres ($p<0.05$). El 49% de los estudiantes tiene padres no fumadores, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre el hábito tabáquico de los padres y el de los hijos. El 85% de los fumadores estaría dispuesto a dejar de fumar y un 82% cree que podría conseguirlo solo. El 95% de los estudiantes considera interesante una consulta de tabaquismo. El 75% de los estudiantes dice haber recibido consejo antitabaco, un 30% en la escuela, un 31% en el instituto y el 39% en la facultad. Los estudiantes de medicina son los que, en mayor número, reconocen haber recibido consejo antitabaco ($p<0.001$), y principalmente, lo hicieron en la facultad, mientras que los estudiantes de ITI, magisterio y enfermería lo hicieron en la escuela o instituto.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia del hábito tabáquico en la UEX es del 30%.
2. Las mujeres fuman más que los varones.
3. El hábito tabáquico de los padres no parece influir en el de los hijos.
4. La mayor parte de los fumadores estaría dispuesto a dejar de fumar.
5. El 88% considera interesante una consulta de tabaquismo.
6. La facultad de medicina es, respecto a las demás, donde se imparte en mayor medida consejo antitabaco.

INTERVENCIÓN MÍNIMA SOBRE TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Soria, E. Gálvez*, P. Vicente, C. Rueda, C. Fernández, J. L. Velasco, J. Bujalance, M. Rosales.

Servicio de Neumología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*. Hospital "Virgen de la Victoria". Málaga.

OBJETIVO

Conocer las características de la intervención mínima que sobre tabaquismo, realizan los médicos de atención primaria de nuestra área de salud.

MÉTODO

En septiembre de 2000, se distribuyó una encuesta de cumplimentación voluntaria y anónima entre los médicos de los 14 centros de salud pertenecientes a nuestra área hospitalaria. En la misma, se les pregunta-

ba si conocían y anotaban en la historia clínica el hábito tabáquico de sus pacientes, fase de abandono de los fumadores, tiempo que dedicaban al consejo médico y la aportación de folletos informativos.

RESULTADOS

Respondieron 119 de los 165 médicos. La edad media fue de 41,6 años. Varones 76 (64%), mujeres 43 (36%). Se obtuvieron los siguientes resultados (en porcentaje):

Tabla 1.

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
¿Pregunta sobre el hábito tabáquico?	3,4	8,4	67,2	21
¿Lo anota en la historia clínica?	12,6	22,7	37,8	26,9
¿Aconseja dejar de fumar?	2,5	4,2	34,5	58,8
¿Conoce la fase de abandono del fumador?	50,4	39,5	7,6	2,5
¿Dedica un tiempo superior a 5 minutos?	34,5	43,7	16,8	5
¿Aporta folletos informativos?	43	36	18	3

CONCLUSIONES

1. La gran mayoría de los médicos preguntan sobre hábito tabáquico y aconsejan su abandono.

2. No se conoce la fase de abandono del fumador. Los profesionales dedican escaso tiempo para el consejo antitabaco y apenas aportan folletos informativos.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL TABAQUISMO EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

C. Fernández, P. Vicente, E. Gálvez*, J. L. Velasco, J. Bujalance, R. García Montesinos, N. Avisbal, M. Rosales.

Servicio de Neumología. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico "Virgen la Victoria". Málaga.

OBJETIVO

Conocer prevalencia y características del tabaquismo en médicos de atención primaria.

MÉTODOS

En septiembre/00 se entregó un cuestionario anónimo a médicos que ejercían en centros de salud de

la zona de influencia de nuestro hospital. Se preguntaba datos de filiación y hábito tabáquico, antecedentes fumadores en su familia y realización de ejercicio físico. Se utilizó la base datos del programa SPSS.

RESULTADOS

De 165 médicos respondieron 119 (72%), 76 varones (V) y 43 mujeres (M). Edad media mayor en V que en M (44,7 vs 38,2 años; $p < 0,001$). Fumadores 43,6% (V 39,4% y M 51%; $p = 0,216$). Los fumadores (y exfumadores) tenían más antecedentes familiares de fumadores que los no fumadores (81% vs 61%; $p < 0,05$). No había diferencia en la realización de ejercicio físico entre fumadores y no fumadores. La mayoría inicia el

hábito de fumar antes de los 20 años sin diferencias entre V y M (67% vs 64 %; $p = 0,820$). Fuman más de 20 cigarrillos al día 9 V y 2 M ($p < 0,05$). El 93% de los V y el 73% de la M han tenido más de un intento de abandonar el tabaco.

CONCLUSIONES

1. Alta participación en el estudio.
2. La prevalencia de tabaquismo en los médicos de atención primaria es elevada, siendo mayor el consumo de cigarrillos entre los varones.
3. Hay más antecedentes de familiares fumadores en los fumadores y el inicio del hábito de fumar es mayoritariamente antes de los 20 años.
4. La actitud de abandono del tabaco es generalizada.

¿CUÁL ES LA UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y LA BRONCOSCOPÍA EN LOS PACIENTES CON HEMOPTISIS?

Jesús Jiménez, Manuel Haro, Ana Tornero, Manuel Vizcaya.
Sección de Neumología. Hospital General de Albacete.

OBJETIVOS

Analizar la utilidad de la broncoscopia (FB) y la TC en el diagnóstico etiológico y la localización del sangrado en los pacientes con hemoptisis.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y prospectivo de la etiología o localización del sangrado en 482 pacientes con hemoptisis (enero 96-diciembre 99) a los que se les realizó una TC y una FB por la sospecha de neoplasia, bronquiectasias o las características del sangrado (recidivante, persistente o > 50 ml/día). Para llegar al diagnóstico etiológico se valoraron la edad, sexo, tabaquismo, radiografía y TC de tórax, 3 baciloscopias esputo, pruebas funcionales, hemograma, coagulación y FB.

RESULTADOS

Edad 62 años (DE 13, 14-93 años), 84% varones y 80% fumadores. Las etiologías incluyeron: neoplasias

(208 casos, 43%), bronquiectasias (20%), bronquitis crónica (14%), neumonía/absceso (8%), lesiones extuberculosas (3,5%), aspergiloma (1,5%), asma (1,5%), tuberculosis (1,4%) y idiopáticas (3%) entre otras. La radiografía localizó el sangrado en el 64% de los pacientes, mientras la FB en el 77% (3% bilateral) y la TC en el 83% (12% posible bilateral). De las 208 neoplasias, la radiografía fue normal en 23 casos (11%), aportando el diagnóstico la FB en el 87% (20 casos). La TC no visualizó 6 casos de neoplasia en un estadio inicial y fue inespecífica en dos casos (una atelectasia y un infiltrado). Cuando la radiografía era anormal, la TC mejoró a la FB en la sospecha de una neoplasia (80% FB y 88% TC, $p = 0,03$). En ningún caso, la TC y la FB o la radiografía y la FB resultaron normales de forma simultánea en los pacientes con una neoplasia, mientras si existieron casos aislados con una TC y radiografía normales. Cuando la radiografía fue inespecífica o normal (155 casos, 32%) se obtuvo el diagnóstico etiológico en el 14% con la FB (20 neoplasias y 2 cuerpos extraños) o el 43% con la TC (52 bronquiectasias y 15 neoplasias) ($p < 0,001$) y se localizó el sangrado en el 23% con la FB o el 52% con la TC ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

1. La TC y la FB fueron útiles y complementarias en el diagnóstico etiológico o localización del sangrado.
2. Solo un 3% de los casos fueron formas idiopáticas.
3. La FB fue la técnica más útil cuando existía la sospecha de una neoplasia.
4. La TC localizó y aportó más diagnósticos del sangrado de forma global en los no neoplásicos, especialmente cuando la radiografía era normal o inespecífica.
5. El uso simultáneo de la radiografía o la TC y la FB evitó que una neoplasia no fuera sospechada o diagnosticada.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA HEMOPTISIS EN URGENCIAS. REVISIÓN DE 12 MESES

D. Malia, R. Bernabeu, A. Miranda, M. D. Sánchez, C. Aguayo, J. Martínez, M. C. Abellán, P. Méndez, M. Lorenzo, F. Sánchez-Gascón.

Sº de Neumología. Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

OBJETIVOS

La hemoptisis constituye un signo inequívoco de gravedad, en que no pocas ocasiones pone en peligro la vida del paciente y en otras, orienta hacia un diagnóstico que permite al clínico actuar de forma adecuada. Por ello, el objetivo del trabajo consiste en aportar los datos de los casos de hemoptisis ocurridos en nuestro hospital durante un año.

METODOLOGÍA

Hemos revisado las historias clínicas de los enfermos que ingresaron por presentar hemoptisis procedentes de urgencias en la unidad de neumología de nuestro hospital durante 12 meses consecutivos.

RESULTADOS

Se han estudiado 33 pacientes, de los cuales 25 fueron varones y 8 mujeres, con edades comprendidas entre la tercera y octava décadas de la vida. La mayoría de ellos eran fumadores (79%) frente a los no fumadores (21%). La cantidad de la hemoptisis fue leve en 25 pacientes, moderada en 7 y grave únicamente en un paciente. Las técnicas de imagen mostraron alteraciones significativas en 23 pacientes, mientras que en el resto no objetivaron imágenes patológicas. La fibrobroncoscopia se realizó en 24 de los 33 pacientes, siendo normal en 7 pacientes. Por el con-

trario se objetivaron coágulos con restos hemáticos en 10 casos, estenosis secundaria a lesiones bronquiales en 4 casos y signos inflamatorios difusos en 3 casos. No se practicó la fibrobroncoscopia en 9 pacientes por conocer previamente el origen de la hemoptisis. Se llevó a cabo en los pacientes sometidos a la exploración endoscópica técnicas accesorias como el broncoaspirado, cepillado y biopsia bronquial para realizar estudio microbiológico y citológico de las muestras obtenidas. El diagnóstico etiológico de los casos de hemoptisis fue el siguiente: bronquitis o neumonía (10), bronquiectasias (9), tuberculosis pulmonar (6), carcinoma broncogénico (2), tromboembolismo pulmonar (1), hemosiderosis pulmonar (1), otros (3) y no filiada (1).

CONCLUSIONES

Cualquier hemoptisis que no exija medidas de actuación inmediata, es tributaria de un estudio completo realizado lo antes posible, dadas las entidades clínicas que la pueden provocar. Realizar la exploración broncoscópica de forma urgente, durante la hemorragia activa, permite muchas veces localizar el sitio del sangrado y en ocasiones la causa de éste, así como ayudar a la toma de decisiones terapéuticas. Por este motivo, en hospitales de nivel terciario con servicio de urgencias, sería recomendable la presencia física de un neumólogo con experiencia en la técnica, para poder realizar de forma urgente estas broncoscopias.

ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA ETIOLOGÍA DE 752 PACIENTES CONSECUTIVOS CON HEMOPTISIS

Manuel Haro, Jesús Jiménez, Ana Tornero, Manuel Vizcaya.

Sección de Neumología. Hospital General de Albacete.

OBJETIVOS

Conocer la etiología de los pacientes con hemoptisis y su distribución en nuestro medio.

MÉTODOS

Análisis prospectivo y descriptivo de la etiología de 752 casos consecutivos de hemoptisis (enero-96 a noviembre-99) valorando la historia clínica, edad, sexo, tabaquismo, características de la hemoptisis, radiografía de tórax, pruebas funcionales respiratorias, hemograma, coagulación y baciloscopias de esputo junto a otras exploraciones como la broncoscopia o la TC según unos criterios establecidos previamente.

RESULTADOS

Edad 60 años (DE 15, 14-93 años y un 18% con menos de 45 años), 79% varones y 75% fumadores. Los diagnósticos incluyeron 210 casos con una neoplasia (28%) y 542 no neoplásicos (72%) ($p < 0,001$) que se dividieron en bronquitis crónica obstructiva (19,8%), bronquiectasias

(14,5%), neumonía o absceso pulmonar (11,5%) y formas idiopáticas (8%) con porcentajes inferiores de tuberculosis (1,7%) o sus secuelas (4%), cardiopatías (1,5%) o TEP (2,3%) entre otras. Las neoplasias incluyeron a 109 carcinomas epidermoides (52%), 42 CSCP, 25 adenocarcinomas, 12 carcinomas indiferenciados, 9 metástasis pulmonares, 3 tumores carcinoides y otras histologías menos frecuentes. La broncoscopia fue realizada en el 92% de los casos localizando el sangrado o su causa en el 39% (81% de las neoplasias) y resultando inespecífica en el 57%. El volumen del sangrado fue leve en la mayoría y sin relación significativa con las etiologías.

CONCLUSIONES

Las causas más frecuentes de hemoptisis en nuestro medio fueron las neoplasias, la bronquitis crónica y las bronquiectasias. Las bronquiectasias y la tuberculosis han sufrido un descenso en relación a las series más históricas que contrasta con el incremento de las dos primeras y la estabilidad de las restantes para cuyo diagnóstico o exclusión, la broncoscopia complementada por la TC sigue siendo fundamental.

VALOR DE LOS FACTORES DE RIESGO, RADIOGRAFÍA DE TORAX Y ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR

R. García Montesinos, M^a. C. Fernández Aguirre, C. Soria Esojo, C. Rueda Ríos, P. Vicente Gil, J. L. Velasco Garrido.

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario, Málaga.

OBJETIVO

Conocer los factores de riesgo (FR), hallazgos radiológicos (Rx) y ECG., de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) en nuestro servicio, en su mayor parte por otras exploraciones específicas para dicho diagnóstico.

METODOLOGÍA

Hemos revisado el informe clínico de los pacientes diagnosticados de TEP, en el período comprendi-

do entre enero-1996 y noviembre-2000. Se valoraron los FR, Rx, ECG. y todas las exploraciones específicas como gammagrafía de ventilación-perfusión (GGVP), eco-doppler (ED) y/o flebografía y arteriografía.

RESULTADOS

Se diagnosticaron un total de 59 pacientes (36 varones, 23 mujeres), de edad media 62 años (18-90). Los hallazgos quedan especificados en la siguiente tabla.

Factor de riesgo	Nº pac.	Radiografía	Nº pac.	E.C.G	Nº pac.
Flebitis	35 (59%)	Derrame pleural	25 (43%)	BRD	20 (34%)
Reposo prolongado	8 (13%)	Patrón alveolar	22 (37%)	Patrón Q3T3	19 (32%)
TEP previo	6 (10%)	Aumento hilar	15 (25%)	Fib. Auricular	8 (13%)
Cirugía reciente	6 (10%)	Atelectasia laminar	12 (20%)	Otros sobrecarga	5 (8%)
Carcinoma	2 (3%)	Elevación diafragma	6 (10%)	Normal	11 (18%)
Ninguno	6 (10%)	Pérdida volumen	2 (3,4%)		
		Normal	10 (17%)		

Con frecuencia coincidieron varios de estos hallazgos en el mismo paciente. El 57% tenían uno o más datos de sobrecarga derecha en el ECG. Los criterios

por los que se llegó al diagnóstico, basándose siempre en una importante sospecha clínica, fueron:

— Arteriografía	5 (8%)	
— GGVP de alta probabilidad	22 (37%)	junto a ED (+) 15 (25%)
— GGVP de probabilidad intermedia	14 (23%)	junto a ED (+) 12 (20%)
— TAC helicoidal solo	1 (1,6%)	

De los 17 pacientes restantes, el 29% del total, ninguno reunía criterios estrictos para el diagnóstico, aunque 8 tuvieron ED (+) y los 9 restantes mostraron factores de riesgo y/o clínica muy evidentes, y Rx o ECG. compatibles con dicho diagnóstico.

factor de riesgo para TEP, siendo la flebitis previa o actual el más frecuente.

2. El derrame pleural y el patrón alveolar constituyen las alteraciones radiológicas más frecuentes, aunque hasta el 17% de los pacientes tiene radiografía normal.
3. Una gran parte (43%) de los enfermos no presentan ningún tipo de sobrecarga derecha en el ECG.

CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los pacientes (90%) presenta algún

EFICACIA CLÍNICA Y ECONÓMICA DE LA APLICACIÓN DE UN ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL MANEJO AMBULATORIO DE LAS TVP

B. Romero Romero, R. Otero Candelera, M. Arenas Gordillo, S. Cano Gómez, J.L. López-Campos Bodineau, J. Castillo Gómez.

Unidad Medico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia tanto desde el punto de vista clínico como económico de la aplicación de un algoritmo de diagnóstico y tratamiento en el manejo ambulatorio de las TVP.

1999 y octubre de 2000, fueron estudiados 338 pacientes con sospecha de TVP.

MATERIAL Y MÉTODO

En el período de tiempo comprendido entre junio de

A todos los pacientes se les realizó ecografía compresiva de miembros inferiores. Se realizó determinación de Dímero-D (D-D) a los pacientes con ecografía venosa normal. En los pacientes con ecografía normal y D-D mayor de 500 mg/ml, se realizó una nueva evaluación ecográfica a los 7-10 días. Los pacientes con una segunda ecografía negativa no fueron tratados y fueron

reevaluados a los tres meses. Las ecografías fueron realizadas por neumólogos adiestrados, utilizando el equipo ALOKA-900. La determinación de D-D fue realizada mediante técnica ELISA rápida cuantitativa (VIDAS).

Para evaluar la eficacia económica, utilizamos la Orden B.O.J.A. del 31 de julio de 1998 sobre precios públicos en instituciones sanitarias. Comparamos el coste si el paciente hubiera sido ingresado, con el coste derivado de la aplicación de nuestro algoritmo.

RESULTADOS

– De los 338 pacientes estudiados, 94 de ellos fueron diagnosticados de TVP por presentar una ecografía compresiva de MMII patológica. La ecografía fue normal en 244 pacientes, 103 de ellos presentaron un D-D

mayor de 500, encontrando en la revaloración realizada a la semana sin tratamiento, 3 casos de TVP.

– Las flebogafías realizadas fueron 2/244 (0,8%).

– Las complicaciones surgidas que requirieron hospitalización fueron: 4 recidivas en pacientes neoplásicos (1,1%) y 3 sospechas de TEP (0,8%).

– La aplicación de este algoritmo de diagnóstico y tratamiento supuso un ahorro de 343.546 pesetas por paciente (31.818.350 teniendo en cuenta el total de pacientes).

CONCLUSIONES

La aplicación del algoritmo diagnóstico ha resultado eficaz y seguro.

Los neumólogos podemos manejar la enfermedad tromboembólica venosa desde una consulta externa.

IMPACTO SOBRE EL TIEMPO DE ESPERA DEL MODELO DE CONSULTA ÚNICA EN NEUMOLOGÍA FRENTE A LA CONSULTA CONVENCIONAL

J. M. Bravo, J. L. Zambrana, F. Fuentes, F. Rosa, M. J. Velasco, M. Amat, B. Jiménez.

Unidad de Neumología. Área de Medicina. Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén.

OBJETIVOS

Nuestro estudio describe el efecto que sobre los tiempos de espera produce la implantación de un sistema de consulta única (CU) o de alta resolución en una consulta externa de neumología en comparación con el sistema tradicional de las consultas externas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo en el que analizamos las consultas realizadas durante 1 año en una consulta de neumología en la que hemos implantado un sistema de CU, de manera que el paciente se valora en una primera visita, se le realizan las pruebas complementarias necesarias y se revisa ese mismo día. Analizamos el ahorro en días que se produce en la demora media de visitas sucesivas al compararlo con el modelo tradicional de consultas externas.

RESULTADOS

Hemos atendido un total de 2.161 pacientes, de las que 1.169 fueron primeras visitas. De éstas últimas,

812 se beneficiaron de pruebas complementarias (analítica básica, Rx de tórax, y/o espirometría) y revisión en el mismo día. De ésta manera el 73% de los pacientes atendidos en primera visita no necesitan regresar de nuevo al hospital por el proceso que motivó la consulta, pudiéndose establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado en un solo desplazamiento. Al año, este sistema consigue una reducción en la demora media de visitas sucesivas de 136 días si lo comparamos con el modelo tradicional de consultas externas, en las que las pruebas complementarias y las visitas sucesivas se realizan en día distinto al de la primera visita.

CONCLUSIONES

La implantación de un sistema de CU en las consultas externas de neumología redonda en una mayor eficiencia de éstas y en una mejora de la calidad asistencial al poder ofrecer a gran parte de los pacientes un diagnóstico y tratamiento en un único día.

APLICACIÓN DEL TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS INCENTIVADO SOBRE TAPIZ RODANTE A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

M. García, A. Dorado, A. Varo, E. Mora, J. M. Pérez, J. Merino, A. Valencia.

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVOS

Valorar la seguridad de la prueba y la correlación existente entre los parámetros más comunmente utilizados para el seguimiento de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y la distancia recorrida en el test de marcha de 6 minutos incentivado sobre tapiz rodante.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se han estudiado 15 pacientes (10 hombres, 5 mujeres) con EPI (13 con fibrosis pulmonar idiopática y 2 con otras e.intersticiales). En la Tabla 1 se presentan sus valores antropométricos y funcionales.

RESULTADOS

No se registraron complicaciones durante la prueba. La Tabla 2 expone los coeficientes de correlación

entre parámetros habituales de seguimiento y distancia recorrida.

CONCLUSIONES

1. La aplicación del test de marcha de 6 minutos incentivado sobre tapiz rodante no presenta complicaciones significativas en pacientes con EPI.
2. En nuestra serie existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre distancia recorrida, FVC y FEV1.
3. Debido a lo anterior y a la sencillez de la prueba, consideramos que se debería incluir en el protocolo de seguimiento de estos pacientes porque aportaría información más completa sobre su perfil funcional y social.

Tabla 1. Valores antropométricos y funcionales

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Edad	49	77	63,18	9,16
Peso (Kg.)	57	110	80,88	22,66
Talla (cm)	144	179	163,60	11,79
FVC (ml)	1440	3.210	2.278,18	698,77
FVC %	36	89	60,00	15,21
FEV1(ml)	1.060	2.710	1.836,36	547,33
FEV1%	31	90	63,64	18,34
FVC/FEV1%	50	94	79,18	14,70
FEF25-75(ml)	410	4.170	2.255,45	1.199,23
FEF 25-75%	14	221	104,09	70,51
DLCO/VA%	61	83	70,43	9,34
TLC(ml)	2.340	5.020	3.550,00	1.059
TLC%	47	74	61,14	11,33
FRC(ml)	1.190	3.160	2.076,67	861,85
FRC%	52	89	66,83	17,46
ERV(ml)	350	1.460	930,00	473,11
ERV%	35	241	96,83	73,67
ITGV(ml)	3	3.030	1.516,26	2.140,76
ITGV%	59	77	68,00	12,73

Tabla 2. Correlación con distancia recorrida en metros

	correlación	Valor de p.
FVC	0,690	<0,05
FVC%	0,368	0,295
FEVI	0,794	<0,01
FEV1%	0,474	0,166
FVC/FEV1%	0,233	0,517
FEF25-75	0,496	0,145
FEF25-75%	0,151	0,677
DLCO/VA	0,691	0,086
TLC	0,789	0,062
TLC%	0,613	0,196
FRC	0,761	0,790
FRC%	0,756	0,082

PERFIL CLÍNICO DE LA SARCOIDOSIS PULMONAR

R. Santiago Villalobos, J. L. López-Campos Bodineau, G. Borja Urbano, E. Luque Crespo, C. Rodríguez Matute, E. Rodríguez Becerra, J. Castillo Gómez.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de la sarcoidosis pulmonar en nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se recogieron los casos de sarcoidosis diagnosticados en nuestro servicio desde 1994. Para ello, se elaboró un cuestionario específico de recogida de datos y se revisaron las historias clínicas de esos pacientes, recabando información de su evolución clínica, hallazgos analíticos, resultados de las pruebas de función respiratoria y radiología, así como de otros tests empleados.

RESULTADOS

Desde 1994 se han diagnosticado 31 casos de sarcoidosis. El grupo tenía una edad media de 44 años, con una relación hombre:mujer de 1:1,58. La mayoría de los pacientes eran no fumadores (50,8%), con una media de

16,2 paq/año entre los fumadores. Desde el punto de vista clínico, el 38% de los pacientes estaban asintomáticos en la primera visita. Del resto, el hallazgo más frecuente fueron la tos y la disnea. El 36% de los pacientes tenían al enzima convertidora de angiotensina elevada. En el estudio funcional, la mayoría de los pacientes presentaban una espirometría completamente normal, siendo la obstrucción de vías finas el patrón patológico más frecuente. La diferencia alvéolo-arterial de oxígeno estaba elevada en 15 (48,4%) pacientes. El estadio radiológico I fue el más frecuente. 18 (58%) pacientes recibieron tratamiento con corticoides. No se encontraron diferencias significativas al comparar los pacientes tratados frente a los no tratados. Al final del estudio tan solo había fallecido una paciente.

CONCLUSIONES

La sarcoidosis es una enfermedad de evolución en general benigna en la que no hay claras diferencias entre la evolución de los tratados y la de los no tratados.

LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMO CAUSA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL EN ANDALUCÍA (1988-1999)

B. Saíñz Vera, A. Ares Camerino, C. García Vadillo, J. Romero Morillo, A. Vargas Moreno.
Hospital Universitario. Puerto Real (Cádiz).

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedad profesional (EP) viene recogido en el Real Decreto 1/1994, y se entiende por tal a "la enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejercido por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se aprueba por la disposición de aplicación y desarrollo de esta Ley (RD 1995/78)". Según los expertos en medicina del trabajo sólo una mínima parte de los casos de EE PP son declarados. Las enfermedades respiratorias que se incluyen como EE PP son: neumoconiosis, afecciones broncopulmonares diversas, asma ocupacional y diferentes cánceres broncopulmonares.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen todas las EE PP declaradas en Andalucía entre 1 de enero de 1988 y 31 de diciembre de 1999 (orden de 22 de enero de 1973 Ministerio de Trabajo). Se analizaron: año de declaración, provincia y tipo de EP.

RESULTADOS

Durante el período estudiado fueron declaradas un total de 4.915 EP con baja. De todas fueron EP respiratorias 211 (4,29%). Su distribución fue la siguiente: silicosis 10 (4,74%), asma 141 (66,82%), asbestosis 46 (21,80%), enf. irritativa de vías aéreas (13 (6,16%) y otras neumoconiosis 1 (0,47%). Al analizar la tendencia evolutiva de las EE PP respiratorias en Andalucía se aprecia una tendencia al alza.

CONCLUSIONES

- Ante el escaso número de EE PP declaradas se plantea:
1. Necesidad de disponer de un sistema de registro que permita declarar todas las EE PP de origen respiratorio que sean diagnosticadas.
 2. Establecer un sistema que proporcione los datos descriptivos de las EE PP de origen respiratorio.
 3. Aportar información suficiente para poder desarrollar estrategias preventivas, actividades de vigilancia epidemiológica e identificación de nuevas patologías.

EVALUACIÓN DE LA GAMMAGRAFÍA PULMONAR CON GALIO 67 EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON NEUMOPATIAS INTERSTICIALES

C. Rodríguez Matute, J. L. López-Campos Bodineau, E. Rodríguez Becerra, E. Laserna Martínez, García* I. Borrego Dorado.*

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar la utilidad de la captación gammagráfica pulmonar con citrato galio 67 en el seguimiento de los pacientes con neumopatías intersticiales (NI).

PACIENTES Y MÉTODO

Se estudiaron de forma prospectiva a 25 pacientes (6 mujeres y 19 hombres) diagnosticados de NI por criterios clínicos, radiográficos, histológicos y funcionales esta-

blecidos. La edad media fue de 56,88 años. A todos ellos se les midió la captación gammagráfica antes y después del tratamiento, y se comparó con los datos obtenidos en las pruebas funcionales. Se administró una dosis estándar de 3 mCi de citrato galio 67 por vía intravenosa y se procedió 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 expresó semicuantitativamente mediante la determinación de índices pulmón/hígado y pulmón / fondo. El período medio de seguimiento fue de tres meses.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 9 pacientes de fibrosis pulmonar idiopática, 5 de alveolitis alérgica extrínseca, 2 bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, 2 artritis reumatoide con afectación pulmonar, 2 sarcoidosis, 2 neumonías eosinófilas y 3 NI no específicas. No hubo diferencia significativa en la captación gammagráfica entre las distintas patologías. Se observó una correlación negativa entre la capacidad vital y el FEV1 y la captación gammagráfica en ambas determinaciones, presentando una p significativa. Esta relación es más llamativa usando como índice de referencia el hígado.

No hubo diferencia significativa en la captación gammagráfica entre los pacientes que evolucionaron mejor y peor.

CONCLUSIONES

1. La gammagrafía pulmonar con galio 67 podría emplearse como técnica incruenta en la valoración de la progresión de los pacientes con NI.
2. La determinación semicuantitativa tomando como referencia el hígado es más sensible que el fondo.
3. Hace falta mayor seguimiento de estos pacientes para sacar resultados más concluyentes.

PAPEL DE LA ELASTASA DEL NEUTRÓFILO COMO MARCADOR DE INFLAMACIÓN EN LAS NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES

E. Laserna Martínez, J. L. López-Campos Bodineau, C. Rodríguez Matute, D. Fernández Vega*, E. Rodríguez Becerra, J. Castillo Gómez.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, *Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Evaluar el papel de la elastasa del neutrófilo como marcador de inflamación pulmonar en los pacientes con neumopatías intersticiales difusas (NID).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se estudiaron a 100 pacientes con distintas NID. A todos se les determinó los niveles de elastasa en la primera visita mediante aglutinación en látex. Además, se les valoró el estado clínico de su enfermedad con: valoración del grado de disnea, analítica general, radiografía de tórax y pruebas de función respiratoria. En su siguiente revisión se les clasificó en dos grupos: buena y mala evolución. Los valores de elastasa se compararon entre grupos y frente a un grupo control de 13 pacientes.

RESULTADOS

El grupo se compuso de 64 hombres y 36 mujeres, con una edad media de 60 ± 16 años. Las mujeres resultaron ser de mayor edad que los hombres (66 ± 13 vs 57 ± 16 ; $p = 0,003$). El tiempo de seguimiento fue de $8,3 \pm 5,6$ meses. Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en los valores de elastasa (190 ± 202 vs 116 ± 66 ; $p = 0,009$). La elastasa fue capaz de predecir el estado clínico inicial del paciente en las mujeres ($p = 0,011$), pero no en los hombres, sin embargo fue capaz de predecir la evolución con una valor predictivo del 93% ($p = 0,021$) tanto en hombres como en mujeres.

CONCLUSIONES

La elastasa del neutrófilo parece ser un marcador de la situación clínica y evolución de pacientes con NID, especialmente en mujeres.

ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA DIETA Y DISTINTAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS SOBRE EL ÓXIDO NÍTRICO EN EL AIRE EXHALADO EN SUJETOS SANOS

C. Sánchez Gutiérrez; B. Romero Romero; R. Jiménez Solís; J. Castillo Gómez.

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

El óxido nítrico exhalado (NOe) ha quedado establecido como el primer marcador no invasivo de inflamación en las vías aéreas. Los niveles de NOe publicados muestran gran variabilidad, siendo estas diferencias, en ocasiones, debidas a la técnica de medición empleada.

OBJETIVO

Determinar la reproductibilidad de la técnica utilizada por nuestro grupo y si la concentración de NOe obtenida está sometida a variaciones dependientes de características antropométricas y dieta.

MÉTODO

Estudiamos a 20 sujetos sanos (10 hombres y 10 mujeres) con edad media de 28,21 años. A todos se les realizaron mediciones seriadas de NOe, expresadas en partes por billón (ppb), en ayunas (N1), 30 minutos tras la ingesta de verduras (N2) y 30 minutos tras la ingesta de carne/pescado (N3). Cada valor (N1, N2, N3) era la media aritmética de tres mediciones consecutivas separadas 10 minutos entre sí. Medimos el NOe por método directo de quimioluminiscencia con flujo controlado descartando el aire del espacio muerto y con generación de presión en cavidad oral suficiente para cerrar el paladar blando (analizador ECO PHYSICS CLD 77AM).

RESULTADOS

Obtuvimos una concentración media para N1 de $3,40 \pm 1,30$ ppb; para N2 de $4,03 \pm 1,00$ ppb y para N3 de $3,71 \pm 1,05$ ppb. Las diferencias observadas entre estas tres determinaciones no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Las mediciones seriadas (separadas 10 minutos) realizadas tampoco mostraron cambios significativos entre las mismas. Al estudiar la influencia del sexo sobre el NOe, encontramos que en ayunas la concentración media en las mujeres era de $3,13 \pm 0,41$ ppb y en los varones $3,72 \pm 0,31$ ppb, sin que estas diferencias fueran significativas. Por último, estudiamos la influencia del índice de masa corporal (BMI) en el NOe, sin encontrar diferencias significativas entre los sujetos con $BMI \leq 25$ ($n=15$) y aquellos con $BMI > 25$ ($n=5$).

CONCLUSIONES

La técnica empleada por nuestro grupo puede ser considerada reproductible y las concentraciones obtenidas de NOe son independientes de la dieta, sexo e índice de masa corporal.

ESTANCIA MEDIA DE PACIENTES INGRESADOS CON GRD 088 Y 541 Y VARIABLES PREDICTIVAS

M. Guillamon Sánchez, G. Sáez Roca, S. López Ortiz, E. Granados Valverde, C. Castillo Aguilar, M. Valdivia Salas, M. Ortega Antelo, L. Galán Antoñanzas, A.* Fernández Valdivia.

Servicio de Neumología. S. Documentación Clínica*. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

La estancia media es utilizada como indicador del consumo de recursos por su disponibilidad y por la buena relación demostrada con los costes sanitarios ocasionados.

OBJETIVOS

Analizar las características de los pacientes ingresados con el diagnóstico de EPOC reagudizado y su relación con la estancia media.

MATERIAL Y MÉTODO

Se solicitaron todas las historias clínicas de los pacientes ingresados en el primer trimestre del 1999 con diagnóstico de EPOC reagudizado, y se recogieron datos acerca de la edad, hábitos tóxicos, cumplimiento del tratamiento y de OCD, patología de base, complicaciones durante el ingreso, procedimientos diagnósticos, problemas de derivación al alta, estancia real y codificada por el Servicio de Documentación. Se efectuó un análisis de regresión lineal usando días de estancia como variable dependiente e introduciendo como predictoras: edad, PO₂ y PCO₂ al ingreso, n° de ingresos en ese año, visitas a urgencias antes del ingreso, complicaciones durante la estancia, pruebas complementarias de lenta realización (TAC, ECO). Además se calculó la estancia media según el informe de alta y se comparó con la estancia media codificada por el Servicio de Documentación.

RESULTADOS

Se obtuvieron y analizaron 119 historias clínicas. 96% varones. El 60% correspondía a GRD 541. Edad

media 70,3 años, 28% de fumadores activos y 13% de hábito enólico. El 53% tenía oxigenoterapia domiciliaria, 79,8% tenía PO₂<55 mmHg. El 24,3% tuvieron complicaciones graves (parada cardiorespiratoria, acidosis grave, arritmias). La estancia media fue de 13,17 días mientras que la codificada fue de 13,56 días. Las variables predictoras de mayor estancia fueron la presencia de complicaciones, problemas de derivación al alta y pruebas complementarias, todas ellas con p<0,001.

CONCLUSIONES

1. Existe una diferencia de un 2,96% entre estancia media real y estancia codificada atribuida a nuestro Servicio por esta patología, desconociéndose el nivel administrativo en el que se produce y el motivo.
2. Las variables relacionadas con el funcionamiento del sistema sanitario y la existencia de complicaciones asociadas a EPOC, son predictivas de una mayor estancia en nuestros pacientes.

VARIABLES PREDICTIVAS DEL REINGRESO HOSPITALARIO PRECOZ EN LA EXACERBACIÓN DE LA EPOC (Resultados preliminares)

J. Fernández Guerra¹, A. Jiménez Puente², L. Hidalgo Rojas³, J. García Alegría³, A. Lara Blanquer⁴, L. Ballesteros García.

(1) Unidad de Neumología. (2) Unidad de Evaluación. (3) Unidad de Medicina Interna. (4) Unidad de Documentación Clínica. Hospital Costa del Sol. Málaga.

OBJETIVO

Determinar en qué medida los episodios de reingreso hospitalario de la EPOC por exacerbación están condicionados por las características clínicas de los pacientes o por la calidad de los cuidados intrahospitalarios aplicados en el ingreso previo.

METODOLOGÍA

Estudio de casos-contrroles. Población: ingresos por exacerbación de EPOC. Ámbito: hospital de agudos que atiende a una población de 226.898 habitantes. período de estudio: 1994 a 1999. Casos (P): pacientes que reingresaron 30 días después del alta por proceso relacionado. Contróles (C): pacientes que no reingresaron y seguían con vida al término de los 30 días tras el alta. Variables independientes: edad, grado severidad clínica

(escala Apache III), comorbilidad (índice de Charlson), duración de la estancia hospitalaria y escala de valoración de la calidad asistencial recibida durante el ingreso (criterios de Ashton modificados). Análisis estadístico: t de Student y regresión logística (RL).

RESULTADOS

Se analizaron 26 casos y 24 contróles. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en edad (P = 67 ± 12 años, C = 70 ± 10 años, p = 0,27), Apache III (P = 42 ± 14, C = 38 ± 13, p = 0,31), índice Charlson (P = 1,1 ± 0,72, C = 0,7 ± 0,6, p = 0,05), duración estancia (P = 9,5 ± 5,4, C = 7,4 ± 3,9, p = 0,14) ni escala de calidad (P = 84 ± 7, C = 85 ± 6, p = 0,64). El análisis de RL obtuvo un modelo con significación estadística global (p = 0.002) formado por las siguientes variables: comorbilidad (OR = 4,16, p = 0,03), severi-

dad (OR = 1,14, p = 0,009), edad (OR = 0,82, p = 0,007), duración de la estancia (OR = 1,29, p = 0,02) y calidad asistencial (OR = 0,88, p = 0,07).

CONCLUSIONES

El riesgo de reingreso precoz se explica mejor por las características clínicas de los pacientes que por la

calidad de los cuidados intrahospitalarios aplicados durante el ingreso.

Es parte de un proyecto de investigación realizado con ayudas del Servicio Andaluz de Salud, exp. 104/99.

EFFECTO DE LAS EXACERBACIONES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC

L. Díaz Cañaverall, F. J. Álvarez Gutiérrez, B. Romero Romero, T. Elías Hernández, A. García Fernández, J. Castillo Gómez.

Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias C. E. Fleming. Unidad Médico-Quirúrgica de Enf. Respiratorias. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar el impacto que las exacerbaciones de pacientes con EPOC tienen sobre su calidad de vida, medida por el cuestionario de enfermedades respiratorias crónicas (CRQD) a lo largo de 3 años.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio prospectivo en 91 pacientes con EPOC. Se les aplicó el CRQD basalmente, a los 6 meses, 1 y 3 años; registrando el número de exacerbaciones en cada caso. Se hicieron 2 grupos en función

del nº de agudizaciones (≤ 1 ó > 1 exacerbación). Ambos grupos eran homogéneos en edad, afectación funcional y puntuación del CRQD basalmente.

RESULTADOS

La población tenía una edad media de 66 ± 8 años, el FEV₁% era del $51,39 \pm 14,97$, y la PO₂ de $76,33 \pm 8,53$. Se registraron un total de 228 agudizaciones (media/paciente: $2,42 \pm 2,07$). Las puntuaciones total, de control de la enfermedad y de fatiga eran significativamente menores en pacientes con más de 1 agudización.

	Puntuación total	Emocional	Control	Disnea	Fatiga
≤ 1 Agudización N= 33	116,1±15,6	41,17±4,7	25,97±10,4	27,65±5,8	22,17±3,4
> 1 Agudización N= 58	108,1 ± 16,6 p= 0,023	39,05 ± 6,2 p= 0,082	22,74 ± 3,4 p= 0,03	26,54 ± 6,2 p= 0,391	20,44 ± 3,5 p= 0,23

CONCLUSIÓN

Las exacerbaciones de pacientes con EPOC pueden

afectar significativamente a su calidad de vida medida por el CRQD.

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIALES Y CALIDAD DE VIDA PREVIA EN LA ESTANCIA MEDIA DE PACIENTES INGRESADOS CON EPOC REAGUDIZADO

M. Guillamon Sánchez, G. Sáez Roca, E. Granados Valverde, G. Gimenez Lozano, C. J. Castillo Aguilar, S. López Ortiz, M. Ortega Antelo, M. C. Contreras Santos, C.* Martínez Cirre.

Servicio de Neumología S. Documentación Clínica*. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCION

La estancia media es utilizada como indicador del consumo de recursos por la buena relación demostrada con los costes sanitarios ocasionados. Con frecuencia se recurre a atribuir las diferencias de estancia a factores sociales entre otros.

OBJETIVOS

Analizar si los factores sociales y la calidad de vida previa al ingreso de los pacientes con diagnóstico de EPOC reagudizado se relaciona con los días de estancia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo-analítico de los pacientes ingresados en el primer trimestre del 2000 con diagnóstico de EPOC reagudizado, recogiendo al ingreso datos acerca de la edad, sexo, calidad de vida previa, aspectos económicos, atención en domicilio y características de la vivienda. Para el análisis estadístico de los resultados hicimos una comparación de medias mediante \pm Student para muestras independientes usando días de estancia como variable dependiente e

introduciendo como predictoras: calidad de vida previa, características de la vivienda, aspectos económicos y atención en domicilio.

RESULTADOS

Se analizaron 70 historias clínicas de ellas el 95.7% eran varones, edad media 71,7 años, la estancia media fue de $12,6 \pm 6,8$ días, un 96% de los pacientes tenían atención en domicilio la mayoría por familiares directos, el 97 % era pensionista, en un 23 % las condiciones de la vivienda eran malas entendiéndose como tal la presencia de barreras físicas o malas condiciones térmicas, en cuanto a la calidad de vida previa a la reagudización un 50 % tenía una calidad aceptable, el 21% limitada a pequeños paseos y el resto hacia vida cama-sillón o era pésima. Tras estudio estadístico se observó que la calidad de vida previa es la única variable predictiva de los días de estancia con $T= 2,37$ y $p=0,021$ con IC 95%.

CONCLUSIONES

De los factores analizados, el único que predice una mayor estancia es la mala calidad de vida previa al ingreso.

INFLUENCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME DE ALTA DE PACIENTES INGRESADOS CON GRD 088 Y 541 (EPOC Y NEUMONÍA) EN NUESTRO SERVICIO

M. Guillamón Sánchez, E. Granados Valverde, G. Giménez Lozano, G. Sáez Roca, C. J. Castillo Aguilar, S. López Ortiz, L. Galán Antoñanzas, J. Álvarez Benticuaga, I*. Garzón Tamayo,

Servicio de Neumología S. Documentación Clínica*. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

En el CMBDH (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización) se recoge las variables mínimas para valorar la calidad de un informe de alta e incluye datos administrativos y datos clínicos.

OBJETIVOS

Valorar la calidad de los informes de alta de pacientes ingresados con GRD 088 y 541 (relativos a EPOC y neumonía) según el CMBDH y si ésta se modificaba tras comunicar al servicio los errores detectados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se solicitaron las historias clínicas correspondientes a todos los pacientes ingresados en nuestro servicio en el primer trimestre de 1999 y 2000 con los GRD descritos. Se analizó el informe de alta del primer ingreso, recogiendo: datos administrativos, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, complicaciones y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

RESULTADOS

Se revisaron 154 historias clínicas correspondientes al primer trimestre de 1999 y 100 del mismo período del 2000. Todos los informes de alta revisados tenían cumplimentados correctamente los datos administrativos, en cuanto a los datos clínicos. AÑO 1999; diagnóstico principal correcto (75,9%), incorrecto (12,3%), no especificado (11,7%); diagnóstico secundario correcto 42%, incorrecto 4%, incompleto 27% y no especificado 26%; procedimientos diagnósticos y terapéuticos (gasometría

al ingreso 99%, gasometría al alta 94%, espirometría y otros 100%). AÑO 2000; diagnóstico principal: correcto (84%), incorrecto (6%), no especificado (10%); diagnóstico secundario correcto 63%, incorrecto 0%, incompleto 26% y no especificado 11%; procedimientos diagnósticos y terapéuticos (gasometría al ingreso 99%, gasometría al alta 80% y otros 100%).

CONCLUSIONES

1. Los resultados del año 1999 evidencian que hasta un 24% de los diagnósticos principales de alta son inadecuados y que sólo un 42% de los diagnósticos secundarios son correctos.
2. Tras haber sido informado el servicio, la calidad del informe de alta mejoró, siendo correcto el diagnóstico principal en un 8% más de los casos y el secundario en un 20%.
3. El 98% de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados son recogidos en el informe de alta.

MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR AGUDIZACIÓN DE SU EPOC

F. Casas, M. Gallardo, E. Castillo, M. Contreras, A. Fernández, C. Peñalver, C. Puchaes, M. A. Palma, A. Conde. Servicio de Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Evaluar la mortalidad en pacientes hospitalizados por EPOC agudizado.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo en 261 pacientes hospitalizados por agudización de su EPOC desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Son revisados 261 pacientes ingresados por EPOC agudizado con una edad media de $68,2 \pm 8,9$ años. Fumadores activos 101 y exfumadores 160. Consumo de $28,7 \pm 11,2$ cig./día durante $42,0 \pm 8,8$ años. Son clasificados en estadio clínico-funcional I 24 pacientes (9,2%), II 43 (16,5%), III 62 (23,8%) y no clasificables 132 (50,6%). Estos 261 pacientes generaron 797 ingresos, 16 en UCI, y 87 son reingresos precoces. Ingresaron por primera vez 123 y hubo 48 éxitos (18,4% pacientes y 6% ingresos), todos ellos por causa neumológica excepto uno por arritmia. Los éxitos se relacionaron un estadio funcional avanzado, cor pulmonale crónico, PaO₂ más baja ($p < 0,05$), edad de ingreso > 65 años, ausencia de oxigenoterapia crónica domiciliaria, un mayor número de hospitalizaciones, ingresos en UCI ($p < 0,01$) y con reingresos precoces ($p < 0,001$). No existen diferencias, en los pacientes sin reingresos hospitalarios, en la mortalidad entre pacientes con/sin ingresos previos en UCI.

ron por primera vez 123 y hubo 48 éxitos (18,4% pacientes y 6% ingresos), todos ellos por causa neumológica excepto uno por arritmia. Los éxitos se relacionaron un estadio funcional avanzado, cor pulmonale crónico, PaO₂ más baja ($p < 0,05$), edad de ingreso > 65 años, ausencia de oxigenoterapia crónica domiciliaria, un mayor número de hospitalizaciones, ingresos en UCI ($p < 0,01$) y con reingresos precoces ($p < 0,001$). No existen diferencias, en los pacientes sin reingresos hospitalarios, en la mortalidad entre pacientes con/sin ingresos previos en UCI.

CONCLUSIONES

1. Mortalidad global de la muestra es baja para el período del estudio analizado.
2. Elevada mortalidad en pacientes con reingresos precoces y en los que ingresan en UCI.
3. No influencia en la mortalidad de ingresos previos en UCI.

CAUSAS DE AGUDIZACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DESCOMPENSACIÓN DE SU EPOC

F. Casas, M. Gallardo, E. Castillo, M. Contreras, A. Fernández, M. A. Palma, C. Peñalver, A. Conde, C. Puchaes. C. Servicio de Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Estudiar causa de agudización en pacientes hospitalizados por descompensación de su EPOC.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 797 ingresos por EPOC agudizado desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Revisamos 797 ingresos por EPOC agudizado de 261 pacientes con 68,2±8,9 años. Seguimiento medio de 24,7±17,1 meses. Agudización de 8,3±7,1 días de evolución, manifestando tres criterios de Anthonisen 53,3% y al menos uno 46,7%. Criterios complementarios consistentes en: fiebre 8,3%, dolor torácico 9,4%, signos de cor pulmonale 31,1%; dos criterios 47,4%, tres criterios 6,6% y ninguno 14,9%. Se indica como causa de la agudización traumatismo torácico con

fracturas costales en 0,5%, neumotórax 0,6%, hemoptisis (debut carcinoma broncopulmonar) 0,6%, tromboembolismo 0,8%, arritmia 1,0%, no filiada 17,5% y origen infeccioso 79,0% (neumonía 7,6% e infección respiratoria 92,4%: infección respiratoria 22,3%, bronquitis aguda 5,0% y bronquitis aguda purulenta 72,7%). Las infecciones respiratorias son más frecuentes en pacientes con estadio funcional avanzado, menor IMC ($p<0,02$) y cor pulmonale crónico y/o insuficiencia cardíaca ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

1. Alta frecuencia de EPOC agudizado de causa no filiada.
2. El origen infeccioso es la causa más frecuente de agudización en pacientes con descompensación de su EPOC que precisan hospitalización.
3. Cor pulmonale crónico y/o insuficiencia cardíaca, estadio funcional avanzado e IMC bajo son factores de riesgo para infección respiratoria.

EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO MUSCULAR PERIFÉRICO SOBRE LA DISNEA Y DOLOR DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTES CON EPOC

A. Hernández Martínez, F. Ortega, J. Toral, P. Cejudo, R. Villagómez, H. Sánchez, T. Montemayor. Servicio de Neumología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Valorar la repercusión en la disnea y el dolor de miembros inferiores tras el entrenamiento muscular periférico en la EPOC.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudiamos a 72 pacientes con EPOC moderada-severa (FEV1 medio: 38%) y de forma aleatoria prospectiva y randomizada los incluimos en un programa de rehabilitación pulmonar, de 12 semanas de duración, consistente en sesiones de 45 minutos, 3 veces

por semana. 18 pacientes fueron elegidos como controles, y de los restantes 47 que completaron el entrenamiento: 17 se entrenaron a fuerza a gran carga (80% del máximo), 16 entrenaron a resistencia (al 70%), y 14 hicieron entrenamiento mixto (a fuerza y a resistencia). A todos los pacientes se les realizó un estudio basal y postentrenamiento que incluyó pruebas funcionales respiratorias (PFR), estimación de la fuerza muscular periférica por el test del 1 RM, test de esfuerzo máximo con bicicleta ergométrica, test de resistencia (endurance), Shuttle Walking Test (SWT) y se les aplicó la escala de disnea de Mahler con sus 3 ítems: magnitud de la tarea, incapacidad funcional y magnitud del

esfuerzo. Tras la realización del test de esfuerzo máximo y del SWT se determinaron con la escala de Borg la disnea y el dolor en miembros inferiores.

RESULTADOS

No encontramos cambios significativos en ninguno de los parámetros en el grupo control. Estudiando el grupo de pacientes sometidos a entrenamiento de forma global, no encontramos diferencias significativas en las PFR, pero sí un incremento en parámetros de esfuerzo máximo, en la distancia alcanzada en el SWT, en el tiempo alcanzado en el test de resistencia y en la fuerza muscular periférica (1 RM). En la escala de disnea de Mahler encontramos una mejoría significativa en los 3 ítems. Al valorar la escala de Borg tras el test de esfuerzo máximo, encontramos un aumento significativo en el nivel alcanzado de disnea (de 7,05 a 7,8; $p: 0,003$), sin cambios significativos en el nivel alcanzado de dolor en miembros inferiores (de

3,72 a 3,85; $p:0,913$). Al valorarla tras la realización del SWT no encontramos diferencias significativas. Al estudiar estos mismos parámetros en las distintas modalidades de entrenamiento (Fuerza, Resistencia y Mixto) encontramos diferencia significativa en los 3 ítems de la escala de Mahler en los 3 grupos. Sin embargo al valorar los cambios en la escala de Borg en los diferentes grupos las diferencias no llegaron a alcanzar significación estadística.

CONCLUSIONES

1. El entrenamiento muscular periférico permite alcanzar un mayor nivel de disnea medida por la escala de Borg tras la realización del test de esfuerzo máximo, manteniéndose sin variaciones el nivel de fatiga en miembros inferiores.
2. Todas las modalidades de entrenamiento mejoran de forma significativa la disnea basal medida con el test de Mahler.

INFLUENCIA DEL CONTROL AMBULATORIO DE PACIENTES CON EPOC EN LAS HOSPITALIZACIONES POR AGUDIZACIÓN DE SU ENFERMEDAD

F. Casas, M. Gallardo, M. Contreras, A. Fernández, C. Peñalver, E. Castillo, C. Puchaes, M. A. Palma, A. Conde.
Servicio de Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Evaluar la influencia del control ambulatorio en la EPOC en las hospitalizaciones por agudización de su enfermedad.

RESULTADOS

Se revisan 261 pacientes ingresados por EPOC agudizado (258 varones y 3 mujeres) con una edad media de $68,2 \pm 8,9$ años, IMC de $27,3 \pm 5,2$ Kg/m². Fumadores activos 101 (38,7%) y exfumadores 160 (61,3%) desde hacía $8,6 \pm 7,2$ años. Consumo de $28,7 \pm 11,2$ cig/día durante $42,0 \pm 8,8$ años. Son clasificados en estadio clínico funcional I 24 pacientes (9,2%), II 43 (16,5%), III 62 (23,8%) y no clasificables funcionalmente 132 (50,6%). Siguen control ambulatorio por atención pri-

maria, medicina interna o neumología 153 pacientes (58,6%) y 108 no (41,4%). Los pacientes controlados ambulatoriamente tienen un estadio clínico más avanzado, una edad media menor, mayor prevalencia de cor pulmonale crónico, insuficiencia respiratoria crónica ($p < 0,05$) y mayor prescripción de oxigenoterapia crónica domiciliaria ($p < 0,001$). Un 72% de los pacientes no controlados ambulatoriamente están en estadio III o no definible funcionalmente y un 30,6% son diagnosticados de EPOC en su primer ingreso.

CONCLUSIONES

1. Alta incidencia de pacientes con EPOC establecida no diagnosticada.
2. Alta incidencia de pacientes con EPOC avanzada y no controlados ambulatoriamente.

ASPECTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC AGUDIZADO

F. Casas, M. Gallardo, C. Peñalver, E. Castillo, M. Contreras, A. Fernández, M. A. Palma, A. Conde, C. Puchaes.
Servicio Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Evaluar aspectos de la atención médica de pacientes hospitalizados por EPOC agudizado.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 797 ingresos por EPOC agudizado desde el 1/1/95 al 31/12/98.

RESULTADOS

Revisamos 797 ingresos por EPOC agudizado de 261 pacientes con $68,2 \pm 8,9$ años, remitidos por atención primaria (AP) 32,7%, propia iniciativa 48,3%, 061/SEDU 8,2% y otros/no consta 10,8%. No realizaban tratamiento de su agudización 69,0% y sí 31,0% indicado por: AP 53,8%, otros 18,7% y no consta 27,5%. Antibioterapia en 70,4% y no/no consta 29,6%. Agudización desde hacía $8,3 \pm 7,1$ días, manifestando

tres criterios de Anthonisen 53,3% y al menos uno 46,7%. Ingresan en medicina interna 69,5%, Neumología 28,5% y UCI 2%. Ingresan por primera vez 15,4%, 6% fallecen, 9,9% ingresan una sola vez y 10,9% de reingresos precoces. Alta dada a AP 65,9%, neumología 22%, MI 9,3% y otros 2,8%. Gasometría al ingreso con FiO_2 ambiente en 723: $PaO_2 = 42,7 \pm 9,9$, $PaCO_2 = 50,9 \pm 11,8$, y 74 con aporte de O_2 . Gasometría al alta en 74,3% con FiO_2 ambiente 45,3%: $PaO_2 = 57,6 \pm 9,8$, $PaCO_2 = 44,4 \pm 7,6$, y con aporte de O_2 54,7%.

CONCLUSIONES

1. Alta prevalencia de hospitalizaciones por EPOC agudizado en pacientes que no consultan con AP o sin tratamiento previo pese a agudización prolongada.
2. Baja mortalidad hospitalaria por EPOC agudizado.
3. Muchos pacientes son dados de alta sin gasometría de control o no realizada con FiO_2 ambiente.

ESTUDIO DE PACIENTES INGRESADOS POR EPOC AGUDIZADO QUE ACUDEN AL HOSPITAL POR PROPIA INICIATIVA O ENVIADOS POR ATENCIÓN PRIMARIA

M. Gallardo, F. Casas, A. Fernández, M. A. Palma, C. Peñalver, E. Castillo, A. Conde, M. Contreras, C. Puchaes.
Servicio de Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Comprobar si existen diferencias entre los pacientes ingresados por EPOC agudizado enviados al hospital por atención primaria (AP) o que acuden al hospital por propia iniciativa.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de 206 pacientes que han cursado 646 ingresos hospitalarios por EPOC agudizado desde el 1/1/1995 y el 31/12/1998.

RESULTADOS

De los 646 ingresos estudiados, 385 (59,6%) correspondieron a pacientes que acuden por propia iniciativa y 261 (40,4%) a pacientes enviados por AP. En estos últimos son más frecuentes la insuficiencia cardíaca ($p < 0,05$). Los pacientes que acuden por propia iniciativa proceden más de áreas rurales ($p < 0,001$). El estudio de regresión logística muestra relación entre:

1. Pacientes que acuden por propia iniciativa, su residencia en áreas rurales y la presencia de cardiopatía isquémica ($p < 0,05$).

2. Pacientes enviados por AP, la presencia de arritmias, primer ingreso hospitalario, una mayor incidencia de reingresos precoces y una mayor PaO₂ (p<0,05) al ingreso.

No hemos encontrado diferencias en cuanto a la supervivencia media durante los 4 años de estudio entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

1. No existen diferencias ostensibles entre ambos grupos de pacientes.
2. Los pacientes procedentes de áreas rurales probablemente tengan peor acceso a AP.
3. Los pacientes enviados por AP sufren más reingresos hospitalarios precoces.

ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL 061/SEDU POR PACIENTES CON EPOC AGUDIZADO

F. Casas, M. Gallardo, M. Contreras, A. Fernández, M. A. Palma, C. Peñalver, E. Castillo, A. Conde, C. Puchaes.
Servicio de Neumología H. U. San Cecilio de Granada.

OBJETIVO

Valorar si es correcto el uso de los servicios del 061/SEDU por pacientes que sufren agudización de su EPOC.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de un grupo de pacientes ingresados por agudización de su EPOC entre 1/1/1995 y 31/12/1998.

RESULTADOS

Durante este período hemos estudiado 261 pacientes con agudización de su EPOC, de los cuales 27 (10,3%) fueron traídos al hospital por el 061/SEDU (Servicio Especial de Urgencias). Estos últimos tenían una edad media menor, una EPOC clínico y funcionalmente más

avanzada, tenían mayores cifras de PaCO₂, presentaban más arritmias cardíacas (p<0,05), llevaban más tiempo fumando (p<0,01) e ingresaron más en UCI (p<0,001). En nuestra muestra, que un paciente sea traído al hospital por el 061/SEDU se correlaciona con los años de tabaquismo (p<0,01), con las cifras de PaCO₂ (p<0,001) y negativamente con los días de agudización (p<0,05). No existen diferencias significativas en la supervivencia media durante los 4 años de estudio entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

1. Existe una adecuada utilización de los servicios del 061/SEDU por parte de los pacientes con EPOC agudizado.
2. Los pacientes atendidos por los servicios del 061/SEDU tienen una EPOC clínica y funcionalmente más avanzada.

CUMPLIMIENTO CON CPAPn EMPÍRICA EN EL TRATAMIENTO DEL SAOS EN LA PROVINCIA DE BADAJOZ

A. M. Pérez, J. J. Garrido, A. Castañar, F. L. Márquez, J. M. Antona, S*. Caballero, F. Fuentes.
Sección de Neumología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. *AIR LIQUIDE. Extremadura.

OBJETIVOS

Conocer el cumplimiento horario del tratamiento con CPAPn, puesta de forma empírica, en pacientes con SAOS.

MÉTODOS

Recogida de datos, por parte del personal de Air Liquide, en el domicilio de los enfermos a los que se les prescribió CPAPn de forma empírica, en los últimos 5

años en la provincia de Badajoz, por los hospitales Universitario Infanta Cristina, Mérida y Don Benito-Villanueva. Las horas de cumplimiento, se tomaron mediante lectura automatizada del contador horario del dispositivo de CPAP-n.

RESULTADOS

En los 5 últimos años, se han instaurado en la provincia de Badajoz, un total de 1351 CPAP-n. Empíricamente se pautaron a presiones de 7 u 8 cm. de agua. Por diferentes motivos, abandonaron el tratamiento 175 pacientes (13%). La mayor parte lo hicieron por intolerancia al tratamiento y en menor número por desplazamientos definitivos a otras provincias, otras opciones terapéuticas o por fallecimiento. Permanecieron en activo 1176 pacientes. A 691 de estos pacientes

(58% de los activos) se les ha realizado un control de cumplimiento horario, mediante registro automatizado del contador horario de generador de CPAP. 170 enfermos (24%) realizaron un mal cumplimiento del tratamiento, ya que usaban CPAP-n menos de 4 horas al día. Realizaron un buen tratamiento, con más de 4 horas al día 555 pacientes (76%). De éstos, 145 (21%) usan CAPAn entre 4 y 5 horas, 364 (65%) lo usan de 6 a 8 horas y 46 pacientes (8%) su cumplimiento fue superior a las 9 horas diarias.

CONCLUSIONES

La cumplimentación del tratamiento con CPAPn, puesta de forma empírica, en el tratamiento del SAOS, es muy satisfactoria, ya que el 76% de los pacientes testados, usan la CPAPn más de 4 horas todos los días.

FACTORES QUE INCIDEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP NASAL

J. M. Bravo, J. L. Zambrana, F. Fuentes, F. Rosa, J. Puente, M. Amat, F. Rodríguez.

Unidad de Neumología. Área de Medicina. Hospital Alto Guadalquivir – Andújar (Jaén).

OBJETIVOS

Conocer qué factores inciden significativamente en el grado de cumplimiento del tratamiento del SAHOS con CPAP nasal.

METODOLOGÍA

Utilizando una población de 75 pacientes, con diagnóstico de SAHOS mediante poligrafía cardiorrespiratoria, relacionamos las horas de cumplimiento del tratamiento con CPAP nasal con el índice de masa corporal (BMI), T90, hipersomnia diurna (puntuación obtenida en el test de Epworth) y el índice de apneas-hipopneas/hora (IAH).

RESULTADOS

Hemos incluido a 75 pacientes (53 hombres, 22 mujeres) cuya edad media era de 56 ± 12 años. De ellos, 7 pacientes presentaban un SAHOS leve, 30 moderado y 38 severo, siguiendo la estratificación en severidad

recomendada por SEPAR. Los pacientes con SAHOS leve presentaban un BMI, T90 e IAH significativamente menor cuando lo comparamos con el grupo de pacientes con SAHOS severo ($31,4 \pm 3$ vs $35,1 \pm 5$ kg/m²; $8 \pm 13\%$ vs $39 \pm 25\%$ y $23 \pm 6,5$ vs 70 ± 13). Además, los pacientes con SAHOS leve utilizaban significativamente menos tiempo la CPAP que el grupo de pacientes con SAHOS severo ($4,2 \pm 3$ horas vs $6 \pm 1,6$ horas, $p < 0,001$). Existía, además, una correlación positiva entre el número de horas que el paciente utilizaba la CPAP y el IAH ($r = 0,223$, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Sólo el grado de severidad del SAHOS se relaciona significativamente con el cumplimiento del tratamiento con CPAP. La hipersomnia diurna y la repercusión de los eventos respiratorios sobre la saturación arterial del oxígeno nocturna no influyen en el mayor o menor cumplimiento del tratamiento. Además de una indicación de tratamiento controvertida, los pacientes con SAHOS leve cumplen peor el tratamiento con CPAP.

PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO (SAS) DIAGNOSTICADOS A RAÍZ DE UN INGRESO POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GLOBAL (IRG): SEGUIMIENTO A 1 AÑO CON PRESIÓN POSITIVA (PAP)

I. De la Cruz Morón, F. Campos Rodríguez, N. Peña Griñán, F. De la Vega Gallardo, C. García Polo, J. L. Rojas Box. Sección de Neumología. H. U. de Valme. Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar la evolución con PAP a un año de los pacientes diagnosticados de SAS durante un ingreso por IRG.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de los SAS ingresados en neumología del H. U. Valme por IRG entre marzo 1999-enero 2000. Se incluyeron 37 casos con IAH medio de $70 \pm 36/h$. Al alta se prescribió PAP en todos los casos (CPAP 23, BiPAP-S 9, BiPAP-S/T 5). Se comparó la clínica basal y la GSA al alta, con los datos al año de seguimiento, así como los ingresos en el año previo y posterior al inicio de PAP.

RESULTADOS

Los pacientes redujeron el consumo de etanol (11,1 vs, 48,5 g./día; $p=0,001$) pero no el IMC (37,0 vs. 36,6;

$p=NS$) durante el seguimiento. La cumplimentación de la PAP fue de 6 h/día. Tras un año de PAP, disminuyeron los casos con poliglobulia (2/37 vs. 16/37; $p=0,0004$), hipersomnias (4/37 vs. 36/37; $p<0,0001$) y cefálea (4/37 vs. 19/37 $p=0,0004$). En el 57% (21/37) de casos se redujo el grado de disnea. La GSA al año mejoró respecto a la del alta, tanto pO_2 (69,3 vs. 60,1; $p=0,0001$) como pCO_2 (44,4 vs. 49,9; $p<0,0001$). Con PAP se redujo el nº ingresos/paciente (0,32 vs. 1,67; $p<0,0001$) y el nº días ingresado/paciente (3,2 vs. 24,0; $p<0,0001$). Durante el seguimiento, en 5 pacientes se cambió de BIPAP a CPAP, en 3 de CPAP a BIPAP-S y en 2 se suspendió PAP.

CONCLUSIONES

- 1) El cumplimiento de la PAP fue adecuado en la mayoría de pacientes, aunque no se redujo el IMC.
- 2) El tratamiento con PAP redujo tanto el número de ingresos como de días ingresado por IRG, mejorando asimismo la clínica y la GSA.

COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS SEGÚN EL ÍNDICE DE APNEA-HIPOPNEA (IAH) EN UN GRUPO DE HOMBRES Y MUJERES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO (SAS)

E. Quintana, C. Carmona, M. A. Fuentes, G. Borja, A. Sánchez, F. Capote.

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

OBJETIVO

Evaluar si existen diferencias clínicas y antropométricas entre hombres y mujeres remitidos a una consulta de sueño por sospecha de SAS, considerando distintos grupos según el valor del IAH.

METODOLOGÍA

Se han estudiado 343 pacientes enviados a nuestra consulta por sospecha de SAS. Se les ha realizado un cuestionario sobre sintomatología específica de SAS y una exploración física completa. En todos los casos se

ha realizado polisomnografía nocturna convencional. Se ha dividido a los pacientes en tres grupos para diferentes valores de IAH (Grupo 1: $IAH<10$; Grupo 2: $IAH:10-30$; Grupo 3: $IAH:>30$) y hemos analizado las respuestas dadas para cada pregunta del cuestionario según el sexo, utilizando χ^2 para las variables cualitativas y t de Student para las cuantitativas.

RESULTADOS

La serie global incluye: 294 hombres (H) -85,7%- y 49 mujeres (M)-14,2%- con edad significativamente mayor en el grupo de las mujeres ($51,1 \pm 11$ vs $58,2 \pm 9,2$

p<0,001) así como IMC (33,1±5.1vs36.1±8,5 p<0.001). No hemos encontrado diferencias significativas entre sexos en síntomas como ronquido, apneas observadas e hipersomnolencia diurna. Al hacer el análisis en los dis-

tintos grupos tampoco encontramos diferencias significativas en los síntomas referidos, pero sí en las siguientes variables:

	Grupo-I (n=92)		Grupo-II (n=116)		Grupo-III (n=135)	
	H(77)	M(15)	H(99)	M(17)	H(118)	M(17)
Edad	48,3	56,0*	52	58,5*	52,3	59,2**
Cansancio matutino (%)	31	66**	40,4	70,6**	34,7	70,6**
Cefaleas matutinas (%)	10,4	33,3*	17,2	23,5*	11,9	35,5*
Circunferencia cuello	43,4	38,7**	43,6	38,7**	44,5	40,2**
IMC	31,5	35,2**	32,9	33,7	34,3	39,2**
Laboralmente activo (%)	63,6	13,3**	55,6	17,6**	45,8	17,6**

(*) p<0,05 (***)p<0,001

CONCLUSIONES

El número de mujeres remitidas a una consulta especializada por sospecha de SAS es significativamente

menor que el de hombres. Encontramos que las mujeres son mayores, más obesas y refieren más cansancio y cefaleas matutinas con respecto a los hombres, independientemente del valor del IAH.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANTROPOMÉTRICAS DE ADULTOS JÓVENES (18-30 AÑOS) CON SOSPECHA CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO (TRS)

C. Carmona Bernal, G. Borja Urbano, E. Quintana Gallego, M. A. Fuentes Pradera, A. Sánchez Armengol, F. Capote Gil.

Unidad Médico-quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Evaluar las características clínicas y antropométricas de un grupo de pacientes entre 18 y 30 años remitidos a una consulta de neumología por sospecha de TRS. Estudiar si existen diferencias con pacientes en la franja de edad típica de los TRS (40-65 años) remitidos con la misma sospecha clínica.

METODOLOGÍA

Se han estudiado 2151 nuevos pacientes remitidos por sospecha de TRS. Todos han contestado el mismo cuestionario clínico, y a todos se les ha realizado una

exploración física completa. Se han seleccionado dos grupos: un primer grupo (grupo 1) con todos los pacientes con edades comprendidas entre 18 y 30 años (85 pacientes), y un segundo grupo (grupo 2) con todos los pacientes con edades entre 40 y 65 años (1.526 pacientes). Se han comparado las respuestas dadas por ambos grupos para cada pregunta del cuestionario, utilizando la chi cuadrado para las variables cualitativas y la t de Student para grupos independientes para las cuantitativas.

RESULTADOS

Se muestran en las siguientes tablas:

	Ronquidos	Apneas observadas	Despertares con disnea	Hipersomnolencia diurna	Cansancio matutino
Grupo 1 (%)	75,3	60,7	49,1	60,0	69,4
Grupo 2 (%)	94,6	83,1	37,8	74,8	60,0
P	<0,001	<0,001	N.S.	0,002	N.S.

	Epworth	C. Cuello	C. Cintura	C. Cadera	IMC
Grupo 1	9,04 ±0,5	40,3±0,5	99,4±1,9	109,2±1,3	30,4±0,7
Grupo 2	10,3±0,3	42,2±0,1	108,4±0,3	111,9±0,4	32,5±0,1
p	0,03	0,016	<0,001	N.S.	0,04

Los pacientes entre 18 y 30 años tienen, de forma significativa, más intervenciones de la zona adenoamigdalares ($p < 0,001$). En el grupo 1 hay mayor porcentaje de pacientes con micrognatia (12,9%) que en el grupo 2 (6,5%), aunque sin llegar a la significación estadística.

CONCLUSIONES

Los adultos jóvenes que consultan por sospecha de TRS son, en general:

1. Menos sintomáticos, menos obesos y con menos obesidad central que los pacientes entre 40 y 65 años.
2. Tienen más antecedentes de intervenciones de la zona adenoamigdalares.

INFLUENCIA DEL RONQUIDO SOBRE LA ARQUITECTURA DEL SUEÑO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES

M. A. Fuentes, A. Sánchez, G. Botebol, J. A. Romero, S. Cano y F. Capote.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, H. H. U. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Los adultos con un trastorno respiratorio durante el sueño (TRS), presentan a menudo fragmentación del mismo. Sin embargo, en los niños con TRS, la arquitectura del sueño suele estar conservada. No es conocida la repercusión de los TRS sobre las fases del sueño en la edad adolescente.

OBJETIVOS

Conocer la influencia del ronquido sobre la arquitectura del sueño en un grupo de adolescentes.

MÉTODO

Se ha estudiado un grupo de 32 adolescentes (18 de los cuales fueron clasificados como roncadores, por presentar dicho síntoma más de dos veces a la semana).

En cada caso se realizó una polisomnografía convencional nocturna en el laboratorio del sueño (polisomnógrafo Sensor Medics 4100). Se consideraron eventos respiratorios iguales o mayores a 5 segundos y se realizó una lectura manual de las variables electroencefalográficas, por un neurofisiólogo. Se analizaron los siguientes parámetros: tiempo total de registro (TTR), tiempo total de sueño (TTS), eficacia del sueño, tiempo de vigilia intrasueño (WDS), nº de arousals, porcentaje de cada fase del sueño, índice de apnea-hipopnea (IAH) e índice de desaturaciones (ID).

RESULTADOS

Resultados expresados como media ± desviación estándar. NS: no significativo.

Parámetros	Roncadores (n=18)	No roncadores (n=14)	p
Edad	13,9 ± 1,9	12,2 ± 3,7	NS
Hombre/mujer	10/8	6/8	NS
TTS (min)	368,6 ± 43,6	347,1 ± 45,3	NS
Eficacia (%)	88,6 ± 9,4	89,1 ± 8,7	NS
WDS (min)	38,6 ± 34,2	29,3 ± 26,3	NS
Arousals	36,1 ± 15,6	35,5 ± 12,4	NS
Fase 1 (% TTS)	11,2 ± 6,4	9,2 ± 3,2	NS
Fase 2 (% TTS)	46 ± 12,2	43,5 ± 5,8	NS
Fase 3 (% TTS)	11 ± 4,2	13,5 ± 6,3	NS
Fase 4 (% TTS)	10,8 ± 6,5	15,2 ± 6,9	NS
REM (% TTS)	11,3 ± 3,85	10,6 ± 3,6	NS
IAH	1,9 ± 1,1	1,2 ± 0,8	<0,05
ID	0,04 ± 0,09	0,1 ± 0,2	NS

CONCLUSIONES

No hemos encontrado diferencias entre los adolescentes roncadores y los no roncadores con respecto al

grado de fragmentación del sueño ni en la distribución de las fases del mismo.

ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA, CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA DE LAS TERAPIAS DOMICILIARIAS DE SOPORTE VENTILATORIO NOCTURNO ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

M.* Díaz Casado de Amezua, S.* Cervantes Soler, M.** González Luque, B.** Poyato González, J.* Martínez Blanco, ** FEA Neumología, * Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria.

Unidad de Neumología. Hospital Antequera. Málaga.

OBJETIVOS

Analizar tasa de incidencia, prevalencia, cumplimiento terapéutico y efectos secundarios de los pacientes con terapias de soporte ventilatorio nocturno (TSVN), tipo CPAP, BiPAP o ventilador volumétrico, de nuestra área sanitaria.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de diciembre de 2000 en la población no pediátrica atendida por nuestro hospital (102.000 pacientes), mediante encuesta telefónica o revisión en la consulta externa de terapias res-

piratoria con cuestionario clínico formalizado sobre cumplimiento y efectos secundarios de la terapia ventilatoria.

RESULTADOS

Entrevistamos a 123 pacientes con TSVN, 100 hombres y 23 mujeres. Edad media 55,75 (rango 37-78). La distribución por años fue: 1993: 5, 1994: 2, 1995: 7, 1996: 7, 1997: 8, 1998: 13, 1999: 32, 2000: 49. La tasa de prevalencia global de dispositivos de soporte ventilatorio global es de 120/100.000 habitantes, 100 CPAP, 19,6 para BiPAP y 1 para ventilador volumétrico. Por patologías que motivaron la TSVN,

obtuvimos: SAHOS 75 (60,97%), síndrome *overlap* 24 (19,51%), síndrome hipoventilación - obesidad 18 (14,63%) cifoescoliosis 4 (3%), enf neuromuscular 3 (2,4%). La modalidad de terapia fue: 102 con CPAP, 20 con BiPAP, 1 ventilador volumétrico. En 29 casos asociaban oxígeno suplementario a la terapia de soporte, 13 para CPAP, 15 para BiPAP y 1 para ventilador volumétrico. Sobre cumplimiento 112 (91,05%) cumplen más de 4 horas/noche a diario, y 11 (8,94%) menos de 4 horas/noche, o bien no lo realizan a diario. Los que abandonaron definitivamente la terapia fueron 3 (2,43%), debido a intolerancia.

Como efectos secundarios más frecuentes fueron erosión nasal 37 (30,08%), ruido 26 (21,13%), sequedad de mucosas 20 (16,26%), molestias para el acompañante 17 (13,82%), sobrepresión 14 (11,38%), otros 28 (22,76%).

CONCLUSIONES

1. La tasa de incidencia de TSVN es creciente cada año, siendo la modalidad más frecuente de TSVN la CPAP (82,9% del total), y la indicación más frecuente el SAHOS (60,97%), seguido del síndrome *overlap* (19,51%).
2. La tasa de abandonos de TSVN en nuestra área es muy baja (2,43%), y el cumplimiento elevado (91,05%), siendo el efecto secundario más frecuente la erosión nasal (30,08%).
3. La mayor difusión en nuestra área sanitaria de la clínica del SAHOS en la población general, y entre los profesionales de la atención primaria, pueden explicar la tasa de incidencia creciente de indicaciones de TSVN.
4. El seguimiento clínico en consulta monográfica explica la baja tasa de abandono y el elevado índice de cumplimiento de estas terapias.

INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIAL EN LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO (TRS) EN ADOLESCENTES

A. Sánchez-Armegol, M. A. Fuentes, E. Quintana, C. Carmona, F. Capote, J. Castillo.

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Analizar las posibles diferencias en la frecuencia del ronquido y otros parámetros relacionados con los TRS en dos grupos de adolescentes de distinto nivel social.

MÉTODO

Hemos estudiado una muestra de 249 adolescentes ($14,53 \pm 2,2$ años) procedentes de distintos centros de enseñanza secundaria de Sevilla capital. En cada caso se completó un cuestionario en el domicilio en el que se recogieron datos sobre: profesión de los padres o tutores, medidas antropométricas (índice de masa corporal: IMC, índice cuello-talla: ICT, índice cintura-cadera: ICC), trastornos del sueño no respiratorios, así como

síntomas nocturnos y diurnos relacionados con los TRS. Se establecieron dos grupos en función de la profesión de los padres o tutores (oficios manuales y no manuales), comparándose cada uno de los apartados del cuestionario entre ellos.

CONCLUSIONES

Los adolescentes cuyos padres desempeñan oficios manuales, refieren con más frecuencia ronquido, otros síntomas relacionados con los TRS y algunos trastornos del sueño no respiratorios. Además, presentan mayor tendencia a una distribución central de la grasa corporal.

RESULTADOS

Expresados como media y SD.

Parámetros	Manuales (n=159)	No manuales (n=89)	p
Edad (años)	14,09 ± 2,1	15,29 ± 2,3	0,001
IMC (Kg/2)	21,91 ± 3,7	21,07 ± 3,2	NS
Obesidad (IMC>28)	9,4%	4,5%	NS
ICT	0,2 ± 0,01	0,19 ± 0,02	0,01
ICC	0,8 ± 0,07	0,7 ± 0,07	0,001
Ronquido (%)	36,3%	20,5%	0,007
HSD (%)	25,3%	34,8%	NS
Enuresis (%)	6,3%	3,4%	NS
Sueño inquieto (%)	31%	15,7%	0,006
P. anormales (%)	20,6%	10,5%	0,03
Sonambulismo(%)	15,2%	5,6%	0,01
Pesadillas (%)	31,4%	15,7%	0,004
T. Actitud (%)	61%	49,4%	0,05
T. Cognitivos (%)	68,6%	57,3%	0,05

NS: no significativo. HSD: hipersomnolencia diurna. P.Anormales: posturas anormales durante el sueño. T.Actitud: trastornos de la actitud. T. Cognitivos: trastornos cognitivos.

LA TÉCNICA EN LA BRONCOSCOPIA INTERVENCIONISTA: CÓMO SE HACE

Andrés Cosano Povedano, Luis Muñoz Cabrera. Fco. Javier Cosano Povedano, Nuria Feu Collado, Juan Rubio Sánchez, Natalia Pascual Martínez, Ana Escribano Dueñas.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

En soporte de vídeo o CD para multimedia, se presentan las imágenes de las técnicas que actualmente desarrollamos en nuestro servicio, con la preparación del quirófano, el material, la técnica de intubación con broncoscopio rígido, la localización y extracción de un cuerpo extraño, el tratamiento con láser de una

estenosis traqueal de origen inflamatorio y la colocación de una prótesis de contención; el tratamiento con láser de una tumoración traqueal y otra bronquial y la colocación de prótesis en cada caso, finalizando por un tratamiento de una tumoración pediculada con electrocauterio.