

JUEVES 10 DE ABRIL

SALA UNESCO: ASMA

DIFERENCIAS EN CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SENSIBILIDAD A LA METACOLINA EN FUNCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN POR GRAVEDAD DEL ASMA. C. Cisneros, F. J. García Río, M. González, R. Álvarez-Sala, E. Antón, N. Hoyos, R. Girón, J. Ancochea. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción

Comparar el umbral de respuesta a la metacolina (PD20), con diversos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre los distintos niveles de gravedad del asma.

Metodología

Se seleccionaron 103 pacientes consecutivos diagnosticados de asma (77 M y 26 H, edad media 41 ± 16 a). Los pacientes fueron clasificados por gravedad (según GINA 2005 update). La CVRS fue evaluada a través de tres cuestionarios genéricos (SF-36, SGRQ y EuroQoL) y dos específicos (AQLQ de Juniper y AQLQ de Marks [MAQLQ]). Se efectuó una provocación bronquial inespecífica con metacolina, mediante dosímetro, siguiendo las recomendaciones de la ERS.

Resultados

22 pacientes (21%) tenían asma intermitente, 45 (44%) persistente leve, 32 (31%) p. moderada y 4 (4%) p. grave. No se detectaron diferencias significativas en la PD20 entre ambos grupos ($0,915 \pm 0,564$ vs. $0,647 \pm 0,650$ vs. $0,856 \pm 0,772$ vs. $0,551 \pm 0,097$ mg, respectivamente). Con respecto a los cuestionarios de CVRS, los pacientes con asma p. grave, alcanzaron una peor puntuación en el dominio rol físico del SF-36 ($62,5 \pm 43,3$) que los enfermos con asma intermitente ($93,2 \pm 22,1$; $p = 0,013$), p. leve ($94,4 \pm 14,9$; $p = 0,006$) y p. moderada ($93,7 \pm 14,2$; $p = 0,009$). A su vez, los pacientes con asma p. grave, también obtuvieron una peor puntuación en el dominio síntomas del SGRQ que los enfermos con asma intermitente ($57,7 \pm 8,8$ vs. $33,7 \pm 18,0$; $p = 0,041$). El cuestionario AQLQ sólo discriminó en el dominio limitación de actividades entre asma p. leve y p. moderada ($6,11 \pm 0,42$ vs. $5,5 \pm 0,04$; $p = 0,024$). Mientras que en la tarifa evaluación total del Eu-

roQoL, los pacientes con asma p. grave ($0,813 \pm 0,07$) mostraron una peor puntuación que los enfermos con asma intermitente ($0,959 \pm 0,059$; $p = 0,003$) o persistente leve ($0,924 \pm 0,064$; $p = 0,035$).

Conclusiones

En el asma bronquial estable y controlada, no se observan diferencias en cuanto la PD20, según los diferentes niveles de gravedad. La CVRS sólo difiere entre dichos grupos en un número muy reducido de dominios.

RELACIÓN ENTRE DIVERSOS ÍNDICES DE HIPERRESPUESTA BRONQUIAL Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ASMA. C. Cisneros, F.J. García Río, M. Ramírez, B. Rojo, M.A. Ruiz, C. Pinedo, R. Girón, J. Ancochea. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción

Se ha descrito una muy débil relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con asma y su grado de hiperrespuesta bronquial, valorada en términos de umbral o sensibilidad. Sin embargo, esta relación todavía no ha sido suficientemente explorada para los índices de reactividad bronquial (IRB).

Objetivos

Analizar la relación entre la sensibilidad y la reactividad bronquial con la CVRS de pacientes con asma.

Metodología

Se incluyeron 77 M y 26 H (41 ± 16 a) con asma de hace m-s de 6 meses y estables. 22 con asma intermitente, 45 persistente leve, 32 p. moderada y 4 p. grave. La CVRS se valoró mediante los cuestionarios: SF-36, SGRQ, AQLQ de Juniper, AQLQ de Marks y EuroQoL. A todos los pacientes, se les realizó una provocación bronquial inespecífica con metacolina mediante dosímetro, según recomendaciones de la ERS. La sensibilidad bronquial se evaluó mediante la PD20 y la reactividad bronquial mediante los índices pendiente de la curva dosis-respuesta (DRS), índice continuo de respuesta (CIR) e índice de reactividad bronquial (BRI), calculados todos ellos con respecto al diluyente.

Resultados

La PD20 tan sólo mostró correlación significativa con el dominio estímulos ambientales del AQLQ. Por el contrario, los índices DRS, CIR y BRI, presentaron correlación significativa con prácticamente todos los dominios de los cuestionarios de CVRS, exceptuando el SF-36. En la tabla, se muestran los coeficientes de correlación de Pearson entre los IRB y la puntuación total de la CVRS.

Conclusiones

La reactividad bronquial a la metacolina guarda una mejor correlación con la CVRS que la sensibilidad (PD20), aunque moderada. Pensamos que la medida de éstos índices puede resultar más útil en el seguimiento de los pacientes con asma estable.

	DRS (%/mg)	CIR	BRI
SGRQ total	0,553**	0,657**	0,550**
AQLQ total	-0,784**	-0,711**	-0,776**
SAQLQ total	0,486**	0,508**	0,389**
EuroQoL-tarifa EVA	-0,231*	0,352**	-0,393**
EuroQoL-tarifa ET	-0,196	-0,315**	-0,371**

Nivel de significación: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR AGUDIZACIÓN ASMÁTICA. C. Pinedo Sierra, C. Cisneros Serrano, R. Girón Moreno, S. Sánchez Cuélla, C. Martín Carbajo, P. Cano Aguirre, N. Hoyos Vázquez, J. Ancochea Bermúdez. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Introducción

Se ha descrito una mayor prevalencia de trastornos depresivos en los pacientes asmáticos, en relación con la población general. La coexistencia de asma y depresión, se ha relacionado con un aumento de la morbimortalidad.

Objetivos

Evaluar la presencia de síntomas depresivos, en los pacientes asmáticos que requirieron ingreso hospitalario por agudización de su enfermedad y relacionarlo con distintos parámetros de comorbilidad.

Metodología

Se evaluaron un total de 44 pacientes ingresados en nuestro Servicio por crisis de asma. En el momento de su ingreso, se recogieron diversas variables relacionadas con su enfermedad: duración del asma, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), trabajo que realizan, número de exacerbaciones e ingresos en el último año; así como, las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de control del asma (ACT) y de depresión (Beck). Se utilizó el programa SPSS 11.0 y se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

Los pacientes presentaron media de edad de $50,2 \pm 20,6$ años, siendo 13 varones (29,5%) y 31 mujeres (70,50%). La duración

media de la enfermedad fue de $14,77 \pm 19,6$ años. 30 eran no fumadores, 6 fumadores y 8 exfumadores. El IMC fue de $27,9 \pm 6,2$ kg/m². 9 de ellos no trabajaban y 35 se encontraban en activo, de los cuales 9 (20,5%) realizaban trabajos de riesgo por exposición a irritantes o tóxicos. Habían presentado una media de 1.522.40 exacerbaciones en el año previo y $0,66 \pm 1,69$ ingresos hospitalarios. 2 de los pacientes requirieron ingreso en UCI. Un 90,5% de nuestros pacientes presentaban datos de mal control en la puntuación del ACT, en las últimas 4 semanas. Al inicio del ingreso, 19 enfermos tenían síntomas de depresión (13 leve, 4 moderada y 3 grave). Los pacientes que resultaron tener una puntuación más alta en el cuestionario de Beck, y por tanto indicios de depresión, se relacionaron de manera significativa $p < 0,003$ con un mayor número de hospitalizaciones en el año previo.

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de depresión en los pacientes ingresados por agudización asmática. Los asmáticos con alteraciones en el estado de ánimo habían requerido más ingresos hospitalarios. Es llamativo el alto IMC de nuestros pacientes. Creemos que es necesario tener en cuenta la presencia de psicopatología asociada al asma, para un mejor manejo de estos pacientes, que conlleve a una disminución de la morbimortalidad asociada.

CONTROL DEL ASMA. RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD Y LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO.

J. de Miguel Díez, T. Gómez García, L. Puente Maestu, C. Barcina, M. Muñoz, M. Leal. Servicio de Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón. Departamento Médico AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A.

Introducción

Aunque tradicionalmente los parámetros en que se ha basado el médico para conocer el grado de control de sus pacientes asmáticos han sido de carácter clínico (síntomas, función pulmonar), cada vez existe más interés en valorar otras variables de medida proporcionadas por el propio paciente. El objetivo de este estudio fue evaluar la correlación del control del asma con otras variables como la satisfacción con el tratamiento inhalado y el estado general de salud.

Metodología

Estudio epidemiológico de corte transversal. Se reclutaron pacientes de edad mayor o igual a 18 años, con diagnóstico de asma persistente de al menos 6 meses de evolución, seguidos por médicos de atención primaria. En todos los casos se recogió el nivel de control del asma (Asthma Control Questionnaire, ACQ), el cuestionario de satisfacción con el tratamiento del asma (SATQ) y el estado general de salud (mediante el cuestionario EuroQol-5D).

Resultados

Se evaluaron 6.518 pacientes, 41,4% con asma leve, 51,2% con asma moderada y el resto con asma grave. La puntuación media en el cuestionario ACQ fue de $1,4 \pm 1,0$ (0 = ausencia de síntomas, 6 = máxima sintomatología) y la del EuroQol fue $0,82 \pm 0,20$ ($-0,594$ = mínima calidad de vida, 1 = máxima calidad de vida). La satisfacción media con el tratamiento fue de $4,8 \pm 0,8$ (1 = poco satisfecho, 7 = muy satisfecho). El coeficiente de correlación

ción de spearman entre las puntuaciones de los cuestionarios ACQ y SATQ fue de -0,44 ($p < 0,001$).

Conclusiones

El control del asma se relaciona con la satisfacción con el tratamiento inhalado y el estado de salud. A mayor control del asma, mayor es la satisfacción con el tratamiento y mejor es la calidad de vida del paciente asmático.

INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD Y EL GRADO DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA. J. de Miguel Díez, J.E. García Angulo, L. Puente Maestu, C. Barcina, M. Muñoz, M. Leal. Servicio de Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón. ¹Departamento Médico AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A.

Introducción

Hasta hace poco tiempo el tratamiento del asma estaba determinado por la severidad de la enfermedad. Sin embargo, las nuevas guías clínicas proponen clasificar y tratar el asma según el nivel de control de la misma. El objetivo de este estudio fue evaluar si existen diferencias en el manejo del asma según la severidad o el grado de control de la enfermedad, en condiciones de práctica clínica habitual.

Metodología

Estudio epidemiológico de corte transversal. Se reclutaron pacientes de edad mayor o igual a 18 años, con diagnóstico de asma persistente de al menos 6 meses de evolución, seguidos por médicos de atención primaria en España entre los meses de junio y diciembre de 2006. Entre las variables clínicas recogidas se incluyó la severidad de la enfermedad. El nivel de control del asma se valoró mediante el cuestionario de control del asma (*Asthma Control Questionnaire*, ACQ).

Resultados

Se evaluaron 6.518 pacientes, 41,4% con asma persistente leve, 51,2% con asma persistente moderado y el resto con asma persistente grave. La puntuación media en el cuestionario ACQ fue de $1,4 \pm 1,0$. Estaban en tratamiento con beta2-agonistas de larga duración (LABA) más corticoides inhalados el 79,9% de los pacientes con asma leve, el 93,3% de los que tenían asma moderada y el 96,4% de los enfermos con asma grave.

Conclusiones

Existen mayores diferencias en el tratamiento del asma según la gravedad que según el nivel de control de la enfermedad. Destaca la elevada proporción de pacientes con asma leve que reciben LABA más corticoides inhalados.

INFLUENCIA DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN EL COSTE TOTAL ANUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. J. de Miguel Díez, L. Cordero, E. Ojeda Castillejo, L. Puente Maestu, J. Jiménez, C. Barcina. Servicio de Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón. Departamento Médico AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A.

Introducción

Los objetivos de este estudio fueron: 1) determinar el coste total anual generado por los pacientes con asma persistente en

atención primaria en España; y 2) analizar la relación entre dicho coste y el grado de control de la enfermedad.

Metodología

Estudio epidemiológico de corte transversal, con pacientes adultos (mayor o igual a 18 años) y diagnosticados de asma persistente de al menos 6 meses de evolución, seguidos por médicos de atención primaria entre los meses de junio y diciembre de 2006. Se determinó el grado de control (*Asthma Control Questionnaire*, ACQ) y la utilización de recursos sanitarios durante el último año (medicación, visitas, atención de urgencias, hospitalización...). Todos los costes están expresados en euros 2007.

Resultados

Se evaluaron 6.518 pacientes, 28,4% con asma bien controlado (ACQ1,5). El coste anual del tratamiento del paciente con asma persistente en atención primaria, independientemente de la severidad, fue de 1.420,2 € (749,8 € de la medicación y 670,4 € de la hospitalización). Los pacientes con un mayor control suponen un menor coste total (754,9 €), mientras que los pacientes con asma parcialmente controlada y mal controlada originan un mayor gasto (1.002,1 € y 1.795,4 €, respectivamente), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$).

Conclusiones

El grado de control del asma se relaciona con importantes diferencias en el coste anual total, asociándose un mejor control con una menor carga económica, en el seguimiento en atención primaria.

RELACIÓN ENTRE CUESTIONARIOS GENÉRICOS Y ESPECÍFICOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL. C. Cisneros, F.J. García Río, D. Romera, C. Villasante, A. Casanova, S. Sánchez, R. Girón, J. Ancochea. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción

Valorar la concordancia entre cuestionarios genéricos y específicos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en pacientes con asma estable. Identificar los dominios con mayor correlación.

Metodología

Se incluyeron 77 M y 26 H, con asma bronquial hace al menos 6 meses. Su edad media era 41 ± 16 a. Todos los pacientes se encontraban clínicamente estables en las últimas 12 semanas y su tratamiento se ajustaba a las recomendaciones de la GINA. La CVRS fue evaluada mediante dos cuestionarios específicos: AQLQ de Juniper (AQLQ) y AQLQ de Marks (MAQLQ); y tres genéricos: SF-36, SGRQ y EuroQoL.

Resultados

La puntuación total del AQLQ se relacionaba de forma significativa con los dominios f. física ($r = 0,251$; $p = 0,012$) y salud general ($r = 0,443$; $p < 0,001$).

Conclusiones

Existe una notable correlación entre la valoración de la CVRS obtenida mediante cuestionarios genéricos y específicos.

ANEMIA EN LA EPOC. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. *J. de Miguel Díez, A. Castuera Gil, C. Pérez de Oteyza, S. Lucero, A. Ferreira Moreno, M. Fuentes Alonso, M.J. Chillón Martín, L. Puente Maestu, J. Hernández Fernández.* Servicio de Neumología, ¹Servicio de Medicina Interna. H.G.U. Gregorio Marañón

Introducción

Tradicionalmente se ha considerado a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como una causa de policitemia. A pesar de ello, estudios recientes señalan la posibilidad de que los pacientes con este trastorno desarrollen anemia, posiblemente ligado al componente inflamatorio sistémico que en la actualidad se reconoce como una característica de esta enfermedad. Su aparición podría contribuir a empeorar la disnea y a limitar la tolerancia al ejercicio de estos enfermos. El objetivo de este estudio fue evaluar la frecuencia de anemia en una población de pacientes con EPOC ingresados por una exacerbación de esta enfermedad y analizar los factores asociados con su existencia.

Metodología

Se reclutaron pacientes consecutivos ingresados por una exacerbación de EPOC. Entre los parámetros que se recogieron se encontraban: antecedentes personales, características clínicas, variables antropométricas, parámetros de laboratorio y medidas de impedancia bioeléctrica.

Resultados

Se evaluaron 110 pacientes (88,2% varones), con una edad media de $71,4 \pm 9,15$ años y un FEV1 medio de $39,1 \pm 12,8\%$. De ellos, 41 (37,2%) tenían anemia, definida según criterios de la OMS como una cifra de hemoglobina inferior a 13 g/dl en varones y a 12 g/dl en mujeres. En el análisis de regresión logística multivariante se evidenció que las variables determinantes de la existencia de anemia eran la edad (OR:1,10; IC 95%: 1,02-1,19), el tipo de EPOC, con más riesgo en pacientes enfisematosos (OR 3,76; IC 95%: 1,06-13,3) y el número de ingresos en el último año (OR 2,01; IC 95% 1,15-3,51).

Conclusiones

Más de la tercera parte de los pacientes ingresados por una exacerbación de EPOC en nuestro medio tienen anemia. La edad, el tipo de EPOC y el número de ingresos previos en el último año son factores que determinan su aparición. Se requieren estudios adicionales para conocer el verdadero impacto de este problema en los pacientes con EPOC y determinar si su corrección tiene algún papel en el arsenal terapéutico de esta enfermedad.

CAUSAS DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON EPOC. *A. Ferreira Moreno, J. de Miguel Díez, M. Fuentes Alonso, S. Lucero, F. Villar Álvarez, M.J. Chillón Martín, L. Puente Maestu, J. Hernández Fernández.* Servicio de Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón

Introducción

El objetivo de este estudio fue evaluar las causas de muerte en los pacientes con EPOC que fallecieron en el hospital durante el año 2006.

Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo. Se identificaron, a través de la base de datos del archivo del hospital, los pacientes fallecidos en cualquier servicio de nuestro hospital durante el año 2006. Se detectaron 390 pacientes. El presente trabajo representa un estudio preliminar que incluye los primeros 161 pacientes, seleccionados consecutivamente entre los fallecidos.

Resultados

De los 161 pacientes evaluados, el 90% fueron varones y su edad media fue de $77,1 \pm 7,49$ años. El 81,4% de los individuos evaluados eran exfumadores. El valor medio de su FEV₁ era de $45,4 \pm 13,4\%$ (rango: 21-73%). El número medio de ingresos hospitalarios en el año previo fue de $1,07 \pm 1,63$. Las causas de muerte más frecuentes fueron las siguientes: insuficiencia respiratoria secundaria a una exacerbación de EPOC (19%), insuficiencia cardíaca (14%), neoplasias (11%), sepsis (17%), hepatopatía (10%) y otras (29%). Al relacionar la causa de muerte con la gravedad de la EPOC se observó que los pacientes con EPOC leve raramente fallecían por un empeoramiento de su enfermedad pulmonar, siendo la principal causa de muerte en ellos la sepsis. Entre los pacientes con EPOC grave o muy grave, por el contrario, la principal causa de muerte fue la enfermedad pulmonar, la cual fue responsable del 28% de los casos, seguida en frecuencia por la insuficiencia cardíaca y las neoplasias.

Conclusiones

La mortalidad en la EPOC se debe, en muchos casos, a otras causas distintas de la enfermedad pulmonar, sobre todos en los pacientes con grados más leves de obstrucción al flujo aéreo.

ASOCIACIÓN DE EPOC Y RIESGO CARDIOVASCULAR. RESULTADOS DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO (ESTUDIO ARCE). *P. de Lucas Ramos, J.L. Izquierdo Alonso, J.M.Rodríguez González-Moro, J.M. Bellón-Cano, J. Ancochea Bermúdez, M. Calle-Rubio, E. Calvo-Corbella, J. Molina París, E. Pérez Rodríguez, S. Pons.* Grupo Cooperativo ARCE. Madrid-Guadalajara

Introducción

La enfermedad cardiovascular es una causa frecuente de muerte en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). No se ha establecido si la EPOC podría ser un factor de riesgo independiente, o si un aumento de los factores de riesgo clásico dentro de este grupo de población podría ser la causa real.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular en pacientes diagnosticados de EPOC.

Metodología

Estudio multicéntrico transversal llevado a cabo en atención primaria y especializada. Se incluyeron de forma consecutiva 812 pacientes con diagnóstico previo de EPOC. A todos ellos se les realizaba espirometría y el investigador completaba un cuestionario clínico, asegurando la calidad de los datos. Se registró edad, sexo, hábito tabáquico, índice de masa corporal, presencia de factores de riesgo y/o comorbilidad y parámetros de espirometría.

Resultados

El diagnóstico se confirmó en 572 pacientes que han sido analizados. 478, 84,9% eran hombres y 85, 15% mujeres, con una edad

de 68,3 (11). La espirometría mostró obstrucción de ligera a muy severa (Mean FEV₁ 53,7%(16,8) FVC 70,5%, (18,5) FEV₁/FVC 57,9% (10,9). La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular encontrada ha sido: hipertensión 53%, obesidad 27% diabetes 23%, hipercolesterolemia 26%, enfermedad coronaria 16,4% y enfermedad cerebrovascular 7%. Un análisis multivariante reveló que la edad y la hipertensión eran los únicos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, mientras que el grado de gravedad de la enfermedad no tenía valor significativo.

Conclusiones

En nuestro estudio, los pacientes con EPOC presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia de enfermedad cardiovascular también excede de la encontrada en la población general. La enfermedad cardiovascular se relaciona con edad e hipertensión pero no con el grado de obstrucción al flujo aéreo.

**Estudio realizado con el soporte de Laboratios Esteve.*

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON EPOC HOSPITALIZADOS. F. Villar Álvarez, J. de Miguel Díez, A.I. Castuera Gil, C. Pérez de Oteyza, M.J. Chillón Martín, L. Puente Maestu, J. Hernández Fernández. Servicio de Neumología. Servicio de Medicina Interna. H.G.U. Gregorio Marañón

Introducción

Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia de malnutrición entre los pacientes ingresados por una exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y establecer la relación entre su intensidad y la severidad de la enfermedad.

Metodología

Se incluyeron pacientes ingresados de forma consecutiva en nuestro servicio con el diagnóstico principal de reagudización de EPOC. Se recogieron, entre otros datos, medidas antropométricas, parámetros nutricionales de laboratorio y variables de función respiratoria. Adicionalmente, se realizó un análisis de la composición corporal por impedancia bioeléctrica.

Resultados

Se estudiaron 100 pacientes, 87% varones (edad media: 71,12 ± 9,37 años). Según su índice de masa corporal (IMC) fueron clasificados en diversos grupos: desnutrición (IMC < 20), normopeso (IMC: 20-25), sobrepeso (IMC: 25-30), obeso (IMC: 30-40) y obesidad mórbida (IMC > 40). Se encontró un 54% de pacientes con sobrepeso u obesidad, mientras que un 16% estaban desnutridos. Se detectó una relación inversamente proporcional entre el IMC y la severidad de la EPOC (28,3 en EPOC moderada; 26,6 en EPOC grave; y 23,6 en EPOC muy grave), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Sí se encontraron diferencias en este parámetro según el tipo de EPOC, con mayor frecuencia de desnutrición en los pacientes enfisematosos. El grupo de pacientes con mayor gravedad presentó un menor porcentaje de masa grasa y un porcentaje más elevado de masa magra (p < 0,05). También se apreciaron mediciones más bajas de los pliegues abdominal y tricípital, aunque las diferencias no fueron significativas en este caso. No se encontraron diferencias en los niveles de albúmina o prealbúmina entre los grupos.

Conclusiones

La prevalencia de malnutrición en los pacientes ingresados por una exacerbación de EPOC es muy alta, siendo mayor en los pacientes con mayor severidad de su enfermedad pulmonar. De ahí la importancia de realizar una adecuada valoración nutricional en estos enfermos.

RECURSOS SANITARIOS EN LA EPOC Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

J.L. Izquierdo Alonso, P. de Lucas Ramos, J.M. Rodríguez González-Moro, J.M. Bellón-Cano, J. Ancochea Bermúdez, M. Calle-Rubio, E. Calvo-Corbella, J. Molina París, E. Pérez Rodríguez, S. Pons. Grupo Cooperativo ARCE. Madrid-Guadalajara

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica no solo es una importante causa de muerte sino que determina un elevado consumo de recursos sanitarios. La identificación a pacientes en fases iniciales del diagnóstico podría mejorar esta situación.

Objetivo: Analizar el consumo de recursos sanitarios y su relación con la gravedad de la enfermedad.

Metodología

Estudio multicéntrico transversal llevado a cabo en atención primaria y especializada, en pacientes atendidos con diagnóstico de EPOC en situación clínica estable. Los pacientes fueron incluidos de forma consecutiva durante un mes y en todos los casos el diagnóstico se confirmó con espirometría. Se recogieron datos relacionados de uso de recursos sanitarios durante el último año relacionado con: consultas no programadas, visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios.

Resultados

El diagnóstico se confirmó en 572 pacientes que han sido analizados. 478, 84,9% eran hombres y 85, 15% mujeres, con una edad de 68,3 (11). La espirometría mostró obstrucción de ligera a muy severa (Mean FEV₁ 53,7% (16,8), FVC 70,5%, (18,5) FEV₁/FVC 57,9% (10,9). 409 pacientes, 71,5%, presentaron una exacerbación y requirieron visitas no programadas, 240 pacientes, el 40% precisaron visitas a Urgencias y 152 pacientes, el 26,6% precisaron ingreso hospitalario. Se registro un elevado número de exacerbaciones, visitas a Urgencias e ingreso hospitalario en todos los grados de gravedad, pero era significativamente mayor en el estadio IV (Exacerbaciones 85%, Urgencias 58%, Ingresos 54%; p < 0,05).

Conclusiones

En nuestro estudio, aunque los enfermos con EPOC muy grave consumen de forma significativa más recursos sanitarios, se observa un número importante de visitas no programadas, visitas a Urgencias e ingresos, incluso en pacientes leves. Estos resultados sugieren que no se estén siguiendo guías de práctica clínica que contemplan de forma adecuada el control programado de los pacientes. **Proyecto realizado con el soporte de Laboratorio Esteve.*

INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON EPOC. J.M. Rodríguez González-Moro, J.L. Izquierdo Alonso, P. de Lucas Ramos, J.M. Bellón-Cano, J. An-

cochea Bermúdez, M. Calle-Rubio, E. Calvo-Corbella, J. Molina París E. Pérez Rodríguez, S. Pons. Grupo Cooperativo ARCE. MADRID-GUADALAJARA. *Proyecto realizado con el soporte de Laboratorios Esteve.

Introducción

Los costes económicos asociados a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) suponen entre un 0,25 y un 0,8 del PIB, de los cuales un 37% corresponde al gasto farmacéutico. Sin embargo, estos pacientes presentan comorbilidad cardiovascular superior a la esperada y la no inclusión de su tratamiento puede suponer una infraestimación del gasto.

Objetivo: conocer el tratamiento farmacológico enfocado a la esfera respiratoria y a la cardiovascular en pacientes con EPOC.

Metodología

Estudio multicéntrico transversal en atención primaria y especializada, en pacientes con diagnóstico de EPOC en situación clínica estable. Los pacientes fueron incluidos de forma consecutiva durante un mes y en todos el diagnóstico se confirmó con espirometría. Se recogieron datos relacionados con la prescripción de fármacos respiratorios y cardiovasculares.

Resultados

El diagnóstico se confirmó en 572 pacientes (478 analizados). 85% hombres y 15% mujeres; edad 68,3(11) años; FEV1 53,7%(16,8), FVC 70,5%, (18,5), FEV1/FVC 57,9% (10,9).

Tratamientos: beta-2-agonistas de acción corta regular, 23%, ipratropio 19%, Beta-2 de acción larga 50,5%, tiotropio 59%, corticoides inhalados 43%, combinación de corticoides y beta-2 35,5%, teofilinas 12,9%. Por estadios de gravedad, las indicaciones en estadios leves y moderados no se ajustaban a las recomendaciones en vigencia. En cuanto al tratamiento cardiovascular, el 31% de los pacientes recibía estatinas, el 29% IECAs, el 15% ARAII y un 32% antiagregantes, sin diferencias significativas en función del grado de obstrucción al flujo aéreo.

Conclusiones

El tratamiento respiratorio de los pacientes con EPOC en estadios leves y moderados excede las recomendaciones de las normativas. Por otra parte, un porcentaje elevado de pacientes recibe tratamiento enfocado al área cardiovascular reflejando la elevada prevalencia de comorbilidad asociada y sin que se relacione con la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo.

INFECCIOSAS

COLONIZACIÓN CRÓNICA POR SARM y SASM EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA. R.M. Girón Moreno, N. Hoyos Vázquez, A. Casanova, S. Sánchez Cuellar, D. San Juan de Diego, C. Cisneros, G. Segrelles, J. Ancochea. Servicio de Neumología. DUE del Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa

Introducción

La infección comunitaria o nosocomial por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) es cada vez más frecuente. El impacto clínico que pueda tener este patógeno en los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) esta aún por determinar.

Objetivo: comparar las características clínicas de pacientes con FQ colonizados de forma crónica por SARM y por SASM (sensible meticilina).

Metodología

En un total de 53 pacientes con FQ controlados en una unidad específica, se seleccionaron dos grupos: colonizados por SASM y por SARM. Se definió colonización bronquial cuando se aisló un mismo germen en más de 3 muestras respiratorias consecutivas, con un intervalo mínimo de un mes. Se realizó una comparación clínica, entre los dos grupos, de las siguientes variables: edad, función pulmonar, sexo, colonización por otros gérmenes, índice de masa corporal, puntuaciones clínica de Shwachman y radiológica de Brasfield y nº de exacerbaciones en el último año.

Resultados

8 enfermos estaban colonizados por SARM y 17 por SASM, en el 100% de los casos existía otro germen colonizante, 4 pacientes de cada grupo estaba colonizado por *Pseudomonas aeruginosa* (NS), 2 y 16 por *Haemophilus influenzae* (p 0,001) y 3 y 5 por un bacilo gran negativo, respectivamente en cada grupo (NS). Todos los enfermos con SARM tenían insuficiencia pancreática y sólo 9 del grupo SASM (p=0,022).

Conclusiones

Aunque la muestra de pacientes es pequeña, parece que los pacientes con FQ colonizados por SARM presentan mayor edad, número de exacerbaciones respiratorias y peores puntuaciones clínicas, radiológicas y de función pulmonar que los colonizados por SASM.

TABLA I.

Tipo	Edad (años)	% FVC	% FEV ₁	IMC kg/m ²	Brasfield	Shwachman	Exacerbaciones
SARM	31,5	57	43,5	19,84	13,37	64,25	6,38
X (DS)	(11,25)	(18,46)	(16,40)	(2,42)	(2,87)	(11)	(3,77)
SASM	25,59	83,18	68,53	21,48	19,12	83,93	2,24
X(DS)	(4,65)	(13,41)	(18,36)	(2,09)	(4,33)	(11,34)	(1,56)
p	0,072	0,001	0,003	0,096	0,003	0,001	0,001

¿QUÉ SABEN LOS PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA DE SU ENFERMEDAD? ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. J. Olivares Revilla, C. Prados Sánchez, L. Gómez Carrera, J.J. Cabanillas Martín, A. González, I. Fernández Navarro, D. Romero Ribate, R. Álvarez-Sala Walter. Hospital La Paz

Introducción

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva causada por una mutación del gen localizado en el brazo largo del cromosoma 7 que provoca la alteración completa de la proteína reguladora de la conductancia transmembranosa (CFTR), produciendo una disfunción multiorgánica. Sus manifestaciones son diversas y entre ellas tenemos bronquiectasias, infecciones pulmonares de repetición lo que produce colonizaciones por determinados gérmenes (*S. aureus*, *P. aeruginosa*...), insuficiencia pancreática, esterilidad masculina, cirrosis hepática, entre otras. Todo ello, motiva que sea una enfermedad crónica de larga evolución, cuya supervivencia se ha alargado debido a la presencia

de nuevos tratamientos complejos y muy diversos. Esto nos haría pensar que estos enfermos conocen su enfermedad, así como tendría un conocimiento claro sobre el tipo y manejo de la terapia que precisa.

Objetivos:

- Determinar si los pacientes con FQ conocen y cumplen con su tratamiento habitual.
- Objetivar qué conocimientos tienen los pacientes con FQ de su enfermedad y sus implicaciones.
- Conocer la adhesión de los pacientes con FQ al tratamiento.
- Saber si existen hábitos tóxicos en dichos pacientes (tabaco, alcohol, drogas).
- Conocer la preocupación de los pacientes con FQ por el presente y el futuro de su enfermedad y el medio que lo rodea.

Metodología

Método: es un estudio descriptivo transversal, con variable cualitativa ordinal.

Paciente: criterio de inclusión: todos los pacientes mayores de 18 años de edad que presentan FQ y que eran revisados en la Unidad de FQ del adulto del Hospital La Paz y que quisieron contestar la encuesta; criterio de exclusión: todos aquellos pacientes cuyos cuestionarios no fueron contestados ni rellenados en su totalidad.

Procedimiento: el cuestionario fue administrado por la enfermera a los pacientes que acudían a la consulta, previa explicación del mismo; lo contestaban de forma anónima y se desconocía quién lo había rellenado.

Resultados

Se suministró el cuestionario a 35 pacientes que presentan FQ, con una media de $31,43 \pm 8,49$ años de edad. El 85,7% conocía su enfermedad. Es de destacar que solo un 2,4% fumaba y otro 2,4% era exfumador, el resto no fumaba.

Con respecto al tratamiento realizamos una comparación entre las pregunta abierta con la directa para observar si existía diferencia en el conocimiento de su tratamiento: en relación al tratamiento con aerosoles, en la pregunta abierta contestó positivamente un 48,6% y el 53,3% en la directa; al tratamiento con inhalador, 74,3% respondió de forma positiva en la abierta y un 80% dio respuesta favorable en la directa; a la fisioterapia, el 74,3% dio resultado afirmativo en la abierta y un 83,3% en la respondió en la directa. Con el tratamiento digestivo sucedió diferente encontrando respuesta afirmativa a la directa un 76,6% con un 80% respuesta afirmativamente a la pregunta abierta. Finalmente los resultados sobre el conocimiento de la enfermedad fueron: afirmativamente 91,4%, 5,7% no sabe y el resto no responde.

Conclusiones

- 1) Se llega a la conclusión que un 85,7% de los encuestados conocen y cumplen con su tratamiento habitual.
- 2) El 91,4% de los pacientes conocen su enfermedad y están informados.
- 3) La mayor preocupación acerca de su enfermedad y que más repercute en su día a día es el grado de afectación sobre la calidad de vida, su pronóstico y la no mejoría como puntos primordiales.

EVOLUCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. F.J. Cabello Rueda, F.M. Godoy Guerrero, A. Muñoz Morente, M.J. Pérez Santos, E Soto Hurtado. Unidad de Neumología, Medicina Interna, S. Microbiología. Hospital de la Serranía Ronda, Málaga

Introducción

Analizar la evolución de la sensibilidad de los cultivos aislados con *Streptococcus pneumoniae* durante los últimos diez años en nuestro hospital.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo con los datos aportados por el S. de Microbiología durante los años 1997-2006, de los aislamientos donde se obtuvo *S. pneumoniae*.

La identificación se realizó por la sensibilidad a optoquina y/o galería API rapid ID 32 Strep (bioMerieux). La determinación de la sensibilidad por el método disco placa y E-test según criterios de CLSI. Para Penicilina se consideró susceptibilidad CIM menor 0,06 mcg/ml, intermedia 0,12 a 1 mcg/ml y resistente igual o mayor de 2 mcg/ml.

Los factores de estudio fueron: n° de aislamientos totales y por cada período a lo largo de diez años, origen de la muestra del aislamiento y sensibilidad a los antimicrobianos en cada período y de forma global.

Resultados

Se obtuvieron un total de 262 aislamientos durante el período estudiado: 1997-1998: 37 aislamientos; 1999: 44; 2000: 29; 2001-2002: 56; 2003: 24; 2004: 27; 2005: 24; 2006: 21. El origen de las muestras fueron principalmente 73 exudados, 65 hemocultivos, 64 esputos, 29 BAS y 21 en otras localizaciones. Las resistencias fueron: resistencia Penicilina (RP) y Eritromicina (RE): 1997-1998: RP: 65,7%, RE: 38,2%; 1999: RP: 34,1%, RE: 43,2%; 2000: RP: 38,5%, RE: 48,3%; 2001-2002: RP: 34,6%, RE: 46,3%; 2003: RP: 41,6% RE: 33,3%; 2004: RP: 44,4%, RE: 44,4%; 2005: RP: 16,6%, RE: 33,3%; 2006: RP: 9,5%, RE: 14,2%.

Conclusiones

1. La resistencia media global, del período analizado, fue resistencia a la penicilina del 35,6% y del 39,4% a la eritromicina.
2. Observamos un descenso de la resistencia a penicilina por *S. pneumoniae* en nuestra área, así en los dos últimos años la resistencia a penicilina llega a ser del 13% y de la eritromicina del 23,7%. Se observa también un incremento de las resistencias a levofloxacino.

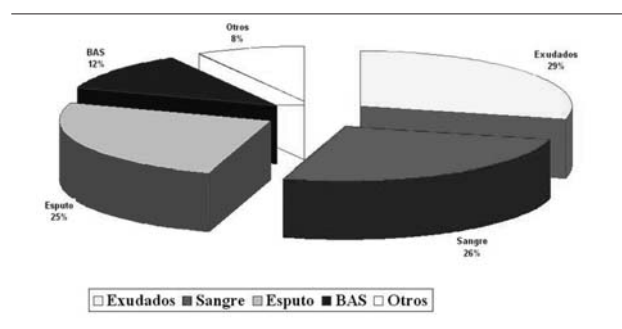


Figura 1.

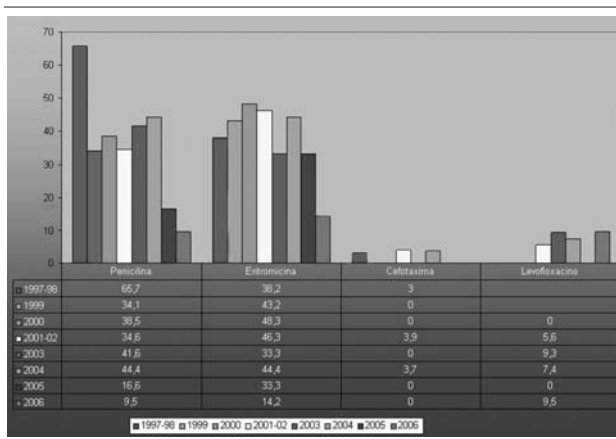


Figura 2.

UTILIDAD DE LA ESCALAS PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE CURSO SEVERO. *J. Jareño, L. Sáenz, E. Arias, I. de Granda, F. Villegas, A. García de la Llana, F. Casas, J.M. Martínez Albiach.* Servicio de Neumología. Hospital Central de Defensa-Gómez Ulla, Madrid. Medicina Intensiva. HCD

Introducción

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una entidad que se manifiesta con un curso severo, asociándose a una elevada mortalidad (29%). Las escalas pronósticas aplicadas a estos pacientes pueden ayudar en la toma de decisiones terapéuticas para mejorar su pronóstico.

Nuestro objetivo es analizar los resultados de la aplicación de la escala pronóstica de FINE en pacientes con NAC severa.

Metodología

Estudio retrospectivo de los casos con NAC severa diagnosticados en nuestro Hospital entre (2004-07) y que requirieron ingreso en una unidad de vigilancia intensiva. Aplicación de la escala de FINE (JAMA 1996) junto al análisis de variables demográficas, microbiológicas y supervivencia.

Resultados

N-41 pacientes (28 V, 13 M). Edad media: 64 ± 20 años. Clase FINE: I-0 (0%); II-2 (4%); III-2 (4%); IV-15 (36%); V-22 (53%).

Microbiología: neumococo 6 (15%); *H. Influenza* 2 (5%); *Stafilococo aureus* 2 (5%), sin filiación 21 (68%)

Sepsis: 21 (51%).

Necesidad de intubación y ventilación mecánica: 28 (68%).

Mortalidad global-13 (31%).

Mortalidad: año 2004 (25%); 2005 (37%); 2006 (20%); y 2007 (55%).

Conclusiones

1. La NAC severa en nuestro Hospital está asociada mayoritariamente a una clase pronóstica de FINE: IV-V.

2. El neumococo es el agente infeccioso más frecuentemente aislado.

3. La sepsis y la necesidad de ventilación mecánica estuvieron fuertemente asociadas como manifestaciones de la enfermedad.

4. La mortalidad registrada es comparable a las series publicadas en la literatura.

SALA 2 CIRCULACIÓN Y EPID

PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ANGIOGRÁFICA PULMONAR EN LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN LA URGENCIA. *R. Hidalgo Carvajal, P. Calvo, C. Ruiz Yagüe, I. Herrera, Y. Herrero, J.M. Pinto, C. Arrate, E. López Gabaldón.* Servicio de Neumología. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción

Evaluar la utilización de la tomografía computarizada angiográfica pulmonar (TCAP) ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) según diferentes áreas: urgencias hospitalización médica y quirúrgica. Determinar la positividad del TCAP en dichas áreas.

Metodología

Se revisaron de forma retrospectiva todos los estudios mediante TCAP realizados ante la sospecha de TEP en nuestro hospital en un período de dos años (2004-2005), evaluando los resultados positivos para TEP en los TCAP de pacientes del área de urgencias y en hospitalizados, diferenciando en éstos los servicios quirúrgicos respecto los médicos. Se utilizó una colimación de 3 mm, e intervalos de reconstrucción de 2 mm, administrándose 120 ml de contraste yodado no iónico. Los TCAP se consideraron positivos en base a la presencia de un defecto de llenado en el árbol arterial.

Resultados

Se solicitó TCAP por sospecha de TEP a 670 pacientes, 319 varones (47,6%), con una edad media de 67,6 años (20-98). Los TCAP fueron diagnósticos para TEP en 139 casos (20%). La distribución según urgencias, servicio quirúrgico o médico, se muestran en la siguiente tabla. En los servicios médicos se exponen los que mayor número de estudios solicitaron.

Conclusiones

Se confirmó TEP según la TCAP en el 20% de todos los casos. Los servicios donde se solicita el mayor número TCAP por sospecha de TEP es urgencias, y los servicios médicos, dentro de éstos medicina interna y geriatría. La demanda de TCAP en los servicios quirúrgicos es menor pero con un porcentaje mayor de casos positivos para TEP.

TABLA I.

Servicio	Nº TAC solicitados	TAC positivo: nº %
Servicios quirúrgicos	38	12 (31,6%)
Urgencias	380	75 (19,7%)
Servicios médicos (total)	252	52 (20%)
Medicina interna	87	22 (25%)
Geriatría	47	10 (21,3%)
Neumología	43	6 (14%)

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS (LAM). N. Hoyos, A. Casanova, S.S. Cuéllar, C. Pinedo, C. Valenzuela, C. Martín, R.M. Girón, J. Ancochea. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de La Princesa

Introducción

La LAM es una enfermedad pulmonar rara que afecta a mujeres en edad fértil. Desde hace años se investiga el papel de los estrógenos en la génesis y progresión de la enfermedad. Durante años la piedra angular del tratamiento fue la terapia antiestrogénica. El déficit de estrógenos disminuye la densidad mineral ósea (DMO).

Objetivos: determinar en pacientes con LAM la DMO medida por densitometría ósea y su relación con determinadas variables clínicas.

Metodología

Se realizó a 11 pacientes con LAM una densitometría ósea en columna lumbar y cadera. Se consideró osteoporosis cuando T-score era <-2,5 DS y osteopenia entre -1 y -2,5 DS. Se recogieron las variables: edad, grado de disnea mediante escala de Borg, función pulmonar, ingesta de lácteos, estado nutricional por Índice de Masa Corporal (IMC), hábito tabáquico, estado de fertilidad, tratamiento recibido para su enfermedad (esteroides, ooforectomía) y para la alteración ósea (calcio, vitamina D).

Resultados

La edad media fue 42,2 años. Tenían un grado de disnea medio de 2,1. El FEV₁ fue 78% (± 27,36) y de DLCO 51% (± 20,54). El 100% consumían diariamente productos lácteos. El IMC medio fue 24,53 (± 6,46). El 45,5% de las pacientes eran fumadoras o lo habían sido. El 18% tenía una menopausia precoz debido a la terapia de su enfermedad. Dos pacientes habían recibido tratamiento prolongado con corticoides. Ninguna tomaba medicación para prevenir la pérdida de DMO. Solo se observó una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones

Aunque la muestra es pequeña el 18,2% de nuestras pacientes mostraron alteración de la DMO, que no se relacionó con ninguna variable salvo el IMC. Creemos que es importante detectar a tiempo, posibles alteraciones de la densidad mineral ósea en estas pacientes por los futuros tratamientos a los que serán sometidas e incluso un potencial trasplante pulmonar.

TABLA I.

	DMO	Puntuación T	Puntuación Z
Cadera	0,0840	-0,622	-0,180
C. lumbar	0,901	-0,575	-0,285

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS EN NUESTRO MEDIO.

T. Gómez García, J. de Miguel Díez, J. E. García Angulo, E. Ojeda Castillejo, M.J. Chillón Martín, L. Puente Maestu, J. Hernández Fernández. Servicio de Neumología. H.G.U. Gregorio Marañón

Introducción

El objetivo de este estudio fue evaluar los pacientes diagnosticados de linfangioleiomiomatosis (LAM) en nuestro hospital.

Metodología

Se identificaron los pacientes diagnosticados de LAM en nuestro hospital a través de la base de datos del archivo del centro. En todos los casos se recogieron las características clínicas, los métodos diagnósticos, el tratamiento y la evolución.

Resultados

Se encontraron 6 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media de 54 años (r: 37-76). El 50% de ellas estaban asintomáticas al diagnóstico, realizándose éste de forma casual. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea y la tos, que fueron a su vez los primeros síntomas y los que motivaron la consulta. La exploración física inicial fue normal en el 83% de las pacientes. En un porcentaje similar de casos fueron normales las pruebas de función respiratoria y los exámenes radiológicos básicos (radiografía convencional de tórax). Aunque la tomografía computerizada (TC) torácica fue compatible con el diagnóstico de LAM en todos los casos, sólo en el 50% se obtuvo confirmación histológica. En el 66% de los casos se objetivaron además angiomiolipomas renales, complicándose en una de las pacientes con sangrado retroperitoneal, por lo que se efectuó embolización y nefrectomía radical. En cuanto al tratamiento, 1 caso fue enviado a trasplante pulmonar, otro caso fue tratado con medroxiprogesterona y posteriormente, ante la falta de mejoría, fue sometida a ooforectomía bilateral y el resto no recibieron tratamiento específico, manteniéndose estables durante el seguimiento.

Conclusiones

La mitad de las pacientes que integran el estudio se encontraban asintomáticas en el momento del diagnóstico, realizándose éste de forma casual. La mayoría de los casos muestran una exploración física normal, pruebas de función respiratoria normales y no tienen alteraciones reseñables en la radiografía convencional de tórax. En el 66% de los casos no se realizó ningún tratamiento específico, manteniéndose estables durante el seguimiento.

EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES CON LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS DURANTE LOS VIAJES EN AVIÓN.

A. Casanova, M.L. Vila, N. Hoyos, R.M. Girón, C. Pinedo, C. Valenzuela, S. Sánchez, J. Ancochea. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. Presidenta de la Sociedad Española de Linfangioleiomiomatosis

Introducción

La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad pulmonar progresiva rara que afecta a mujeres jóvenes en edad fértil. Más del 50% de las pacientes presenta algún neumotórax durante el curso de su enfermedad. Se han publicado algunos casos aislados de aparición de complicaciones, como neumotórax, durante el vuelo en las pacientes con LAM. De ahí que muchos neumólogos recomienden no viajar en avión a estas pacientes.

El objetivo del estudio es conocer la experiencia de las pacientes con LAM y las complicaciones y posibles efectos adversos durante los viajes en avión.

Metodología

Se diseñó un cuestionario sobre diferentes aspectos relacionados con los viajes en avión, incluyendo el número de vuelos, posibles complicaciones. Fue enviado, con la colaboración de la Sociedad Española de LAM (AELAM), a las pacientes con LAM.

Resultados

42 pacientes con LAM completaron el cuestionario, de las cuales 36 (85,7%), habían viajado alguna vez en avión. El número total de vuelos fue de 569 (483 antes del diagnóstico y 86 después del diagnóstico). La media por paciente de viajes en avión antes del diagnóstico fue de 13,42 vuelos. Tras el diagnóstico, el número de vuelos era significativamente menor (media: 2,39 vuelos). La mayoría de las pacientes (68,6%) no experimentó ningún efecto adverso durante el vuelo. Entre los efectos adversos se incluyeron: disnea (11,4%), ansiedad (11,4%), náuseas (8,6%), dolor torácico (2,9%) y dolor de cabeza (5,7%). Sólo una paciente (2,8%) fue diagnosticada de neumotórax en relación con un vuelo (confirmada por radiología torácica). Cuando se les preguntó a las pacientes que nunca habían volado o que no lo habían hecho desde el diagnóstico de LAM sobre la causa, un 38,5% respondió por recomendación médica, un 57,7% por miedo a tener complicaciones propias de la enfermedad y un 26,9% por miedo a volar. 18 pacientes (42,9%) viajarían en avión en el futuro sin ninguna condición y 9 pacientes (21,4%) sólo lo harían en situación de emergencia.

Conclusiones

Tras el diagnóstico de LAM, disminuye significativamente el número de viajes en avión, a pesar de que la mayoría de las pacientes (68,6%) no refiere haber tenido ningún efecto adverso durante el vuelo. En nuestra serie la probabilidad de tener neumotórax es baja (2,8% por paciente y 0,17% por vuelos).

PLEURA

VEGF Y DERRAME PLEURAL. RELACIÓN CON EL VOLUMEN Y PARÁMETROS PRONÓSTICOS. S. Sánchez González, E. Pérez Rodríguez, R.M. Gómez García, M.F. Troncoso Acevedo, M.V. Toledo, S. Sacristán, A. Hernando Sanz, S. Díaz Lobato. Servicio de Neumología. Dpto. de Biología Celular y Genética. Hospital Universitario Ramón y Cajal - Universidad de Alcalá de Henares. Dpto. de Neurobiología-Investigación. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción

El volumen del derrame pleural se relaciona con la gravedad de su etiología. Los derrames pleurales masivos más frecuentes son los malignos, empiemas, los de origen tuberculoso y en ocasiones los idiopáticos. El VEGF es el principal factor responsable de la permeabilidad vascular y, *por ende*, posible responsable del volumen del derrame y del pronóstico de éste.

1. Analizar los niveles de VEGF pleural, y su correlación con el volumen del derrame.
2. Valorar el grado de correlación de los niveles de VEGF con otros parámetros pronósticos reconocidos.

Metodología

Analizamos 147 derrames pleurales en la unidad de pleura. 90 varones y 57 mujeres con una edad media de 65 ± 17 años. Todos los casos fueron estudiados según protocolo habitual. El diagnóstico definitivo fue obtenido por parámetros del líquido, respuesta del tratamiento y seguimiento.

El volumen del derrame fue expresado según porcentaje de ocupación del hemitórax afecto. Las muestras se extrajeron por toracocentesis, fueron centrifugadas, separándose el sedimento y

el sobrenadante y congeladas a -40° , siendo descongeladas posteriormente, agitadas y centrifugadas de nuevo. La determinación de las concentraciones de VEGF se realizó mediante una técnica cuantitativa de inmunoensayo ligada a enzima en sándwich.

Resultados

Los niveles de VEGF fueron superiores en los exudados respecto a los trasudados.

- 22 de los 147 derrames pleurales mostraron un volumen igual o superior al 50%. Los niveles de pH, LDH, glucosa y VEGF se correlacionaron con el volumen superior al 50%, encontrándose diferencias significativas con todos los parámetros analizados, destacando el VEGF (mostrando mayor área bajo la curva).
- El VEGF mostró una correlación significativa con los parámetros pronósticos (pH, LDH y glucosa).

Conclusiones

Los niveles de VEGF pleural se correlacionan con el volumen de los derrames, superior al significado de pH, LDH y glucosa. El VEGF se correlaciona con parámetros de reconocido valor pronóstico en el líquido pleural.

FACTORES PREDISPONENTES Y CAUSAS DE LOS EMPIEMAS DIAGNOSTICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. V. Villena, N. Abad, M. Izquierdo, R. Melchor, B. Steen, J. Jareño, M. Yoldi, Y.W. Pun. H. U. 12 de Octubre, H. Severo Ochoa, H. F. Alcorcón, H. F. Jiménez Díaz, H. F. Alcorcón, H. M. C. de la Defensa, H. U. de La Princesa

Introducción

Analizar los factores predisponentes de los pacientes y las causas de los empiemas en diagnosticados en Centros Hospitalarios de la Comunidad de Madrid.

Metodología

Estudio prospectivo realizado por los Servicio de Neumología o Cirugía Torácica de siete hospitales de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron a los pacientes diagnosticados de empiema entre el 1 de octubre de 2004 y el 30 de septiembre de 2006. Se definió como empiema a la presencia de pus o cultivo positivo en el líquido pleural. Las causas y los factores predisponentes se recogieron prospectivamente según un protocolo definido previamente al comienzo del estudio.

Resultados

Se registraron 82 pacientes con empiema pleural, 59 varones, con una edad media de 55 años (rango 16 a 91, DE 18). La causa del empiema se identificó en 67 pacientes: neumonía en 46 (56%), cirugía torácica 7 (8,5%) o abdominal 5 (6%) previas, absceso pulmonar o bronquiectasias en 3 (3,6%), manipulación pleural previa en 3 (3,6%), infección mediastínica en 2 (2,4%), y fístula bronco-pleural en uno (1,2%). En 17 pacientes se identificaron un total de 20 factores predisponentes: diabetes mellitus en 8 ocasiones (9,7%), carcinoma broncogénico en 4 (4,9%), etilismo en 3 (3,6%), boca séptica en 3 (3,6%), y alteraciones del nivel de conciencia en 2 (2,4%).

Conclusiones

En el 82% de los casos se ha podido conocer la causa del empiema, siendo la neumonía la causa más frecuente de empiema en

nuestro medio. En el 21% se han podido identificar factores predisponentes; los más frecuentes fueron la diabetes mellitus y el carcinoma broncogénico.

EMPIEMA Y FIBRINOLISIS INTRAPLEURAL. ¿MANEJO EMPÍRICO O USO DE MARCADORES? M. Alonso Plasencia, E. Pérez Rodríguez, A. García Avello, D. Kopečna, A. Hernandez, R. Gómez, F. Troncoso, S. Sánchez. Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal

Introducción

La fibrinólisis intrapleural se indica en DP complicados de forma empírica. La búsqueda de un parámetro bioquímico es una necesidad y el balance procoagulante/fibrinolítico pudiera ser la respuesta.

1. Valorar niveles de PAI, t-PA y Dímero-D en DP de diferentes patologías.

2. Definir el balance de PAI y t-PA en las diferentes etiologías y compararlo con los trasudados.

Metodología

174 pacientes con DP consecutivos durante 2 años fueron estudiados con determinación de PAI, t-PA y Dímero-D. 112 hombres y 62 mujeres, edad media de $56,9 \pm 19,8$ años. Se estudiaron según protocolo de la unidad de pleura. Los diagnósticos fueron: 41 carcinomas, 27 paraneumónicos (5 empiemas), 24 trasudados, 23 TBC, 18 paramalignos y 7 linfomas. Los niveles de PAI, tPA y Dímero-D se determinaron por ELISA y fueron corregidos según peso molecular (PAI 60 y t-PA 40). El análisis estadístico: descriptivo, t de student, análisis de varianza y correlación de Spearman.

Resultados

Los niveles de PAI y t-PA mostraron resultados contrapuestos. Mientras el t-PA fue superior en los trasudados respecto a exudados (mayor en los de etiología maligna, carcinomas y linfomas); el PAI fue superior en los exudados (empiemas y tuberculosis). El Dímero-D mostró resultados aleatorios.

Según la etiología, el cociente y el gradiente entre PAI y t-PA fue muy alto en empiemas y tuberculosis.

	PAI (DS)	PAI corregido PM (40)	t-PA (DS)	t-PA corregido PM (60)	Cociente PAI/t-PA	Gradiente PAI-tPA	D-D
Trasudados	59,41 (12,8)	1,48	31,10 (5,6)	0,52	2,87	0,97	132
Paraneumónicos	95,46 (15,7)	2,39	16,92 (3,1)	0,28	8,46	2,10	107
Paramalignos	118,61 (16,8)	2,97	17,79 (3,2)	0,30	10,00	2,67	125
Malignos	111,52 (12,9)	2,79	25,23 (5,5)	0,42	6,63	2,34	115
Linfoma	116,00 (26,8)	2,90	20,30 (3,0)	0,34	8,57	2,56	117
TBC	129,52 (12,5)	3,24	8,63 (2,2)	0,14	22,52	3,09	131
Empiema	165,00 (11,4)	4,13	5,65 (1,8)	0,09	43,79	4,03	102

Conclusiones

Los niveles de PAI y t-PA muestran una relación inversamente proporcional. El t-PA es superior en trasudados, mientras que el PAI lo es en exudados, especialmente en empiemas y tuberculosis.

El Dímero-D muestra resultados dispares no resulta útil. El balance entre PAI y tPA siempre fue superior en los exudados respecto a los trasudados.

El trasudado como grupo control puede ser útil como referencia en el manejo de fibrinolíticos.

PREDICCIÓN DE LOS NIVELES DE VEGF EN DERRAMES MALIGNOS.

C. Zamorro García, E. Pérez-Rodríguez, C. Wagner, R.M. Gómez-García, S. Sánchez González, M. Alonso Plasencia, S. Sacristán, M. Val Toledo. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Dpto. Neurobiología-Investigación. Dpto. de Biología Celular y Genética. Universidad de Alcalá de Henares

Introducción

El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) es imprescindible para la proliferación y metástasis de las células malignas.

Objetivos: valorar la correlación de los niveles de VEGF con la presencia de células o tejido de biopsia pleural maligno y analizar la correlación del VEGF con histologías específicas.

Metodología

143 de 875 muestras congeladas de la pleuroteca de nuestra unidad de derrames pleurales de diferentes diagnósticos fueron seleccionadas de forma aleatoria: 61 fueron malignos (44,7%). Se realizó análisis de correlación entre niveles de VEGF y positividad o negatividad de las muestras obtenidas por citología o histología, así como con el tipo histológico (carcinomas, linfomas o mesoteliomas).

La determinación de las concentraciones de VEGF se realizó mediante una técnica cuantitativa de inmunoensayo ligada a enzima en sándwich.

El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS (test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis).

Resultados

El nivel medio de VEGF en derrames malignos ($n = 61$) fue de $1.517,805 \pm 1.098,183$. La citología fue positiva en 48 de 56 (78,7%) y la biopsia en 29 de 45 (64,4%). En el diagnóstico final 47 fueron carcinomas, 9 mesoteliomas, 2 linfomas y 3 otros tipos. Los niveles medios de VEGF fueron superiores en los grupos de citología y biopsia positiva con p no significativa, si bien las medianas mostraron valores con tendencias más elevadas. En la correlación VEGF con histología no encontramos diferencias significativas entre los diferentes tipos histológicos (χ^2 n° muestra?).

Conclusiones

1. Los niveles de VEGF son superiores en derrames malignos con citología o biopsia positiva.

2. No encontramos diferencias significativas en los niveles de VEGF según tipo histológico.

TABLA I. Concentración de VEGF (pg/ml)

	Citología	
	Benigna	Maligna
Frecuencia	8	48
Media	1.185,2 ± 838,4	1.439,4 ± 1.047
Mediana	938,1194	1232,020

TABLA II. Concentración de VEGF (pg/ml)

	Biopsia pleural	
	Benigna	Maligna
Frecuencia	16	29
Media	1.835,1 ± 1.602,5	1.627,3 ± 773,5
Mediana	1.134,820	1.829,886

TABLA III. VEGF y tipo histológico

	Adenoc. mama	Meso-telioma	Adenoc. pul.	No CICP	CICP
Frecuencia	12	9	9	10	1
Media	1.076,8± 713,2	1.746,1± 861,9	1.413± 1.031,7	1.999,3± 1.432,8	715,6320

CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS DE LOS EMPIEMAS DIAGNOSTICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. B. Steen, N. Abad Santamaría, M. Izquierdo Patrón, Y.W. Pun Tam, R. Melchor Íñiguez, J. Jareño Esteban, J. de Miguel Díez, V. Villena Garrido. Fundación Hospital Alcorcón. Hospital Severo Ochoa. Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Jiménez Díaz. Hospital Militar Central de la Defensa. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción

Analizar las características del líquido pleural de los empiemas de nuestra serie y valorar si hay diferencias entre los empiemas con cultivo del líquido pleural (LP) positivo y los empiemas con cultivo del LP negativo.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo y multicéntrico realizado entre el 1/10/2004 y el 30/9/2006 los Servicios de Neumología y Cirugía Torácica de siete hospitales de la Comunidad de Madrid. El responsable local de cada centro registró en un formulario específico entre otros datos los valores de pH, glucosa, lacticodeshidrogenasa (LDH), recuento de leucocitos, Gram y cultivo del LP. La muestra de LP remitida para cultivo se envió en frascos de hemocultivos para aerobios y anaerobios, y en fresco.

Resultados

Se recogieron un total de 82 casos, 59 hombres (72%) y 23 mujeres (28%), con edad media de 55 ± 18 años (16-91). Se registró el pH del LP en 48 casos, con un valor medio de 6,75 (5,50-7,42), la glucosa en 61 (media 35,02, rango 0-285), la LDH en 42 (media 7450,14, rango 22-97249), el recuento de leucocitos en 58 (media 5.3361,93, rango 12-709400). Se compararon los valores de pH, glucosa, LDH y recuento de leucocitos en LP entre empiemas con cultivo de LP positivo y empiemas con cultivo de LP negativos y obtuvimos los siguientes resultados:

TABLA I.

	N	Media	Desv. típica	SIGN
Ph				
LP negativo	23	6,84	,02296	p=0,142
LP positivo	21	6,65	,48594	
Glucosa				
LP negativo	27	30,52	42,09	p=0,323
LP positivo	29	44,24	58,81	
LDH				
LP negativo	19	5.347,32	5.606,53	p=0,370
LP positivo	20	10.245,75	22.894,56	
Leucocitos				
LP negativo	26	26.151,54	34.286,25	p=0,065
LP positivo	27	80.121,19	142.001,25	

Conclusiones

Las características del líquido pleural de los empiemas de nuestra serie son similares a los descritos en la literatura. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los valores de pH, glucosa, LDH y recuento de leucocitos de los empiemas con cultivo de LP positivo y empiemas con cultivo negativo.

MANEJO DEL DRENAJE TORÁCICO Y DE LOS FIBRINOLÍTICOS EN LOS EMPIEMAS DIAGNOSTICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. N. Abad Santamaría, R. Melchor Íñiguez, B. Steen, V. Villena Garrido, Yat-Wah Pun Tam, J. de Miguel Díez, M. Yoldi Rodríguez, M. Izquierdo Patrón. H. Severo Ochoa. F.H. Jiménez Díaz. F.H. Alcorcón. H.U. 12 de Octubre. H.U. de la Princesa. H.U. Gregorio Marañón

Introducción

Análisis del manejo de los tubos de drenaje endotorácico (DET) y de los fibrinolíticos en los pacientes incluidos en el segundo estudio de empiemas realizado por el Grupo de Pleura de Neumomadrid.

Metodología

Estudio descriptivo, multicéntrico y prospectivo realizado por los servicios de Neumología o Cirugía Torácica de Neumomadrid entre el 1/10/2004 y el 30/09/2006. El responsable local de cada hospital recogió en un formulario específico entre otros datos, los referentes al número y calibre de DET instaurados, empleo o no de fibrinolíticos, fecha de inicio, dosis y duración del tratamiento.

Resultados

Se incluyeron un total de 82 pacientes, 23 mujeres y 59 varones. Se trataron con DET + fibrinolíticos 42 pacientes (51,2%) y DET sin fibrinolíticos 32 (39%). El fibrinolítico empleado en todos los casos fue la urocinasa con una mediana de 3 días de tratamiento. Se especificó la dosis empleada en 39 pacientes: 100.000 UI/día en 15 pacientes (38,4%), 200.000 UI/día en 10 (25,6%) y 300.000 UI/día en 14 (36%). La media de días de hospitalización de los pacientes tratados con DET + fibrinolíticos fue de 22 frente a los no tratados con fibrinolíticos que fue de 30. Se instauró un tubo de calibre fino (TCF) en 20 pacientes (28%) y un tubo de calibre grueso (TCG) en 54 pacientes (74%). La demora entre la

fecha de colocación del DET y la fecha de inicio del tratamiento con fibrinolíticos se especificó en 40 pacientes: coincidieron ambas en 10 (25%) y en 30 (75%) el inicio del tratamiento fibrinolítico se realizó una media de 2,3 días tras la colocación del DET. El DET resolvió el empiema sin tratamiento fibrinolítico en un total de 20 pacientes (62,5%): 9 (45%) pacientes con un TCF y 11 (55%) con un TCG. El DET + fibrinolítico resolvió el empiema en 37 pacientes (88%): 11 (30%) con un TCF y 26 (70%) con un TCG.

Conclusiones

Existe una gran variabilidad en el manejo de las dosis de fibrinolíticos. El tratamiento con DET + fibrinolíticos se empleó en la mitad de los pacientes incluidos con un alto grado de eficacia y una menor estancia media. El tubo de calibre grueso fue el más utilizado.

MICROBIOLOGÍA DE LOS EMPIEMAS DIAGNOSTICADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. M. Izquierdo, N. Abad, R. Melchor, Y.W. Pun, V. Villena, J. De Miguel, J. Jareño, B. Steen. Fundación Hospital Alcorcón. Hospital Severo Ochoa. Fundación Jiménez Díaz. Hospital Universitario de la Princesa. Hospital Universitario 12 de Octubre. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Hospital Militar Central de la Defensa

Introducción

Analizar la microbiología, tanto líquido pleural como sangre, de los empiemas diagnosticados en el Grupo de Pleura de Neumomadrid en un período de 2 años.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo, y multicéntrico realizado entre el 1-octubre-2004 al 30-septiembre-2006, en los servicios de Neumología y Cirugía Torácica de 7 hospitales de la Comunidad de Madrid. Los cultivos para bacterias, en líquido pleural y sangre, se solicitaron de forma sistemática en medios aerobio y anaerobio; y para hongos en caso de sospecha de esta infección.

Resultados

Se registraron 82 pacientes, 59 varones, edad media 55 + 18 años (rango 16-91). El cultivo del líquido pleural fue positivo en 48 (58,53%), negativo 28 (34,15%), no consta en 6 (7,32%). Fueron 41 monomicrobianos (85,42%) y 7 polimicrobianos (14,58%). La distribución fue: Gram positivos 25 (60,97%), anaerobios 7 (17,07%), Gram negativos 6 (14,63%), y otros 3 (7,33%). Los gérmenes más frecuentemente aislados, respectivamente: *S. Pneumoniae* 7, anaerobio estricto 3, *E. Coli* 3. Las otras especies: 1 *Nocardia*, 1 *Actinomices*, 1 *Cándida*. Y de los 7 casos con flora polimicrobiana hubo diferentes combinaciones de 1 solo caso. Se extrajeron hemocultivos en 65 pacientes (79,27%) con resultado positivo 11 (16,92%). Los gérmenes aislados más frecuentes fueron *E. Coli* 4, neumococo 3. Coincidió el germen del hemocultivo con el del líquido pleural en 5 casos (45,45%): 2 neumococos. Fue distinto en 3 y en otros 3 el hemocultivo fue positivo (2 *E. Coli*, 1 neumococo) y el cultivo del líquido pleural negativo.

Conclusiones

En nuestro estudio concluimos: en más de la mitad de los casos se aíslan gérmenes en líquido pleural, la mayoría monomicrobianos. Hay un claro predominio de Gram positivos, sien-

do el género *Streptococcus* el más frecuente, seguido de anaerobios. El porcentaje de hemocultivos extraídos es aceptable pero con escaso aislamiento de gérmenes, *E. coli* el más frecuente. En casi la mitad de los casos existe correlación del germen tipificado en sangre y líquido pleural.

TÉCNICAS

ESTABILIDAD DEL PH EN EL CONDENSADO DE AIRE EXHALADO TRAS CONGELACIÓN. Y. Anta, R. Malo, C. Almonacid, J.L. Izquierdo, B. Arnalich, A. Martínez, I. Sánchez, J. Castela, J. Fernández, J. Gallardo, P. Resano, V. Lores. S. de Neumología. Hospital Universitario. Guadalajara

Introducción

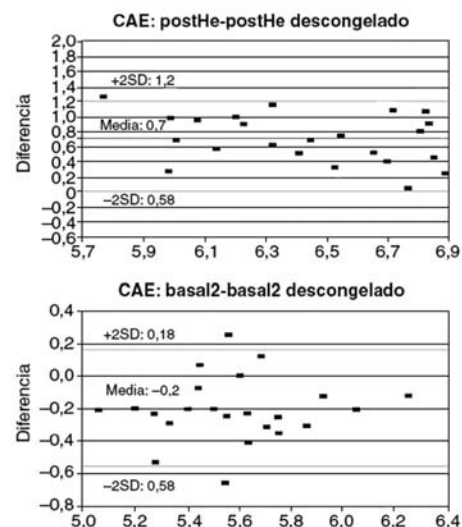
Utilizando diferentes condiciones de medida, analizar la estabilidad del pH en el condensado de aire exhalado de controles sanos tras congelar la muestra.

Metodología

El condensado del aire exhalado de 25 sujetos sanos se obtuvo mediante el sistema ANACON (BIOSTEC) respirando con pinza nasal a volumen corriente durante 15 min, en condiciones estables de temperatura y humedad. La muestra obtenida fue analizada con un medidor de pH (pH-Meter CG 840) después de airearla con Helio durante 10 min (Post-He). Posteriormente se congeló a -80° C durante 3 meses y se analizó de nuevo el pH tras descongelación (Post-He descongelado). En los mismos sujetos se obtuvo una nueva muestra (pH basal 2) que se congeló sin aireación previa con Helio, midiéndose posteriormente el pH a los 3 meses (pH 2 descongelado). Los resultados se analizaron mediante el test de Wilcoxon y el grado de concordancia mediante el método de Bland-Altman.

Resultados

Se objetivaron diferencias significativas entre las dos determinaciones en ambos grupos (Post-He $7,14 \pm 0,39$; Post-He descongelado $5,76 \pm 0,52$; $p < 0,01$) y (pH2 basal $5,37 \pm 0,35$; pH2 descongelado $5,78 \pm 0,32$). Las figuras 1 y 2 muestran el grado de concordancia entre las dos muestras mediante el test de Bland Altman.



Figuras 1 y 2.

Conclusiones

La aireación con helio no mejora la estabilidad del pH en el CAE de muestras que necesiten ser congeladas para análisis posteriores.

ASISTENCIA RESPIRATORIA Y TRASPLANTE PULMONAR. D. Gómez de Antonio, J.L. Campo Cañaveras, P. Gámez García, M. Córdoba Peláez, J. Moradiellos, A. Varela de Ugarte. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Introducción

El trasplante pulmonar es el tratamiento de elección de muchas enfermedades pulmonares en sus fases finales. La escasez de órganos y el progresivo incremento de los pacientes en lista de espera hace que se incremente el número de indicaciones de ventilación mecánica pretrasplante, con la consiguiente morbimortalidad que esto conlleva. En los últimos años se han desarrollado sistemas de soporte ventilatorio que permiten minimizar los efectos deletéreos de la ventilación mecánica favoreciendo la eliminación de CO₂, permitiendo así mantener unos parámetros ventilatorios protectores para el tejido pulmonar. El objetivo de nuestro trabajo es describir nuestra experiencia inicial con el sistema de soporte ventilatorio Novalung® en dos situaciones clínicas, como puente al trasplante y como adyuvante en el manejo de fuga aérea y disfunción primaria del injerto post trasplante pulmonar.

Metodología

Se recogen los datos de dos pacientes a los que se aplica la asistencia respiratoria.

– Caso 1: paciente sometido a trasplante bipulmonar, que desarrolla disfunción precoz del injerto y fuga aérea importante. PaO₂/FiO₂.

– Caso 2: paciente que estando en lista de espera desarrolla una insuficiencia respiratoria hipercápnica que requiere de ventilación mecánica (pH 7,34 PaCO₂ 98 mmHg).

Resultados

Caso 1: a las 3 horas del implante del Novalung®, la PaCO₂ era de 46 mmHg y el pH 7,41, con una FiO₂ de 0,55, una frecuencia de 8 rpm y presiones máximas de 18 mmHg. Se mantuvo durante 72 horas.

Caso 2: PaCO₂ 47 mmHg a las 4 horas de instauración del Novalung®, parámetros que se mantuvieron hasta el momento del trasplante 6 días después.

Conclusiones

Novalung® es una herramienta útil como puente al trasplante y como adyuvante en el manejo postoperatorio de complicaciones que precisen de una ventilación mecánica protectora.

INDICACIONES DE FIBROBRONCOSCOPIA URGENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO CON GUARDIAS DE NEUMOLOGÍA. S. Sánchez Cuellar, J. Aspa, O. Rajas, R. Girón, E. Zamora, J. García Pérez, J. Santamarina, J. Ancochea. Servicio de Neumología. Hospital de La Princesa. Madrid

Introducción

Valorar el número de fibrobroncoscopia urgente (FU) realizadas durante un año en un hospital terciario en el que existen

guardias de Neumología. Analizar de manera descriptiva una serie de variables clínicas asociadas.

Metodología

Se incluyeron en el estudio de forma prospectiva todos los pacientes a los que se les ha realizado una FU durante el último año (1 de noviembre 2006 a 31 de octubre del 2007).

Todas las endoscopias habían sido solicitadas con carácter de urgencia por algún miembro del hospital o indicada por el neumólogo de guardia. Se evaluaron una serie de variables clínicas: edad, sexo, motivo de la FU, servicio solicitante, y complicaciones. En el caso de la hemoptisis se recogieron grado, origen, diagnóstico de la misma, y si hubo necesidad o no de embolización.

Resultados

Se realizaron 226 FU con una edad media de 58,83 (rango: 17-96) siendo 71,4% varones. Los servicios solicitantes fueron: UCI: 131 (58%); Urgencias: 27 (11,9%); Neumología: 23 (10,2%); Anestesia y Reanimación: 21 (9,3%); Cirugía general: 6 (2,7%); Cirugía Torácica: 5 (2,2%); Hematología: 2 (0,9%); Otros: 11 (4,6%).

Las principales indicaciones fueron: Traqueostomía Percutánea: 65 (28,8%); Atelectasia: 47 (20,8%); Hemoptisis 42 (18,6%); Revisión de vía aérea 30 (13,3%); Aspiración de secreciones 16 (7,1%); Sospecha de Tuberculosis: 8 (3,5%); Intubación difícil: 8 (3,5%); Extracción de cuerpo extraño: 3 (1,3%); Inmunodeprimido: 3 (1,3%); Neoplasia: 1 (0,4%); Revisión de Prótesis Traqueal: 1 (0,4%); Otros: 2 (0,9%). En todos los casos se empleó el fibrobroncoscopio flexible, y no surgieron complicaciones secundarias graves ni exitus tras la endoscopia.

Se realizaron 42 FU por hemoptisis. La mayoría fueron de grado moderado (55,3%), siendo el lóbulo superior izquierdo el origen más frecuente del sangrado (16,7%), de carácter difuso (11,89%) y no localizando el punto de sangrado en un 14,3% de los casos. La causa más frecuente de hemoptisis fue secundaria a carcinoma pulmonar (47,8%). Se requirió embolización en un 19% de los casos.

Conclusiones

Es importante conocer las indicaciones más frecuentes de la FU en nuestro medio para evitar actuaciones improvisadas, o incorrectas.

Es importante saber realizar una FU en pacientes críticos, o inestables, ya que la UCI es el servicio más frecuente de petición de FU.

La atelectasia, traqueostomía percutánea, y hemoptisis fueron los motivos más frecuentes de FU.

La causa más frecuente de hemoptisis es secundaria al carcinoma broncogénico de pulmón.

UTILIDAD DE LA PUNCIÓN TRANSBRONQUIAL PARA LA ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO. J. Castela Naval, Y. Anta Mejías, J.L. Izquierdo Alonso, I. Sánchez Hernández, J. Fernández Francés, C. Almonacid Sánchez, P. Resano Barrio, J. Gallardo Carrasco, V. Lores Gutiérrez. Hospital Universitario de Guadalajara: Neumología

Introducción

La punción transbronquial (PTB) es una técnica broncoscópica que permite la obtención de muestras citológicas o histológicas de lesiones adyacentes al árbol bronquial. Alcanza su má-

xima utilidad en la estadificación ganglionar mediastínica de pacientes con carcinoma broncogénico (CB). A pesar de su potencial, sigue siendo una técnica infrutilizada.

Metodología

Período: junio-06 a septiembre-07. Se evaluaron todos los pacientes remitidos para broncoscopia por CB conocido o sospechado y que presentasen adenopatías mediastínicas o hiliares superiores a 10 mm de diámetro mayor en la TAC torácica. A todos ellos se les realizó broncoscopia con anestesia local y sedación. Como primera técnica endoscópica se realizó PTB sobre las estaciones ganglionares afectadas. Se utilizaron agujas Excelon (Boston Scientific) de 21G y 15 mm de longitud. La técnica utilizada fue la del "puyazo".

Resultados

Número de pacientes: 36 (30 hombres). Edad media: 69 años (rango 36-83). El diámetro medio de las adenopatías fue de 21,5 mm (rango 9-49 mm). Se realizó PTB sobre 46 estaciones ganglionares (1,3 por paciente): región 7 (n = 22), región 4R (n = 19), región 4L (n = 3), región 11R (n = 1), región 11L (n = 1).

La PTB fue diagnóstica en 29 estaciones ganglionares, representativa no diagnóstica en 6 y no representativa en 11. El número de pacientes con PTB diagnóstica fue de 26 (72,2% del total). La distribución de diagnósticos fue: microcítico (11 estaciones, 11 pacientes), epidermoide (8 estaciones, 6 pacientes), adenocarcinoma (5 estaciones, 5 pacientes), células grandes (5 estaciones, 4 pacientes). Las estaciones ganglionares donde se llegó al diagnóstico fueron: región 7 (n = 15), región 4R (n = 11), región 4L (n = 1), región 11R (n = 1), región 11L (n = 1). En 7 pacientes la PTB fue la única técnica broncoscópica que permitió llegar al diagnóstico. Los resultados de la PTB evitaron la realización de mediastinoscopia en 6 paciente.

Conclusiones

La PTB es una técnica endoscópica que permite, en un número significativo de pacientes con carcinoma broncogénico, una correcta estadificación ganglionar mediastínica, evitando la realización de mediastinoscopia u otras técnicas más costosas como la ultrasonografía endobronquial. Puede ser, además, la única técnica broncoscópica diagnóstica. Por todo ello debería ser utilizada como técnica habitual durante la realización de broncoscopia en pacientes con CB conocido o sospechado.

UTILIDAD DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE LESIÓN ENDOBRONQUIAL VISIBLE. Y. Anta, C. Almonacid, J. Castela, I. Sánchez, J.L. Izquierdo, M.P. Resano, J. Fernández, J. Gallardo, V. Lores, A. Rodríguez, B. Arnalich. Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción

Analizar la rentabilidad de las diferentes técnicas endoscópicas en el diagnóstico del carcinoma broncogénico en función de la existencia o no de lesión endobronquial visible.

Metodología

Estudio transversal de 196 pacientes diagnosticados de carcinoma broncogénico. Los datos se obtuvieron a través de la his-

toria clínica electrónica diseñada específicamente para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de pacientes. En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo de la muestra para posteriormente llevar a cabo un análisis bivariado en función de la presencia (LEV+) o ausencia (LEV-) de lesión endobronquial visible, analizando las siguientes variables: broncoaspirado (BAS), cepillado bronquial (CB), biopsia bronquial (BB) y biopsia transbronquial (BTB).

Resultados

Distribución por sexo: 171 (87,2%) hombres y 25 (12,8%) mujeres. La estirpe más frecuente en el sexo masculino fue epidermoide (42%) y en las mujeres adenocarcinoma (57%). Edad media al diagnóstico: hombres 68 años (DE 9,5) y mujeres 57 años (DE 12,7) (p = 0,001). De los 196 pacientes, 159 (81,1%) fueron diagnosticados mediante broncoscopia flexible (FBC), 28 (14,3%) por punción transparietal aspirativa con aguja fina guiada por TAC, 5 (2,5%) por citología del líquido pleural, 2 (1%) por biopsia pleural transparietal cerrada y 2 (1%) por toracotomía. Se llegó a un diagnóstico citohistológico con las siguientes técnicas endoscópicas realizadas: BAS 68/124 (18/52 LEV-, 50/72 LEV+, p=0,000); CB 56/90 (27/52 LEV-, 29/38 LEV+, p=0,027); BB 86/103 (11/23 LEV-, 75/80 LEV+, p=0,000); BTB 10/19. De los pacientes diagnosticados por FBC: adenocarcinoma 36/159 (19/36 LEV-, 17/36 LEV+); epidermoide 60/159 (18/60 LEV-, 42/60 LEV+); indiferenciado de células grandes 32/159 (20/32 LEV-, 12/32 LEV+); microcítico 23/159 (9/23 LEV-, 14/23 LEV+); otras neoplasias 8/159 (4/8 LEV-, 4/8 LEV+).

Conclusiones

El estudio realizado demuestra que la FBC es una técnica imprescindible para el diagnóstico del carcinoma broncogénico. La existencia de lesión endobronquial visible aumenta de forma significativa la rentabilidad diagnóstica del BAS, el CB y la BB. El carcinoma epidermoide sigue siendo el más prevalente en el hombre, y en la mujer el adenocarcinoma.

CPAP EN FIBROBRONCOSCOPIA. RESULTADOS PRELIMINARES. M.F. Troncoso Acevedo, S. Díaz Lobato, M. Castro Otero, P. Navío, E. Pérez Rodríguez, M. Alonso, A. Hernando, R. Gómez. Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción

Valoración de la CPAP en la realización de FB en pacientes EPOC moderados para evitar desaturaciones importantes, valorar la tolerancia y la dificultad técnica.

Metodología

Estudio prospectivo, casos y controles, pacientes con solicitud de BF en Unidad de Fibrobroncoscopia del Hospital Ramón y Cajal, desde nov/2007 a abril/2008. Se incluyen EPOC moderados, severos y muy severos según protocolo (consentimiento informado, edad, sexo, motivo de realización de BF, grado de EPOC, espirometría reciente). A un grupo de pacientes se les realiza la FB con mascarilla de boussignac y otro grupo de forma convencional (premedicación con anestésico local). Se miden parámetros clínicos como saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca por pulsioximetría basal, durante la prueba y posterior a la prueba y frecuencia respiratoria basal y post prueba. Se valora la toleran-

cia a la prueba con una escala análoga numérica y la dificultad técnica del operador. Como criterio de exclusión se considero la necesidad de realizar biopsia transbronquial. Se aplica un análisis estadístico con el programa SPSS. Se exponen los resultados preliminares de forma descriptiva.

Resultados

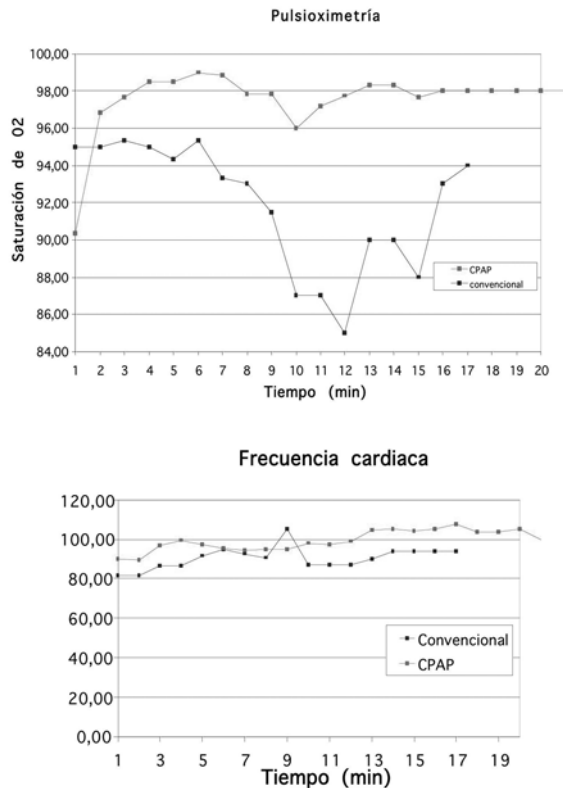


Figura 1.

Conclusiones

CPAP durante la realización de una FBC permite realizar y completar la prueba en pacientes EPOC previniendo la aparición de fallo respiratorio.

La CPAP Boussignac adaptada a una mascarilla facial se muestra como un dispositivo fácil y cómodo para realizar FBC y es bien tolerado por los pacientes.

EL PH MEDIDO EN EL CONDENSADO DE AIRE EXHALADO REFLEJA CAMBIOS EN LOS MARCADORES INFLAMATORIOS EN LOS PACIENTES CON EPOC.

C. Almonacid, Y. Anta, P. Resano, J.L. Izquierdo, T. Parra, J. Pérez, I. Sánchez, J. Fernández, J. Castela, J. Gallardo, V. Lores, A. Martínez. Departamento de Neumología y Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España

Introducción

La finalidad de nuestro estudio es determinar si la medición del pH del CAE puede ser utilizada para predecir los niveles de inflamación y estrés oxidativo en plasma y CAE en pacientes con EPOC estable.

Metodología

Se seleccionó un grupo control (n = 15) formado por personas sanas fumadoras y otro grupo de pacientes diagnosticados de EPOC en situación estable (n = 39). Los pacientes fueron diagnosticados y clasificados de EPOC de acuerdo con la guía Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD). Se realizó un examen físico, pruebas de función respiratorias, análisis de sangre [IL-8, LTB4, 8-ISO] y recogida del condensado de aire exhalado (se midió el pH, IL-8, LTB4, 8-ISO).

Resultados

El pH se correlaciona significativamente con la IL-8 en suero (r: -0,43; p: 0,001), el 8-ISO en condensado (r: 0,63; p: 0,000), volumen residual (r: -0,29; p: 0,035) y el índice paquete año (r: -0,46 p: 0,000). No encontramos en la muestra analizada que el pH en el condensado se correlacione con el resto de marcadores inflamatorios en sangre y estrés oxidativo tanto en suero como en el condensado de aire exhalado. Tampoco se correlaciona con el FEV1, FVC, TLC y DLCO %, escala de disnea (MRC) ni con la edad.

Conclusiones

En la muestra analizada encontramos que aquellas personas con niveles más elevados de IL-8 en plasma y mayor consumo de tabaco presentan una mayor acidez en el condensado de aire exhalado.

TABLA I.

	Controles	EPOC
N	15	39
Edad (± DE)	56,06 (± 6,5)	67,61 (± 8,48)
IMC (± DE)	26,14 (± 3,20)	25,97 (± 4,3)
IPA (± DE)	35,76 (± 24,04)	51,64 (± 21,54)
ID (± DE)	0 (± 0,25)	1,6 (± 0,73)
FEV1 (± DE)	107 (± 18)	54,07 (± 14,02)
FVC% (± DE)	104 (± 13,7)	87,32 (± 16,5)
FEV1/FVC (± DE)	85,05 (± 6,7)	48,3 (± 16)
TLC (± DE) %	99,8 (± 14,9)	107,2 (± 19,9)
VR (± DE) %	107 (± 39,7)	149,3 (± 48,34)

ENFERMERÍA

ACTUACIÓN DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA EN EL EMPIEMA PLEURAL. C. Caturra, M. Soledad Colino, P. Martín, Y. Barrios, M.J. Antón, M. Bel Crespo, J. Jareño, J.M. Albiach. Enfermería ATS -DUE. Neumología. Hospital Central Defensa - Gómez Ulla

Introducción

El empiema es una patología pleural frecuente que precisa de una actuación urgente en su diagnóstico y tratamiento, requiriendo unos conocimientos especiales por parte de ATS-DUE en su manejo en una planta de hospitalización neumológica.

Describir la experiencia y actuación de una unidad de enfermería en el manejo del empiema pleural.

Metodología

Se registraron todos los casos de empiema pleural diagnosticados y tratados en el período (1-1-06 al 31-12-07). Los criterios diagnósticos de empiema fueron: cultivo microbiológico

(+) del líquido pleural y/o presencia de un análisis bioquímico de: LDH > 1.000 U, glucosa < 40 y pH < 7,20.

Establecimiento de un protocolo de enfermería en el diagnóstico (procesamiento de muestras del líquido pleural para microbiología, bioquímica, citología y pH), y tratamiento del empiema pleural.

Resultados

N. casos: 21 pacientes con empiema pleural. Varones 17 (81%). Edad media: 60 ± 16 años. Mujeres 4 (19%). Edad media 62 ± 30 años.

Tratamientos aplicados: drenaje pleural: tubo fino - 16 (76%) - tubo grueso - 4 (19%) y drenaje radiológico 1 (4%). Fibrinólisis endopleural- 11 (52%). Inicio del tratamiento 3 ± 1 día. Duración del mismo 4 ± 2 días. Dosis (Urokinasa endopleural: 240.000 U/día).

Tratamiento mediante cirugía: 1 caso (4%).

Microbiología: neumococo (19%), anaerobios (8%), Gram negativos (4%). Sin confirmación microbiológica (31%).

Complicaciones registradas: obstrucción, ruptura y acodamiento del drenaje pleural. y drenaje por peritubo.

Engrosamiento pleural asociado: 4 casos (19%).

Etiologías asociadas: neumonía, cáncer de pulmón, esclerosis sistémica, artritis reumatoide, rotura esofágica, gastrectomías y diabetes.

Antibioterapia: cefalosporinas (90%), quinolonas (47%), macrólidos y clindamicina (23%), piperacilina-tazobactam y linezolid (19%), y otros (8%).

Conclusiones

El empiema pleural es una entidad que requiere una atención especializada y precoz por ATS-DUE, siendo el drenaje y la fibrinólisis pleural los tratamientos más utilizados.

VARENICLINA. EFICACIA Y SEGURIDAD DE USO. C.A. Jiménez Ruiz, N. Amor Besada, M. Cristóbal Fernández, A. Cicero Guerrero, M. Mayayo Ulibarri, J.J. Ruiz Martín, A. Guirao, A. Rivero Cuadrado. Unidad Especializada en Tabaquismo. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid

Introducción

Vareniclina es un agonista parcial específico del receptor nicotínico que en diversos ensayos clínicos ha demostrado ser eficaz y seguro para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

El objetivo de este estudio es presentar los resultados de eficacia y seguridad de uso de vareniclina como tratamiento para dejar de fumar en un grupo de fumadores que fueron tratados en una Unidad Especializada.

Metodología

Se ha realizado un estudio abierto y de seguimiento sobre un total de 97 fumadores que acudieron a nuestra Unidad. El programa terapéutico se realizó a lo largo de ocho visitas individuales: una basal y siete de seguimiento. En la visita basal se completó historia clínica y de tabaquismo, cooximetría y se determinó grado de dependencia física utilizando test de Fagerström. En esta visita se instauró tratamiento farmacológico con vareniclina a dosis de 1 mg dos veces al día durante 12 semanas. La primera semana la dosis fue titulada. Los primeros tres días el sujeto recibió 0,5 mg al día, los siguientes cuatro días la dosis se incrementó a 0,5 mg dos veces al día. El octavo día el sujeto debía de

jar de fumar y utilizar vareniclina a dosis de 1 mg dos veces al día. Además se instauró apoyo psicológico. El seguimiento se realizó a través de siete visitas: a la primera, segunda, cuarta, octava, duodécima, vigésima y vigésimo-cuarta semana después del día de abandono. En todas las visitas se controlaron los efectos adversos y la abstinencia completa y puntual. Se exigieron niveles de CO iguales o inferiores a 10 ppm para valorar abstinencia.

Resultados

Se presentan resultados sobre 97 sujetos, 45% de ellos eran hombres, con edad media de 46,8 años. Fumaban una media de 24,3 cigarrillos diarios, con niveles medios de CO de 26,3 ppm. Tenían una media de 6,6 puntos en el test de Fagerström. El 88% de ellos había realizado intentos previos de abandono.

La abstinencia puntual a las 12 semanas fue 57,7% y a las 24 semanas fue 41,2%. La abstinencia completa a las 12 semanas fue 50% y a las 24 semanas fue 36%.

Náusea, insomnio, sueños anormales y dolor de cabeza fueron los efectos adversos más comunes (aparecieron en más del 10% de los casos). Náusea fue el más frecuente, apareció en el 25% de los casos. El 8% de los pacientes suspendieron tratamiento debido a la aparición de efectos adversos. Al final del tratamiento más del 60% de los fumadores consideraron que vareniclina había sido fácil de utilizar y que habían sentido ayuda con su utilización.

Conclusiones

Vareniclina es eficaz para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. La tasa de éxito a los seis meses es 36%. Vareniclina es un tratamiento seguro. Náusea es el efecto adverso más común aunque suele ser de leve intensidad.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN VENTILACIÓN NO INVASORA EN LA EXACERBACIÓN AGUDA DE LA EPOC EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUMOLOGÍA. Y. Barrios, C. Caturra, M.S. Colino, C. Robles, J. Jareño, J.M. Martínez-Albiach. Unidad de Enfermería ATS, Neumología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid

Introducción

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una terapia de soporte respiratorio, indicada en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda y crónica agudizada en pacientes con EPOC, pudiendo realizarse en UCI, Unidad de cuidados intermedios (UCRI) y en una unidad de monitorización respiratoria.

Describir la experiencia de una unidad de enfermería en el tratamiento con VMNI en una planta de hospitalización neumológica en pacientes con exacerbación grave de EPOC.

Metodología

En el período de 1-1-2005 al 31-12-2007 han sido incluidos 23 pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria grave y acidosis respiratoria moderada en un programa de VMNI en nuestra planta de hospitalización de neumología. El tratamiento se realizó con un equipo Vivo 30 (Bipap S/T) junto a mascarillas nasales y faciales y oxígeno suplementario.

Criterios de inclusión: insuficiencia respiratoria: PaO₂ < 60; y pH 7,35-7,20. en pacientes no respondedores a un tratamiento convencional (oxígeno, broncodilatadores y corticoides).

Protocolo de actuación de enfermería: información al paciente y a la familia junto a consentimiento informado. Tras la instau-

ración de VMNI, realización de gasometría a la 1ª hora del tratamiento, 2ª hora, 6 horas, 12 horas y oximetría nocturna.

Resultados

N. pacientes incluidos: 23 (21 V, 2 M); edad: 74 ± 11 .

Pacientes con EPOC: 23 y con SAHOS $\pm 11,9$ (39%).

Gasometría inicial de VMNI: pH $7,28 \pm 0,06$; PaO₂ 53 ± 11 . PaCO₂ 77 ± 19 .

Espirometría: CVF 56 ± 17 ; VEF1 39 ± 17 ; VMNI con mascarilla nasal: 18 (78%) y facial 5 (21%).

Alta de la unidad: 22 pacientes (91%). Mortalidad 1 (4%) por muerte súbita nocturna.

Oxigenoterapia al alta: 20 (86%); CPAP 1 (4%) y Bipap 13 (56%).

Conclusiones

La VMNI es una terapia de soporte respiratorio efectiva y en nuestra experiencia de escasa mortalidad en el tratamiento de la exacerbación grave de la EPOC. La ATS-DUE precisa de un conocimiento de estas terapias para su correcta aplicación y supervisión en la unidades donde puede aplicarse.

VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE AEROSOL EN ENFERMERAS TRAS UNA SESIÓN FORMATIVA. A. Gutiérrez García de Cortazar, I. Arriaran Mendialdua, S. Rodríguez Borrajo, O. Martínez Martínez de Lahidalga. Hospital Txagorritxu

Introducción

Valorar la eficacia de una sesión formativa sobre la administración de aerosoles en enfermería, comparando los conocimientos previos y posteriores a la formación a corto y largo plazo.

Metodología

Estudio transversal observacional. Población a estudio: enfermeras del Hospital Txagorritxu (n=196). Los datos se recogen mediante un cuestionario autoelaborado. Cinco preguntas recogen información general de la muestra y ocho miden conocimientos básicos del manejo de aerosoles basados en las recomendaciones de la SEPAR. El cuestionario se pasa antes de las sesiones formativas, al finalizar la sesión y a los seis meses de recibir la formación. Se impartieron cuatro sesiones de dos horas participando entre veinticinco y treinta enfermeras en cada una. En estas sesiones teórico prácticas se trabajó la forma correcta de administrar aerosoles siguiendo las normas de la SEPAR. Variables a estudio: porcentaje de enfermeras que responden correctamente más de seis preguntas y porcentaje de enfermeras que responden correctamente cada pregunta antes y después de la formación. Análisis estadístico: comparación de proporciones.

Resultados

Un 16,6% de enfermeras responde correctamente a más de seis preguntas antes de la formación y un 77,2% al finalizar la sesión formativa. Antes de la sesión, el 29% indican la forma correcta de administrar los inhaladores con cámara y al finalizar un 98,7%. Antes de la sesión, el 53,8% desconoce que debe mantener la oxigenoterapia al administrar una nebulización y al finalizar un 22,7%. Al finalizar la sesión responden correctamente el 100% de las

enfermeras a tres preguntas. Pendiente de analizar los datos correspondientes a los seis meses posteriores a la formación.

Conclusiones

Destaca el aumento del porcentaje de enfermeras que responde correctamente más de seis preguntas después de la formación. Se han obtenido mejores resultados en todas las preguntas consiguiendo que todas las enfermeras respondan correctamente a tres de ellas. Estos resultados demuestran la eficacia e importancia de la formación.

EN UNA POBLACIÓN CON EPOC, RELACIÓN ENTRE LA FUERZA DE FLEXIÓN DE LA MANO DERECHA (FFMD) Y LA FUERZA DE CONTRACCIÓN ISOMÉTRICA DEL CUÁDRICEPS (FCC), TEST DE LA MARCHA (6MWT) Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL LIBRE DE GRASA (FFM). M. Álvarez Guijuelos, F.J. Gómez de Terreros, C. Villa Corbatón, I. Sierra, J.M. Jiménez Esteso, M.C. Caro Miguel. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Introducción

La afectación muscular de la EPOC puede ser estimada por la FFMD. Esta puede guardar relación con la FCC, el 6MWT y el FFM, y si es parámetro valido para relacionar dichos datos.

Metodología

Se estudia una población de 73 EPOC en situación estable, 53 hombres 72,6% y 20 mujeres 27,4%, con edades entre 40 y 70 años. La FFMD se evalúa con un Hand grip, modelo "JAMAR" en kg/fuerza, la fue FCC, en silla isométrica modelo EN-KNEE de Enraf Nonius en (Newton/metro), el 6MWT según normativa SEPAR y se mide la distancia recorrida, el FFM (kg) se mide por bioimpedancia eléctrica (TANITA TBF 300, 50 khz.).

Se empleó el test de correlación lineal de Pearson.

Resultados

La FFMD fue de 34,9 (6,9) kg/fuerza, la FCC de 196,7 (67) Newton/metro, el 6MWT de 461,9 (79,3) metros y el FFM de 55,5 (7,1) kg, en la población de hombres,

La FFMD fue de 19,6 (5,5) kg/fuerza, la FCC de 101,7 (37) Newton/metro, el 6MWT de 365 (98,5) metros y el FFM de 39,3 (3,4) kg, en la población de mujeres.

Se encuentra correlación entre el FFM y la FCC (p < 0,01) solo en la población masculina y de la FCC con el 6MWT (p < 0,01) para ambas poblaciones. La FFMD no se relaciona con la FCC, 6MWT y FFM.

Conclusiones

La FFMD no es un parámetro adecuado para el estudio de la patología muscular en el EPOC. La FCC es determinante del estado de la función muscular en la EPOC.

CALIDAD DE SUEÑO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SAHS SOMETIDOS A ESTUDIOS POLISOMNOGRÁFICOS. O. Jiménez Mendoza, C. Cabrera Muñoz, E. Ramos Alonso, M.I. Guirao Díez. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

En la práctica clínica observamos que muchos pacientes con sospecha de SAHS sometidos a estudios polisomnográficos re-

fieren haber dormido mal la noche de la prueba hospitalaria mientras que la enfermera opina que ha dormido bien, por ello nos proponemos realizar un estudio que avale estos datos.

Metodología

Observación directa de los pacientes ingresados y sometidos a poligrafía respiratoria nocturna a intervalos de 2 horas durante la noche, encuesta a los pacientes a la mañana siguiente sobre han percibido su sueño.

Resultados

Población (nº de pacientes ingresados en la unidad a lo largo de 1 mes): 121; edad media: 51 (14).

Encuesta: el 38% han dormido bien, el 56% regular o mal, el 48% peor que otras noches, el 56% tardaron en dormir una media hora, sueño más corto el 44%, se despertaron entre 3-5 veces en la noche el 47%, no tienen la impresión de haber soñado un 52%.

Comparativa percepción del paciente/observación enfermera: enfermera objetiva buen sueño en el 68%, de esos un 52% afirma haber dormido regular o mal.

Conclusiones

Los pacientes perciben haber dormido menos que lo que se objetiva durante la realización de estudio polisomnográficos en pacientes con sospecha de SAHS y además con peor calidad de sueño.

VIERNES 11 DE ABRIL

**SALA UNESCO
INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN**

LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN RESPIRATORIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL. SERVICIOS IMPLICADOS Y PATOLOGÍA ESTUDIADA EN UN PERÍODO DE CINCO AÑOS. *E. Fernández de Uzquiano, P. Lavilla Uriol, A. Gil Aguado, J. Frías Iniesta, J. Feliu Batle, A. Buño Soto, J. Arpa Gutiérrez, R. Álvarez-Sala Walther.* Secretaría Técnica del CEIC, Presidente del CEIC, Vicepresidente del CEIC, Vocal del CEIC, Jefe de Servicio de Neumología. Hospital La Paz

Introducción

En los últimos años la investigación en patología respiratoria ha adquirido un alto nivel y los avances en esta área han tenido un gran impacto en la salud.

Objetivos: 1) conocer las patologías respiratorias más investigadas y los servicios hospitalarios implicados en dicha investigación; 2) valorar el papel del servicio de Neumología.

Metodología

Se analizan 83 protocolos de investigación en patología respiratoria registrados en la base de datos del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario la Paz durante un período de cinco años: enero de 2001 a diciembre de 2005. Se clasifican las patologías con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (versión décima de 2005), y se describen las patologías respiratorias más investigadas y los servicios en que se desarrollan dichas investigaciones. Además, se agrupan las patologías más estudiadas por servicios involucrados en su investigación.

Resultados

En los 83 protocolos se investigan un total de trece patologías diferentes. Tres patologías abarcan más del 65% de los estudios, son: la enfermedad obstructiva crónica (EPOC), el asma y el cáncer de pulmón. Los protocolos se desarrollan en un total de 15 servicios y el servicio de Neumología lleva acabo el 45,7% de los mismos. Los estudios de EPOC se realizan únicamente en el servicio de Neumología y los de cáncer de pulmón en oncología. El resto de patologías se investigan en más de un servicio.

Conclusiones

Las patologías que más se investigan en el hospital son la EPOC, el asma y el cáncer de pulmón.

– Las enfermedades respiratorias son investigadas por numerosos servicios del hospital, siendo el servicio de Neumología el responsable del 45,7% de los protocolos desarrollados.

– La entidad clínica investigada exclusivamente por los neumólogos es la EPOC. En cambio, el cáncer de pulmón lo estudian únicamente los oncólogos.

LA NEUMOLOGÍA EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL. CARACTERÍSTICAS DE 83 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA. *E. Fernández de Uzquiano, P. Lavilla Uriol, A. Gil Aguado, J. Frías Iniesta, R. Madero Jarabe, F. Gayá Moreno, E. García Higuera, R. Álvarez-Sala Walther.* Secretaría Técnica del CEIC del Hospital La Paz. Presidente del CEIC, Vicepresidente del CEIC, Unidad de Bioestadística, Vocal del CEIC, Jefe de Servicio de Neumología. Hospital La Paz

Introducción

La actividad investigadora en biomedicina supone progreso y beneficio para el mundo sanitario, para la comunidad científica, para el país y, en definitiva para la sociedad en su conjunto. Conocer las características intrínsecas de la investigación en patología respiratoria llevada a cabo durante un amplio período de tiempo y saber cual es su alcance, nos da información sobre la evolución de la especialidad.

Metodología

Se analizan 83 protocolos de investigación en patología respiratoria registrados en la base de datos del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario la Paz durante un período de cinco años: enero de 2001 a diciembre de 2005. En dicha base de datos se recogen todas las características de los protocolos necesarias para su control, según la normativa vigente. Las características de los protocolos analizadas son: número de protocolos iniciados cada año, tipo de estudio, promotor, objeto de estudio, población en estudio, objetivo genético.

Resultados

De los 83 protocolos analizados un 74,7% son ensayos clínicos, un 24,1% proyectos de investigación y un 1,2% estudios observacionales. El promotor es en un 62,7% la industria, en un 28,9% investigadores independientes y en un 8,4% sociedades/fundaciones. Los protocolos se llevan a cabo con medicamentos en un 67,5%, con productos sanitarios en un 13,3% y con "otro" tipo de intervención en un 19,3%. La población es adulta en un 84,3% y pediátrica en un 14,4%. Un 6% tienen algún objetivo farmacogenético.

Conclusiones

Hasta un 30% de la investigación, en el área de respiratorio, es promovida por los propios investigadores; lo que demuestra una cultura investigadora propia en dicha área.

– Destaca el gran número de estudios con productos sanitarios (13,3%) llevados a cabo en patología respiratoria.

– Hay un alto porcentaje de estudios realizados en población pediátrica; lo que demuestra una actitud activa de nuestro centro que se ha de reconocer y potenciar como señala la Agencia Europea del Medicamento.

ANÁLISIS DE COLABORACIÓN DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA SOBRE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO A TRAVÉS DEL SCI (2002-2007). *J.I. de Granda Orive, A. Alonso Arroyo, R. Aleixandre Benavent, J.C. Valderrama Zurían, F. García Río, J. Jareño Esteban, E. Arias Arias, S. Villanueva Serrano.* Servicio de Neumología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Comarcal de Melilla

Introducción

Analizar la colaboración de la actividad científica mundial sobre reducción del consumo de tabaco (RCT) a través del Science Citation Index (SCI) (2001-2007).

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica, de los artículos relacionados con RCT, en el *Science Citation Index Expanded* (SCIE) el 21 de octubre de 2007 para el período 2002 - julio de 2007, con descriptores ya definidos previamente (Hughes & Carpenter. NTR 2006; 8: 739-49). Posteriormente los artículos fueron revisados manualmente para evitar registros no pertinentes. El análisis estadístico fue descriptivo (IC 95%).

Resultados

Se recopilaron, tras la revisión manual, un total de 101 artículos sobre RCT publicados en revistas internacionales incluidas en el SCI. Se han encontrado 121 macroinstituciones que colaboran en reducción del consumo de tabaco, de ellas las más productivas fueron la Universidad de Minnesota, USA (15 colaboraciones) y la Universidad de Vermont, USA (5 colaboraciones). No hemos encontrado una tendencia definida en el número de instituciones que colaboran por años (2002; 6. 2003; 3. 2004; 11. 2005; 15. 2006; 9. 2007; 4). De nuestro país colaboran activamente el Centro de Investigación de Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra (CRES), el Hospital Clínico de Salamanca y el Hospital de La Princesa. Se han identificado las colaboraciones (con 48 artículos) entre instituciones diferentes, así como entre países diferentes (total de países a nivel mundial que colaboran entre sí en este sub-área: 11).

Conclusiones

Aunque es una área de investigación reciente la colaboración a nivel mundial en reducción del consumo de tabaco se encuentra activa y diferenciada, aunque sin una tendencia definida a nivel mundial.

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN Y REPERCUSIÓN DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA SOBRE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO A TRAVÉS DEL SCI (2002-2007).

J.I. de Granda Orive, A. Alonso Arroyo, R. Aleixandre Benavent, J.C. Valderrama Zurían, F. García Río, F. Villegas Fernández, T. Gutiérrez Jiménez, J.M. Martínez Albiach. Servicio de Neumología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València). Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz

Introducción

Analizar la producción y repercusión de la actividad científica mundial sobre reducción del consumo de tabaco (RCT) a través del *Science Citation Index* (SCI) (2001-2007).

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica, de los artículos relacionados con RCT, en el *Science Citation Index Expanded* (SCIE) el 21 de octubre de 2007 para el período 2002 - julio de 2007, con descriptores ya definidos previamente (Hughes & Carpenter. NTR 2006; 8: 739-49). Posteriormente los artículos fueron revisados manualmente para evitar registros no pertinentes. El análisis estadístico fue descriptivo (IC 95%).

Resultados

Se recopilaron, tras la revisión manual, un total de 101 artículos sobre RCT publicados en revistas internacionales incluidas en el SCI. Las áreas más productivas en número de documentos fueron Salud Pública (24), Psiquiatría (23), Respiratorio (16), Drogodependencias (11) y Medicina General e Interna (10), siendo los dos autores más productivos Godfredsen NS y Hatsukami D con 9 artículos cada uno. Aumento de la producción en los últimos tres años. El 66,33% de los documentos fueron artículos originales, el 12,87% fueron editoriales y el 6,9% fueron cartas al director y revisiones respectivamente. Gran Bretaña (46 revistas) y USA (42 revistas) fueron los países con mayor número de revistas editadas con artículos sobre RCT. Las tres revistas que publicaron un mayor número de artículos fueron *Nicotine & Tobacco Research* (19), *Addiction* (9) y *Tobacco Control* (6). Las áreas temáticas de Hematología (10,26), Oncología (8,83) y Medicina General e Interna (8,51) fueron las especialidades con una mayor media global de factor de impacto.

Conclusiones

Salud Pública, Psiquiatría y Respiratorio son las áreas más productivas en RCT. La producción ha aumentado en los últimos tres años siendo la mayoría documentos originales. La mayoría de los artículos fueron publicados en revistas específicas del área de tabaquismo. RCT ha presentado una repercusión importante.

ANÁLISIS DE GÉNERO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA EN REVISTAS INTERNACIONALES DEL APARATO RESPIRATORIO DURANTE EL QUINQUENIO 2001-2005.

C. Navarro Molina, R. Aleixandre Benavent, J.C. Valderrama Zurían, J.I. de Granda Orive, F. García Río, J.A. Ontalba Ruipérez, G. González Alcalde, A. Alonso Arroyo. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Pi-

ñero (CSIC-Universitat de València): Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS). Servicio de Neumología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Servicio de Neumología Hospital Universitario La Paz, Universidad Politécnica de Valencia: Departamento de Comunicación Audiovisual, Documentación e Historia del Arte

Introducción

En los últimos años ha aumentado la preocupación por promover la paridad entre hombres y mujeres y la integración plena de la mujer en las actividades científicas. El objetivo de este trabajo fue analizar la aportación científica de las neumólogas españolas en revistas del aparato respiratorio de visibilidad internacional durante el período 2001-2005 desde una perspectiva de género.

Metodología

Se han descargado de la base de datos Science Citation Index-Expanded los trabajos de autores españoles publicados en revistas de la categoría Respiratory System del Journal Citation Reports durante el quinquenio 2001-2005. Se han calculado las diferencias según sexo de las distribuciones por año de publicación, número y orden de firmas, tipología documental, número de colaboradores e Índice Firmas/Trabajo a nivel institucional y geográfico.

Resultados

Se han obtenido 1.696 artículos que han sido publicados por 1.445 autores, de los que 1.037 (71,8%) fueron hombres y 408 (28,2%) mujeres. El número de autoras ha ido aumentando de forma moderada, pasando del 25% en 2001 al 27,19% en 2005. El 33,15% de los autores que únicamente han publicado un trabajo son mujeres, mientras que su presencia en el grupo de los grandes productores (aquellos con diez o más trabajos) se ve reducida a un 16,85%.

Conclusiones

Aunque se ha producido un crecimiento en el número de neumólogas a lo largo del quinquenio, su presencia en posiciones de alta productividad es considerablemente inferior a la de los hombres. Los estudios sobre la actividad científica desagregados por sexo proporcionan una información imprescindible para establecer las bases de una política científica igualitaria. Agradecimientos: Este trabajo se ha realizado con una ayuda de la Secretaría General de Políticas de Igualdad de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

CONOCIMIENTO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA. S. Mayoralas Alises, D. Álvaro Álvarez, J.M. Díez Piña, R. Pérez Rojo, P. Rodríguez Bolado, A. Gaite Álvaro, L. Comeche, S. Díaz Lobato. Hospital de Móstoles. Hospital Ramón y Cajal

Introducción

El documento de voluntades anticipadas (DVA) proporciona al paciente un marco legal para establecer un consentimiento informado previo, basado en el principio de autonomía, que asegure su derecho a decidir sobre los cuidados finales y el respeto de sus intereses. El objetivo del estudio es conocer la actitud de los pacientes ante el DVA.

Metodología

La población en estudio fue la atendida en una consulta ambulatoria de neumología desde el 1 hasta el 15 de noviembre de 2007. Tras explicarles brevemente en que consistía el DVA se les realizó un cuestionario de 5 preguntas cerradas:

1. ¿Le ha resultado interesante la información acerca del DVA? Sí, no;
2. ¿Cree que podría llegar a utilizarlo? Seguro, es posible, no lo creo;
3. Si lo hiciera, ¿trataría el tema con su familia, con su médico o con ambos?;
4. ¿Ha hablado de este tema alguna vez con sus familiares? Por encima, claramente, no;
5. ¿Le ha resultado incómoda la información sobre el DVA?

Resultados

81 cuestionarios realizados en una consulta de neumología. El 68% fueron varones. La mediana de edad fue de 63 (39-87) años. El 79% consideró interesante el DVA, pero sólo un 23% aseguró que podría utilizarlo. En caso de hacerlo, la mayoría (97%) trataría el tema con su familia y un gran porcentaje (77%) lo trataría con su médico. El 21% había hablado claramente con su familia sobre los cuidados al final de la vida, el 17% lo había hecho someramente y el 62% negó haberlo hecho. Al 76% no le resultó incómoda la información aportada acerca del DVA.

Conclusiones

1. Los participantes están claramente interesados en el DVA, y hay un porcentaje importante dispuesto a formalizarlo.
2. Los participantes desean tratar el tema con su familia y con sus médicos.
3. Hay un alto porcentaje que nunca ha hablado acerca del final de la vida con sus familiares.
4. La información acerca del DVA no resulta incómoda a la gran mayoría de encuestados.
5. Ante los hechos descritos es necesario que médicos y enfermos hablemos abiertamente del DVA y los cuidados al final de la vida.

TABACO

PERFIL DE LOS FUMADORES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. E. Larbec Angulo, R. Moreno Marentes, V. García-Sánchez, C. Merchán, I. Gómez de María, A. Martínez Meca, M.Á. Viro, E. Pérez Amor. DUE del Servicio de Neumología. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Introducción

Evaluar la prevalencia y características de los fumadores activos ingresados en el Servicio de Neumología de un Hospital Terciario.

Metodología

De todos los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología durante el período comprendido a 1 de octubre a 31 de diciembre del 2007, se seleccionaron los fumadores activos. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, nº de cigarrillos

al día, edad de inicio del consumo de tabaco, nº de intentos (superiores a 24 horas) de abandono del tabaco, período más largo de abstinencia, fecha del último intento, motivo de recaída, tratamiento utilizado, enfermedades asociadas al consumo de tabaco o situaciones de especial riesgo, puntuación y clasificación del test de Fagerstrom, y puntuación y clasificación del test de Richmond.

Resultados

De un total de 241 pacientes ingresados, 51 eran fumadores activos. 33 varones, con una edad media de 56,35 (rango: 18-87 años), la media de cigarrillos al día que fumaban era de 22,68 (16,5), la edad de inicio del hábito tabáquico era de 17,55 (6,17) años, la media de intentos de abandono eran de 2,41 (3,64), el período medio más largo de abstinencia fue de 144,22 (205,83) días. Las principales causas de recaídas fueron la ansiedad en un 37,3%, el placer de fumar (23,5%) y el hábito social en un 13,7%. La puntuación media del test Fagerstrom fue de 5,12 (2,81), 35,3% con dependencia baja a la nicotina, el 31,4% con dependencia media y el 33,33 con alta. La puntuación media del test de Richmond fue de 7,35(2,52), el 9,6% con una motivación baja para dejar de fumar, el 33,3% con motivación media y el 47,1% con motivación alta.

Conclusiones

La prevalencia de tabaquismo en pacientes ingresados en el Servicio de Neumología fue de un 21,16% inferior a la existente en la Comunidad de Madrid (32%). La mayoría de los pacientes, aunque tuvieron una elevada dependencia, mostraron una motivación grande para dejar de fumar por lo que el ingreso hospitalario constituye una oportunidad para instaurar o reiterar en el consejo médico e incidir en la fase de preparación de los que recaen en el hábito tabáquico, animándoles a la asistencia a la consulta monográfica de tabaquismo.

EL PROBLEMA DE LA GANANCIA DE PESO EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. J.M. Díez Piña, P. Rodríguez Bolado, S. Mayoralas Alises, M.D. Álvaro Álvarez, L. Serrano Gil, V. Román Guerra, A. Flórez Horcajada, A. Gaité Álvaro. Servicio de Neumología, Hospital de Móstoles

Introducción

El incremento de peso es uno de los factores que más preocupan al fumador al realizar un intento de abandono. Nuestro objetivo es analizar dicho incremento en nuestros pacientes y averiguar qué factores influyen en que el mismo sea mayor.

Metodología

Consulta de deshabituación tabáquica con seguimiento a 6 meses. Se registran en la visita basal datos demográficos (edad, sexo, antecedentes patológicos, peso y talla), de consumo de tabaco (edad de inicio, intentos previos de abandono, número y duración máxima de los mismos, número de cigarrillos/día, Richmond, Fagerström, CO espirado basal) y se prescribe tratamiento. En el seguimiento (15, 30, 90 y 180 días) se comprueba la abstinencia, el cumplimiento del tratamiento y el peso. Correlacionamos todos estos datos con la variable variación de peso y se analizan los datos con SPSS 11.0

Resultados

94 pacientes abstinentes a los 6 meses, 58,5% mujeres, edad media 46,92 años; consumo medio diario 16,87 cigarros; edad inicio 16,87 años; Fagerström 5,64; 77,7% intentos previos; media intentos 1,94; duración media abandono previo 302,07 días. A los 15 días el incremento de peso fue de 0,62 kg; a los 30 días 1,32 kg; a 90 días 2,85 kg; y a 6 meses 4,19 kg. Estos datos en IMC suponen un IMC inicial 27,02 kg/m² y a 6 meses 29,03 kg/m². Tras analizar todas las variables con la variación de peso sólo se encontraron diferencias significativas para el número de cigarros/día (p=0,026), duración máxima del abandono previo (p=0,012) y Fagerström (p=0,004).

Conclusiones

El incremento de peso medio a los 6 meses fue mayor de 4 kg (casi 2 puntos IMC). No existen diferencias entre sexos. Los pacientes con mayor dependencia física, con mayor consumo de tabaco y que tuvieron un abandono previo de menor duración son los que más peso ganan. No existe ningún tratamiento farmacológico que demuestre influencia clara en la ganancia de peso.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE CESACIÓN TABÁQUICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. S. Alcolea Batres, A. Martínez Verdasco, I. Fernández Navarro, C. Prados Sánchez, B. Ortega Cuesta, A. Santiago Recuerda, C. Villasante Fernández-Montes, R. Álvarez-Sala Walter. Hospital Universitario La Paz

Introducción

La Unidad de Tabaquismo del hospital La Paz, viene desarrollando su labor, dentro del Servicio de Neumología, desde hace ya 6 años. Los pacientes de los que se nutre esta Unidad proceden tanto del personal sanitario del propio centro, como de las consultas de Atención Primaria o Especializada de nuestra área de influencia. En este trabajo se pretende hacer una evaluación retrospectiva de la actividad de nuestra unidad, haciendo especial incapié en parámetros de resultados, tipos de tratamientos prescritos y total de tratamientos subvencionados por la Comunidad Autónoma de Madrid, durante los dos últimos años.

Metodología

Desde el 1 de julio de 2005 en la Unidad de Tabaquismo hemos atendido un total de 501 fumadores en primera consulta. De éstos, 228 se han beneficiado de la subvención para su tratamiento farmacológico, por formar parte de grupos con derecho a ello, según la siguiente distribución:

- Celadores o administrativos públicos: 28.
- Pacientes con especiales dificultades económicas: 3.
- Empleados públicos no docentes ni sanitarios: 37.
- Empleados públicos sanitarios: 111.
- Enfermos crónicos graves y hospitalizados: 25.
- Empleados públicos docentes: 12.
- Otros colectivos: 12.

Al total de pacientes se les siguió en consultas externas, según las recomendaciones en cuanto a cesación tabáquica de las sociedades científicas (SEPAR, NEUMOMADRID).

Resultados

Los resultados obtenidos al mes, 3 y 6 meses de seguimiento fueron los siguientes (expresados en porcentaje):

- Rechazaron el tratamiento o no susceptibles del mismo: 6,3.
- Evolución desconocida o que no volvieron a la segunda consulta: 28,87.
- Abstinencia confirmada a los 6 meses: 36,6.
- Recaída a los 3-6 meses: 3,52.
- Recaída entre los meses 1 y 3: 2,8.
- Recaída durante el primer mes: 7,74.
- Confirmados nunca lo dejaron: 14,08.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en cuanto a cesación tabáquica en nuestra unidad, son similares a los obtenidos en las mejores series, rondando el 40% de éxito.

CARACTERÍSTICAS DEL HÁBITO TABÁQUICO EN UNA POBLACIÓN DIABÉTICA. M.P. Vaquero Lozano, S. Solano Reina, M.A. Saavedra Blanco, E. León Carralafuente, R. Garrido Martínez. C. Neumología Hermanos Sangro. Unidad Tabaquismo H. Virgen de la Torre. Madrid. C. Endocrinología Hermanos Sangro. Madrid

Introducción

El riesgo cardiovascular de la población diabética se duplica con respecto a la no diabética. El tabaquismo constituye un factor de riesgo cardiovascular reversible que aumenta el riesgo de complicaciones tanto macro como micro vasculares en esta población.

Objetivo: investigar el consumo de tabaco en una población diabética de una consulta especializada del área sanitaria número 1 de Madrid, a la vez que incrementar su motivación con el fin de fomentar el abandono del tabaco.

Metodología

Se han estudiado un total de 328 pacientes diabéticos, de los que 180 (55,18%) eran mujeres y 148 (44,82%) eran varones, con una media de edad de 65,06 años, se analizó el consumo de cigarrillos, la dependencia con el test de Fagerström, la motivación con el test de Richmond, y la fase de abandono en la que se encontraban. Se ofreció la posibilidad de participar en programa de deshabituación tabáquica al que lo deseara y se entregó material informativo escrito.

Resultados

De los 328 pacientes 49 (14,9%) eran fumadores, 22 mujeres y 27 hombres; 123 (37,5%) eran ex-fumadores, 29 mujeres y 94 hombres; y 156 (47,56%) no habían fumado nunca, 129 mujeres y 27 hombres. La prevalencia en los fumadores mayores de 60 años era del 43%. El promedio de cigarrillos/día era de 18,57. En relación con el grado de dependencia, la puntuación media del test de Fagerström fue de 6,72, el análisis de la motivación con el test de Richmond arrojó una puntuación media de 6. En fase de Precontemplación se hallaban 16 (32,65%), en fase de Contemplación 13 (26,53%), de Preparación 10 (20,40%), y en fase de Acción se encontraban 8 pacientes (16,32%), dos de los pacientes no contestaron. Los pacientes en fase de preparación y acción fueron derivados a la unidad de tabaquismo para iniciar el proceso de abandono.

Conclusiones

La población diabética presenta una prevalencia de tabaquismo inferior a la población general.

Los fumadores tenían una dependencia física a la nicotina moderada.

Mostraban una motivación baja. Tan solo un 36,7% de los fumadores se encontraban en fase de preparación y acción, a pesar de ser portadores de una enfermedad crónica.

Es de destacar que los fumadores de mayor edad y más tiempo de diagnóstico de la enfermedad diabética eran los que presentaban mayor prevalencia tabáquica.

La intervención conjunta de diferentes especialidades médicas propicia que exista una mayor participación en los programas de deshabituación tabáquica, con lo que se aumenta el número de intentos y se mejoran las posibilidades de abstinencia.

LEUCOCITOS EN TABAQUISMO Y EPOC. F.J. Gómez de Terreros Sánchez, M. García Salmones, C. Gutiérrez Ortega, J. Medina Font, C. Villa Corbaton, P. Montenegro. Hospital Central de la Defensa. Centro de Investigaciones Aeronáuticas. Universidad Complutense

Introducción

Se ha descrito que el número de leucocitos (L) se relaciona con el deterioro de la función pulmonar y es factor independiente de la mortalidad. El índice de neutrófilos linfocitos (N/L) tiene en la enfermedad cardiovascular un valor predictivo superior al número total de leucocitos. Se acepta que la proteína C reactiva (PCR) es un índice de inflamación sistémica. Pretendemos determinar si existen modificaciones en el número total de L y el índice N/L según tabaquismo y presencia de EPOC y su relación con la PCR.

Metodología

Se estudian 99 sujetos sanos 51 fumadores y 48 no fumadores y 63 con EPOC estable, con edades entre 45 y 70 años. Se aceptan como valores normales un número de leucocitos < 6.000 ml y N/L entre 1,98 y 2,9. PCR < 2,1 mg/L.

Resultados

Se exponen en la tabla. En la población sana fumadora existe un aumento significativo de los leucocitos ($p < 0,001$). En ella el 92,2% tenían más de 6.000/ml. No se observa diferencia significativa entre los leucocitos del grupo EPOC y la población sana fumadora. El número de L no guardó relación con la PCR. El N/L no obtuvo diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones

El número de L aumenta en la población sana fumadora de forma similar a la población con EPOC y no guarda relación con la PCR.

TABLA I.

Población	IMC (kg)	L (μ L)	N/L	PCR (mg/L)
Sana no fumadora	25,9	6,4 (1,4)	1,72 (0,66)	1,98 (2,1)
Sana fumadora	24,6	7,9 (1,7)	1,9 (0,79)	3,35 (4,4)
EPOC	28,3	7,4 (2,1)	2,1 (0,84)	5,77 (6,8)

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN FUMADORA SEGÚN LOS ESTADIOS DE CAMBIO. RELACIÓN ENTRE GRADO DE MOTIVACIÓN, DEPENDENCIA FÍSICA Y PSÍQUICA. M.C. Villa Corbatón, G. Lardies Ara, C. Benito Daniel, P. Gil Royo, M.B. De Mateo Hernández, P. Montenegro, R.C. González Rodríguez. Hospital Central de la Defensa, Gómez Ulla

Introducción

El abandono del tabaco es un proceso que se desarrolla en etapas. El cambio es en espiral, no lineal, pudiéndose producir movimiento hacia estadios anteriores. Los estadios de cambio representan una dimensión temporal, permitiéndonos comprender cuando ocurren los cambios; ya sea a nivel cognitivo, afectivo o conductual.

Objetivo

Evaluar las características de la población fumadora según los estadios de cambio, grado de dependencia física y psíquica, y motivación para la deshabituación tabáquica.

Metodología

Estudio descriptivo transversal. A 300 fumadores se les realizó un cuestionario autocumplimentado.

Variabes independientes: edad, sexo, situación laboral, edad inicio al consumo de tabaco, consumo de cigarrillos/día, ¿fumaban en hogar?, estadios de cambio en que se encontraban (cuestionario Becona y Vázquez modificado), dependencia física (test Fagerström), intentos previos, uso de fármacos en intentos, grado de dependencia psíquica, social, gestual (cuestionario simplificado Glover Nilson) y grado de motivación para abandonar el tabaco (test Ritchmond).

Análisis de datos: base de datos Access.

Análisis estadístico: programa SPSS.

Resultados

300 sujetos: 40,3% varones. 59,7% mujeres.

Media de edad: 37,4 años (15-82).

Edad media inicio de consumo del tabaco: 17,6% (54,8% intentaron abandonarlo previamente y 16,7% utilizaron tratamiento farmacológico).

N.º de cigarrillos medio/día: 20,71% (62% 30 cigarrillos/día).

Dependencia a la nicotina: puntuación media (test Fagerström) 4,94%. 37,85% presentó dependencia baja 7.

Estadios de cambio: 40,3% fase de precontemplación, 47,9% fase de contemplación y 11,8% fase de preparación.

Conclusiones

88,2% se situó en uno de los 2 primeros estadios de cambio (corroborando estudios previos).

Los estadios de cambio junto con la evaluación de la motivación. D. física y psíquica dan información vital para diseñar programas de intervención adecuados a la comunidad.

SUEÑO Y OXIGENOTERAPIA

FACTORES PREDICTIVOS DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO CON CPAP EN PACIENTES CON SAHS. S. Lucero, S. López-Martín, F. Villar Álvarez, J.M. Rodríguez González-Moro, J.M. Bellón Cano, P. de Lucas Ramos. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

El tratamiento con presión positiva continua es de elección en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño que cumplen los criterios establecidos. Sin embargo, la adherencia al tratamiento supone un importante problema.

Objetivo: evaluar la adherencia al tratamiento con CPAP y su relación con datos clínicos y poligráficos.

Metodología

Método: estudio prospectivo de pacientes remitidos a una unidad de trastornos respiratorios del sueño por sospecha de SAHS. En todos los casos se realizó historia clínica (hábitos, síntomas y comorbilidad) así como poligrafía o polisomnografía. El diagnóstico se estableció en presencia de un índice apnea-hipopnea (IAH) > 5. El tratamiento con CPAP se indicó siempre que el IAH era > 12 o cuando era > de 5 y el paciente asociaba somnolencia importante, comorbilidad cardiovascular o fallo respiratorio. Después de un mes de tratamiento se evaluó el cumplimiento del tratamiento y su relación con diferentes factores incluyendo: edad, sexo, hábito tabáquico, índice de masa corporal, comorbilidad, somnolencia e IAH.

Resultados

De los 697 pacientes estudiados se confirmó el diagnóstico en 562, indicándose tratamiento en 406. 47 pacientes, 11,6% abandonaron el tratamiento o tuvieron un cumplimiento inferior a 2.5 horas diarias. No encontramos diferencias en edad, sexo, comorbilidad, hábito tabáquico e IMC entre pacientes con buena o mala adherencia al tratamiento. Un análisis de regresión logística demostró que solo un IAH > 30 tenía un valor predictivo de buena adherencia.

Conclusiones

En nuestro estudio, la adherencia inicial al tratamiento con CPAP puede ser considerada buena. La severidad de la enfermedad, medida por el IAH constituye un factor predictivo de buen cumplimiento. Por el contrario, en nuestro grupo los datos clínicos no permiten discriminar buenos de malos cumplidores.

HTA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SAHS. M.I. Guirao Díez, E. Ramos Alonso, O. Jiménez Mendoza, C. Cabrera Muñoz. Servicio de Neumología Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

En la práctica clínica con pacientes con sospecha de SAHS sometidos a estudio nocturno del sueño mediante poligrafía respiratoria observábamos tendencia a la HTA tras la realización de la prueba, es decir, a la mañana siguiente al ingreso, por ello nos planteamos un estudio para analizar el comportamiento de la TA en estos pacientes.

Metodología

Población de estudio: pacientes ingresados en nuestro servicio de trastornos del sueño para realizarse poligrafía respiratoria a lo largo de un mes. Recogida de datos específicos para el estudio: TA vespertina y matutina, antecedentes previos de HTA.

Resultados

En 121 pacientes, 83 varones y 31 mujeres, con edad media de 51 (14) se comprueba que: en pacientes con antecedentes de

HTA el 27,7% presentan HTA vespertina y el 41,4 matutina y en pacientes sin antecedentes de HTA conocidos un 24,2% presentan HTA vespertina y el 21% matutina. En la población global un 25% presentan HTA vespertina y un 27,7% HTA matutina.

Conclusiones

Si bien resulta de modo global un discreto aumento de la TA matutina (al finalizar la poligrafía nocturna) con respecto a la vespertina (antes de realizar la prueba) hemos observado un aumento significativo de HTA en pacientes con antecedentes de HTA controlados con tratamiento en las cifras de TA matutina pudiéndose deber al estrés de la prueba, no dormir en su domicilio, a su propia patología (todos con sospecha de SAHS) o a cambios en la toma de su medicación actual, siendo estas posibles causas reflexiones para futuros estudios sobre el tema. También se han observado cifras altas de TA en pacientes no diagnosticados previamente de HTA.

SÍNDROME DE APNEA E HIPOAPNEA DEL SUEÑO (SAHS) Y OBESIDAD MÓRBIDA. UNA ASOCIACIÓN DE RIESGO EN EL SIGLO XXI. *J. Jareño, V. Gallego, T. Gutiérrez, J. Escobar, S. Campos, L. Callol, A. Rodero, J.M. Albiach.* Servicio de Neumología. Unidad de Sueño. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. Unidad de investigación – HCD

Introducción

El SAHS es una enfermedad muy prevalente en la población adulta española (3-5%). La obesidad es un factor de riesgo frecuentemente asociado. La presencia de obesidad mórbida está incrementándose en la población española y puede suponer un riesgo en la aparición de SAHS asociado.

Metodología

Estudio de los pacientes con SAHS y obesidad mórbida diagnosticados en una unidad multidisciplinar de sueño en el período (1994-2007). Valorados mediante cuestionario específico y estudio polisomnográfico (IAH > 10/h). Determinación del IMC (kg/m²). Escala de Epworth y estudio funcional respiratorio y ecocardiográfico con determinación de la presión sistólica pulmonar (PAPs) e hipertensión pulmonar.

Análisis estadístico: SPSS: t de student (p < 0,05).

Resultados

N. pacientes con diagnóstico de SAHS: 519 (421V, 98M). Pacientes con SAHS y obesidad mórbida 63 (12%) (42V -8%) y (21M-4%).

	Varones	Mujeres	p
Edad	56 ± 12	56 ± 12	NS
IMC	42 ± 7	44 ± 5	NS
IAH/h	56 ± 29	49 ± 22	NS
Epworth	10 ± 4	10 ± 4	NS
PaO ₂	64 ± 10	69 ± 11	NS
PaCO ₂	43 ± 11	41 ± 4	NS
PAPs	44 ± 20	39 ± 17	NS
HPT pulmonar	35%	30%	
EPOC	5 -(21%)	2 (11%)	0,015
CPAP	7,5 ± 2	8 ± 2	NS

Conclusiones

1. Los pacientes varones con SAHS y obesidad mórbida presentan un mayor riesgo de desarrollo de complicaciones respiratorias asociadas (EPOC) y de hipertensión pulmonar respecto a las mujeres.

2. No han sido observadas diferencias significativas en los parámetros de sueño, nivel de somnolencia diurna, edad e IMC.

SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. EFECTO DE LA PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA. *J. Blanco-Pérez, I. Lamela, M. Santalla, C. Zamarrón, M. García, M. Tumbeiro, P. Marcos.* Complejo Hospitalario de Ourense. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela

Introducción

Los trastornos respiratorios durante el sueño (TRS) y la insuficiencia cardiaca (IC) son patologías muy comunes que con frecuencia se asocian en el mismo paciente con consecuencias que pueden ser graves. Conocer la prevalencia de síndrome de apnea del sueño (SAS) en pacientes con IC estable, arritmias asociadas, así como evaluar el efecto del tratamiento con presión positiva continua (CPAP) del SAS sobre la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FE).

Metodología

Material y métodos: estudiamos de forma prospectiva a 60 pacientes (50 varones y 10 mujeres) con IC debida a disfunción sistólica (fracción de eyección del ventrículo izquierdo FE < 45%). A todos los pacientes se les realizó un cuestionario específico así como poligrafía respiratoria y un Holter en su domicilio. Se consideró la presencia de SAS cuando el IAH > 15 y aquellos con IAH > 30 fueron tratados con CPAP realizando los mismos estudios anteriores, poligrafía y Holter, a los 3 meses.

Resultados

La edad fue de 69,3 ± 10,4 años y el índice de masa corporal (IMC) de 28,5 ± 4,74 kg/m². Un 55% (33 casos) eran roncadores habituales y la puntuación en la escala Epworth era de 7,83 ± 4,8. La FE fue de 36,3% ± 7,4%, estando 36 enfermos en clase funcional II, 23 en clase funcional III y un enfermo en clase funcional IV. Un total de 38 pacientes tenían SAS (63%): 14 (36%) de tipo central y 24 (64%) de tipo obstructivo. La FE no mostró diferencias significativas entre el grupo SAS (36,42 ± 7,6) vs. (35,81 ± 6,6%) en el no-SAS. Los pacientes con SAS presentaron más frecuentemente bradicardia sinusal con respecto a los sujetos sin SAS (24 vs 9%). Tras tratamiento con CPAP se observa una mejoría significativa de la FE de 9% (41 ± 3 a 50 ± 8), en los casos de SAS de predominio obstructivo, no observando cambios en los pacientes con SAS de predominio central (38 ± 6 a 36 ± 8).

Conclusiones

La prevalencia de síndrome de apnea del sueño en pacientes con insuficiencia cardiaca y disfunción sistólica es muy alta, siendo más de una tercera parte de tipo central. El tratamiento con CPAP mejora la fracción de eyección de los sujetos con SAS de carácter obstructivo.

COMPARACIÓN DE DOS SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA PORTÁTIL EN UN CRUCERO CON ENFERMOS RESPIRATORIOS: OXÍGENO LÍQUIDO VS CONCENTRADOR PORTÁTIL. M.F. Troncoso Acevedo, R. Gómez García, A. Hernando Sanz, S. Mayoralas Alises, R. García Carretero I, J. de la Cruz, S. Díaz Lobato. Hospital Ramón y Cajal. Hospital de Móstoles. Carburos Metálicos

Introducción

Un crucero es un escenario ideal para reproducir todas las posibles situaciones a las que se puede enfrentar un paciente con OCD: actividades sedentarias, actividades de ocio y excursiones.

Objetivo: comparar dos modalidades de oxigenoterapia de deambulacion, el oxígeno líquido (O2L) y el concentrador portátil (CP) en las actividades desarrolladas durante un crucero con enfermos respiratorios.

Metodología

Análisis comparativo de dos sistemas de oxigenoterapia portátil: un sistema de oxígeno líquido con la mochila Caire Spirit 300 y el concentrador portátil FreeStyle (AirSEP®) en un grupo de pacientes incluidos en el crucero respiratorio (Barcelona-Flores-Roma-Nápoles-Malta-Túnez-Barcelona) realizado del 4 al 11 de junio de 2006 con el patrocinio de SEPAR y Carburos Médica. Monitorización con pulsioximetría. Cuestionario de satisfacción y seguridad de los equipos mediante escala analógica-visual de 0 a 10 puntos (0: nada, 10: mucho).

Resultados

Entraron en el estudio 10 pacientes con oxigenoterapia 24 horas por gafas nasales. Durante 7 días utilizaron indistintamente O2L y CP, anotando todas las incidencias relacionadas con la calidad de los equipos, eficacia, comodidad de uso, fiabilidad, accesibilidad y satisfacción.

Eficacia: ambos equipos funcionan con pulsos inspiratorios de O2, permitiendo el flujo continuo (O2L 2 lpm; CP no especificado). Rango de flujos: O2L: 1-6 lpm; CP: 1-3 lpm. Saturación con O2 a 2 lpm por gafas: O2L: $93 \pm 3\%$; CP: $92 \pm 4\%$. Fiabilidad: Autonomía: O2L variable condicionada por fugas incontrolables. CP: 2 horas. Posibilidad de aumentar autonomía: O2L: NO; CP: SI (baterías externas, enchufes). Fugas: O2L: importantes; CP: No. Cambios de temperatura: O2L: aumenta fugas; CP: no interfiere. Fiabilidad de la medida de carga: O2L: Baja (dinamómetro impreciso); CP: Alta. Aviso de fin de carga: O2L: NO; CP: SÍ.

Accesibilidad: Recargas: O2L: dependencia de la nodriza; CP: en cualquier lugar con enchufe. Velocidad de carga: O2L: rápida; CP: Lenta. Posibilidad de uso diferido: O2L: NO (se descarga aunque no se use); CP: SÍ.

Comodidad: Ruido: O2L: NO; CP: SI. Peso: O2L: 1,8 kg; CP: 2 kg. Portabilidad: O2L: baja (no tumbar ni inclinar); CP: alta. Cuestionario de Satisfacción (0-10 puntos): O2L: 4; CP: 9. Sensación de inseguridad: (0-10 puntos): O2L: 9; CP: 2.

Conclusiones

1. La administración de O₂ con un sistema de O2L Caire Spirit y con un CP FreeStyle son igualmente eficaces.
2. El CP es preferido por los pacientes al mostrarse más fiable, accesible, cómodo y seguro.

VMNI

VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO EN MADRID. J. Echave-Sustaeta, R. García Luján. Servicio de Neumología. Hospital Quirón. Madrid

Introducción

Según datos de 3 de las empresas que controlan mayor número de pacientes con terapias respiratorias a domicilio, menos del 5% de los pacientes en tratamiento con ventilación mecánica domiciliaria (VMD) son financiados por el sector privado.

Objetivo: describir la experiencia de un hospital privado en el tratamiento con VMD.

Metodología

Se describen todos los pacientes en tratamiento con VMD, en los que dicho tratamiento se inició y/o han sido controlados de forma habitual por el Servicio de Neumología del Hospital Quirón Madrid.

Resultados

21 pacientes iniciaron VMD (15 hombres y 4 mujeres): 14 con enfermedades neuromusculares (9 con ELA), 2 con secuelas de tuberculosis, 4 con S. de obesidad-hipoventilación y 1 con parálisis diafragmática postquirúrgica y obesidad mórbida. Cuatro pacientes rechazaron la VMD durante el proceso de adaptación: 3 pacientes con ELA y 1 con EPOC.

Seis pacientes precisaron traqueotomía, 5 pacientes la mantuvieron de forma indefinida y en 1 se cerró y continuó la VMD mediante VMNI (paciente con S. de obesidad-hipoventilación). En 7 pacientes se realizó una PEG por alteraciones de la deglución.

En el momento actual 18 pacientes continúan vivos y los 5 pacientes con traqueotomía mantienen VMD 24 horas/día.

Conclusiones

Es posible mantener un programa de VMD en un hospital privado. En nuestra experiencia predominan los pacientes con enfermedades neuromusculares y con un amplio porcentaje de traqueotomías.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS 100 PRIMEROS PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA INICIADO EN EL AÑO 1992 CON OTRO INICIADO EN EL AÑO 2005. R. Gómez García, A. Hernando Sanz, M.F. Troncoso Acevedo, S. Sánchez, S. Mayoralas Alises, S. Díaz Lobato, E. Pérez Rodríguez, A. Sueiro Bendito. Hospital Ramón y Cajal. Hospital de Móstoles

Introducción

Análisis comparativo descriptivo de los 100 primeros pacientes incluidos en un programa de ventilación mecánica domiciliaria iniciado en el año 1992 con otro iniciado en el año 2005.

Metodología

Sujetos: 100 primeros pacientes incluidos en un programa de ventilación mecánica domiciliaria iniciado en un hospital de tercer nivel en el año 1992 (Hospital A) y 100 primeros pacientes incluidos en un programa de ventilación mecánica domiciliaria ini-

ciado en otro hospital de tercer nivel por el mismo responsable en el año 2005 (Hospital B). Análisis de las características de los pacientes y enfermedad de base.

Resultados

Entraron en el estudio 200 pacientes con ventilación mecánica domiciliaria. Sus características se muestran en la tabla I.

Conclusiones

1. En el año 1992 el perfil del paciente incluido en el programa de VMD era un varón joven, afectado fundamentalmente por enfermedad neuromuscular o por defecto de caja torácica.

2. Los pacientes que se incluyen en programas de ventilación domiciliaria actualmente se caracterizan por ser de mayor edad, sin predominio de sexo y afectados principalmente por ELA o por síndrome hipoventilación-obesidad.

	Hospital A 1992	Hospital B 2005	
Pacientes	100	100	
Edad (años)	52 ± 7	67 ± 5	P < 0,005
Sexo (H/M)	70/30	55/45	
Neuromusculares	30	5	P < 0,005
ELA	5	22	P < 0,005
Toracógenos	42	15	P < 0,005
SHO	12	35	P < 0,005
EPOC	6	19	P < 0,005
Otros	5	4	NS

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS EN MADRID. S.B. Heili Frades, S. Álvarez López, R. Granada Mota Cuesta, E. Crende Corbeira, J. Fernández Arias, M.J. Rodríguez Nieto, N. González Mangado, G. Peces Barba. Servicio de Neumología, Técnico especialista en Ventilación Mecánica. Fundación Jiménez Díaz-CAPIO y CIBERES. Servicio de Neumología, Fundación Jiménez Díaz-CAPIO

Introducción

El objetivo del presente análisis es comparar el número de pacientes y sus características ingresados en una unidad de cuidados intermedios respiratorios en un hospital terciario antes y después de su dotación en equipos de elevadas prestaciones y personal.

Metodología

Para ello se comparó el número de ingresos, éxitos e intubaciones así como la gravedad de los sujetos al ingreso, su estancia media, los parámetros ventilatorios utilizados y su origen entre los meses de enero a diciembre de 2007 con respecto a años previos.

Resultados

Se detectó que el número de ingresos dobló al de años anteriores. La gravedad de los pacientes ingresados era mayor y sin embargo se redujo notablemente la mortalidad y la estancia media. Globalmente aumentó la demanda entre los diferentes servi-

cios del hospital. Los parámetros ventilatorios fueron sensiblemente menos agresivos.

Conclusiones

En conclusión la dotación de equipos de altas prestaciones y un personal dedicado y especializado en ventilación mecánica no invasiva son vitales para implementar la eficacia de la unidad.

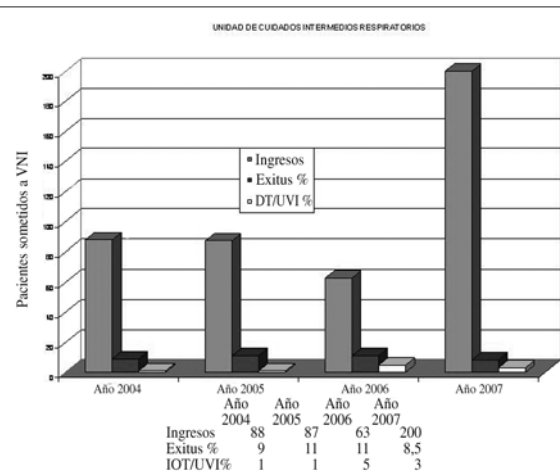


Figura 1.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE EPOC Y ACIDOSIS RESPIRATORIA. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE MASCARILLA ORONASAL Y FULL FACE. A. Hernando Sanz, R. Gómez García, M.F. Troncoso Acevedo, S. Sánchez, M. Alonso Plasencia, S. Díaz Lobato, E. Pérez Rodríguez, A. Sueiro Bendito. Hospital Ramón y Cajal

Introducción

Comparar dos modalidades de interfases para ventilación no invasiva en pacientes con agudización de EPOC.

Metodología

Sujetos: pacientes con agudización de EPOC y acidosis respiratoria que fueron atendidos en la unidad de ventilación no invasiva del Servicio de Neumología. De forma aleatorizada los pacientes recibieron ventilación por mascarilla oronasal o por mascarilla Full Face durante las primeras 48 horas. La ventilación mecánica se realizó de forma estándar con respiradores de doble nivel de presión. Determinaciones: gasometría basal, gasometría a la primera hora y a las 24 horas del inicio de la ventilación, frecuencia respiratoria, nivel de conciencia, tolerancia a la interfase y facilidad de manejo por la enfermería.

Resultados

Entraron en el estudio 52 pacientes con agudización de EPOC y acidosis respiratoria que requerían ventilación mecánica no invasiva. Edad: 68 ± 5 años; sexo: 41 hombres, 11 mujeres. La ventilación se realizó mediante mascarilla oronasal en 23 casos y mediante Full Face en 29 casos. La tabla muestra la evolución del pH en ambos grupos.

TABLA I.

	pH basal	pH 1ª hora	pH 24 horas
Oronasal	7,25 ± 0,20	7,31 ± 0,22	7,38 ± 0,21
Full Face	7,24 ± 0,31	7,30 ± 0,18	7,39 ± 0,15
	NS	NS	NS

La mascarilla Full Face fue la preferida por el personal de enfermería atendiendo a 6 apartados: facilidad de colocación, accesibilidad al paciente, facilidad de retirada, tiempo empleado para su colocación, estabilidad durante la ventilación y control de fugas.

Conclusiones

1. La ventilación mecánica no invasiva en pacientes con agudización de EPOC es igualmente eficaz si se aplica con una mascarilla oronasal o una mascarilla Full Face.
2. La mascarilla Full Face es preferida por el personal de enfermería al mostrarse más fiable, accesible, cómodo y seguro.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASORA EN PACIENTES CON EPOC Y EXACERBACIÓN. C. Martín Carbajo, M.P. Cano Aguirre, E. Zamora García, C. Pinedo Sierra, S. Sánchez-Cuellar, N. Hoyos Vázquez, R.M. Girón Moreno, J. Ancochea. Hospital Universitario de La Princesa

Introducción

La ventilación mecánica no invasora (VMNI) es hoy un tratamiento adecuado en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), considerándose de primera elección cuando existe acidosis y es secundaria a EPOC.

Objetivos: estudiar las características de los pacientes con EPOC a los que se aplicó la ventilación mecánica no invasora en un Hospital Terciario. Relacionar los fallecimientos producidos, a pesar de instauración de VMNI, con las variables clínicas.

Metodología

Estudio descriptivo y retrospectivo en que se hizo una revisión de los pacientes que requirieron VMNI entre enero de 2004 y abril de 2007. Se han recogido las siguientes variables: sexo, edad, ingresos requeridos por el paciente en un año anteriores al que se le aplicó la VMNI, GAB previa y al alta, días de ingreso, lugar de instauración de VMNI, oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD), necesidad de ingreso en UCI y fallecimientos.

Resultados

En los cuarenta meses que revisamos, 106 pacientes con el diagnóstico de EPOC habían precisado VMNI por exacerbación, de los cuales ochenta y ocho (83%) fueron hombres. La edad media de los enfermos fue de 71,24 años (rango: 40-88), cincuenta y cinco (51,9%) pacientes tenían OCD. Los ingresos previos que había precisado los pacientes fueron: uno en el 35% de los enfermos, dos en el 20% y tres en el 22% con una media de 2,09 ingresos/paciente en el año previo. En el 59,4% de los enfermos se inició la VMNI en Urgencias, el 34% en la planta y el 6% en UCI. La media de días que permanecieron ingresados fue de 13,14. La GAB al inicio de la ventilación fue de: pH de 7,23 (+0,93), PaCO₂ de 75,9 (+23,8) mmHg, PaO₂ de 54,5(+24,7) mmHg y Saturación de O₂ de 74,7 (+15,5)% y al alta pH 7,41 (+0,038), PaCO₂ de 54,5 (+11,4) mmHg, PaO₂ de 66,84 (+18,08) mmHg y Saturación

O₂ de 90,9 (+3,30). Treinta y uno (29,2%) precisaron estancia en UCI durante el ingreso. Diecinueve (17,9%) de los enfermos incluidos en el estudio fallecieron durante el ingreso. Los fallecimientos sólo se relacionaron con la edad (p < 0,03).

Conclusiones

El 60% de nuestros pacientes con IRGA por EPOC comienza la VMNI a su llegada a Urgencias.

En el año previo a VMNI habían precisado una media de 2,09 ingresos por EPOC agudizada.

El 17,9% de nuestros pacientes fallecieron, cifras similares a las descritas en la literatura para los niveles de acidosis que presentaban nuestros pacientes. Sin embargo en nuestro análisis la mortalidad se relacionó más con la edad que con los parámetros gasométricos.

VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN NUESTRA ÁREA: MÁS DE 10 AÑOS DE EXPERIENCIA. M.P. Cano, E. Zamora, C. Martín, N. Hoyos, S. Sánchez-Cuellar, J. García-Pérez, J. Ancochea. Hospital Universitario La Princesa

Introducción

Evaluar las características de los pacientes con ventilación mecánica no invasora (VMNI) domiciliaria en nuestra área.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que iniciaron VMNI domiciliaria desde 1993 hasta agosto de 2007. Se valoraron características clínicas, tipo de ventilación, gasometría y evolución tras su instauración.

Resultados

Se incluyeron 129 pacientes, 66 mujeres (51,2%) y 63 hombres (48,8%) con una edad media de 69,5 ± 12,09 años. La indicación de ventilación más frecuente es síndrome de hipoventilación-obesidad (SHO), en 62 pacientes (48,06%), seguida de alteraciones de la caja torácica en 29 (secuelas de tuberculosis en 17, cifoescoliosis en 12), EPOC (18), enfermedades neuromusculares (10), combinación de patologías (5) y otras etiologías (5). Se empleó el ventilador de presión (BiPAP) en 116 pacientes (89,9%) con unos parámetros medios de presión inspiratoria: 16,06 ± 3,70 cmH₂O, presión espiratoria: 4,91 ± 2,06 cmH₂O y frecuencia respiratoria: 16,48 ± 2,82 rpm. El ventilador volumétrico se utilizó en 13 pacientes (10,1%), con un volumen corriente de 915,71 ± 316,85 cc. La conexión al ventilador se hizo a través de mascarilla nasal en 121 pacientes (93,7%), oronasal en 4 y traqueotomía en 4. La ventilación se inició con unos valores gasométricos de pH: 7,35 ± 0,06, pCO₂: 64,08 ± 15,59 mmHg, pO₂: 48,92 ± 17,33 mmHg, HCO₃: 35,26 ± 6,05 mEq/l y SO₂: 78,20 ± 13,62%. Tras instaurar la ventilación eran pH: 7,40 ± 0,04, pCO₂: 52,49 ± 11,14 mmHg, pO₂: 61,53 ± 10,78 mmHg, HCO₃: 32,67 ± 4,64 mEq/l y SO₂: 90,43 ± 4,15%. Se observa una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones

En nuestro grupo, la patología más frecuente por la que se indica VMNI domiciliaria es el SHO, seguida de alteraciones de la caja torácica y EPOC. El ventilador de presión por medio de mascarilla nasal es el más empleado. Tras 14 años de seguimiento, el 48,8% de pacientes continúa con ventilación y 26,4% fallecieron.

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA COORDINACIÓN ENTRE UNIDADES DE APLICACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DE DIFERENTE COMPLEJIDAD PARA LA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPERCÁPICA. A. Ferreira Moreno, S. Lucero, M. Fuentes Alonso, S. Lopez Martín, E. Ojeda Castillejo, P. de Lucas Ramos, J.M. Rodríguez González-Moro, J. Hernández Fernández. Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

La VMNI es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada hipercápica que cumplen los criterios establecidos. Pese a que el entorno más seguro para su aplicación son las unidades de cuidados intensivos o de intermedios respiratorios, estas no siempre están disponibles.

Objetivo: evaluar los resultados de este tratamiento aplicado de manera secuencial en una Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (UCIP) y una Unidad de Monitorización Respiratoria.

Metodología

Material y métodos: estudio prospectivo de pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria hipercápica a los que se somete a VMNI según los siguientes criterios: PaCO₂ > 45, pH < 7,35, posibilidad de colaborar en la adaptación y aceptación del tratamiento. La VMNI se iniciaba en la UCIP y una vez que el paciente se encontraba estable y adaptado se trasladaba a planta de monitorización.

Resultados

Hasta el momento se han evaluado 119 pacientes tratados mediante VMNI de forma consecutiva en un período de 10 meses (61 hombres y 59 mujeres, con una edad media de 70 + 11). Los diagnósticos más frecuentemente encontrados han sido: EPOC 50 (42%), SOH 31 (26%), enfermedad de caja torácica 7 (6%), neuromusculares 5 (4%) y patología combinada 21 (18%). La gasometría previa al inicio de la VMNI era: PaO₂ 68 (± 30), PaCO₂ 75 (± 24), pH 7,3 (± 0,7). La evolución a corto plazo ha sido de 112 (94%) altas a domicilio, necesidad de UCI e intubación en 3 (2,5%) casos y 4 (3,5%) exitus. La estancia media total fue de 8,6 (± 5,5) días.

Conclusiones

La coordinación entre unidades de cuidados intermedios polivalentes y de monitorización respiratoria permite el tratamiento con VMNI de un elevado número de pacientes de manera eficaz y puede constituir una alternativa a las unidades de cuidados respiratorios intermedios.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA CONSULTA CONJUNTA DE ALTA RESOLUCIÓN NEURO-NEUMOLÓGICA. M.A. Gómez Mendieta, A. Santiago Recuerda, F.J. Rodríguez de Rivera, C. Oreja Guevara, P. Díaz Blázquez, D. Romera Cano, M. González Viñolis, R. Álvarez-Sala. Neumología, Neurología. Hospital La Paz. Madrid. Rehabilitación. Hospital Clínico. Madrid

Introducción

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) requiere de unos cuidados multidisciplinarios muy complejos.

El desarrollo de Unidades Multidisciplinares y vías clínicas podría organizar y procurar una mejor asistencia.

Objetivo: evaluar los resultados obtenidos durante los dos primeros años de funcionamiento de la unidad de ELA en el hospital La Paz, en relación a la precoz intervención por neumología.

Metodología

Estudio observacional analítico de los pacientes atendidos en la Unidad de ELA del Hospital Universitario La Paz durante el periodo de Marzo 2006 a diciembre 2007.

Se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, tipo de ELA (bulbar o espinal), meses de evolución hasta ventilación no invasiva (VNI), adaptación a VNI, tipo de ventilador utilizado, tolerancia a la ventilación y realización de traqueostomías.

Resultados

En el período estudiado, 45 pacientes diagnosticados de ELA se han revisado en la consulta neuro-neumológica, de ellos 24 hombres y 21 mujeres, con una edad media de 65,88 años (rango de 41 a 91 años). La mortalidad en estos dos años ha sido del 37,8%. Se ha perdido el seguimiento de 3 pacientes, por no continuar asistiendo a consulta.

Según el tipo de ELA, 30 pacientes eran espinales (66,7%) y 14 bulbares (31%), con una mortalidad mayor en el grupo espinal (46%) respecto al bulbar (21,42%).

20 pacientes se han adaptado a VNI (44,4%), con un uso mayor de los ventiladores volumétricos (60%), que los de presión (40%), dejando las BIPAP para los pacientes que precisaban mascarilla orofacial. 53,33% de ELA espinales se han adaptado a VNI (37,5% a BIPAP y 62,5% a volumétrico) y 28,57 % de ELA bulbares se adaptaron a VNI (50% a BIPAP y 50% a volumétrico).

El tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de VNI fue muy variable (35,88 meses de media, con DE 47,74), lo que muestra la variabilidad de la enfermedad. La tolerancia de la VNI fue buena en el 66,7% de los casos.

Se hizo traqueostomía a 4 pacientes (3 espinales y 1 bulbar), con supervivencia hasta el momento actual.

Conclusiones

Durante los dos primeros años de funcionamiento de la unidad de ELA, el tipo ELA espinal fue más numeroso que el bulbar, con una mayor adaptación a VNI. Se utilizaron con mayor frecuencia ventiladores volumétricos y su tolerancia fue buena.

Las traqueostomías fueron practicadas en más pacientes espinales que bulbares.

VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA (VMD): DEPENDENCIA Y CARGA DE CUIDADOS. C. Cabrera Lacalzada, Rubinos Cuadrado, R. Fernández Álvarez, R. Galindo Morales, H. Gonzalez Expósito, G. Ramos Villalobos, I. González Martín. Hospital Universitario de Canarias-La Laguna-Santa Cruz de Tenerife

Introducción

Dentro de los pacientes sometidos a VMD, hay un subgrupo que presenta limitaciones importantes para las actividades de la vida diaria y cuya posibilidad de permanecer en su entorno habitual pasa por la existencia de cuidadores informales competentes que habitualmente es la propia familia. Si adoptamos para el análisis la perspectiva del paciente, podemos investigar qué carga supone para su entorno el proporcionar un nivel de cuidados necesarios.

Objetivo: describir en los pacientes en programa de VMD, el grado de dependencia y la carga de cuidados que generan para mantenerse en su entorno, adoptando la perspectiva del paciente y familiares.

Metodología

Pacientes y métodos: en noviembre del 2007 estaban en VMD 66 pacientes (52% varones, edad media 61DE13). Se determinó su nivel de autonomía según índice de Katz y se seleccionaron aquellos casos que precisaban supervisión y/o apoyo para al menos dos de las actividades de la vida diaria (índice de Katz C,D ó E); determinamos morbilidad asociada (índice de Chalson), horas de ventilación/día, consultas hospitalarias/año, distancia mayor de 25 km al centro, confinamiento, polimedición, necesidad percibida de ayuda, ayuda social ó privada recibida e ingresos económicos.

Resultados

20 pac (30%) con un índice de Katz C, D o E con las siguientes patologías: 9 enfermedad neuromuscular, 4 enfermedad torácica, 4 síndrome de hipoventilación-obesidad, 3 multifactorial. El índice de Chalson fue $4,1 \pm 1,2$, el 70% estaban polimeditados; 40% precisaban mas de 12 horas de ventilación/día y acudían a una media de 4,3 consultas hospitalarias/año, el 20% vive a una distancia del centro mayor de 25 km. Ningún paciente puede acudir sólo a la consulta. El 35% están confinados en domicilio, y sólo reciben ayuda social un 10%, el 3% paga ayuda privada. El 80% refieren precisar mas ayuda en domicilio, y el 20% perciben ingresos mensuales inferiores a 600 euros.

Conclusiones

1. Casi un tercio de los pacientes en VMD presentan gran dependencia.
2. La mayoría refiere una mayor necesidad de ayuda 3- el entorno familiar soporta en el momento actual la sobrecarga de cuidados en los pacientes mas dependientes.

CIRUGÍA TORÁCICA

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL (TFSP). J. Cárdenas Gómez, R. Vicente Verdú, P. Díaz-Agero Álvarez, J. García Sánchez Girón, J.C. Vázquez Pelillo, J.L. Gil Alonso, E. Corpa Rodríguez. Hospital Universitario La Paz

Introducción

Los tumores primarios pleurales se dividen en difusos (generalmente malignos –mesoteliomas–) y solitarios (TFSP).

Los TFSP son infrecuentes representando < 5% de todas las neoplasias primarias de la pleura. Descubiertos normalmente de forma casual en una Rx tórax. Benignos en el 80 y 50% asintomáticos. Su malignización es infrecuente, pero al presentarse la tasa de mortalidad se acerca al 80%. Si hay síntomas, se deben a compresión de las estructuras adyacentes y no a infiltración local. La inmunohistoquímica los diferencia de otras neoplasias mesenquimales, siendo el CD34 y el bcl 2, definitorios del diagnóstico. La cirugía es el tratamiento de elección.

Metodología

Mujer de 61 años con síntomas inespecíficos, que en Rx tórax presenta como hallazgo casual masa de 18 cm, que ocupa el

hemitórax izquierdo, rechazando las estructuras mediastínicas contralateralmente.

Resultados

Se realiza resección del tumor. Se aborda por toracotomía posterolateral izquierda, dado el tamaño se precisó resección de la 6TM costilla. Se encontró tumoración blanquecina, fibrosa, lobulada de consistencia firme de 16 x 15 x 12 cm y un peso de 1.956 g, con gran vascularización, que ocupaba los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo, el parénquima pulmonar comprimido era normal. El estudio A.P. se informó como: TFSP con marcadores CD34 y bcl 2 positivos. En control ambulatorio 7 meses después la paciente est. asintomática con Rx tórax que muestra normalidad en el volumen del parénquima pulmonar.

Conclusiones

El TFSP es una patología rara que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato, debido a su capacidad (aunque baja) de malignización. La completa resección del tumor ha demostrado ser el tratamiento de elección y el indicador más importante en la evolución y el pronóstico.

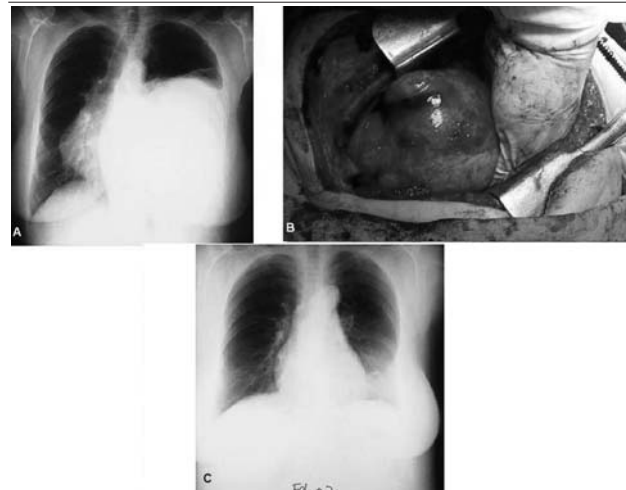


Figura 1. A: radiografía de tórax en la que se aprecia masa en hemitórax izquierdo, que comprime parénquima pulmonar y que desplaza las estructuras mediastínicas hacia el lado contralateral. B: Campo quirúrgico que muestra tumoración de aspecto blanquecino, fibrosos, lobulada de consistencia firme con un tamaño de 16 x 15 x 12 cm y un peso de 1.956 g, que ocupaba los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo. C: control radiológico postoperatorio 7 meses después de realizada la extirpación quirúrgica del tumor fibroso solitario de la pleura. Se observa expansión completa del parénquima pulmonar izquierdo, no hay alteraciones estructurales evidentes, salvo un pinzamiento del seno costofrénico ipsilateral.

NEUMOTÓRAX CATAMENIAL/NEUMOTÓRAX RELACIONADO CON ENDOMETRIOSIS. ENTIDADES INFRADIAGNOSTICADAS. B. Aguinagalde, J. Zabaleta, A. De Frutos, J.M. Izquierdo, C. Hernández. Hospital Donostia

Introducción

El neumotórax catamenial (NC) y el neumotórax relacionado con la endometriosis (NRE) son consideradas entidades clínicas poco frecuentes relacionadas entre sí y aún se desconocen varios aspectos sobre dichas entidades. La importancia del diag-

nóstico del NC/NRE radica en la diferencia terapéutica tanto en el campo quirúrgico como en la terapia hormonal adyuvante frente a otros tipos de neumotórax.

Nuestro objetivo es poner de manifiesto que son más frecuentes de lo que se pensaba antaño y que la incidencia encontrada es directamente proporcional a la calidad de las historias clínicas y a la sospecha clínica derivada de ellas para poder proceder a la confirmación quirúrgica/patológica tal y como se está demostrando con las últimas publicaciones

Metodología

Revisamos 127 historias de mujeres ingresadas en nuestro servicio entre 2000-2007 con el diagnóstico de neumotórax. Dividimos esta población en dos grandes grupos. En el primer grupo incluimos los pacientes ingresadas durante el período 2000-2002, en el cual ninguna mujer fue diagnosticada de NC/NRE. En el segundo grupo incluimos pacientes ingresadas durante el período 2003-2007, es decir, a partir del primer caso diagnosticado de NC/NRE, observándose una clara mejoría en la calidad de las historias clínicas a partir de este primer caso.

Resultados

79 mujeres fueron intervenidas quirúrgicamente de las 127 mujeres (62,2%). 31 en el primer grupo y 48 en el segundo. En el primer grupo no se diagnosticó a nadie de NC/NRE (0/31; 0%). En cambio en el segundo grupo encontramos 5 mujeres con el diagnóstico de NC/NRE (5/48; 10,42%).

Conclusiones

El NC/NRE son probablemente enfermedades infradiagnosticadas debido a la baja sospecha clínica derivada de historias clínicas poco exhaustivas y la consiguiente no revisión quirúrgica en busca de hallazgos típicos de la enfermedad. La diferente terapéutica frente a otros neumotórax, sumado al alto índice de recidiva que presentan, hacen importante el adecuado diagnóstico para el manejo óptimo de la enfermedad.

UTILIDAD DE LOS COLGAJOS MUSCULARES EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA. S. Bofufer Nadal, J.M. Córcoles Padilla, E. Corpa Rodríguez, J.J. Mafé Madueño, L.J. Cerezal Garrido, B. Baschwitz Gómez, P. Díaz Agero, J.M. Rodríguez Paniagua. Hospital General Universitario de Alicante. Hospital La Paz de Madrid

Introducción

Presentamos nuestra experiencia en la utilización de diferentes colgajos musculares para la reconstrucción de la pared torácica, después de amplias resecciones de la misma por diferentes procesos. Hacemos especial referencia a la técnica quirúrgica, las indicaciones específicas de cada colgajo y los resultados obtenidos.

Metodología

En un período de once años (1997-2007), hemos realizado un total de 56 colgajos musculares en 52 pacientes. Veinte pacientes eran mujeres y treinta y dos hombres con edades entre 16 y 74 años (media 50,4 años). Treinta y dos pacientes tenían tumores parietales de diferente etiología: primitivos 21 y metastáticos 11. Nueve pacientes tenían una osteomielitis esternal secundaria a una esternotomía media, seis tenían un toracostoma amplio para tratamiento de un empiema pleural con fístula broncopleural.

Miscelánea: radionecrosis postradioterapia (3), herida abierta por arma blanca (1) y un síndrome de Polan (1). En cuanto a la técnica quirúrgica se utilizaron veinte colgajos musculares de dorsal ancho, 17 de pectoral mayor y 14 de recto anterior del abdomen. En un paciente se utilizó un colgajo libre de músculo cuádriceps a la mamaria interna. En 28 pacientes se cubrió el defecto con una malla (sandwich de marlex-metilmetacrilato en 7 ocasiones y tetrafluoroetileno en 21 ocasiones). El epiplón mayor también se asoció al colgajo y la prótesis en cinco ocasiones.

Resultados

No hubo mortalidad operatoria ni postoperatoria. Dos pacientes precisaron reintervención, uno de ellos por sangrado y otro por volet torácico que impedía la extubación tras una resección esternal, cambiando la prótesis blanda de goretex por un sandwich M-M.

Morbilidad: Dos pacientes necesitaron ventilación mecánica postoperatoria. Otros dos pacientes tuvieron infección y sufrimiento del colgajo precisando en el postoperatorio tardío de reintervención y sustitución del colgajo de dorsal ancho por un recto anterior. Tres pacientes tuvieron necrosis parcial del injerto que se trataron con desbridamiento e injerto dermo-epidérmico posterior. Nueve pacientes tuvieron seromas en el área quirúrgica que se resolvieron con drenaje adecuado, precisando un paciente la retirada de la prótesis por intolerancia. Otras complicaciones: neumonía (2), fibrilación auricular (4), retención de secreciones que precisaron broncoaspiración (6), íleo paralítico (3), eventración (2).

Seguimiento a largo plazo: dos pacientes fueron reintervenidos por recidiva tumoral. Dieciocho pacientes con tumores malignos viven en la actualidad entre 11 meses y 119 meses (media de 48 meses), tres de ellos con recidiva local. Quince pacientes con tumores malignos han fallecido por extensión de su enfermedad u otras causas entre 11 y 34 meses (media 21 meses). En cuatro pacientes se ha perdido el seguimiento. El resto de los pacientes (15), con patología benigna de pared torácica han evolucionado satisfactoriamente con curación del proceso y buenos resultados al año de la cirugía. Los resultados funcionales en cuanto a la movilidad de la cintura escapular y dinámica de la pared torácica, así como los resultados estéticos han sido satisfactorios.

Conclusiones

Los colgajos musculares de dorsal ancho, pectoral mayor y recto anterior del abdomen en nuestra experiencia han sido de gran utilidad para la reconstrucción de la pared torácica. Sus indicaciones son muy variadas y la elección del colgajo depende en gran medida de la localización del defecto. Los resultados han sido buenos en la patología tumoral benigna y se han conseguido supervivencias a largo plazo en la patología tumoral maligna, con una morbilidad aceptable, sin mortalidad postoperatoria.

EFFECTOS HEMODINÁMICOS DEL SEVOFLURANO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE AUTOTRANSPLANTE PULMONAR. G. González Casaurrán, L. Azcárate Perea, C. Simón Adiego, J. Casanova Barea, A. Giráldez López, B. Martín Piñeiro, N. Moreno Mata, F. González Aragoneses. Cirugía Torácica y Anestesiología. HGU Gregorio Marañón. Madrid

Introducción

Los anestésicos halogenados, y en especial el sevoflurano (SF), parecen proteger el corazón, el hígado y el cerebro contra el daño

de reperfusión. Esta protección ha sido menos estudiada en pulmón. En este trabajo, se estudian los efectos hemodinámicos del SF en un modelo experimental de autotransplante pulmonar.

Metodología

Dos grupos de cerdos *large-white* fueron sometidos a un procedimiento de autotransplante pulmonar (neumonectomía izquierda; lobectomía craneal ex-situ; reimplantación de lóbulo caudal). En el Grupo Experimental (SF; n=7), se administró SF como anestésico inhalado hasta la intubación bronquial derecha selectiva realizada antes de la neumonectomía, prosiguiendo desde ese momento con infusión continua de propofol. El grupo Control (n=14) no recibió SF, empleándose propofol durante todo el experimento. Se realizaron determinaciones hemodinámicas en cuatro momentos: 1) basal; 2) pre-neumonectomía (PreN); 3) pre-reperfusión (PreR); y 4) post-reperfusión (a los 10 minutos; PostR). Los resultados se presentan mediante la media y su desviación estándar. El estudio estadístico se realizó mediante pruebas no paramétricas.

Resultados

En la tabla se expresan los valores de la Frecuencia Cardíaca (FC; latidos/min), la Presión Arterial Media (PAM; mm Hg), el Gasto Cardíaco (GC; L/min) y la Resistencia Vascular Sistémica (RVS; dina x s x cm-5) en cada momento del experimento.

Conclusiones

El preconditionamiento anestésico con SF parece mejorar la respuesta hemodinámica durante el procedimiento quirúrgico observándose una menor caída de la tensión arterial y del gasto cardíaco, una mayor estabilidad de la frecuencia cardíaca y un menor aumento de la resistencia vascular periférica. Este efecto protector se mantiene más allá de la supresión del SF.

	Grupo	Basal	p	PreN	p	PreP	p	PostR	p
FC	Control	114 (20,9)	,037	110 (22)	0,26	102 (21,9)		111 (19,6)	
	SF	94 (13,6)		88 (12,9)		88 (16,3)		99 (20,7)	
PAM	Control	82,1 (15,7)		83,4 (17,2)		72,4 (17,2)	,008	59,2 (13,1)	,003
	SF	89,8 (10,9)		92,2 (12,2)		92,2 (13,5)		83,8 (12,9)	
GC	Control	3,7 (1,7)		3,8 (2,1)	,05	3,3 (1,2)		3,2 (1,8)	
	SF	4,8 (1,1)		5,2 (1,9)		4,5 (2,4)		5,3 (2,5)	
RVS	Control	2.055 (1.160)		2.059 (1.236)		2.013 (1.059)		1.783 (1.252)	
	SF	1.379 (224)		1.433 (654)		1.842 (793)		1.407 (833)	

COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DE MARCAS FIDUCIARIAS PARA RADIOCIRUGÍA GUIADA POR IMAGEN UTILIZANDO EL “CYBERKNIFE”. N. Llobregat Poyán, J.A. Blanco Rodríguez, F. Baquero López, M. López Perales, R. García Alejo. Jefe de Unidad C. Torácica, Unidad de Cirugía Torácica, Unidad de Oncología Radioterápica, Jefe Unidad Radioterapia. Hospital Riber Internacional. Madrid

Introducción

La radioterapia estereotáxica robotizada utilizando el sistema “Cyberknife”, es una técnica de radioterapia de alta precisión, utilizada, entre otras indicaciones, para el tratamiento de lesiones neoplásicas torácicas inoperables. Se precisa la implantación de marcas fiduciarias (“semillas” de oro) en la proximidad de la lesión. El objetivo de la comunicación es mostrar la experiencia, centrada en las complicaciones, del implante de estas semillas.

Metodología

Entre diciembre-06 y diciembre-07 han sido tratados 48 pacientes con neoplasias torácicas mediante el “Cyberknife”. 11 (23%) de los pacientes eran mujeres y las edades estaban comprendidas entre 24 y 84 años con una media de 58,28 años (58,3%) estaban diagnosticados de cáncer de pulmón (primario o recidivante) y el resto 20 (41,6%) presentaba metástasis pulmonares de lesiones extratorácicas. El número total de lesiones tratadas fue de 70 en 59 sesiones. El número de “semillas” por lesión varió entre una y cuatro con una media de 3,25. La implantación de las marcas se realiza con control TAC. La introducción de las “semillas” la realiza el radioterapeuta acompañado por un cirujano torácico. Dos horas después se realiza radiografía de tórax que se repite al día siguiente. Si no hay indicación de drenaje el paciente es dado de alta hospitalaria unas 20 horas después del implante.

Resultados

Presentaron complicaciones derivadas de la implantación 23 pacientes (47,9%). El neumotórax fue la más frecuente con 20 casos, de los cuales en 14 (29%) fue necesario colocar un drenaje. Hemoptisis, siempre de escasa cuantía y limitada a unas horas, se presentó en 5 pacientes (19%), y en 2 de ellos asociada a neumotórax. Un paciente, con antecedentes de EPOC severa, presentó broncoespasmo grave asociado a neumotórax precisando ingreso en UCI.

Conclusiones

- El neumotórax es la complicación más frecuente.
- Las complicaciones graves son raras.
- El cirujano torácico debe ser parte activa del procedimiento.