

Tabla 1. (continuación)

Leucocitos (células/mm <sup>3</sup> )	9.655,56 (5.701,7)
Plaquetas (células/mm <sup>3</sup> )	182.166,6 (52.925,5)
Utilización de antibiótico, %	36 (100)
Utilización de corticoides, %	13 (36,11)
Inicio de oseltamivir ≤ 48 h, %	11 (30,55)
Ingreso en UCI, %	4 (11,11)
Estancia media (días)	6,43 (4,82)
Mortalidad	0

Variables continuas representadas como media (desviación estándar) y variables categóricas como número (%).

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IGN: índice gravedad neumonía; IMC: índice de masa corporal; LDH: lactato deshidrogenasa; UCI: unidad de cuidados intensivos.

et al<sup>5</sup> encontraron una estancia media de 5 días en los pacientes de bajo riesgo (clase I), mientras que aquellos con mayor gravedad (clase V) la duración media del ingreso alcanzó los 11 días. En cambio, la administración de corticoides podría actuar como un factor protector al detener la cascada inflamatoria precipitada por la infección viral y evitar el empeoramiento clínico<sup>1</sup>.

En resumen, el estudio pone de manifiesto que la neumonía es una complicación frecuente en los pacientes ingresados con infección por el virus de la gripe A (H1N1) y que los factores identificados deberían considerarse al evaluar la idoneidad de la duración del ingreso hospitalario en la neumonía en los pacientes con infección por el virus de la gripe A (H1N1).

doi:10.1016/j.arbres.2010.06.010

## Planificación de cuidados y tratamientos en pacientes EPOC

### Advance Care Planning with COPD Patients

Sr. Director:

Tras la lectura del interesante artículo de A. Couceiro<sup>1</sup> me parece oportuno ampliarlo con los resultados de una investigación cualitativa<sup>2</sup> que explora la toma de decisiones en los pacientes EPOC acerca de su tratamiento, basado en el conocimiento de la enfermedad, la información aportada por su médico responsable y las preferencias del enfermo (Ayuda a la Investigación de la Fundación Respira, BECAS SEPAR'2002). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 40 pacientes (36 varones y 4 mujeres), media de edad 68'82 años. La mayoría se sienten bien informados; en ningún caso creen que se les oculte información o que esta sea incompleta. Salvo dos pacientes con ingreso previo en UCI, al resto su médico responsable nunca les había hablado del ingreso en UCI o de la ventilación mecánica (VM) como una posibilidad de tratamiento en caso de exacerbación grave. Tras una explicación acerca de la VM como parte del tratamiento en caso de reagudización grave, expresan su aceptación del procedimiento si con ello pueden mejorar y mantener su calidad de vida actual—*escogería la intubación si con ello voy a poder seguir estando como hasta ahora, pero si no mejoro después de seis días o así, que me pongan algo para no sufrir y se ha acabado... al menos se ha intentado.*

Los pacientes incluidos en el estudio creen que tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afectan a su salud. Aunque le otorgan al médico el papel del experto, *que sabe lo que es bueno para mí... prefieren que se les pregunte o al menos que se les tenga en cuenta para planificar el tratamiento.*

## Bibliografía

- Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April–June 2009. *N Engl J Med.* 2009;361:1935–44.
- Gilsdorf A, Poggensee G, on behalf of the working group pandemic influenza A(H1N1)v. Influenza A(H1N1)v in Germany; the first 10.000 cases. *Euro Surveill.* 2009;14:19318.
- Louie JK, Acosta M, Winter K, Jean C, Gavali S, Schechter R, et al. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California. *JAMA.* 2009;302:1896–902.
- Mayoral Cortes JM, Puell GL, Pérez ME, Gallardo GV, Duran PE, Fernández Merino JC, et al. Behaviour of the pandemic H1N1 influenza virus in Andalusia, Spain, at the onset of the 2009–10 season. *Euro Surveill.* 2009;14.
- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 1997;336:243–50.
- Centers for Disease Control and Prevention. H1N1 Flu Clinical and Public Health Guidance. Disponible en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Guías y protocolos para profesionales sanitarios. Septiembre 2009. Disponible en: <http://www.msp.es/profesionales/saludPublica/gripeA/guiasProtocolosInf/profSanit.htm>.

Enrique Bernal\*, Ángeles Muñoz y Alfredo Cano

Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enrbernal@yahoo.es (E. Bernal).

Los pacientes entrevistados tienen un adecuado nivel de información acerca de la etiología de la EPOC, de cuales son sus síntomas habituales, están informados de que se trata de una enfermedad crónica y progresiva; pese a ello, se aprecian lagunas en la información pronóstica, en lo relativo al conocimiento de la VM y el ingreso en UCI como opciones de tratamiento en caso de exacerbación grave. Se evidencia que el proceso informativo se detiene habitualmente en un punto, un límite difícil de sobrepasar: el diálogo sobre aspectos del final de la vida. Traspasar el ámbito cotidiano de la relación clínica para hablar de cuestiones más trascendentes y conocer las posibilidades de actuación cuando la situación no sea tan estable como la actual, es aún una tarea pendiente.

Uno de los motivos de esta falta de información puede ser el temor del médico responsable a frustrar las esperanzas del paciente. Desde luego, si se pretende una colaboración efectiva del enfermo en el proceso, es necesario conocer cuáles son sus expectativas y sus deseos<sup>3</sup>. Da la impresión que la relación de confianza está basada en un *todo va bien*, y que por ambas partes se evita hablar de temas que no son agradables, como las complicaciones graves o la posibilidad de fallecer a causa de su EPOC.

La mayoría de los pacientes desconocía la posibilidad de dejar constancia de las preferencias sobre aspectos relacionados con la salud a través de instrucciones previas (IP). Además, no se han planteado que fuera de interés para ellos, creen que están dirigidos a personas que se están muriendo. Otra posible causa de la falta de información sobre planificación de cuidados es el convencimiento del médico responsable de que conoce realmente las preferencias del paciente<sup>4</sup>. Ya se ha demostrado en distintos estudios que con frecuencia no es así; incluso en el caso de que coincidieran ambas opiniones, el proceso de IP pudiera ser de utilidad porque probablemente el médico que tenga que tomar las decisiones en las situaciones agudas graves no conozca al paciente previamente<sup>5,6</sup>.

En el grupo de pacientes EPOC se dan una serie de circunstancias que facilitan este tipo de conversaciones, por ejemplo la confianza del paciente en su médico y las numerosas oportunidades que ofrece la consulta de rutina en una fase estable de la enfermedad. Es importante aprovechar todo ello para encontrar un momento y hacer una pausa, hablar del futuro, de lo que un enfermo desea para sí mismo en caso de gravedad o incertidumbre, para planificar el final de la vida conforme a sus valores y preferencias. Es necesaria la formación continuada del personal sanitario sobre los problemas del final de la vida y planificación de cuidados y tratamientos. Si la buena práctica clínica tiende a un modelo más deliberativo y participativo, será necesario mejorar la implicación del enfermo en la toma de decisiones, hoy en día muy escasa. Para ello, el primer paso es aumentar la calidad del proceso de información, requisito fundamental para iniciar la toma de decisiones.

### Financiación

Ayuda a la Investigación de la Fundación Respira, BECAS SEPAR'2002.

doi:10.1016/j.arbres.2010.06.012

### Bibliografía

1. Couceiro A, Pandiella A. La EPOC: un paradigma para el uso de directivas previas y la planificación anticipada de decisiones. Arch Bronconeumol. 2010;46:325-31.
2. Saralegui I, Corral E, Urturi JA, Labaien F, Pérez C, Martín A, et al. What do chronic obstructive pulmonary disease patients know about mechanical ventilation? Intensive Care Med. 2004;30(Supl 1):S102.
3. Roter DL, Larson S, Fischer GS, Arnold RM, Tulsy JA. Experts Practice what they Preach. A descriptive study of best and normative practices in end-of-life discussions. Arch Intern Med. 2000;160:3477-85.
4. Johnson SC. Advance Directives: from the perspective of the patient and the physician. J R Soc Med. 1996;89:568-70.
5. Schaberg DR. Managing patients with chronic bronchitis: from primary prevention to advance directives. Hosp Pract (Minneap). 2000;35:43-50.
6. Gallo JJ, Straton JB, Klag MJ, Meoni LA, Sulmasy DP, Wang NY, et al. Life-sustaining treatments: what do physicians want and do they express their wishes to others? J Am Geriatr Soc. 2003;51:961-9.

Iñaki Saralegui

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santiago, Vitoria, España  
Correo electrónico: inaki.saralegui@osakidetza.net

### Diafragmoplastia con parche en el hidrotórax hepático debido a fístula pleuroperitoneal

#### Diaphragmoplasty with Patch on the Hepatic Hydrothorax due to Pleuroperitoneal Fistula

Sr. Director:

El hidrotórax hepático (HH) debido a una fístula pleuroperitoneal (FPP) es una entidad excepcional. Debido al abundante líquido pleural, provoca disnea y desequilibrio hidroelectrolítico con mucha frecuencia. Su diagnóstico se sospecha en un paciente con cirrosis e hipertensión portal establecidas que presenta derrame pleural unilateral, en general derecho<sup>1</sup>. Presentamos a una paciente con HH debido a FPP que se detectó como un defecto transdiafragmático con una gammagrafía de captación tras la administración de macroagregados de albúmina marcada con Tc99. Tratamos a la paciente con reparación quirúrgica y aplicación de una malla, que denominamos diafragmoplastia, a través de una toracotomía derecha.

La paciente fue derivada a nuestra clínica con disnea de 3 meses de evolución, al igual que una opacidad en la zona inferior del pulmón derecho y la presencia de líquido pleural, detectados en una radiografía de tórax. En la anamnesis, la paciente refirió cirrosis desde 7 años atrás. Tenía antecedentes que incluían inserción de catéter de pequeño calibre para drenaje con toracocentesis evacuadora y una pleurodesis incompleta con talco. En la zona inferior del hemitórax derecho estaba abolido el murmullo vesicular. También insertamos un catéter de pequeño calibre para drenaje. Al cabo de 12 h, drenamos 3.500 ml de líquido. El diagnóstico de sospecha fue el de HH. Se administraron 20 ml de azul de metileno diluido en la cavidad peritoneal. En los 20 min siguientes, fluyó a partir de los catéteres torácicos. La gammagrafía tras la administración de macroagregados de albúmina marcada con Tc99 demostró el lugar y el tamaño del defecto transdiafragmático. Después del minuto 6 de la gammagrafía, se observó cómo la captación se desplazaba al hemitórax derecho desde el área hepática (fig. 1a, b). El defecto se localizaba en el segmento posterolateral del diafragma. Cuando se

efectuó la toracotomía, el diafragma había perdido su función. En el área posterolateral, en una zona de 3 × 4 cm, no había tejido muscular. Esta área defectuosa tenía una estructura fibrótica. Tratamos a la paciente con una diafragmoplastia a través de una toracotomía derecha. El tratamiento quirúrgico consistió en: 1) toracotomía derecha, exploración completa del diafragma derecho; 2) marcado del área defectuosa; 3) posicionamiento de una capa en el área defectuosa; 4) sutura de la capa sobre el área defectuosa, y 5) reconstrucción con malla del área diafragmática total (fig. 1C). El defecto del componente diafragmático se corrigió con un parche extenso de Gore-Tex<sup>®</sup> de 1,4 mm de grosor (W. L. Gore & Associates, Flagstaff, AZ) utilizando una sutura continua (proleno del 2-0, Ethicon, Somerville, Estados Unidos). El parche se recortó para reducir el pliegue del diafragma torácico. La diafragmoplastia se muestra con detalle en el esquema (fig. 1D). El curso postoperatorio fue anodino desde un punto de vista quirúrgico y la paciente se recuperó por completo.

El HH puede definirse como la migración transdiafragmática patológica de grandes cantidades de líquido ascítico en pacientes sin otra enfermedad subyacente aparte de la cirrosis hepática<sup>2</sup>. No obstante, la demostración directa de estos defectos con técnicas de imagen no cruentas es excepcional. La rareza de la detección de estos defectos diafragmáticos puede explicarse como se describe más adelante. Los defectos diafragmáticos pueden dividirse en cuatro tipos: tipo 1, grande; tipo 2, pequeño; tipo 3 y 4, más pequeños<sup>3</sup>. Para los defectos diafragmáticos de tipo 1-3 puede ser razonable el drenaje y la pleurodesis o un *shunt* peritoneovenoso. Sin embargo, para los defectos de tipo 4 se requiere una corrección quirúrgica. En unos pocos casos clínicos se describe una corrección quirúrgica satisfactoria de los defectos diafragmáticos responsables de la migración de líquido en la cavidad pleural<sup>4</sup>. Los autores usaron toracoscopia videoasistida para corregir los defectos diafragmáticos, además de la pleurodesis. Se observó una respuesta completa en seis casos y ninguna recidiva<sup>5</sup>. Además, el uso de un refuerzo del diafragma con la pleura u malla parece ser un tratamiento alentador del HH refractario<sup>6</sup>. No obstante, la migración transdiafragmática puede continuar. Naturalmente, el tratamiento propuesto es el trasplante de hígado. En conclusión, la diafragmoplastia puede ser