

CARTAS AL DIRECTOR

Seguimiento a largo plazo del fumador al que se ha aplicado intervención mínima sobre el tabaquismo

Sr. Director: Hemos leído con interés la carta de S. Molina et al (*Arch Bronconeumol* 1994; 30: 518), que hacía algunas precisiones sobre los métodos de valoración de la abstinencia tabáquica al año de entrar en un programa de intervención sobre el tabaquismo, con referencia al original "Intervención mínima sobre el tabaquismo en la consulta neurológica extrahospitalaria" (*Arch Bronconeumol* 1994; 30: 12-15). Estamos de acuerdo con los autores en que la forma de valoración más adecuada de la abstinencia tabáquica es la medición de marcadores de exposición al humo del tabaco: monóxido de carbono en aire espirado o determinación de cotinina en sangre o saliva. Esta sistemática de control es habitualmente utilizada en los programas de intervención con terapia con nicotina y seguimiento del paciente en fechas prefijadas, en los que la no presentación a uno de los controles es interpretada como fracaso¹. Sin embargo, en los programas de intervención mínima sobre el tabaquismo realizados en el ámbito extrahospitalario, diseñados para ser aplicados sobre todos los pacientes fumadores que acuden a una consulta, sin fijar fechas de seguimiento obligatorias, suele resultar muy complejo el realizar estas mediciones en todos los pacientes a los que se ha dado el consejo médico de abandono del hábito. En esa situación, el tomar como abstinentes al año de la intervención los que se reconocen como tales en un contacto telefónico es una estimación adecuada, siempre que se utilice como factor corrector la proporción de respuestas verdaderas en ese colectivo, determinadas con marcadores de exposición. Un problema que puede hallarse con esta forma de seguimiento es el de la existencia de un subgrupo de pacientes a los que se ha aplicado intervención mínima sobre el tabaquismo que no pueden ser contactados telefónicamente. El considerar todos estos pacientes como fracasos será inadecuado, ya que la única característica común de ese subgrupo será el no disponer de teléfono, o no estar localizables en su domicilio entre 8 y 22 h. Así, en la mayoría de casos será más apropiado no considerar a estos pacientes en la tabulación final. Esta aproximación al problema de los no localizados telefónicamente introduce una desviación, que hay que valorar adecuadamente. En un estudio propio de base poblacional hemos determinado las características de una muestra de población que responde a un cuestionario por teléfono, comparándola con una segunda muestra de la misma población que responde a este mismo cuestionario por correo, y hemos observado que no hay diferencias en la edad y en el hábito tabáquico de las dos muestras, pero sí que hay diferencia en el sexo, siendo la proporción de mujeres significativamente superior en la muestra que responde a un cuestionario por teléfono. Al estudiar una muestra poblacional a la que se aplica un cuestionario por teléfono, es necesario considerar que la proporción de mujeres previsiblemente será ma-

yor en esa muestra que en la población, pero que este hecho no se asociará a una diferente prevalencia de tabaquismo en la muestra estudiada por teléfono respecto a la población.

E. Monsó y A. Rosell
Servicio de Neumología.

Hospital General Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

1. Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Flórez S, Ramos A, Ramos I. Parche de nicotina, resultados a corto plazo en un grupo de trabajadores hospitalarios. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 477-479.

Derrame pleural de larga evolución secundario a trasplante hepático

Sr. Director: El número de trasplantes hepáticos se ha incrementado de forma importante en los últimos años. La presencia de derrame pleural en los días inmediatamente posteriores ha sido referida con frecuencia^{1,2}. Sin embargo, las características del líquido pleural y su evolución no están todavía bien definidas, y su conocimiento es importante, para indicar la búsqueda de posibles complicaciones, o bien optar por una actitud expectante. Presentamos un paciente con resolución espontánea del derrame tras al menos 6 meses de persistencia.

Varón de 57 años, no fumador, sin contacto con asbesto. Diagnosticado de diabetes mellitus no dependiente de la insulina, hipertensión arterial y cirrosis hepática, por la que se practicó un trasplante hepático el 24 de abril de 1993. A las 48 horas del trasplante, se objetivó derrame pleural derecho importante, del que se drenaron 450 ml. El líquido era un exudado serohemático, con predominio de polimorfonucleares. El paciente recibía tratamiento inmunosupresor habitual, con ciclosporina, azatioprina y esteroides. El derrame se objetivó de nuevo tras el alta hospitalaria, en julio, agosto, septiembre y octubre de 1993, con discreta mejoría. En el mes de septiembre, debido a la aparición de ligeras molestias torácicas, así como a la persistencia del derrame, el paciente fue remitido a nuestro servicio, donde se realizó una nueva toracocentesis, obteniéndose un líquido seroso, con pH 7,37, proteínas totales 3,89 g/dl (suero 7,01 g/dl), láctico deshidrogenasa 72 U/l (suero 152 U/l), glucosa 244 g/l (suero 206 g/l), amilasa 37 U/l, colesterol 89 mg/dl (suero 242 mg/dl), triglicéridos 44 mg/dl, ADA 8,7 U/l, interferón gamma 0,5 U/ml; CEA 1,5 ng/ml, leucocitos 1.440 células/ μ l, 25% polimorfonucleares y 60% mononucleares. La citología, el Gram y cultivo para bacterias aerobias y anaerobias y el cultivo de Löwenstein del líquido fueron negativos. Se practicaron 2 biopsias pleurales, cuya histología mostró tejido pleural sin alteraciones significativas, siendo el cultivo de Löwenstein negativo. En una ecografía abdominal y una TAC toracoabdominal, se observaba el derrame pleural, sin otras alteraciones. En la revisión de enero de 1994, no se objetivaba líquido libre en la radiografía de tórax en decúbito lateral derecho.

La prevalencia de derrame pleural tras un trasplante hepático es elevada, llegando a ser del 100% en algunas series^{2,3}, aunque sólo produce sintomatología aproximadamente

en el 20%⁴. Suele ser derecho^{1,2}, aunque en ocasiones es bilateral^{2,5}, o más raramente exclusivamente izquierdo¹. En la mayoría de los casos aparece en las primeras 72 horas después del trasplante^{1,2}, aunque puede hacerlo hasta el día 10². La resolución espontánea se suele producir dentro de los primeros 10 días^{2,3}, aunque a veces puede durar hasta 20² o 30 días³, o excepcionalmente meses¹. A veces es necesario su drenaje para mejorar la situación ventilatoria del paciente⁶.

La etiología probablemente sea la irritación producida por la disección diafragmática^{1,5}. Sin embargo, Spitzrarny et al¹ apoyan que si el derrame aumenta pasadas 72 horas desde el trasplante, se deben descartar la existencia de otras complicaciones, principalmente colecciones subfrénicas producidas por hematomas o abscesos¹. Las características del líquido son de exudado, como otros derrames secundarios a cirugía abdominal; sin embargo, en algunos casos, corresponden a trasudados², por lo que se deberían descartar otras causas acompañantes, como hipoalbuminemia o insuficiencia cardíaca.

En este paciente, el derrame fue descubierto en las 48 horas después de la cirugía. La ausencia de otra etiología, la persistencia durante al menos 6 meses y la resolución espontánea posterior nos hacen suponer que el derrame debió permanecer desde el postoperatorio, siendo su causa la cirugía abdominal. La persistencia durante meses del derrame no es frecuente, y sólo Spitzrarny et al¹ refieren algún caso en su serie. Es importante conocer este tipo de evolución, para considerar como una opción apropiada el seguimiento del paciente con observación, si, por otra parte, no refiere sintomatología. Las características del líquido fueron siempre de exudado, y el predominio de polimorfonucleares en un primer momento y posteriormente de linfocitos se podría explicar por la larga evolución del derrame.

M.^a V. Villena y A. López Encuentra
Servicio de Neumología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Madrid.

1. Spitzrarny DL, Gross BH, McLoud T. Enlarging pleural effusion after liver transplantation. *J Thorac Imaging* 1993; 8: 85-87.
2. Olutola PS, Hutton L, Wall WJ. Pleural effusion following liver transplantation. *Radiology* 1985; 157: 594.
3. Shieh WB, Chen CL, Wang KL. Respiratory changes and pulmonary complications following orthotopic liver transplantation. *Transplant Proc* 1992; 24: 1.486-1.488.
4. Bilik R, Superina RA. Surgical complications in children after liver transplantation. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1.371-1.375.
5. Afessa B, Gay PC, Plevac DJ, Swensen SJ, Patel HG, Krowka MJ. Pulmonary complications of orthotopic liver transplantation. *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 427-434.
6. Cisneros Alonso C, Montero Castillo A, Moreno González E, García García I, Guillén Ramírez F, García Fuentes C. Complicaciones del trasplante hepático en cuidados intensivos. Experiencia en 130 casos. *Rev Clin Esp* 1991; 189: 264-267.