



en cuenta las conclusiones del trabajo previo sobre frecuencia, volumen corriente, etc. El valor medio del Vt fue de 559 ml (rango desde 379 a 760) con el acetileno y de 511 ml (de 336 a 684) con el DME. La media de los coeficientes de varianza individual fue del 10,4 % (de 3,5 a 19,7 %) con el C₂H₂ y del 10,2 % (de 5,3 a 20,6 %) con el DME.

Agrupados los datos de todos los sujetos el Vt/TLC fue para el C₂H₂ de 94,6 ± 14,8 para datos individuales, 95,8 ± 11,4 para el valor medio de dos pruebas y de 94,2 ± 11,5 para medias de todos los datos de cada sujeto. Con el DME los resultados fueron de 86,9 ± 14,4; 88 ± 11,9, y 86,7 ± 11,7 respectivamente. Para valores tomados como la media de dos pruebas, los coeficientes de varianza fueron del 11,9 % para el C₂H₂ y del 13,5 % para el DME.

En conclusión, creemos que la técnica es suficientemente reproducible y predecible en sujetos normales como para su posterior ensayo en pacientes con patología pulmonar leve o moderada. Dos pruebas correctas parecen ser suficientes.

Este trabajo ha sido financiado en parte con una ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Reactividad bronquial y hemodiálisis

A. FERRER MONREAL, J. ROCA TORRENT,
R. SUBIAS SOBREVIA, J. LOPEZ PEDRET,
L. REVERT TORRELLAS, A. AGUSTI VIDAL
y R. RODRIGUEZ-ROISIN

Servicio de Neumología y Nefrología. Hospital Clínico. Barcelona.

En los enfermos con insuficiencia renal crónica se han descrito aumentos del FEV₁ y del FEF₂₅₋₇₅ % después de las sesiones de hemodiálisis (HD), presumiblemente relacionados con el grado de depleción hídrica. El acúmulo de agua peribronquial en este tipo de pacientes permite plantear la hipótesis de una mayor prevalencia de broncorreactividad que sería reversible con la HD. Con el objetivo de verificar esta hipótesis y analizar los cambios de la función pulmonar, se estudiaron 10 pacientes consecutivos (43,5 ± 16,32 años) en programa de HD por insuficiencia renal crónica, sin antecedentes de patología pulmonar. Se efectuó examen clínico y estudio de la función pulmonar (EFP) (espirometría forzada, pletismografía corporal, capacidad de transferencia de gases (DLCOSb) y test de broncoprovocación con metacolina (MTH) (curva dosis-respuesta) pre y posthemodiálisis. La pérdida de peso durante las HD fue de 2,28 ± 1,01 kg. La media de los valores del EFP prediálisis estaba dentro de los valores de referencia. Ninguno de los pacientes presentó criterios de hiperreactividad bronquial con la provocación con MTH (Δ FEV₁: -2,4 % ± 5,8). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al comparar las variaciones de FVC, FEV₁ y FEF₂₅₋₇₅ % obtenidas con la provocación con MTH antes y después de la HD. Al comparar los valores de la espirometría forzada, volúmenes pulmonares estáticos y DLCOSb pre y posthemodiálisis aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el FEV₁ (Δ : + 6,82 %) y FEF₂₅₋₇₅ % (Δ : + 21,63 %). Se observó una correlación entre pérdida de peso durante la HD y el incremento de FEV₁ (test de Spearman, Rho: - 0,62, $p < 0,05$).

Los resultados obtenidos nos permiten confirmar que los cambios funcionales observados con la HD están básicamente relacionados con la depleción hídrica. No se ha verificado la existencia de hiperreactividad bronquial en estos pacientes ni la aparición de cambios en la respuesta a la metacolina con la HD.

Patrocinado por CAICYT 1787/82.

Prevalencia de patología respiratoria en pacientes con reflujo gastroesofágico

A. PUJOL, J. ROCA, R. RODRIGUEZ-ROISIN, E. ROS,
J. VILAR-BONET y A. AGUSTI-VIDAL
Servicios de Neumología y Gastroenterología. Hospital Clínico. Barcelona.

Se ha descrito que el reflujo gastroesofágico (RGE) puede jugar un papel importante en la etiopatogenia de algunas enfermedades pulmonares crónicas, fundamentalmente el asma bronquial, bronquitis crónica, bronquiectasias y fibrosis pulmonar. Con el objetivo de determinar la prevalencia en nuestro medio de patología respiratoria asociada al RGE, hemos realizado un estudio prospectivo en una serie de 76 pacientes seleccionados de forma randomizada que consultaron al Servicio de Gastroenterología por síntomas de RGE (pirosis, regurgitación, disfagia). La muestra estaba formada por 42 varones y 34 mujeres (53 ± 13 años), el 50 % eran no fumadores, 37 % fumadores y 13 % ex-fumadores. Todos los pacientes presentaban un RGE diagnosticado con pruebas objetivas. Se efectuó un examen clínico, Rx de tórax y estudio de la función pulmonar (EFP). Denominamos síndrome respiratorio agudo (SRA) a la presencia de tos, disnea súbita, regurgitación nasal, estridor laríngeo o neumonía por aspiración, asociados a pirosis y/o regurgitación. El síndrome respiratorio crónico (SRC) fue definido por la existencia de bronquitis crónica, asma bronquial, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, idiopática o faringitis crónica. En los pacientes *no fumadores* (38), la prevalencia de SRA y SRC fue respectivamente del 55 % y 53 %. Se observaron alteraciones de la EFP en 18 casos (47 %): 8 pacientes (21 %) con alteración ventilatoria obstructiva (AVO); 1 (3 %) con alteración ventilatoria mixta (AVM); 4 (11 %) con hiperreactividad bronquial aislada (HRB) y 5 (13 %) con alteraciones gasmétricas de moderada intensidad (AG). En los individuos *fumadores* (28), la prevalencia de SRA fue del 36 %, la de SRC un 25 %; se observaron 9 casos (32 %) con AVO; 1 (4 %) con AVM; 2 (7 %) con HRB y 2 pacientes (7 %) con AG. El grupo de individuos *ex-fumadores* (10), presentó en un 60 % SRA; el 50 % un SRC; 7 casos (70 %) con AVO; 1 (10 %) con alteración ventilatoria restrictiva y un paciente con AG. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los datos de patología pulmonar (SRA, SRC o alteraciones de la EFP) y la intensidad del RGE evaluada por medio de la clínica, endoscopia, manometría o pmetría. A pesar de ello, la elevada prevalencia de patología pulmonar en la muestra estudiada (SRA: 47 %; SRC: 42 %; alteraciones de la EFP: 55 %), sugiere fuertemente la existencia de una relación entre ambos procesos que deberá demostrarse en posteriores estudios.

Sufragado por CAYCIT 1787/82.