

EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL SUBCOMARCAL DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA BRONQUIAL

J. VILASECA, J. ALDOMA, J. PUJOL, I. MARIMON,
F. PASCUCHI.

Clínica Sociedad de Socorros Mutuos
Mollet del Vallés. Servicio de Neumología.

Introducción

El objetivo de este trabajo es mostrar una forma asistencial que permite trasladar aspectos de la medicina hospitalaria considerada privativa de los grandes centros, a las zonas menos dotadas asistencialmente. Se exponen el rendimiento de una unidad de Broncología, dependiente del servicio de Neumología de un hospital subcomarcal de ciento veinte camas, ubicado en una población de 35.000 habitantes, con un área de influencia de 60.000, que dista 15 km. de Barcelona, y 10 de la capital de comarca, formando parte del cinturón industrial de Barcelona. La red de comunicaciones de la zona es deficiente.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión de todas las fibrobronoscopias (BF) realizadas en un período de 12 meses, desde el 1 de abril de 1978, al 1 de abril de 1979; se ha empleado el broncofibroscopio BF-B3, con una fuente de luz tipo «CLE-4U» y el utillaje Standar para tomas de biopsias y broncoaspirados. No se practicaron escobillajes debido a la falta de material apropiado para su realización. Las exploraciones se practicaron mediante anestesia local con Lidocaína al 2 % previa administración de 0,5-1cc. de Atropina intramuscular; la introducción del fibroscopio se hizo por vía nasal, excepto en 3 casos en que por dificultades de ésta se empleó la vía oral^{1,3}.

Durante el período descrito se practicaron 250 BF., se excluyeron 25 por diversas causas que van desde procesamientos defectuosos de las muestras, hasta el extravío de las mismas en su traslado, ya que al no disponer en nuestro hospital de departamento de citología, anatomía patológica y bacteriología se deben remitir las muestras a otros centros con los que se mantiene íntima conexión.

Recibido el día 7 de mayo de 1980.

Resultados

La edad de los pacientes oscila entre 10 y 89 años, siendo la media de 52 años y la incidencia mayor entre 45 y 60 (fig. 1); 159 eran de sexo masculino (79,56 %) y 46 del femenino (20,44 %). En relación a su procedencia se practicaron 164 BF. (72,9 %) en pacientes que acudieron al departamento de broncología en régimen ambulatorio, los otros 61 (27,1 %) eran enfermos que estaban ingresados en nuestro centro no necesariamente en el servicio de respiratorio.

Las indicaciones más frecuentes de solicitud de BF. (Tabla I) fueron los procesos broncorreicos (32,89 %) y los episodios hemoptoicos (20 %). La neumonía fue indicación de BF. en

Figura 1.

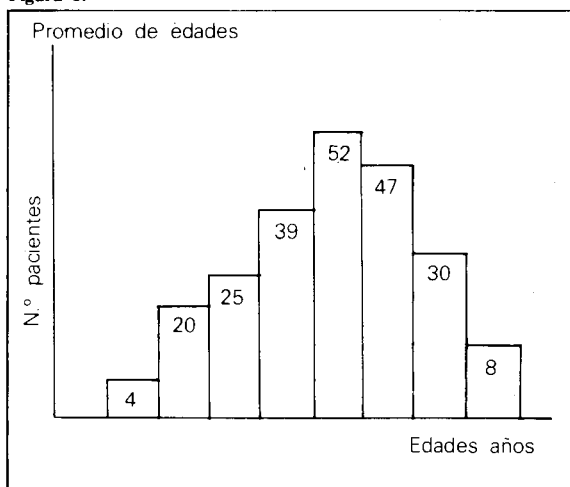


TABLA I

Indicaciones

	N.º	%
S. broncorreico	79	32,89
Hemoptisis	45	20
Derrame pleural	16	7,11
Nódulo solitario	5	2,22
Tos rebelde no justif.	18	8
Neumonías	28	12,44
Dolor torácico	16	7,10
Varios	14	6,21

TABLA II

Diagnósticos endoscópicos

	N.º	%
Normal	72	32
Inflamación difusa	31	13,77
Supuraciones localizadas	38	16,89
Formaciones blásticas	25	11,11
Broncomalacia	6	2,67
Compresión extrínseca	3	1,33
Distorsión bronquial	15	6,67

TABLA III

Resultados (B.A.S.: 200)

	N.º	%
Carcinoma escamoso	14	7
Adenocarcinoma	2	1
Carc. Células pequeñas	1	0,5
Hidatidosis pulmonar	1	0,5
Sin atipias celulares	182	91

TABLA IV

Biopsias bronquiales (40)	
Carcinoma escamoso	12
Carcinoma de células pequeñas	2
Adenocarcinoma	1
Sarcoidosis	1
Biopsias transbronquiales (4)	
Adenocarcinoma	1
Fibrosis pulmonar	1
Normal	1
No parénquima pulmonar	1

los casos de evolución atípica y en los pacientes de alto riesgo neoplásico. En nuestro medio debido al índice de polución atmosférica, se han considerado como tales los hombres mayores de 40 años y fumadores de un mínimo de 15 cigarrillos diarios. La visión broncoscópica, fue normal en 72 casos (32%), en 38 pacientes (16,89%) se evidenciaron supuraciones localizadas sugestivas de procesos bronquiectásicos y 25 (11,11%) eran portadores de procesos blásticos en forma de masa tumoral y/o imágenes sospechosas de infiltración neoplásicas.

En el resto de pacientes, se encontraron distorsiones bronquiales, compresión extrínseca y broncomalacia (Tabla II) se practicaron determinaciones citológicas del B.A.S. en todos los casos, y se hallaron: 14 carcinomas escamoso, 2 adenocarcinomas; y un oat-cell carcinoma y un caso de Hidatidosis pulmonar en paciente con imagen radiológica atípica (Tabla III).

De un total de 61 determinaciones de tinción de Ziehl y cultivo en medio de Lowenstein resultaron positivos 6 (9,84%) y 16 (26,23%) respectivamente.

Se efectuaron 40 biopsias bronquiales obteniéndose: 12 carcinomas escamosos, 2 oat-cell carcinoma, una adenocarcinoma y un caso de sarcoidosis endobronquial.

En las biopsias pulmonares transbronquiales practicadas los resultados fueron: 1 adenocarcinoma, 1 fibrosis pulmonar inespecífica, una biopsia normal, y un caso no se obtuvo parénquima (Tabla IV).

Las complicaciones de la practica de estas 225 B.F. fueron escasas y todas se resolvieron satisfactoriamente. Un caso de hemorragia de más de 50 cc. se cohibió con la técnica habitual de Zavala de aspiración continua sobre el bronquio sangrante y adoptando el decúbito lateral del mismo lado², un caso de insuficiencia respiratoria aguda que se resolvió espontáneamente a las 24-48 horas, sin necesidad de la administración de fármacos.

Discusión

Los resultados de este trabajo demuestran la posibilidad de realizar broncoscopias con excelentes garantías de eficacia en un hospital comarcal.

De todas formas es importante insistir, en que esta práctica presenta dos tipos de exigencias bien precisas. Por una parte el personal médico debe haber adquirido una experiencia suficiente en un centro hospitalario reconocido y debe poseer la habilidad técnica y disponibilidad material necesarias para las maniobras de reanimación básicas.

Por otra parte debe existir una conexión excelente con el centro donde deban practicarse los análisis citológicos y microbiológicos de las muestras endobronquiales; este aspecto puede plantear mayores dificultades pero nuestra experiencia nos demuestra que no son insalvables.

Cumplidos los requisitos anteriores este tipo de práctica médica representa unas ventajas indudables, aparte aliviar la saturación de los grandes centros hospitalarios, permite evitar el incómodo desplazamiento de los enfermos, el retraso en el diagnóstico y la pérdida inútil de horas de trabajo.



Resumen

Se presenta el estudio piloto del rendimiento de una unidad de broncología, integrada en el servicio respiratorio de un hospital subcomarcial de 120 camas, con una zona de influencia de 60.000 habitantes distante 15 km. de Barcelona y 10 de la capital de comarca, en un período de 12 meses se practicó broncoscopia en 225 enfermos, 184 ambulatorios y 61 hospitalizados, con una media de edad de 52 años. Se revisan los resultados según parámetros establecidos de (edad, sexo, indicación, visión broncoscópica y diagnóstica) y se relatan las ventajas en cuanto asistencia colectiva y los inconvenientes de la falta de servicios complementarios.

Summary

EXPERIENCE IN A DISTRICT HOSPITAL OF A UNIT OF BRONCHIAL ENDOSCOPY.

The authors present the pilot study of the performance of a unit of bronchology, integrated

in the respiratory service of a district hospital which has 120 beds, with a zone of influence of 60,000 inhabitants, 15 km. from Barcelona and 10 km. from the county seat. During a period of 12 months bronchoscopies were made for 225 patients, 184 outpatients and 61 hospitalized patients with an average age of 52 years old. The authors review the results according to the parameters established (age, sex, indication, bronchoscopic vision and diagnosis) and enumerate the advantages with respect to collective assistance and the disadvantages due to the lack of complementary services.

BIBLIOGRAFIA

1. IKEDA, S.: Atlas of flexible bronchofiberscopy. University Park Press, Baltimore, Londres, 1974.
2. ZAVALA, D. C.: Diagnostic fiberoptic bronchoscopy: Techniques and results of biopsy in 600 patients. *Chest*, 68: 12, 1975.
3. SACKNER, M. A.: Bronchofiberscopy. *Amer. Rev. resp. Dis.*, 111: 62, 1975.