

Sección bibliográfica

Oxígeno domiciliario

Petty, TL; Estopa, R. *Med. Clin.* 86. 543. 1986.

El oxígeno domiciliario continuo (O.D.C.) mejora la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con bronconeumopatía crónica obstructiva con hipoxemia. A esta conclusión llegan Petty y Estopa al revisar y analizar los principales estudios publicados al respecto. La supervivencia a los tres años de los BNCO con hipoxemia severa es del 25 %. Los que siguen ODC tienen una supervivencia del 60 %, mientras que los que la realizan de manera discontinua (12-15 horas/día) su supervivencia es del 35-40 %. El criterio básico de indicación ODC se establece tras una gasometría basal que refleje pO_2 menos de 55 mmHg con tratamiento médico correcto; o bien con hipoxemia no tan severa pero con signos de hipertensión arterial pulmonar, cor pulmonale, policitemia, edemas o disnea de reposo permanente. Es más discutible si falta la hipoxemia la indicación de ODC en: patología pulmonar intersticial difusa o en las neoplasias terminales. En España los costos mensuales de la ODC por persona se cifran en 12.000 pts. Es más elevado el costo en los países donde se dispone de oxígeno portátil. Este precio es el equivalente a tres bombonas de oxígeno semanales. Concentradores y extractores de O_2 pueden mejorar el rendimiento a costa de una inversión inicial superior, y sin olvidar que se trata de aparatos muy ruidosos. Se debe ser estricto en la indicación de ODC: 1- Debe ser hecha por un neumólogo. 2- El paciente o su familiar cercano debe conocer a la perfección el funcionamiento de la fuente de O_2 y su forma de administra-

ción. 3- La indicación debe ser confirmada a los tres meses y con posterioridad reafirmada cada año. 4- Resulta ideal la determinación de la saturación de O_2 con medidor cutáneo domiciliario. 5- En los pacientes que sigan fumando el beneficio de la ODC no está demostrado. Debe ser retirada la indicación. García Besada y cols. realizan un estudio en España sobre 247 pacientes con ODC concluyendo que el 49 % de las indicaciones estaban mal realizadas y sólo el 27 % de pacientes con ODC realizaban el tratamiento correctamente.

Jaime Orfila

Profilaxis antimicrobiana en cirugía

J. Buades I. Usandizaga
The Medical Letter 8.1.3. 1986

En *The Medical Letter* se publica una relación de las indicaciones profilácticas antibióticas en las distintas Especialidades Quirúrgicas. - Cirugía Vasculor Periférica: En la reconstrucción de la aorta abdominal o cirugía que implique una prótesis o incisión del pliegue inguinal, se recomienda CEFAZOLINA 1 gr. IM/IV, ya que los agentes patógenos más probables son: Staph. Aureus, Staph. Epidermidis o Bacilos Entéricos Gram Negativos. - Cirugía Ortopédica: Sustitución de la cadera, fijaciones internas con clavos, placas, tornillos... Se aconseja administración profiláctica de CEFAZOLINA 1 gr IM/IV o VANCOMICINA 1 gr IV., al ser los más frecuentes Staph. Aureus y Staph. Epidermidis. - Cirugía de Cabeza y Cuello: Se recomienda también CEFAZOLINA 1 gr IM/IV, debido a que el Staph. Aureus, los Estreptococos y Anaerobios orales son los microorga-

nismos patógenos probables. – Cirugía Gastroduodenal: La administración de 1 gr IM/IV de CEFAZOLINA en la fase preoperatoria puede reducir la frecuencia de infecciones postoperatorias producidas por bacilos entéricos gram negativos y cocos gram positivos. – Cirugía del Tracto Biliar: Está recomendada la profilaxis antimicrobiana en pacientes de alto riesgo mayores de 70 años, colecistitis aguda o coledocolitiasis. CEFAZOLINA 1 gr IM/IV. – Cirugía Colon-Rectal: Está en discusión si es mejor un tratamiento antibiótico oral con NEOMICINA y ERITROMICINA, 1 gr de cada una a la 1, 2 y 11h. p.m. del día antes de la intervención junto con una dieta y cataris adecuada. O bien la administración parenteral de CEFOXITINA 1 gr IV o CLINDAMICINA 600 mgrs. IV más GENTAMICINA 1,5 mgrs/kg y IM/IV. Algunos autores opinan que la administración conjunta de ambos tratamientos es mejor que la de cada uno por separado. – Apendicectomía: Se recomienda el empleo profiláctico de CEFOXITINA 1 gr. IV. – Histerectomías: Se aconseja el uso de CEFAZOLINA 1 gr. IM/IV profilácticamente. – Cesáreas: En las pacientes de alto riesgo (rotura prematura de membranas). Se administra 1 gr IV de CEFAZOLINA tras el pinzamiento del cordón umbilical. – Urología: La profilaxis antimicrobiana no está recomendada en pacientes con orina estéril. Los enfermos con urocultivos positivos deben ser tratados antes de la intervención. – En muchas de las pautas recomendadas se aconseja la CEFAZOLINA, ya que ofrece la ventaja de causar menos dolor vía intramuscular y poseer una vida media más larga. En la cirugía Colo-Rectal y en las Apendicectomías se emplea la CEFOXITINA. En los demás tipos de cirugía no existe razón alguna para emplear las Cefalosporinas de segunda generación.

Una nueva vacuna antibrucelósica

Masson P.H. Priesse Medicae 46. 2353. 1986

En 1984 se declararon en Francia 289 casos nuevos de brucelosis humana, aunque parece que la cifra real debe ser de 3 a 5 veces superior. Se considera que debe haber entre 800 y 1500 nuevos casos anuales.

En 1985 Massol anuncia una nueva vacuna brucelar P.I. Las vacunas hasta ahora existentes han resultado grandes fracasos. Esta nueva vacuna se administra por inyección, se repite a los 15 días y una nueva dosis de recuerdo a los 18 meses. No puede ser administrada más que a personas vírgenes de infección que no presenten alergia. Para estudiar dicha alergia se realiza un test brucelar P.I. intradérmico y sólo podrá administrarse la vacuna cuando este test es negativo a las 48 horas de aplicación.

Se indica esta vacuna a personas especialmente expuestas (cuidadores de animales, matarifes, veterinarios, empleados de industrias alimentarias y personal de laboratorio).

I. Usandizaga

Pancreatitis crónica

Palazón J.M.; García A.; Gómez A. y Carnicer F.; Gastroenterología y Hepatología 9. 21. 1986.

Palazón y colaboradores publican un estudio de 32 casos de Pancreatitis crónica. En este estudio el 90,6 % de los enfermos con pancreatitis crónica eran alcohólicos y en su mayoría

varones. El primer síntoma fue de dolor abdominal en el 79,3 %. En el 12,5 % el diagnóstico se realizó por el hallazgo de calcificaciones pancreáticas, se comprueba que en algunos casos en los que no se ven calcificaciones en la R.X. abdominal la enfermedad progresa, siendo las calcificaciones y la malabsorción los fenómenos evolutivos más frecuentes.

El 27,6 % de los enfermos presentaron manifestaciones de insuficiencia pancreática (malabsorción o diabetes). Apareció pseudoquistes en el 17,2 % y desapareció de forma espontánea en todos los pacientes menos uno que precisó cirugía. Hubo estenosis de la vía biliar en el 27,3 % y estenosis duodenal en el 16,6 %. Se encontró carcinoma de páncreas sólo en un caso.

I. Usandizaga