



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Artículo Original

Evolución de la utilidad de la videobroncoscopia flexible en el Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú.

Evolution of the utility of the flexible videobronchoscopy in the Hospital Regional Docente of Trujillo – Peru.

Luis Alejandro Rodríguez Hidalgo^{1,2,3}, Jorge Cornejo Portella^{4,5}, María Ysabel López Deza⁶

1 Doctor en Planificación y Gestión 2 Neumólogo CENEX TB “Luz Caviedes Rojas”- Hospital Regional Docente de Trujillo.

3 Profesor Asociado Facultad de Medicina Universidad Nacional de Trujillo 4 Médico Neumólogo CENEX TB “Luz Caviedes Rojas” - Hospital Regional Docente de Trujillo. 5 Profesor Auxiliar Facultad de Medicina Universidad Nacional de Trujillo

6 Médico Neumóloga del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Trujillo.

Citar como: Rodríguez-Hidalgo LA, Cornejo-Portella J, López-Deza MY. Evolución de la utilidad de la videobroncoscopia flexible en el Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú. Rev méd Trujillo 2018;13(1):5-8

Correspondencia: Luis Alejandro Rodríguez Hidalgo.
alejandrroh@outlook.com

Recibido el 15/12/17

Aceptado el 10/03/18

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la evolución de la utilidad de la videobroncoscopia flexible en el diagnóstico de las patologías neumológicas prevalentes en pacientes que acudieron al servicio de neumología del Hospital Regional Docente de Trujillo. Material y Métodos: El diseño fue descriptivo transversal, se tomó datos de los informes broncoscópicos realizados entre el 1° de Junio del 2011 al 31 de Diciembre del 2015. Resultados: Los principales hallazgos broncoscópicos informados entre el periodo 2011 al 2012 fueron: signos inflamatorios agudos (48,8%), signos de tumor maligno de pulmón (16,7%), signos inflamatorios crónicos (11,8%), ectasias bronquiales (8,3%); signos de sangrado (5,9%) y broncorrea (5%). Los principales hallazgos broncoscópicos informados entre el periodo 2013 al 2015 fueron: signos inflamatorios agudos (55,5%), signos de tumor maligno de pulmón (24,5%), signos inflamatorios crónicos (8,0%), ectasias bronquiales (3,9%) y signos de sangrado (2,4%). Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian el incremento progresivo de la importancia y utilidad de la videobroncoscopia flexible en el Hospital Regional Docente de Trujillo, elevando el nivel de diagnóstico de las enfermedades respiratorias.

Palabras Claves: broncoscopia, neumología, bronquiectasia (fuente: DeCS BIREME)

SUMMARY

Objective: To evaluate the evolution of usefulness flexible videobronchoscopy in the diagnosis of the pneumological pathologies prevalent in patients who attended the pneumology service of the Hospital Regional Docente of Trujillo. Material and Methods: The design was cross-sectional descriptive, data was taken from the bronchoscopic reports made between June 1, 2011 and December 31, 2015. Results: The main bronchoscopic findings reported between 2011 and 2012 were: acute inflammatory signs (48.8%), signs of malignant lung tumor (16.7%), chronic inflammatory signs (11.8%), bronchial ectasias (8.3%); signs of bleeding (5.9%) and bronchorrhea (5%). The main bronchoscopic findings reported between 2013 and 2015 were: acute inflammatory signs (55.5%), signs of malignant lung tumor (24.5%), chronic inflammatory signs (8.0%), bronchial ectasias (3.9%) and signs of bleeding (2.4%). Conclusions: The results they show the progressive increase in the importance and usefulness of flexible videobronchoscopy in the Hospital Regional Docente of Trujillo, raising the level of diagnosis of respiratory diseases.

Key words: bronchoscopy, pulmonology, bronchiectasis, (source: DeCS BIREME)

INTRODUCCIÓN

El avance de la tecnología para el diagnóstico de enfermedades broncopulmonares han dado como resultado el desarrollo de la broncofibroscopia; convirtiéndose en el procedimiento invasivo más usado en neumología (1-3).

La videobroncoscopia flexible (VBCF) es un procedimiento de alta tecnología que nos permite una exploración con pocas complicaciones la mayoría están asociadas a la toma de biopsias bronquiales y pulmonares, a la premedicación y a la anestesia tópica. Este procedimiento se indica principalmente para evaluar una lesión pulmonar indeterminada que aparece en las radiografías o tomografías del tórax para la valoración de la permeabilidad de las vías aéreas, investigación de la hemoptisis, verificación de lesiones nasofaríngeas o laríngeas, realización de biopsias de lesiones endobronquiales, y transbronquiales (3-9); para la extracción de secreciones retenidas, tapones y cuerpos extraños pequeños, también para la realización de intubaciones difíciles, estudios bioquímicos e inmunológicos sobre el material lavado bronquioalveolar, etc. (3, 8).

Involucrados en el avance tecnológico y en la mejoría de la capacidad resolutoria del servicio de neumología del Hospital Regional Docente de Trujillo se introdujo en Junio del 2011 la videobroncoscopia flexible (VBCF) que fue consolidándose progresivamente como una de las herramientas importantes en el manejo del paciente con patología respiratoria. El objetivo del presente estudio fue evaluar la evolución de su utilidad en el diagnóstico de las patologías neumológicas prevalentes en pacientes que acudieron a nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño fue descriptivo transversal, se tomó datos de los informes broncoscópicos realizados en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) de pacientes que acudieron por consultorios externos y hospitalizados del servicio de neumología, así como también de otros servicios y establecimientos de salud solicitantes o interconsultantes; entre el 1º de Junio del 2011 al 31 de Diciembre del 2015.

Se recabaron los informes de 787 videobroncoscopias diagnósticas con datos completos, constituyendo la población de estudio. Se dividieron en 2 grupos, el primero fueron los informes de las videobroncoscopias realizadas en el 2011 y 2012; periodo inicial de la implementación de la videobroncoscopia y el segundo grupo fueron los informes de las videobroncoscopias realizadas en el 2013, 2014 y 2015; periodo de consolidación de dicho procedimiento en el servicio de neumología del HRDT. Los procedimientos y los informes fueron realizados por médicos neumólogos con entrenamiento en broncoscopia o médico residente de neumología con asesoría del médico asistente del servicio.

Se sistematizó los datos en la hoja de cálculo Excel 2013. Se procedió al análisis estadístico con el método de frecuencias simples y porcentajes de la variable hallazgo broncoscópico principal, mediante el paquete de análisis estadístico para ciencias sociales SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences 21).

El protocolo de estudio fue aprobado por el comité de investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo.

RESULTADOS

Se obtuvo datos completos de 203 informes de 305 pacientes (66,5%) del periodo 2011-2012 y 584 informes de 604 pacientes (96,7%) del periodo 2013-2015.

Los ocho hallazgos broncoscópicos informados entre el periodo 2011 al 2012 se muestran en la tabla 1; correspondiendo los principales a signos inflamatorios agudos (48,8%), signos de tumor maligno de pulmón (16,7%), signos inflamatorios crónicos (11,8%), ectasias bronquiales (8,3%); signos de sangrado (5,9%) y broncorrea (5%).

Los veinticinco hallazgos broncoscópicos informados entre el periodo 2013 al 2015 se muestran en la tabla 2; correspondiendo los más frecuentes a signos inflamatorios agudos (55,5%), signos de tumor maligno de pulmón (24,5%), signos inflamatorios crónicos (8,0%), ectasias bronquiales (3,9%) y signos de sangrado (2,4%).

DISCUSIÓN

El uso del videobroncoscopio flexible se ha convertido en uno de los procedimientos diagnósticos más importantes de la patología bronquial y pulmonar.

Los datos nos muestran que hubo un incremento de cerca del 50% en la proporción de informes de las videobroncoscopias con datos completos, comparados entre el periodo 2011 y 2012 y el periodo 2013 al 2015, lo que demostraría una mejoría progresiva de la calidad de la información del procedimiento.

Además nuestros resultados muestran que los mayores hallazgos broncoscópicos fueron

signos inflamatorios agudos y crónicos, considerándose además a las ectasias bronquiales y broncorrea como secuelas de patologías crónicas como la bronquiectasia y ello se explicaría por una mayor incidencia de enfermedades infecciosas respiratorias en nuestra comunidad en el periodo de estudio. Las patologías pulmonares infecciosas tienen diferente riesgo específico para generar complicaciones como la hemoptisis y la bronquiectasia (10,11). Por ejemplo la conducta del *Mycobacterium tuberculosis* es altamente destructiva del parénquima pulmonar, muy diferente a la del neumococo que invade el acino y lo abandona sin causar mucho daño, en cambio el bacilo que produce la tuberculosis, de inicio hace estallar el espacio de aire, de allí la tendencia a formar rápidamente tejido cicatricial residual. Por otro lado la infección crónica de los bronquios con patógenos de difícil erradicación como la *pseudomona aeruginosa*; también explicarían en nuestra serie los hallazgos broncoscópicos compatibles con signos inflamatorios agudos y crónicos presentes en las dos etapas tanto de implementación como de consolidación de la videobroncoscopia en nuestra institución (12, 13).

Nuestro estudio nos muestra que no hay diferencias entre los cinco principales hallazgos broncoscópicos tales como: signos inflamatorios agudos, signos de tumor maligno de pulmón, signos inflamatorios crónicos, ectasias bronquiales y signos de sangrado; durante los dos periodos de tiempo estudiados, lo que demostraría la prevalencia sostenida de patologías infecciosas agudas y crónicas o sus secuelas en pacientes que acuden a nuestro hospital, similar a lo encontrado en otros estudios nacionales (10,14,15).

De otra parte el incremento significativo de hallazgos broncoscópicos informados en el

periodo 2013 al 2015 en comparación al periodo 2011 y 2012, estaría relacionado no solo al mayor número de pacientes que fueron sometidos a la videobroncoscopia diagnóstica, sino también a una mayor cobertura de patologías relacionadas con las vías respiratorias y del parénquima pulmonar; es ésta última fundamentación la que demostraría la evolución de la utilidad de la broncoscopia como método diagnóstico, al evidenciarse el avance de su aplicación en la práctica neumológica en nuestra institución; esto se alinea dentro de la mejora continua de la capacidad resolutoria de los neumólogos del Hospital Regional Docente de Trujillo que mediante el análisis de sus resultados buscan optimizar su rendimiento.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos evidencian el incremento progresivo de la importancia y utilidad de la videobroncoscopia flexible en el Hospital Regional Docente de Trujillo, elevando el nivel de diagnóstico de las enfermedades respiratorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno BE, Pérez TA. Evolución histórica en el centenario de la broncoscopia: pasado, presente y futuro. Arch Bronconeumol 1998; 34: 300-6.
2. Prakash UBS. Advances in Bronchoscopic Procedures. Chest 1999; 116: 1403-08.
3. Zavala DC. Broncoscopia fibróptica. El Hospital 1985; Oct/Nov: 7-12.
4. Kennedy JI. Overview of bronchoscopy. UpToDate 2000; Vol 8 N° 1
5. Kennedy JI. Flexible bronchoscopic equipment and procedures. UpToDate 1999; Vol 7 N° 3.
6. Doms C, Seijo L, Gasparini S, Trisolini R, Ninane V, Tournoy KG. Diagnostic bronchoscopy: state of the art. Eur Respir Rev [Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Dec 14];19(117):229-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956198>
7. Ikeda S. Atlas of Flexible Bronchofiberscopy. Baltimore, MD: University Park Press, 1974.
8. ATS guidelines: Clinical role of bronchoalveolar lavage in adults with pulmonary disease: I: Technical aspects and processing of specimens. UpToDate 2000; Vol 8 N°1
9. Masanés MJ, Legendre C, Lioret N, Saizy R, Lebeau B. Using Bronchoscopy and Biopsy to Diagnose Early Inhalation Injury Macroscopic and Histologic Findings. Chest. 1995; 107: 1365-69.
10. Contreras C, Jave O, Salas A. Causas de hemoptisis admitidos en el Hospital Dos de Mayo. Bol Soc Per Med Int. 2000; 13:85-89.
11. Uribe A, Uribe M, Peña A. Hallazgos endoscópicos en pacientes con bronquiectasias de una zona endémica de tuberculosis. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(2): 253-256.
12. Dheda K, Booth H, Huggett JF, Johnson MA, Zumla A, Rook GA. Lung remodeling in pulmonary tuberculosis. J Infect Dis. 2005; 192(7): 1201-10
13. Barlett JG, Management of Respiratory Tract Infections. Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
14. Rodríguez LA, Bonilla C, Guerreros A, Gutarra K, Herrera JM, Iberico C. Evaluación de la Broncofibroscopia flexible en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" Callao. Junio-Octubre 2000. Rev Soc Per Med Int. 2003; 16 (2): 84-92.
15. Rodríguez LA, Bonilla C, Guerreros A, Gutarra K, Herrera JM, Iberico C. Utilidad de la broncofibroscopia flexible en el diagnóstico de las causas de hemoptisis. Enf del Tórax. 2006; 50(1): 38-41.