

parte). Sin embargo, disponen de macros gratuitos que realizan esta función, si bien hay que apoyarse en personas que los conozcan y expertas en estadística, es decir, profesionales de la materia. Sólo hay un programa estadístico de índole general, llamado NCSS<sup>5</sup>, ciertamente de bastante facilidad de uso, que ofrece la posibilidad de llevar a cabo la técnica tradicional de KM, y también la de calcular incidencia acumulada y riesgos competitivos, es decir, calcular de forma separada la función de riesgo y de supervivencia referente al evento principal del estudio, y de los demás eventos que entran en competencia con él. Es posible que para los no profesionales de la estadística, sea la alternativa más aconsejable al famoso SPSS en este tema que tratamos.

V. Javier Escrig

Servicio de Cirugía. Hospital General de Castellón.  
Castellón de la Plana. España.

## Bibliografía

1. Prentice RL, Kalbfleisch JD. The analysis of failure times in the presence of competing risks. *Biometrics*. 1978;34:541-54.
2. Gooley TA, Leisenring W, Crowley J, Storer BE. Estimation of failure probabilities in the presence of competing risks: new representation of old estimators. *Statist Med*. 1999;18:695-706.
3. Satagopan JM, Ben-Porat L, Berwick M, Robson M, Kutler D, Auerbach AD. A note on competing risks in survival data analysis. *Br J Cancer*. 2004;91:1229-35.
4. Llorca J, Delgado-Rodríguez M. Análisis de supervivencia en presencia de riesgos competitivos: estimadores de la probabilidad de suceso. *Gac Sanit*. 2004;18:391-7.
5. Hintze J. NCSS and PASS. Number Cruncher Statistical Systems. Kaysville. Utah. Disponible en: [www.ncss.com](http://www.ncss.com)



Artículo 96.414

## La videocirugía en el tratamiento del neumotórax

Sr. Director:

Tras leer el artículo de Ferrer et al<sup>1</sup> publicado en su Revista nos gustaría realizar algunos comentarios sobre éste.

Los autores refieren realizar un seguimiento de los pacientes (incluida radiología) a la semana, al mes, al tercer mes, al año y posteriormente cada año.

Ignoramos la causa tan exhaustiva de seguimiento, así como la necesidad de control radiológico pasada la primera semana del alta hospitalaria pues, como sabemos, el neumotórax es una enfermedad aguda y, por tanto, imprevisible. Prolongar las revisiones más allá del alta médica no hace sino multiplicar las consultas con muy bajo rendimiento.

En cuanto al procedimiento quirúrgico, contrasta el hecho del tiempo de cirugía (30-175 min) con la práctica ausencia de complicaciones intraoperatorias y de conversiones a toracotomía. Aunque entendemos el lógico período de aprendizaje, tenemos la opinión de que es

preferible la conversión al hecho de prolongar el tiempo quirúrgico y los riesgos asociados a la videocirugía de forma desproporcionada.

En referencia al postoperatorio inmediato, los autores comentan que el dolor fue aceptable, ya que no se necesitaron analgésicos mayores, aunque en 91 casos fue necesario el uso de metamizol magnésico. Creemos que la analgesia es fundamental en las primeras 24-48 horas postoperatorias para facilitar la tos y la fisioterapia respiratoria, lo que favorecerá la adecuada reexpansión pulmonar y, por tanto, la síntesis pleural. En nuestro protocolo de cirugía videotoracoscópica en el neumotórax tenemos pautada la analgesia para evitar las molestias propias de la cirugía y facilitar la colaboración del paciente<sup>2</sup> desde el punto de vista respiratorio.

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, los autores comentan la reintervención por una fuga aérea al décimo día del postoperatorio, y el tratamiento del resto de pacientes con fugas mantenidas con drenaje (en 1 caso hasta 23 días).

Es un hecho aceptado entre los cirujanos torácicos<sup>3</sup> que se debe valorar la reintervención por fugas aéreas persistentes a partir del quinto día de la cirugía. Esperar más tiempo no hace sino reducir la pronta incorporación del paciente a su actividad diaria, finalidad del tratamiento de una enfermedad benigna en un sujeto joven<sup>4</sup>.

Los autores explican la colocación de 2 drenajes torácicos tras la cirugía. En nuestra experiencia, ello es excepcional y es suficiente la presencia de 1 drenaje apical. Los autores no comentan las ventajas de su protocolo frente a los que utilizamos 1 solo.

En el seguimiento postoperatorio, y de forma protocolizada, refieren pinzar los drenajes antes de su retirada. Tampoco explican las ventajas de dicho procedimiento cuando está aceptado que la ausencia de fuga es suficiente para retirarlos con seguridad<sup>5</sup>, agilizando así el alta, y de nuevo, evitando exploraciones radiológicas que podrían obviarse, al menos de forma sistemática.

Por último, señalaremos una discordancia en los datos, que no entendemos: los autores comentan que realizaron TVA de forma bilateral (4 simultáneamente y 8 en 2 tiempos). Sin embargo, en la tabla 1 señalan, como causa de cirugía, el neumotórax bilateral simultáneo en 1 caso y no simultáneo en 11 pacientes.

Jose M. Galbis-Caravajal y Jesús G. Sales-Badía

Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia. España.

## Bibliografía

1. Ferrer R, Costa D, Arroyo A, Serrano P, Fernández A, Sánchez A, et al. Cirugía toracoscópica videoassistida en el tratamiento del neumotórax espontáneo idiopático. *Cir Esp*. 2004;76:245-51.
2. Cardillo G, Faccioli F, Giunti R, Gasparini R, Logerpolo M, Orsetti R. Videothoracoscopic treatment of spontaneous pneumothorax: a 6 year experience. *Ann Thorac Surg*. 2000;69:357-62.
3. Rivas de Andrés JJ, Torres J, Torre M, Toubes E. Neumotórax. En: SEPAR. Manual de Neumología y Cirugía Torácica. Madrid: Editores Médicos SA; 1998. p. 1735.
4. Bauman MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J. Tratamiento del neumotórax espontáneo. *Chest*. 2001;119:590-602.
5. Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Mack M. Thoracoscopic stapled resection for spontaneous pneumothorax. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1993;105:389-93.