

Bibliografía

- Wilson RW, Gallateau-Salle F, Moran CA. Desmoid tumors of the pleura: A clinicopathologic mimic of localized fibrous tumor. *Mod Pathol*. 1999;12:9-14. PMID: 9950156.
- Doegge KW. Fibro-sarcoma of the mediastinum. *Ann Surg*. 1930;92:955-60. PMID: 17866430.
- Hohenforst-Schmidt W, Grapatsas K, Dahm M, Zarogoulidis P, Leivaditis V, Kotoulas C, et al. Solitary fibrous tumor: A center's experience and an overview of the symptomatology, the diagnostic and therapeutic procedures of this rare tumor. *Respir Med Case Reports*. 2017;21:99-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcr.2017.04.007>.
- Han G, Zhang Z, Shen X, Wang K, Zhao Y, He J, et al. Doegge-Potter syndrome. *Medicine* (Baltimore). 2017;96:e7417. <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000007417>.
- Takizawa I, Saito T, Kitamura Y, Arai K, Kawaguchi M, Takahashi K, et al. Primary solitary fibrous tumor (SFT) in the retroperitoneum. *Urol Oncol Semin Orig Investig*. 2008;26:254-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.urolonc.2007.03.024>.
- Avramenko A, Lahjibi-Paulet H, Gibault L, Roussel A, Grand B, le Pimpec-Barthes F. Doegge-Potter syndrome: Hypoglycaemic coma in a 90-year old due to a solitary fibrous tumour. *Age Ageing*. 2017;46:527-9. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw221>.
- Brozzetti S, D'Andrea N, Limiti MR, Pisanelli MC, de Angelis R, Cavallaro A. Clinical behavior of solitary fibrous tumors of the pleura. An immunohistochemical study. *Anticancer Res*. 2000;20:4701-6. PMID: 11205204.
- Gold JS, Antonescu CR, Hajdu C, Ferrone CR, Hussain M, Lewis JJ, et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. *Cancer*. 2002;94:1057-68. <http://dx.doi.org/10.1002/ncr.10328>.
- Kim DW, Na KJ, Yun JS, Song SY. Doegge-potter syndrome: A report of a histologically benign but clinically malignant case. *J Cardiothorac Surg*. 2017;12:64. <http://dx.doi.org/10.1186/s13019-017-0630-4>.
- Hosaka S, Katagiri H, Wasa J, Murata H, Takahashi M. Solitary fibrous tumor in the pelvis: Induced hypoglycemia associated with insulin-like growth factor II. *J Orthop Sci*. 2015;20:439-43. <http://dx.doi.org/10.1007/s00776-013-0462-6>.
- Kalebi AY, Hale MJ, Wong ML, Hoffman T, Murray J. Surgically cured hypoglycemia secondary to pleural solitary fibrous tumour: case report and update review on the Doegge-Potter syndrome. *J Cardiothorac Surg*. 2009;4:45. <http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-4-45>.
- Forster C, Roumy A, Gonzalez M. Solitary fibrous tumor of the pleura with Doegge-Potter syndrome: Second recurrence in a 93-year-old female. *SAGE Open Med Case Reports*. 2019;7. <http://dx.doi.org/10.1177/2050313X18823468>, 2050313X18823468.

Juan Diego Alvarez Mavarez^{a,*},
Manuel Angel Villanueva Montes^a,
Manuel Ricardo Rodríguez Seoane^a y Michelle Leung Shao^b

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^b Servicio de Cirugía torácica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juandiego06@hotmail.com
(J.D. Alvarez Mavarez).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.04.005>
0300-2896/

© 2019 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿En qué momento deberíamos medir la autoeficacia para ayudar a dejar de fumar?



When Should We Measure Self-Efficacy as an Aid to Smoking Cessation?

Estimado Director:

Con el fin de mejorar las intervenciones para ayudar a dejar de fumar (DF) es necesario entender mejor las múltiples facetas que componen esta adicción y qué factores se esconden tras las recaídas^{1,2}. La autoeficacia (AE), entendida como la creencia de una persona en su capacidad de tener éxito en una situación particular, se ha asociado de manera fiable a la abstinencia y la recaída tabáquica, por lo tanto, es una diana de importancia en las intervenciones tabáquicas^{3,4}. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la asociación entre AE, medida en la visita basal, y la abstinencia medida a los 12 meses.

Para ello realizamos un estudio observacional y multicéntrico de pacientes consecutivos que acudieron a consultas de tabaquismo para DF entre octubre de 2014 y octubre de 2015. Fueron recogidas variables demográficas y de estatus de fumador. La AE fue valorada a partir de 2 preguntas incluidas en los cuestionarios de motivación para DF de Richmond y de Khijji-Watts⁵ (tabla 1). El análisis estadístico fue descriptivo y se llevó a cabo con el programa IBM SPSS 20.0 para Windows. Para valorar la asociación entre la AE y la variable resultado (éxito o fracaso en DF) se construyeron modelos de regresión logística con la variable resultado como variable dependiente, la variable AE como variable independiente y el resto de las variables como variables de control y ajuste. Se consideró como nivel de significación estadística un valor de $p < 0,05$.

El estudio incluyó a 275 sujetos, 130 varones (47,3%), con una edad media global de 51,2 años (DE 10,7). Del total, un 53,5% (147 sujetos) tuvo éxito en DF. La media de los diferentes test de motivación utilizados fue: Escala analógica visual 8 (1,9), cuestionario de Richmond 7,9 (1,5), test del Hospital Henry Mondor 13

(2,7) y el de Khijji-Watts de 11,4 (2,5). La media del grado de dependencia global, medido por el test de Fagerström (FTCD), fue de 5,9 (2,2), sin diferencias de grado de dependencia entre los que dejaron de fumar (media 5,9 y DE 2,2) y los que fracasaron en el intento (media 5,9 y DE 2,4). No hemos encontrado diferencias significativas entre los que tuvieron éxito al DF frente a los que no lo consiguieron en ninguna de las variables analizadas: cuantitativas (edad, edad de inicio, consumo diario de cigarrillos, número de años fumados, consumo acumulado en años-paquete, número de intentos previos de abandono, cuestionarios de motivación y FTCD), y cualitativas (sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) salvo en el nivel de estudios, en el que aquellos con estudios secundarios tuvieron un 17,1% (IC 95%: 4,8-29,4%; $p = 0,004$) más de éxitos mientras que aquellos con estudios universitarios tuvieron un 12,4% (IC 95%: 0,7-24,0%; $p = 0,026$) más de fracasos. No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre la AE y la variable resultado (tabla 1) en ninguno de los modelos de regresión logística posibles construidos, considerada la variable AE tanto cualitativa como cuantitativa, y controlando por sexo, edad, consumo diario de cigarrillos, número de años fumados, número de intentos previos de abandono, FTCD y nivel de estudios. Tampoco hemos encontrado, en el análisis multivariante, diferencias entre hombres y mujeres en la asociación entre AE y la variable resultado. La dependencia al cigarrillo medida por el FTCD no se asoció a la probabilidad de DF. Concluimos que ni la AE ni el grado de dependencia fueron predictoras de la probabilidad de éxito o fracaso en DF, solamente la variable nivel de estudios mostró asociación estadísticamente significativa con el resultado de DF.

El hallazgo más importante de nuestro trabajo ha sido que no hemos encontrado asociación entre la autoeficacia y la abstinencia tabáquica. Gwaltney et al.³ encontraron que la AE es un predictor pobre de abstinencia cuando esta es medida antes de realizar un intento de DF (como ocurre en nuestro trabajo) y que la asociación es algo más robusta al medirla tras el día «D». La AE varía en su capacidad para predecir abstinencia en función del tiempo^{3,6}: su asociación con la abstinencia es más probable cuando es medida

Tabla 1

Distribución de frecuencias de las categorías de las preguntas 4 del test de Richmond y 3 del test de Khwiji-Watts en función de la variable resultado y comparación entre éxito y fracaso

Variable	Serie global N (%)	Resultado		p
		Fracaso	Éxito	
<i>Pregunta 4 del test de Richmond: ¿Cabe la posibilidad de ser un no fumador en los próximos 6 meses? (N=274)</i>				
Definitivamente no/quizás ^a	52 (19,0)	19 (15,0)	33 (22,4)	0,255
Sí	134 (48,9)	67 (52,8)	67 (45,6)	
Definitivamente sí	88 (32,1)	41 (32,3)	47 (32,0)	0,115
Definitivamente no/quizás	52 (19,0)	19 (15,0)	33 (22,4)	
Sí/definitivamente Sí	222 (81,0)	108 (85,0)	114 (77,6)	
<i>Pregunta 3 del test de Khwiji-Watts: ¿Qué probabilidades de éxito concedería Ud. si intentara dejarlo? (N=275)</i>				
Dudosas	27 (9,8)	17 (13,3)	10 (6,8)	0,188
Medias	109 (39,6)	50 (39,1)	59 (40,0)	
Grandes	139 (50,5)	61 (47,7)	78 (53,1)	0,371
Dudosas/medias	136 (49,5)	67 (52,3)	69 (46,9)	
Grandes	139 (50,5)	61 (47,7)	78 (53,1)	

N: tamaño muestral; p: grado de significación.

^a Las categorías definitivamente no y quizás se agruparon, dado el escaso número de efectivos de la primera categoría.

a la semana del día «D»³, pero esta relación se debilita cuando se mide más adelante en el tiempo, es decir, la AE predice mejor una conducta proximal³. Muchos de los fumadores que dejan de fumar presentan caídas y recaídas en su intento de abstinencia; por ello, la AE fluctúa a la baja en dichos episodios, y se ha encontrado una asociación bidireccional entre el grado de AE al inicio y el tiempo hasta la primera caída: una disminución significativa en el grado de AE se sigue de una vuelta al consumo y viceversa^{4,7-9}. Si la asociación entre la AE y la abstinencia es solamente modesta, es improbable que aumentar la intervención sobre la AE tenga un impacto sustancial en la abstinencia final, pues se modifica claramente en respuesta al consumo de tabaco y predice mejor una conducta proximal^{3,10}. En efecto, la AE se correlaciona de forma positiva con el éxito en el mantenimiento de la abstinencia, pero de forma negativa con los intentos de abandono¹¹. La propia seguridad del «puedo dejarlo cuando quiera» lleva a aplazar la decisión de DF^{11,12}.

En nuestro estudio la única variable que demostró asociación con la abstinencia al año fue el nivel de estudios: aquellos con estudios secundarios presentaron mayores posibilidades de DF al compararlos con el nivel de estudios básico y universitario. En general, no existe unanimidad al considerar que esta variable predice mejor la abstinencia. Nerín et al.¹³ encontraron, en una población española de fumadores que aquellos con estudios básicos presentaban mayores tasas de abstinencia que aquellos con niveles medios o superiores, aunque sin significación estadística. Hymowitz et al.¹⁴ no encontraron diferencias según el tiempo acumulado de estudios; en cambio, Diemert et al.¹⁵ observaron que aquellos con un nivel de estudios bajo hacían más intentos por DF y aquellos con un nivel de estudios alto conseguían mejores tasas de abstinencia, como ya habían comunicado Holm et al.¹⁶ y Walker et al.¹⁷.

Nuestro trabajo presenta varias limitaciones: 1) No hemos utilizado escalas específicas de medición de AE; 2) el estudio podría no disponer de suficiente fuerza estadística para identificar diferencias; 3) nuestros hallazgos han sido recogidos de fumadores que acuden voluntariamente a nuestras consultas para DF, por lo tanto, podrían ser sujetos con una mayor motivación; 4) los test se realizaron en escenarios y localizaciones diferentes, lo que podría no reflejar lo que pasaría si los test se hubiesen administrado a la población general fumadora y 5) el uso de cuestionarios en pacientes puede llevar a resultados que no son siempre precisos. Toda esta variabilidad podría llevar a diferentes resultados.

No hemos podido demostrar que la AE previa a la cesación tenga asociación predictiva con el éxito o fracaso en DF. Pensamos, pues, que la AE debería medirse tras la cesación tabáquica cuando está basada en la propia ejecución exitosa.

Financiación

Financiado mediante beca SEPAR 2013.

Conflicto de intereses

JIG-O ha recibido honorarios por ponencias, participación en estudios clínicos y publicaciones de (orden alfabético): AstraZeneca, Esteve, Gebro, Menarini, Pfizer y Rovi. CJ-R ha recibido honorarios por ponencias, participación en estudios clínicos y publicaciones de (orden alfabético): Esteve, Gebro, Menarini y Pfizer. LL-A ha recibido honorarios por ponencias, participación en estudios clínicos y publicaciones de (orden alfabético): AstraZeneca, Boehringer, Chiesi, Esteve, Ferrer, Grifols, GSK, Menarini, Novartis y Pfizer. SS-R ha recibido honorarios por ponencias, participación en estudios clínicos y publicaciones de (orden alfabético): Boehringer, Esteve, Pfizer y Sandoz. El resto de los autores no presenta conflicto de intereses.

Bibliografía

- West R. ABC of smoking cessation. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;328:338-9.
- West R. The multiple facets of cigarette addiction and what they mean for encouraging and helping smokers to stop. *COPD*. 2009;6:277-83.
- Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychol Addict Behav*. 2009 Mar;23:56-66. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013529>.
- Clyde M, Pipe A, Reid R, Els C, Tulloch H. A bidirectional path analysis model of smoking cessation self-efficacy and concurrent smoking status: Impact on abstinence outcomes. *Addict Biol*. 2018 Aug 8. <http://dx.doi.org/10.1111/adb.12647>.
- Granda-Orive JI, Pascual-Lledó JF, Asensio-Sánchez S, Solano-Reina S, García-Rueda M, Martínez-Muñiz M.Á., et al. Is there an association between the degree of nicotine dependence and the motivation to stop smoking? *Arch Bronconeumol*. 2018 Oct 10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2018.08.003>, pii: S0300-2896(18)30321-1.
- Taniguchi C, Tanaka H, Saka H, Oze I, Tachibana K, Nozaki Y, et al. Changes in self-efficacy associated with success in quitting smoking in participants in Japanese smoking cessation therapy. *Int J Nurs Pract*. 2018 Aug;24:e12647. <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12647>.
- Gwaltney CJ, Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA. Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: prediction of smoking lapse and relapse. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:661-75. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.114.4.661>.
- Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. *J Pers*. 2005;73:1715-48. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0022-3506.2005.00364.x>.
- Perkins KA, Parzynski C, Mercincavage M, Conklin CA, Fonte CA. Is self-efficacy for smoking abstinence a cause of, or a reflection on, smoking behavior change? *Exp Clin Psychopharmacol*. 2012;20:56-62. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025482>.
- Spaulding A, Haley DR, Zhao M. Highly self-efficacious or simply delusional? *Int J Health Sci*. 2014;2:01-17 [consultado 12 de enero de 2019]. Disponible en: http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol.2.No.1_March_2014/1.pdf.
- Moreno Arnedillo JJ, Herrero García de Osma F. Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*. 2000;12:329-41.

12. Hughes JR, Naud S. Perceived role of motivation and self-efficacy in smoking cessation: A secondary data analysis. *Addict Behav.* 2016;61:58-61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.05.010>.
13. Nerín I, Novella P, Cruzelaegui A, Beamonte A, Sobradie N, Gargallo P. Factores predictores de éxito a lo 6 meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:558-62.
14. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control.* 1997;6 2 Suppl:S57-62.
15. Diemert LM, Bondy SJ, Brown KS, Manske S. Young adult smoking cessation: Predictors of quit attempts and abstinence. *Am J Public Health.* 2013;103:449-53.
16. Holm M, Schiöler L, Andersson E, Forsberg B, Gislason T, Janson C, et al. Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Resp Med.* 2017;132:164-9.
17. Walker JF, Loprinz PD. Longitudinal examination of predictors of smoking cessation in a national sample of U.S. adolescent and young adult smokers. *Nicotine Res Tob.* 2014;16:820-7.

José Ignacio de Granda-Orive^{a,*},
 José Francisco Pascual-Lledó^b, Segismundo Solano-Reina^c,
 Santos Asensio-Sánchez^b, Marcos García-Rueda^d,
 Manuel Ángel Martínez-Muñoz^e, Lourdes Lázaro-Asegurado^f,
 Susana Luhnig^g, Daniel Bujulbasich^h, Rogelio Pendino^h,
 Isabel Cienfuegos-Agustín^a y Carlos A. Jiménez-Ruizⁱ

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Servicio de Neumología, Hospital Carlos Haya, Málaga, España

^e Servicio de Neumología, Hospital San Agustín, Avilés (Asturias), España

^f Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^g Instituto Médico Humana, Centro Asistencial de Consulta Externa, Córdoba, República Argentina

^h Servicio de Neumología, Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Centro Médico IPAM, Rosario, República Argentina

ⁱ Unidad Especializada de Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igo01m@gmail.com (J.I. de Granda-Orive).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.04.015>

0300-2896/

© 2019 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Insuficiencia respiratoria secundaria a fístula pancreático-torácica



Respiratory Failure Due to Pancreatic-Thoracic Fistula

Estimado Director:

La fístula pancreático-torácica (FPT) es una complicación muy poco frecuente de la pancreatitis crónica o del trauma pancreático. Presentamos el caso de un enfermo que presentó dicha complicación y que le ocasionó insuficiencia respiratoria grave.

Varón de 46 años, con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, EPOC tipo enfisematosa y pancreatitis crónica con seudoquistes pancreático, que requirió drenaje percutáneo 5 meses antes del ingreso que describimos.

Fue llevado a urgencias de un centro hospitalario por el servicio de emergencias extra-hospitalario en situación de insuficiencia respiratoria hipoxémica grave y obnubilación concomitante. En la radiografía de tórax se apreció un patrón alvéolo intersticial en todo el campo pulmonar derecho y pulmón blanco izquierdo, con desviación de la tráquea hacia la derecha, sugestivo de derrame pleural masivo. Se realizó intubación orotraqueal, tras la cual se colocó un drenaje pleural izquierdo. El paciente persistió con insuficiencia respiratoria grave, apreciándose un patrón alvéolo intersticial bilateral con una imagen de neumotórax izquierdo. Este último, probablemente en relación con la poca distensibilidad pulmonar y la ventilación mecánica. Tras ello se procedió a colocación de otro drenaje pleural izquierdo sin obtener mejoría. Se derivó al paciente a nuestro centro. La bioquímica del líquido pleural fue: glucosa 181 mg/dl, proteína de 3 g/dl, LDH 528 UI/l y amilasa 14.106 UI/l. Los resultados microbiológicos de los cultivos (líquido pleural, aspirado traqueal, sangre, orina) fueron negativos. Tras estos resultados, se planteó la posibilidad de FPT. No se observó signos de insuficiencia cardíaca, y la ecocardiografía no apreció alteraciones; así mismo, no presentó afectación de otros órganos, ni respuesta inflamatoria sistémica. Se colocó un tercer drenaje pleural con cierta reducción del neumotórax. Tras ello, el paciente presentó mejoría progresiva, con desaparición del infiltrado alvéolo-intersticial y fue destetado de la ventilación mecánica tras 9 días de estancia en medicina intensiva. Tras ello, se realizó una tomografía computarizada de tórax y abdo-

men en la que se demostró la FPT (figs. 1 y 2). Posteriormente, el paciente pudo ser dado de alta a domicilio.

La FPT es causada por una disrupción del conducto pancreático, que conduce a la salida de secreciones pancreáticas al tórax, a través del hiato aórtico o esofágico¹, provocando un seudoquiste mediastínico^{2,3}, una fístula pancreático-bronquial, una fístula pancreático-pericardial⁴ o una fístula pancreático-pleural⁵. La mayoría de los casos de FPT son causados por pancreatitis crónicas. El caso descrito se trata de una fístula pancreático-pleural. Para el diagnóstico se utiliza la tomografía computarizada⁶, la resonancia magnética, la colangiopancreatografía por resonancia magnética y la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. Siendo estas 2 últimas más precisas para localizar el lugar de disrupción. El abordaje terapéutico, además de la suspensión de la dieta enteral y la administración de somatostatina o octreotide, incluye la colocación de un *stent* pancreático por vía endoscópica o mediante sutura de la disrupción en cirugía abierta y, por último, el tratamiento conservador⁷. Este último fue el tratamiento que se utilizó en nuestro caso, con resultado clínico favorable, y que consistió fundamentalmente en drenar el líquido pleural. Decidimos el tra-



Figura 1. TC con contraste intravenoso (en plano axial), que muestra una colección líquida de morfología ovalada, de paredes bien delimitadas (estrella), en localización retrogástrica que se comunica (flecha gruesa) con un derrame pleural izquierdo (cabeza de flecha).