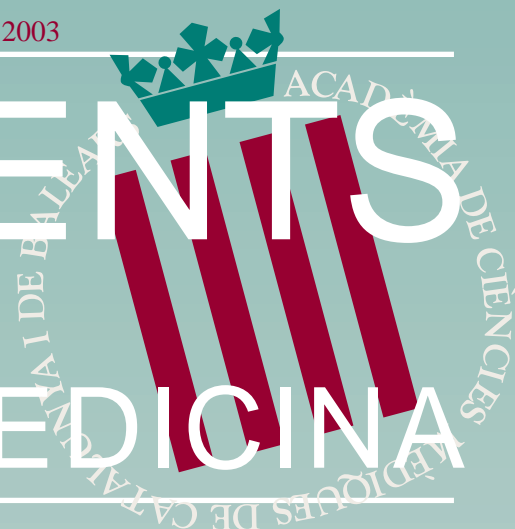


VOLUM 86 SUPLEMENTS 1 ABRIL 2003

SUPLEMENTS

dels

ANNALS DE MEDICINA



XXI DIADA

PNEUMOLÒGICA

DE LA SOCIETAT CATALANA DE PNEUMOLOGIA

Barcelona, 11 i 12 d'abril de 2003



PUBLICACIÓ DE L'ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES DE CATALUNYA I DE BALEARS



FUNDACIÓ ACADÈMIA DE
CIÈNCIES MÈDIQUES DE
CATALUNYA I DE BALEARS



Raó d'ésser: *Annals de Medicina* pretén ser, principalment, un vehicle de formació i comunicació entre els socis de l'Acadèmia, i entre aquests i l'entorn social i sanitari més proper. Per això, posarà un èmfasi especial en els aspectes de formació continuada, de divulgació, de debat, de síntesi, d'ètica, d'interdisciplinarietat i de sensibilitat sanitàries que més i millor poden ajudar a assolir aquells objectius. *Annals* ha de reflectir l'esperit plural, i obert i independent de l'Acadèmia i alhora ha de contribuir a impulsar els objectius històrics pels quals aquesta institució es va crear i que la justifiquen.

Consell Directiu

Josep Antoni Bombí
Joaquim Bonal
Àlvar Net
Josep M. Carrera
Blanca Farrús
Melcior Sentís

Director: Xavier Bonfill

Consell Editorial

Carina Abelló
Joan Aixàs
Jordi Almirall
Salvador Altimir
Joan Altimiras
Agustí Álvarez
Assumpta Amat
Salvador Armengol
Joaquim Arumí
Joan Ballesta
Santiago Barambio
Miquel Barnadas
Rafael Blesa
Jaume Boix
Marc Antoni Broggi
Marc Antoni Cairòs
Domènec Campillo
Carme Campo
Emili Canalis
Josep Cañete
José A. Carceller
Josep Manuel Casanova
Manuel Chanovas
Antonio Coca
Josep Cucurull
Antonio de Udaeta
Antoni-Josep Farré
Josep Farrés
Laureà Fernández-Cruz
Josep Font
Joan Fort
Manuel Fraile
Joan Grau
Abelardo Guarner
Mercè Gurgui
Carles Hervás
Albert J. Lorda
Miquel Lozano
Roc Lucas
Esteve Llargues
Miquel Maresma

Carles Margarit
Gabriel Martí
Martí Martí
Jaume Martorell
Xavier Matías-Guiu
Josep Maria Mauri
Joan Molet
Alfons Moral
Isabel Moreno
Ramon Morera
Santiago Nevot
Benet Nomdedeu
Ramon Olivé
Albert Pagès
Josefa M. Panisello
Josefina Pérez
Joan Piñol
Anna Maria Pita
Ramon Planas
Neus Potau
Ramon Pujol
Rosa Maria Quintana
Wifredo Ricart
Maria Neus Riera
Miquel Roca
Ismael Roldán
Juan Ruiz
F. Xavier Ruiz
Josep Maria Saló
Àngel Sánchez
J. M. Sánchez
Anna Sanmartí
Gemma Sans
Ginés Sanz
Emili Saura
Mateu Seguí
Rafael Sentandreu
Manuel Solé
Xavier Tena
Fernando Tonetta
Pilar Torre
Marta Torrens
Josep Trapé
Jordi Trelis
Rosario Vacas
Joan Antoni Vanrell
Antoni Vernet
Àngel Vidal
Pere Vila
Josep Vilanova
Josep A. Viñuela
Manuel Wilke

Secretaria i correspondència:

Annals de Medicina
Passeig de la Bonanova 51 - 08017 Barcelona
Tel. 93 212 38 95 - Fax 93 418 87 29
Adreça electrònica: acm@acmcb.es
Pàgina web: <http://www.acmcb.es>

Coordinadora editorial:

Marta Gorgues
Casa de Convalescència, 4a pl.
Sant Antoni M. Claret, 171 - 08041 Barcelona
Tel. 93 433 50 70 - Fax 93 291 95 25
Adreça electrònica: mgorgues@hsp.santpau.es

Consultora lingüística i d'estil:

Elena Guardiola

Distribució

Annals es distribueix gratuïtament als socis de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. A més, es pot consultar íntegrament a la seva pàgina web: <http://www.acmcb.es>

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin inserir algun anunci a *Annals* poden contactar directament amb la Secretaria de l'Acadèmia.

Informació Editorial

Annals publicarà bàsicament els treballs que hagi encarregat als autors corresponents. Tot i això, valorarà la pertinença dels manuscrits que li facin arribar sempre i quan s'ajustin a les característiques i necessitats de cada secció. La secció Epistolari està oberta a rebre, per correu ordinari o electrònic, qualsevol comentari, suggeriment o observació relacionats amb el tema tractat de manera directa o indirecta a la revista.

Els *Suplements dels Annals* estan oberts a les societats i filials de l'Acadèmia que vulguin publicar el contingut de les seves jornades, diades, congressos, etc., respectant els criteris establerts.

Publicació autoritzada pel Ministeri de Sanitat com a Suport Vàlid
Reg. Gral. 16-3-78, núm. 6.986
Dipòsit legal: B. 1514-1958
ISSN-0210-7465
Impress a Gràfiques GISPERT, S.A. - La Bisbal

XXI DIADA PNEUMOLÒGICA

Barcelona, 11 i 12 d'abril de 2003

COMITÈ D'HONOR

Hble. Senyor JORDI PUJOL i SOLEY

President de la Generalitat de Catalunya

Hble. Senyor XAVIER POMÉS i AVELLA

Conseller de Sanitat i Seguretat Social

Excm. Senyor Alcalde JOAN CLOS i MATHEU

Ajuntament de Barcelona

Dr. SALVADOR DOY PERICAS

Sots-director del Servei Català de la Salut

JUNTA DIRECTIVA SOCAP

President	Joan Ruiz
Vice-president	Rosa Güell
Secretari	Xavier Muñoz
Tresorer	Carles Agustí
Vocals	Maria Luisa de Souza Antonio Rosell
Vocal del grup d'infermeria i fisioteràpia	Vinyet Casolivé

COMITÈ ORGANITZADOR

Director	Antonio Roman
Secretaris	Xavier Muñoz Víctor Monforte
Vocals	Carles Bravo Mercedes Canela Jaume Ferrer Javier de Gracia Antonio Moreno Gabriel Sampol Joan Solé
Directora d'infermeria i fisioteràpia	Mercedes Catalán

COMITÈ CIENTÍFIC

MÈDIC

Joan Ruiz

Rosa Güell

Xavier Muñoz

Carles Agustí

María Luisa de Souza

Antonio Rosell

Víctor Curull

Enric Prat

Miquel Gallego

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Carmen Hernández

Montserrat Rivalta

Inmaculada Castillo

Fàtima Morante

Lourdes Campo

Teresa Codinach

Secretaria tècnica: MIZAR TRAVEL

Ganduxer, 5, local 16 - 08021 Barcelona - Tel. 93 362 44 90 - Fax: 93 362 44 91

mizar@mizar-travel.com

SEU DE LA DIADA

Universitat Pompeu Fabra

Àgora Jordi Rubió i Balaguer

Carrer Ramon Trias Fargas, 25-27 - Tel.: 93 542 17 38

08005 BARCELONA

SALUTACIÓ

Benvolguts associades i associats, amb la present Diada finalitza la meva etapa com a president de la SOCAP. Certament han estat quatre anys d'intensa activitat, de satisfaccions per les fites aconseguides i, òbviament, de desencís pels objectius que no hem pogut assolir.

Pel que fa a la XXI Diada, estem segurs que serà tot un èxit, tant pel que fa als aspectes científics com els socials i també per l'entorn que han triat per dur-la a terme. És fàcil fer aquesta predicció donada l'anticipació, la dedicació i la professionalitat amb la que ha treballat el comitè organitzador. Gràcies al director, Antonio Roman, al seu equip i a la Mercedes Catalán, directora d'infermeria i fisioteràpia. Gràcies de tot cor.

Abans de fer un repàs del meu període de presidència, vull agrair molt sincerament a tots els membres de la Junta la seva generosa col·laboració i recolzament (X. de Gracia, J. Serra, S. Bardagí, P. Lloberes, C. Agustí, R. Güell, X. Muñoz, M. de Souza, A. Rosell, M. Sengenís i V. Casolivé). Crec que hem aconseguit convertir la Junta en un grup d'amics amb ganes de treballar per la millora de la pneumologia catalana i que, en part, ho hem aconseguit. També he d'agrair l'ajut de les dues secretàries que he tingut en aquest mandat, ambdues "Carmen" han fet fàcils i agradables les feines administratives. Per suposat, no em vull oblidar dels organitzadors de les Diades, del personal administratiu de l'Acadèmia i de la indústria farmacèutica i d'aparells de medicina. A tos ells, gràcies.

Pel que fa a gestió, al meu entendre, destacaria que hem aconseguit que la SOCAP tingui solvència econòmica a partir de la millora de resultats de les Diades. Això ens ha permès augmentar el nombre de beques i ajuts pels associats i disposar d'un gabinet de premsa propi, que ha donat difusió a les nostres activitats. La modificació dels estatuts per poder acollir les infermeres i fisioterapeutes va ésser un fet que tots desitjàvem. Ara ens queda la tasca de potenciar la seva integració. La lluita contra el tabaquisme ha tingut un protagonisme constant en aquesta etapa; en aquest sentit, remarcaria la creació del grup de tabaquisme i l'acord de cooperació amb l'Associació Catalana contra el Càncer. Els diferents cursos SOCAP, els dels residents inclosos, han tingut força èxit. També estem contents de la creació de la web de la SOCAP, encara que no està del tot desenvolupada. Respecte a les relacions amb l'Administració, en concret amb CATSALUT, hem participat activament en el nou decret del DOG on es regulen les prestacions de tècniques de teràpia respiratòria domiciliària (oxigen, VMNI, CPAP i nebulitzadors). Els pneumòlegs seran els protagonistes en aquests temes. Però, sens dubte, la gran fita aconseguida ha estat la Marató de TV3 per a les malalties respiratòries cròniques que tindrà lloc el desembre de 2003. Aquest va ésser el primer objectiu de l'actual junta i, finalment, l'hem assolit. Felicitacions per a tothom.

Reflexionant sobre aspectes negatius, voldria destacar les dificultats per aconseguir major participació en les reunions dels grups de treball, l'escassa participació dels residents i també de les infermeres i fisioterapeutes. Aquest és un repte que hem de passar a la propera junta.

Per acabar, a banda de tornar a donar les gràcies per totes les ajudes i facilitats que he rebut durant la meva tasca de president, vull demanar disculpes pels errors i les omissions involuntàries que hagi pogut tenir.

Salut per a tothom i no a la violència

Joan Ruiz Manzano

President SOCAP 1999-2003

PRESENTACIÓ

Benvolguts companys/benvolgudes companyes,

Com molt bé sabeu, la Diada Pneumològica és el punt de trobada anual de tots els que ens dediquem a la pneumologia en el nostre país.

Enguany, la 21a edició tindrà com a seu Barcelona, on ens acollirà la **Universitat Pompeu Fabra**, cosa que sens dubte afavorirà el clima de participació i debat que tots esperem.

Pensem que la Diada ha d'ésser el mirall i el recull de les inquietuds científiques dels membres de la nostra Societat i estem convençuts que aquesta edició acomplirà amb escreix les expectatives que tots hi tenim posades, com promet l'alt nivell científic de les comunicacions que hi seran presentades.

Amb aquest esperit llancem el tret de sortida de la "**fiesta de la pneumologia catalana**", no sense oblidar-nos d'agrair la dedicació de totes aquelles persones i empreses que han fet possible que la XXI Diada sigui una realitat.

Antoni Roman i Broto

Director de la XXI Diada Pneumològica

PROGRAMA METGES

Divendres, 11 d'abril de 2003

- 08.30 - 09.00 h.** LLIURAMENT DE DOCUMENTACIÓ
- 09.00 - 09.30 h.** INAUGURACIÓ OFICIAL DE LA DIADA
HOMENATGE AL DOCTOR GERARD MANRESA
- 09.30 - 11.30 h.** TAULA RODONA
Assistent al pacient amb malaltia respiratòria avançada
Moderadors : Dr. CARLOS SANJUAS, Dr. JOSEP MORERA
- 09.30 - 09.45 h.** ***Abordatge global del pacient respiratori avançat.***
Punt de vista del metge.
Dra. ROSA GÜELL
- 09.45 - 10.00 h.** ***Abordatge del pacient respiratori avançat.***
Punt de vista de la infermera.
Sra. CARMEN HERNÁNDEZ. *D.I.*
- 10.00 - 10.15 h.** ***La fisioterapeuta i el pacient respiratori avançat.***
Sra. GINA MATEU. *D.F.*
- 10.15 - 10.30 h.** ***La ventilació mecànica.***
Dr. JOAN ESCARRABILL
- 10.30 - 10.45 h.** ***Selecció i maneig del pacient candidat a trasplantament de pulmó.***
Dr. VÍCTOR MONFORTE
- 10.45 - 11.00 h.** ***Hospitalització domiciliària al pacient respiratori avançat.***
Dra. GLÒRIA BONET
- 11.00 - 11.30 h.** Discussió.
- 11.30 - 12.00 h.** Pausa-Cafè
- 12.00 - 12.45 h.** COMUNICACIONS ORALS
- 12.45 - 14.00 h.** TAULA RODONA
Malalties intersticials.
Moderadors: Dr. VÍCTOR CURULL, Dra. ENRIQUETA FITÉ

- 12.45 - 13.05 h.** ***Epidemiologia de l'EPID.***
Dr. ANTONI XAUBET
- 13.05 - 13.25 h.** ***¿Què ha canviat a la patologia intersticial?***
Dr. JOAN RAMÍREZ
- 13.25 - 13.45 h.** ***Nous tractaments a l'EPID.***
Dr. LEONARDO REYES
- 13.45 - 14.00 h.** Discussió.
- 14.00 - 16.00 h.** Pausa-Dinar
- 16.00 - 17.00 h.** TAULA RODONA
Fibrosi quística de l'adult
Moderadors: Dr. CHRISTIAN DOMINGO, Dr. ANTONIO ÁLVAREZ
- 16.00 - 16.15 h.** ***Incidència i sospita clínica a l'adult.***
Dr. JAVIER DE GRACIA
- 16.15 - 16.30 h.** ***Diagnòstic i les seves limitacions.***
Dr. FERNANDO MATA
- 16.30 - 16.40 h.** ***La fisioteràpia i el malalt amb fibrosi quística.***
Sra. NÚRIA LÓPEZ. D.F.
- 16.40 - 17.00 h.** ***Tractament genètic a la fibrosi quística.***
Dr. JOSEP ARAN.
- 17.00 - 17.30 h.** Pausa-Cafè
- 17.30 - 19.00 h.** DEBAT
Estat actual i perspectives de l'assistència al malalt pneumològic.
Moderadors: Dr. JOAN RUIZ, Dr. FERRAN MORELL
“El médico y la cada vez mejor calidad asistencial”
Dra. ELENA SÁNCHEZ (*Subdirectora de Calidad Asistencial, Servicio Vasco de Salud*)
El desenvolupament i la incentivació professional a l'ICS
Dra. ALÍCIA GRANADOS (*Ex-directora Gerent de l'ICS*)
L'assistència tal com s'entén en un sistema privat.
Dr. JOSEP SANTACREU (*Consejero Delegado DKV*)
- 19.00 - 20.00 h.** ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA
- 21.30 h.** Sopar Anual de la SOCAP

Dissabte, 12 d'abril de 2003

COL·LOCACIÓ DE PÒSTERS

10.00 - 11.00 h. SESSIONS SIMULTÀNIES DE PÒSTERS

11.05 - 12.00 h. TAULA RODONA

Què es nou en el tractament de l'asma.

Moderadors: Dr. JOAN SERRA, Dr. XAVIER AGUILAR

Ús de combinacions beta-estimulants i corticosteroides a l'asma

PRO: Dr. VICENTE PLAZA

CONTRA: Dr. SANTIAGO BARDAGÍ

12.00 - 12.20 h. Pausa-Cafè

12.20 - 14.00 h. CONFERÈNCIES CURTES

Moderadors: Dr. JUANJO SOPEÑA, Dr. CARLOS AGUSTÍ

Tabaquisme passiu i càncer de pulmó.

Dra. MARÍA LUISA DE SOUZA

Estat actual del diagnòstic precoç del càncer de pulmó.

Dr. JOSÉ IGNACIO MARTÍNEZ BALLARÍN

Tractament de rinitis

Dr. JOAQUIM MULLOL

14.00 h. CLOENDA

ASMA BRONQUIAL

01 INCIDÈNCIA D'ABANDONAMENT DEL TREBALL PER ASMA LABORAL EN LA POBLACIÓ GENERAL

Autors: Casas X, Borghetti C, Muñoz-Rino F, Rosell A, Morera J, Monsó E.
Institució: Servei de Pneumologia. HUGTIP. Badalona.

OBJECTIUS

Determinar la incidència d'abandonament del lloc de treball per asma bronquial relacionat amb l'exposició laboral en la població general del Barcelonès Nord.

MATERIALS I MÈTODES

El 1993 es va seleccionar una mostra poblacional a l'atzar, a partir del cens, formada per 260 persones amb exposició laboral a productes potencialment causants d'asma ocupacional i se'ls va aplicar un qüestionari de símptomes respiratoris i característiques laborals. Es va fer el seguiment de la mostra durant els 8 anys següents i es va examinar la incidència d'abandonament del lloc de treball al final d'aquest període i la seva relació amb la simptomatologia d'asma amb models multivariants de regressió logística.

RESULTATS

De les 260 persones seleccionades el 1993, 78 no van ser seguides degut a canvi de domicili o mort. Es va fer el seguiment complet de 157 persones (índex de resposta: 86,3%). L'abandonament del treball en el seguiment es va associar significativament al treball en farmàcia/química (abandonament 24/31, 77,4%; RR 2,99, IC95% 1,5-8,48) i al treball amb exposició a tints (abandonament 11/15, 73,3%; RR, IC95% 1,09-74,30). L'antecedent laboral de treball amb tints es va associar a l'asma bronquial a l'inici de l'estudi (tints: 4/15 persones, 26,7%; una altra exposició: 11/142, 7,7%), situació que no es va donar en els treballadors de farmàcia/química (exposades: 1/31 persones, 3,2%; una altra exposició: 14/126, 11,1%).

CONCLUSIONS

Es conclou que l'activitat laboral en farmàcia/química i la que implica l'exposició a tints s'associen a una major freqüència d'abandonament del lloc de treball; en el cas dels treballadors exposats a tints té relació amb asma bronquial.

NOTA

Finançat per SOCAP

02 UTILITAT D'UN PROGRAMA COMUNITARI PER A LA DETECCIÓ PRECOÇ D'ASMA BRONQUIAL INFANTIL

Autors: Ortega P¹, Ovejero L¹, Casado M², Bardagi S¹, Pous E³, Serra M¹.
Institucions: ¹Pneumologia, Hospital de Mataró; ²Pediatría, Hospital de Mataró; ³Unitat de Recerca, Hospital de Mataró

INTRODUCCIÓ

L'infradiagnòstic dels nens asmàtics és una realitat que implica repercussions en la seva qualitat de vida i un retard en l'inici del tractament.

OBJECTIUS

1) Conèixer la prevalença d'asma no diagnosticat en escolars de 6 a 12 anys. 2) Valorar la validesa diagnòstica d'una prova de rendiment físic (*course navette*), utilitzada habitualment en els programes d'educació física escolar, per a la detecció de l'asma.

MATERIALS I MÈTODES

Estudi transversal en una població escolar, de 6 a 12 anys de edat, en dos ciutats espanyoles, a la que es va fer: 1) Recollida de símptomes mitjançant un qüestionari (ISAAC), prova de provocació bronquial mitjançant carrera lliure per a determinar hiperreactivitat bronquial induïda per l'exercici (HRBE) y una avaluació mèdica dels nens amb alguna dada positiva (símptomes i/o HRBE) per al diagnòstic d'asma. 2) Prova de la *course navette* per a l'avaluació del rendiment físic.

RESULTATS

Es presenten les dades preliminars d'una de les ciutats, on l'estudi està acabat. De 902 nens seleccionats, es van excloure a l'inici de l'estudi 80 (9,15%) amb diagnòstic previ d'asma. Dels 822 nens de la mostra final avaluable, 741 (90%) varen completar l'estudi; 153 (20,6%) presentaren símptomes relacionats amb asma actual i/o HRBE i foren avaluats mèdicament. D'aquests, 20 van ser diagnosticats d'asma bronquial (2,7%). De les proves fetes en relació amb el diagnòstic d'asma, l'HRBE mostra una més gran sensibilitat (65%) que el qüestionari de símptomes (55%) amb una especificitat semblant (90%). El rendiment físic amb la *course navette* en els asmàtics no ha demostrat ser menor que en la resta de la població d'estudi.

CONCLUSIONS

1) La prova de rendiment físic amb la *course navette* no ha estat útil com a prova de detecció d'asma bronquial. 2) Un qüestionari de símptomes juntament amb la determinació de l'HRBE realitzada amb els educadors físics dins d'un projecte de salut escolar ha estat capaç de detectar un 2,7% de nens amb asma no coneguda. 3) La prova d'esforç ha mostrat una sensibilitat més gran per al diagnòstic d'asma bronquial que el qüestionari de símptomes.

03 QUALITAT DE VIDA EN ELS PACIENTS AMB ASMA BRONQUIAL. INFLUÈNCIA DEL GÈNERE I EL TABAQUISME

Autors: Martínez C, Andreo F, Hernández I, Lores L, Parra O, López A, Boada E, Sampablo I.
Institucions: ¹Hospital Sagrat Cor de Barcelona, ²Hospital de Sant Boi.

INTRODUCCIÓ: S'ha demostrat que el percentatge de fumadors en asmàtics és similar al de la població general. En alguns estudis s'ha objectivat que la simptomatologia relacionada amb l'asma empitjora en aquests pacients. Això ens ha portat a pensar que la qualitat de vida d'aquests pacients no està deteriorada suficientment com per a suspendre l'hàbit tabàquic.

OBJECTIUS: Comparar, mitjançant un estudi transversal, la qualitat de vida entre pacients asmàtics fumadors i no fumadors, com a principal variable. Com a variables secundàries valorem la funció pulmonar, el nombre d'exacerbacions i la influència del sexe en la qualitat de vida dels pacients amb asma bronquial.

MATERIALS I MÈTODES: Es van incloure 49 pacients (34 dones i 15 homes) del dispensari d'asma dels Serveis de Pneumologia de l'Hospital Sagrat Cor de Barcelona i de l'Hospital de Sant Boi de Llobregat, diagnosticats per símptomes i prova broncodilatadora o prova de metacolina. A tots se'ls va preguntar per l'hàbit tabàquic i es va determinar el CO expirat (Bedfont Smokealyzer UK). Se'ls va autoadministrar el qüestionari de qualitat de vida Sant George Respiratory Questionary, que consta de 50 ítems (76 nivells) repartits en tres escales: símptomes, activitat i impacte. Es pot calcular una puntuació per a cada una de les escales i una altra global. El rang de puntuacions va de 0 a 100 (sense alteració a màxima alteració en la qualitat de vida). A tots se'ls practicà espirometria amb PBD; en alguns es va fer la prova de la metacolina amb la finalitat d'arribar al diagnòstic. Es va interrogar sobre el nombre d'exacerbacions en l'últim any. Es va classificar la gravetat de l'asma segons les directrius del GINA/02.

RESULTATS: Es va objectivar un 20,4% de fumadors entre els asmàtics de l'estudi. L'edat mitjana va ser de 44,2 anys (16,6). Fumaven el 18,2% de les dones i el 26,7% dels homes. El 65,3% tenia asma intermitent o persistent lleu i el 34,7% moderada persistent. Es va obtenir pitjors puntuacions en escala de símptomes (51 vs. 35) i activitat (46 vs. 27) en asma moderada que lleu. Les puntuacions en el nostre estudi foren similars a les d'altres. No es van obtenir diferències significatives entre fumadors i no fumadors pel que fa a puntuació en qualitat de vida en cap dels tres paràmetres específics ni en el general. No es van trobar diferències significatives entre ambdós grups en funció pulmonar. Malgrat identificar una tendència a més exacerbacions en el grup de pacients fumadors que en el de no fumadors, aquesta tendència no va ser significativa (1,1 vs 0,66 exacerbacions per pacient i any). Les dones, en l'escala d'activitat (40 vs 19) i la general (40 vs 29) obtenien pitjor puntuació, de forma significativa, que els homes. L'escala de símptomes no mostrà diferències significatives i tampoc es van veure en la gravetat de l'asma respecte als homes. S'utilitzà la U de Man Whitney com a test no paramètric per a comparar els diferents resultats (diferències significatives si la $p < 0,05$).

CONCLUSIONS: 1) Es van obtenir puntuacions similars a les d'altres estudis en pacients amb asma lleu i moderada, i es demostra la relació entre la gravetat de l'asma i la qualitat de vida. 2) El fet de veure diferències significatives en l'escala d'activitat pot demostrar pitjor tolerància de la malaltia per part de les dones amb la mateixa simptomatologia, gravetat de l'asma i menor tabaquisme. 3) El fet de que hi hagi igual qualitat de vida en asmàtics fumadors i no fumadors podria explicar que hi hagi un percentatge tan significatiu de fumadors amb asma (20%). De tota manera, el grup de pacients fumadors és petit per a treure conclusions definitives.

04 PAPER DE LES ISOFORMES ALFA I BETA DEL RECEPTOR DE GLUCOCORTICOIDES EN LA RESPOSTA AL TRACTAMENT DE L'ASMA

Autors: Torrego A, Pujols L, Roca J, Mullol J, Xaubet A, Picado C.
Institucions: Servei de Pneumologia. ICPCT. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Tot i que el tractament fonamental de l'asma són els glucocorticoides (GC), la resposta és variable d'uns pacients a altres. Els GC realitzen les seves accions mitjançant la unió a un receptor intracel·lular (RG), del que existeixen dues isoformes (a i b). Una de les hipòtesis per explicar les diferències en la resposta al tractament es basa en el fet que l'augment de l'RG-b en determinades situacions d'inflamació competiria amb la isoforma activa, l'RG-a, i podria alterar la resposta al tractament. Aquesta hipòtesi ha estat motiu de controvèrsia científica durant els darrers anys.

OBJECTIUS

Estudiar l'expressió de les dues isoformes de l'RG (a i b) en cèl·lules mononuclears de sang perifèrica (CMSP) d'individus sans i amb asma (lleu i greu).

MÈTODES

Aïllament de CMSP i determinació de l'expressió de les dues isoformes de l'RG mitjançant: (1) detecció d'ARNm per tècnica de PCR a temps real, "light cycler"; (2) detecció de la proteïna per Western Blot; i (3) tècniques de marcatge cel·lular amb immunohistoquímica.

RESULTATS

La quantitat de molècules d'ARNm de l'RG-a va ser superior en els asmàtics greus respecte als asmàtics lleus i sans (2,03 vs 1,5 vs 1,38 x 10⁶ molec/mg d'ARN total, p < 0,05), així com quan es va alterar la resposta cel·lular *in vitro* als GC mitjançant l'estimulació amb citocines proinflamatories (IL 2 i 4) (2,38 vs 1,76 x 10⁶ molec/mg d'ARN total, p < 0,05). Es va observar que els valors d'ARNm de l'RG-b eren molt inferiors als de l'RG-a (relació a/b: 600 a 1, p < 0,0001), tant en individus sans com asmàtics. A més, es va trobar una correlació entre la gravetat de l'asma (FEV₁) i la presència de l'RG-a (R=-7, p=0,006), així com entre la resposta al tractament amb GC en els asmàtics greus i la modulació de l'RG-a (R=8,3, p=0,001).

CONCLUSIONS

L'escassa presència de l'RG-b respecte a l'RG-a no va a favor del seu possible paper inhibitor de la resposta al tractament amb GC. En canvi, tant l'expressió basal com la regulació de l'RG-a durant el tractament sí que semblen estar relacionades amb la capacitat de resposta al tractament amb GC.

NOTA

Subvencionat per SOCAP-2001, FUCAP-2002

05 FARMACOECONOMIA DE L'ASMA. EVOLUCIÓ EN TRES ANYS

Autors: Serra-Batlles J, Plaza V, Comella A, Badiola C'.
Institucions: Servei de Pneumologia. Hospital general de Vic; 'Departament Mèdic GSK. Madrid.

INTRODUCCIÓ

Hi ha poques dades sobre l'evolució en els costos d'una malaltia tan prevalent com és l'asma.

OBJECTIUS

Avaluar els costos totals (directes i indirectes) ocasionats per l'assistència i el tractament de l'asma, en una cohort de pacients seguits durant tres anys (1994-1997).

MÈTODES

Estudi descriptiu i prospectiu que va avaluar el curs d'un grup de 333 asmàtics durant 3 anys. El diagnòstic i tractament es va establir d'acord amb el Consens Internacional de l'Asma del NIH de 1992. A l'inici i als 3 anys es varen recollir dades sobre els costos directes: visites d'especialista, assistència primària, urgències, ingressos, radiologia, espirometria, analítiques, Prick i costos en fàrmacs. Costos indirectes: les baixes laborals.

RESULTATS

Varen completar els 3 anys de seguiment 235 pacients. La taula mostra la mitjana en € per pacient i any.

	1994 (N=333)	1997 (N=235)	Diferència (€)
COSTOS DIRECTES (€)			
Assistència Primària	19,91	9,72	-10,19
Especialista	55,64	38,32	-17,32
Hospitalització	221,87	108,74	-113,13
Urgències	40,25	21,29	-18,96
Exploracions complementàries	35,39	14,39	-21
Fàrmacs	307,93	416,77	108,84
TOTAL (€)	680,1	609,23	-70,87
COSTOS INDIRECTES (€)			
Baixa laboral	927,18	675,32	-251,86
COSTOS TOTALS (€)			
	1607,2	1284,55	-322,65

CONCLUSIONS

Un control correcte dels pacients amb asma representa un increment del cost en fàrmacs amb una disminució important tant en els costos directes com en els indirectes.

06 CONCENTRACIÓ D'AEROAL-GERGEN DE SOJA EN LA CIUTAT DE BARCELONA EN FUNCIÓ DEL PERÍODE HORARI

Autors: Untoria MD, Rodrigo MJ', Genover T, Cruz MJ, Morell F.
Institucions: Servei de Pneumologia i 'Laboratori Clínic (U. Immunologia). Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Estudis epidemiològics han demostrat una relació entre determinats nivells ambientals d'antigen de soja, valorats en períodes de 24 hores, i episodis d'asma. Actualment, i malgrat la reducció en la concentració ambiental d'aeroal·lergen de soja en la ciutat de Barcelona, alguns asmàtics sensibles a la soja continuen ingressant esporàdicament per atacs d'asma. Aquest fet podria ser degut a un increment puntual en la concentració atmosfèrica de partícules de soja en determinats moments del dia. L'objectiu del present estudi és estudiar el possible augment puntual d'aquests nivells en determinats moments del dia que poguessin explicar perquè alguns individus asmàtics sensibles a l'antigen de soja reproduïen símptomes d'asma en front a concentracions atmosfèriques de soja inferiors a les detectades durant els dies epidèmics.

MÈTODES: Els nivells de soja es van analitzar en 252 mostres obtingudes durant 4 mesos amb un aparell captador d'aire ambiental ubicat en una zona propera al port de la ciutat. Es van recollir mostres en els següents períodes horaris: 8-12 h, 12-16 h, 16-20 h i 20-8 h. La concentració d'aeroal·lergen de soja es va mesurar mitjançant un ELISA d'inhibició amplificada'. Els resultats es van expressar en U/m³ utilitzant un estàndard de referència amb un valor assignat de 10⁶ U/ml.

RESULTATS: Es va observar un increment de la concentració d'aeroal·lergen de soja durant el període del dia comprès entre les 12 h i les 16 h. La menor concentració es va obtenir durant el període nocturn (20-8 h). La concentració mitjana (DS) d'aeroal·lergen de soja va ser de 70 (60), 87 (76), 69 (56) i 45 (23) U/m³, per als períodes horaris de 8-12 h, 12-16 h, 16-20 h i 20-8 h, respectivament. Es van observar diferències significatives entre les concentracions de soja en els períodes de 12-16 h i 20-8 h (p < 0,0001), però no es van observar diferències entre la resta de determinacions. Un 4% de les mostres analitzades tenien valors superiors a 200 U/m³ (períodes diürns).

CONCLUSIONS: La concentració atmosfèrica d'aeroal·lergen de soja s'incrementa puntualment en determinades hores del dia. La major concentració de soja es concentra en els períodes diürns i s'incrementa en el període horari comprès entre les 12 h i les 16 h. Malgrat això, no s'observen diferències significatives entre les mostres analitzades.

REFERÈNCIA

1. Cruz MJ, Rodrigo MJ, Antó JM, Morell F. An amplified ELISA inhibition method for the measurement of airborne soybean allergens. Int Arch Allergy Immunol 2000; 122:42-48.

NOTA: Estudi finançat parcialment per Beca Fis 01/1386, Cargill España S.A. i Port de Barcelona.

07 ESTANDARDITZACIÓ I VALIDACIÓ DE LA PROVA DE PROVOCACIÓ BRONQUIAL A SALS DE PERSULFATS

Autors: Muñoz X, Cruz MJ, Espuga M, Torres F', Orriols R, Bravo C, Codinach T, Morell F.
Institucions: Servei de Pneumologia, Hospital General Vall d'Hebron; 'Laboratori de Bioestadística i Epidemiologia. UAB. Barcelona.

OBJECTIUS: Estandardització i validació de la prova de provocació bronquial específica a sals de persulfats com a eina diagnòstica en l'asma ocupacional causada per aquesta substància.

MÈTODES: S'estudien 7 pacients amb asma secundària a la inhalació de sals de persulfats, 9 controls sans i 6 pacients asmàtics no exposats a sals de persulfats (totes dones). En cada una de les poblacions es varen realitzar les següents determinacions: història clínica, exploració física, espirometria, prova de metacolina, proves cutànies específiques a pneumoal·lergens i a sals de persulfats, determinació d'IgE total i prova de provocació bronquial específica a persulfat potàssic. La prova de provocació es va realitzar barrejant concentracions creixents de persulfat potàssic (5, 10, 15 i 30 g) amb 150 g de lactosa. El pacient era exposat al producte durant 15 minuts fent passar d'una safata a una altra la barreja en l'interior d'una cabina de provocació. Els controls sans eren exposats directament a una concentració de 30 g de persulfat potàssic. La sensibilitat i especificitat del test es va calcular mitjançant el mètode de Wilson.

RESULTATS: Els resultats de les determinacions realitzades en els tres grups es resumeixen en la següent taula:

	Asma per persulfats (n = 7)	Controls sans (n = 9)	Controls asmàtics (n = 6)
Edat (X ± SD)	34 ± 10	33 ± 9	37 ± 6
Prick pneumoal·lergens (+/-)	3/4	2/7	5/1
IgE total > 150 kU/L (si/no)	6/1	0/9	2/4
Prick persulfats (+/-)	4/3	0/9	0/6
FEV ₁ (%) (X ± SD)	98 ± 10	98 ± 13	105 ± 11
PC ₂₀ mg/ml (X ± SD)	1,5 ± 2,5*	> 8	2,5 ± 4
Prova provocació (+/-)	7/0	0/9	0/6

* en una pacient la PC₂₀ va ser superior a 8 mg/ml

La prova de provocació bronquial específica va ser positiva únicament en els pacients amb asma per persulfats produint-se una reacció precoç en un pacient, tardana en cinc i dual en un. La prova va resultar positiva a una dosi de 5 g de persulfats en un pacient, a 10 g en tres, a 15 g en un i a 30 g en dos. El valor predictiu positiu (VPP) i el negatiu (VPN) de la prova va ser del 100% amb un interval de confiança que va oscil·lar entre 61,0-100% pel VPP i 64,6-100% pel VPN.

CONCLUSIONS: La prova de provocació bronquial específica a sals de persulfats realitzada segons el protocol descrit sembla útil per al diagnòstic d'asma ocupacional secundària a la inhalació de sals de persulfats.

08 COMPARACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES DE L'AEROSOL GENERAT PER DOS NEBULITZADORS EN LA PROVA DE METACOLINA

Autors: Cruz MJ, Muñoz X, Mast R, Martí S, Torres F, Guerra J, Codinachs T, Morell F.

Institucions: Servei de Pneumologia, Hospital Vall d'Hebron; Laboratori de Bioestadística i Epidemiologia. UAB. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La positivitat en la prova de metacolina pot variar en funció del sistema de nebulització que es faci servir. L'objectiu del present estudi és analitzar les prestacions de dos nebulitzadors a l'hora de dur a terme aquesta prova.

MÈTODES: Per analitzar les prestacions dels dos nebulitzadors es va utilitzar el mètode dosimètric proposat per Chai *et al.* Es van preparar solucions de metacolina de 0,06, 0,25, 1, 4, 8, 16 mg/ml i sèrum fisiològic. Per a la nebulització es va utilitzar un dosímetre MEFAR MB3 (MEFAR, Ele H₂O, Medicalli, Brescia, Itàlia) amb un temps de nebulització programat de 0,6 s. Els nebulitzadors utilitzats varen ser el MEFAR MB2 i el DeVilbiss 646 (DeVilbiss Co. Somerset, PA, Estats Units). Es van calibrar 7 nebulitzadors de cada un d'ells seguint les directrius de l'ATS i es va calcular l'*output* per a cada concentració i tipus de nebulitzador. Mitjançant un equip APS-3320 (*Aerodynamic Particle Sizer*; TSI, St Paul, MN) es va calcular per cada concentració de metacolina la distribució de la mida de les partícules i del percentatge de massa existent en mides de < 1, 1-5, 5-10 i > 10 mm. Per a la comparació de mitjanes es va utilitzar la t d'Student.

RESULTATS: L'*output* obtingut amb el nebulitzador MEFAR (98,5 ml) va ser superior a l'obtingut amb el DeVilbiss (64,0 ml) ($p < 0,0001$). Es varen observar diferències significatives en la distribució del nombre de partícules i en el percentatge de massa per a les diferents concentracions de metacolina entre els dos nebulitzadors i també en un mateix nebulitzador. En la Taula 1 estan expressats els resultats obtinguts per partícules entre 1 i 5 mm (partícules amb potencial efecte biològic):

		Concentració de metacolina (mg/ml)						p	
		SF	0,06	0,25	1	4	8		16
A	MEFAR	51,6 (3,0)	40,0 (3,8)	39,3 (4,5)	49,0 (8,4)	50,2 (2,0)	49,5 (4,1)	54,1 (2,6)	0,0002
	DeVilbiss	53,4 (7,5)	52,0 (3,5)	50,3 (2,3)	43,6 (3,1)	51,7 (5,0)	55,2 (2,8)	55,8 (0,5)	0,0008
	p	0,634	0,0008	0,0012	0,213	0,553	0,0013	0,260	
B	MEFAR	28,1 (0,4)	24,2 (1,6)	24,6 (2,0)	23,6 (0,9)	25,0 (1,1)	25,6 (1,8)	27,7 (0,9)	0,0001
	DeVilbiss	21,6 (2,5)	25,5 (0,8)	22,2 (0,4)	21,4 (0,7)	21,2 (1,0)	24,3 (0,9)	25,1 (0,4)	0,0001
	p	0,0041	0,14	0,059	0,0035	0,0007	0,177	0,0004	

A= % massa; B= % nombre partícules

Expressió dels resultats - Mitjana (DS)

CONCLUSIONS: Les prestacions dels dos nebulitzadors són diferents. La concentració de metacolina, independentment del tipus de nebulitzador, influeix en la distribució del nombre de partícules i en el percentatge de massa que representa.

MPOC

10 PREVALENCIA I DETERMINANTS DE MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC) EN NO FUMADORS AMB ACTIVITAT LABORAL A LA RAMADERIA

Accès a la tercera millor comunicació

Autors: Riu E, Monsó E, Radon K, Danuser B, Iversen M, Nowak D.
Institució: Servei de Pneumologia HUGTIP, Badalona.

OBJECTIUS

Determinar la prevalença de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en ramaders no fumadors i els factors ocupacionals relacionats amb MPOC en aquesta població.

MÈTODES

Dels participants en l'Estudi Europeu de Salut Respiratòria en Agricultors i Ramaders¹ es va seleccionar a l'atzar una mostra de ramaders, amb activitat laboral a l'interior d'edificis de confinament, als quals se'ls va determinar funcionalisme pulmonar i es varen realitzar mesures de contaminants a l'interior de l'edifici de treball (temperatura dins de l'edifici, humitat, CO₂, NH₃, pols orgànica total i endotoxina). L'estudi actual s'ha realitzat sobre la submostra de ramaders no fumadors seleccionats (n=76). En aquesta població s'ha determinat la prevalença d'MPOC (segons criteris GOLD) i els factors ambientals associats a MPOC mitjançant models de regressió logística ajustats.

RESULTATS

La prevalença observada d'MPOC en ramaders no fumadors ha estat de 14,5 (11/76 individus), essent de 7,9% (6/76) considerant MPOC moderada-greu (GOLD). L'únic contaminant ambiental associat a MPOC a la mostra estudiada va ser la concentració de pols total (OR 10,31, IC95 1,24-85,24), i aquesta associació es manté en ajustar per covariables (OR 9,43, IC95 1,03-85,68). La prevalença d'MPOC en els individus exposats a una concentració elevada de pols va ser del 23,8% (10/42 individus) (14,3%, 6/42 individus considerant MPOC moderada-greu), versus el 2,9% de ramaders no fumadors amb MPOC (1/34 subjectes) en els exposats a concentracions baixes de pols (0/34 individus per MPOC moderada-greu) (p < 0,05). No es va observar associació entre MPOC i temperatura dins de l'edifici, humitat, CO₂, NH₃ o endotoxina.

CONCLUSIONS

La prevalença d'MPOC en ramaders no fumadors (14,5%) és major a l'esperada per a la població general no fumadora i sembla estar relacionada amb l'exposició a pols orgànica a l'interior de l'edifici de confinament dels animals.

NOTA

Finançat per SEPAR, FUCAP, SOCAP

09 POLIMORFISME GENÈTIC DEL GEN DE LA GLUTATIÓ S-TRANSFERASA P1 (GSTP1) EN LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA (MPOC) I DÈFICIT D'ALFA-1-ANTITRIPSINA

Premi a la tercera millor comunicació

Autors: De la Roza C, Vilà S, Jardí R, Rodríguez-Frias F, Costa X, Lara B, Vidal R, Miravittles M.
Institucions: Pneumologia, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ²Pneumologia i ³Bioquímica, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La glutatió S-transferasa P1 (GSTP1) pot detoxificar hidrocarburs policíclics aromàtics carcinogènics que estan inclosos en el fum del tabac. Estudis recents han suggerit que el polimorfisme responsable de la forma lenta de l'enzim (Val 105) pot associar-se amb un increment del risc per algunes formes de càncer i també per la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

OBJETIUS: Estudiar la freqüència de la mutació lenta Val 105 en una població sana de referència, en una població de malalts amb MPOC moderada-greu i en un grup de malalts amb dèficit d'alfa-1 antitripsina (Pi ZZ).

MÈTODES: Grup control: 198 adults sans. Grup MPOC: 99 malalts fumadors o exfumadors amb FEV₁ < 70% i edat < 60 anys. Grup ZZ: 50 malalts amb fenotip Pi ZZ. El polimorfisme en l'exó 5 (Ile105Val) es va estudiar mitjançant un nou analitzador d'ADN en temps real, LightCycler. Es van dissenyar "primers" específics per amplificar una regió 190-bp de la seqüència Genebank-U12472.

RESULTATS

TAULA 1. Distribució dels polimorfismes del gen de la GSTP1 en malalts amb MPOC, amb dèficit d'alfa-1 antitripsina (Pi ZZ) i en voluntaris sans

	Ile/Ile	Ile/Val	Val/Val	P* vs control	P* vs Pi ZZ
MPOC (n=99)	53 (50)	36 (34)	10 (9,4)	0,30	0,022
Pi ZZ (n=50)	15 (29,4)	26 (51)	9 (17,6)	0,008	
Control (n=198)	97 (46)	88 (41,7)	13 (6,2)		

TAULA 2. Característiques clíniques i funcionals dels malalts d'acord amb els diferents genotips del gen de la GSTP1 (* p= 0,003 comparat amb els altres grups)

	MPOC (n=99)			Pi ZZ (n=50)		
	Ile/Ile (n=53)	Ile/Val (n=36)	Val/Val (n=10)	Ile/Val (n=15)	Val/Val (n=9)	Val/Val (n=9)
Edat, anys	57,36 (9,29)	55,81 (9,01)	55 (5,75)	43,8 (13,15)	47,4 (12,5)	45,4 (14,31)
Paq-any	49,33 (18,7)	50 (26,13)	59,8 (26,8)	18 (17,64)	27,5 (17,03)	17,5 (8,44)
FEV ₁ (%)	37,9 (13,8)	35 (11)	40,5 (7,4)	81,1* (32,7)	45,4 (32,9)	55,9 (46,7)

CONCLUSIONS: La mutació d'acció lenta Val 105 s'associa de forma significativa amb la presència d'un dèficit d'alfa-1 antitripsina (Pi ZZ). La mutació Val 105 s'associa, també, amb una pitjor funció pulmonar en els individus Pi ZZ. Això suggereix que la mutació Val 105 ha de tenir un efecte protector sobre l'alteració hepàtica que és la que condiciona la supervivència en els primers anys de vida d'aquests malalts.

NOTA: Finançat en part per una beca de la Fundació Marató de TV3 1999 i la beca Maria Ravà de la FUCAP 1999. S. Vilà ha rebut una beca "BECARIO SOCAP" 1998 i B. Lara una beca "BECARIO SOCAP" 1998.

11 UTILITAT D'UN PROGRAMA D'ATENCIÓ CONTINUADA EN EL CONTROL DE L'MPOC GREU: EXPERIÈNCIA DESPRÉS D'UN ANY DE SEGUIMENT

Autors: Pomares X, Montón C, Badorrey I, Marín A, Veigas C, Noray M.
Institució: Servei de Pneumologia. Corporació Parc Taulí. Sabadell.

OBJECTIUS

Valorar l'impacte que té un programa d'atenció continuada a l'Hospital de Dia de Pneumologia (HDPNE) sobre la freqüència i duració dels ingressos, i de les assistències a urgències en pacients amb obstrucció crònica al flux aeri (OCFA).

MÈTODES

Es van incloure pacients amb OCFA que havien requerit ≥ 2 ingressos hospitalaris i/o assistències a urgències durant l'any anterior per agudització de la seva malaltia respiratòria. El programa consistí en control mèdic periòdic cada 1-2 mesos amb possibilitat de contacte telefònic amb el metge per valorar la necessitat de visita mèdica immediata o diferida, control preferent després d'una agudització, educació sanitària per part d'una infermera especialitzada amb instrucció sobre medicació i presa d'inhaladors, i entrada en el programa de fisioteràpia respiratòria. En el moment d'inclusió es registraren les següents variables: nombre d'ingressos, dies d'estada hospitalària i assistències a urgències durant l'any anterior, FVC, FEV₁, FEV₁/FVC, PaO₂, PaCO₂ i oxigenoteràpia domiciliària (OCD). Al final del primer any de seguiment es registraren novament el nombre d'ingressos, els dies d'estada hospitalària i les assistències a urgències.

RESULTATS

Es van incloure 74 pacients (8 dones i 66 homes), amb una edat mitjana de 70,4±9 anys; els diagnòstics van ser: 61 MPOC, 4 asma, 5 bronquiectàsia i 4 lesions ex-tuberculosi pulmonar. Les PFR mostraren: FVC=2,24 ± 0,72 L (58,9 ± 17,8%); FEV₁=1,02 ± 0,44 L (36,7 ± 13,2%); FEV₁/FVC=42,9 ± 13,6%; PaO₂=63,3 ± 10,5 mm Hg; PaCO₂=47,7 ± 7,8 mm Hg. El 40,5% rebien tractament amb OCD. Es realitzaren una mitjana de 10 visites per pacient durant aquest període, el 35% de les quals van ser per agudització de la malaltia, precisant ingrés hospitalari en el 28% d'aquestes aguditzacions. Durant aquest període moriren 10 pacients; entre els 64 restants es constatà una disminució en el nombre d'assistències a urgències (3,6±1,6 vs 1,5±1,8; p < 0,001) i en el nombre d'ingressos (2,7±1,4 vs 1,9±1,9; p < 0,002) així com en els dies d'estada hospitalària (33,7±31,2 vs 23,2±25,5; p < 0,01).

CONCLUSIONS

L'atenció continuada del pacient amb OCFA en règim d'hospital de dia pot permetre disminuir el nombre d'assistències a urgències, reingressos i dies d'estada hospitalària.

12 EFECTES D'UN PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA EN LES EXACERBACIONS DE MALALTS AMB MPOC

Autors: Hernández C¹, Casas A, Trroosters T², Estrada D¹, Martí D³, Soler N¹, Fernández J¹, Lozano L³, Santos MJ¹, Garrigós A⁴, Rodríguez-Roisin R¹, Decramer M², Roca J¹.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia-UFISSR (ICPCT) i Hospital General, Hospital Clínic; ²IDIBAPS U.B.; ³Respiratory Division, University Hospitals Katholieke Universiteit Leuven, Bèlgium; ⁴PADES I C. Conviure (MUTUAM), Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Els malalts amb MPOC requereixen freqüents hospitalitzacions, per exacerbació de la seva malaltia respiratòria, que generen un fort impacte en la qualitat de vida i en els costos sanitaris.

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES

Es va avaluar l'eficàcia d'un programa multidisciplinari d'assistència domiciliària (GT) compartit entre dos hospitals de tercer nivell i equips de professionals no especialistes en respiratori comparat amb el tractament convencional (GC) en relació a la prevenció d'hospitalitzacions i visites a urgències després d'un ingrés hospitalari i durant un període de 12 mesos. En aquest estudi controlat es van incloure 157 malalts: GT (n=; edat 71 ± 9 (SD) anys, FEV₁ 42±2 %) o GC (n=; edat 72 ± 9 anys, FEV₁ 41%). La intervenció mínima (4,5 visites al domicili) de l'equip amb l'ajut d'un centre de coordinació i gestió de recursos via Internet, es va basar en l'avaluació del malalt i en la detecció de necessitats, en l'accessibilitat telefònica i en un pla d'acció individualitzat en la primera visita domiciliària realitzada a les 24-72 hores de l'alta hospitalària.

RESULTATS

1) El nombre de reingressos durant el període de seguiment va ser de 0,9±1,3 pel GT i 1,3±1,7 en el GC (p=0,04); 2) L'anàlisi de Cox ajustada en funció de les característiques basals va demostrar que els malalts del GT van restar més dies en el seu domicili abans del primer reingrés hospitalari (OR 0,58, CI 0,4 ± 0,91; p=0,018) comparat amb el GC. 3) En l'anàlisi multivariant, les variables independents predictores d'ingrés hospitalari van ser: a) edat (p=0,01); b) FEV₁ (p=0,02); c) nombre d'ingressos en l'any anterior (p=0,00) i d) pertànyer al GT (p=0,016). Els efectes més grans es van veure en els 3 primers mesos del seguiment.

CONCLUSIONS

El present estudi indica l'eficàcia d'un model d'assistència integrada de malalts crònics amb una mínima intervenció, model que es podria millorar amb una selecció prèvia dels malalts i amb la modulació de la intensitat de la intervenció en funció de la fragilitat.

NOTA

Finançat per CHRONIC (IST-1999/12158); SGR 2001-00386, FIS00/0728

13 EFECTE A LLARG TERMINI DE LA REHABILITACIÓ RESPIRATÒRIA (RR) SOBRE LA CAPACITAT DE FER EXERCICI EN L'MPOC

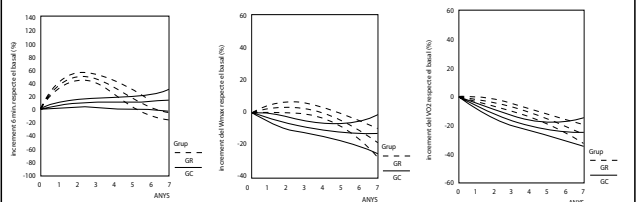
Autors: Solanes I, Güell R, Giraldo B¹, De Lema B, Medina L¹, Sanganés M, González M, Belda J, Casan P

Institucions: Servei de Pneumologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ¹Universitat Politècnica de Catalunya (CREB). Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La rehabilitació respiratòria (RR) ha demostrat millorar la capacitat per a fer exercici en l'MPOC, el seu efecte a llarg termini no és tan evident.

OBJECTIUS: Avaluar l'efecte de l'RR sobre la capacitat per a fer exercici màxim i submàxim en un grup de pacients diagnosticats d'MPOC i veure la seva tendència a llarg de 7 anys.

MATERIAL I MÈTODES: N=60 malalts amb MPOC estable; edat 65±7anys; FEV1 34±13% v. ref. Trenta dels malalts varen entrar al grup control (GC) i 30 al grup de rehabilitació (GR). El GR va fer un programa complet de RR durant 6 mesos i 6 mesos més de manteniment. Tots els pacients varen fer una prova dels 6 minuts de la marxa (6MWT) i una prova d'esforç màxima limitada per símptomes (PEMLS). Aquestes determinacions es varen fer a l'inici, als 6, 12, 18, 24 mesos i de forma anual fins als 7 anys. Les variables avaluades varen ser els metres recorreguts en la prova dels 6MWT (exercici submàxim) i la W_{max} (càrrega màxima de treball) i VO_{2max} (consum màxim d'oxigen) en la PEMLS (exercici màxim). Hem analitzar la tendència dels canvis respecte la prova basal d'aquestes tres variables al llarg de 7 anys.



RESULTATS: Hi ha una millora en ambdues proves entre el GR i el GC, amb un interval de confiança 95% i per a períodes fins a 5 anys en l'increment de metres i fins a 4 anys en l'increment de W_{max} i VO_{2max} (Figures 1, 2 i 3).

CONCLUSIONS: L'RR millora la capacitat per a fer exercici màxim i submàxim. Aquesta millora és superior per a l'exercici submàxim. La millora inicial obtinguda amb l'RR es manté fins a 5 anys, en què es retorna a la situació basal.

14 IMPACTE D'UNA INTERVENCIÓ PNEUMOLÒGICA A URGÈNCIES EN L'MPOC

Autors: Casadevall J¹, Roger N¹, Nuviola D², Arias M³, Barcons M, Vilaró J², Serra J¹. **Institucions:** ¹Secció de Pneumologia, ²Servei de Medicina Interna i ³Servei d'Urgències de l'Hospital General de Vic.

INTRODUCCIÓ: En els darrers anys s'han presentat diferents alternatives a l'hospitalització convencional en la malaltia pulmonar obstructiva crònica reaguditzada (MPOC). Existeixen en la literatura criteris d'ingrés (CI) que descansen bàsicament en la recomanació d'experts. Tenim la percepció, al nostre centre, que era possible evitar alguns dels ingressos hospitalaris per MPOC.

HIPÒTESI: L'actuació d'un pneumòleg com a consultor del metge d'urgències en aquells casos en què aquest dubta sobre l'adequació o no de l'ingrés hospitalari, disminueix els ingressos per aquesta malaltia.

OBJECTIUS: 1) Valorar l'impacte de la intervenció (nombre de consultes fetes i el seu destí); 2) valorar la seva seguretat (èxits, reatencions precoces a urgències); 3) comparar les característiques clíniques i CI del grup ingressat pel metge d'urgències directament a hospitalització, amb aquells ingressats després de valoració pneumològica i amb aquells donats d'alta a domicili des d'urgències pel pneumòleg.

MATERIALS I MÈTODES: Durant 8 mesos vàrem recollir de forma prospectiva aquells episodis d'urgències amb el diagnòstic principal d'MPOC en què havia estat requerida la valoració del pneumòleg i aquells que havien estat ingressats de forma convencional a l'hospital sense sol·licitar valoració pneumològica. Es recolliren dades referents a situació basal, gravetat de la reagudització i presència de CI, dies d'ingrés i diagnòstic a l'alta.

RESULTATS: Es varen incloure 333 episodis protagonitzats per 251 malalts, 215 (86%) homes, amb una edat de 72±10 anys, amb un % FEV₁ de 44±16 %. Sols es va sol·licitar consulta al pneumòleg en 53 (16%) episodis, dels quals 36 (68%) foren enviats al seu domicili amb tractament i la resta va ingressar. Pel que fa a la seguretat, es van comptabilitzar 32 (13%) defuncions, sols una d'elles (3%) en el grup de malalts remesos a domicili pel pneumòleg; les reatencions a urgències en els primers quinze dies després de l'alta foren 19 (6%) en el grup de malalts donats d'alta d'un ingrés hospitalari convencional i 5 (14%) en el grup de malalts enviats a casa pel pneumòleg. Vàrem observar amb major freqüència, en els que ingressaven directament, radiografia de tòrax alterada, SaO₂ < 90%, febre, augment de l'expectoració, taquipnea, major ús d'antibiòtics, signes de gravetat, dispnea de repòs i CI obligat. L'actuació del pneumòleg en aquells malalts amb menys de quatre CI va estalviar l'ingrés en 24/27 (89%).

CONCLUSIONS: La intervenció del pneumòleg ha estat poc sol·licitada però eficaç, amb uns riscos acceptables. Recomanem la valoració pneumològica en malalts amb menys de quatre CI i sense CI obligat.

15 MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA TRACTADA MITJANÇANT TRASPLANTAMENT PULMONAR. RISC DE MORTALITAT PRECOÇ

Autors: Rodríguez E, Roldán J, Román A, Martí S, Bravo C, Monforte V, Vidal R, Recuero R, Majó J¹, Solé J², Hermosilla E³, Morell F, Ferrer J.

Institucions: Servei de Pneumologia, ¹Anatomia Patològica, ²Cirurgia Toràcica i ³Epidemiologia, Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

RESUM: El trasplantament pulmonar (TP) és una alternativa terapèutica en els pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) avançada. Presentem l'experiència en el nostre centre i analitzem els factors de risc de mortalitat precoç (en els tres primers mesos després del trasplantament).

PACIENTS I MÈTODES: L'avaluació preoperatòria, la tècnica quirúrgica i el seguiment dels pacients s'han portat a terme de forma protocolitzada. Les dades s'han revisat a partir d'una base de dades informatitzada i s'han descrit la mitjana i el rang per a les variables quantitatives. La comparació entre grups s'ha analitzat mitjançant la prova d'ANOVA; l'associació entre variables pretrasplantament, quirúrgiques i la mortalitat precoç per regressió logística; i la supervivència mitjançant corbes de Kaplan-Meier.

RESULTATS: S'han inclòs 70 malalts sotmesos a trasplantament pulmonar per MPOC entre 1993 i 2002. En la taula s'exposen les variables pre i perioperatòries i la seva associació amb la mortalitat precoç.

	Total	Mortalitat precoç (3 m)	Supervivència 3 m	P
Edat (anys)	50,3 (35 - 63)	51,8 (43-63)	50,7 (35-62)	ns
Sexe (H/D)	63/7	20/4	43/3	ns
IMC	23,7 (17-30)	23,13 (18,6-28,3)	24,09 (17-30)	ns
FEV ₁ (ml)	679 (250-1750)	618 (400 -1750)	709 (250 - 1119)	ns
PO ₂	56,8 (30-81)	55,3 (30-81)	57,8 (30-69)	ns
WT6 [*] (metres)	219,9 (21-376)	184,9 (170-336)	236,3 (21-376)	0,04
T. isquèmia (min)	296 (115-450)	337,2 (210-450)	284,3 (115-400)	0,02
Dies UCI	23,1 (4-154)	33,1 (6-154)	20,2 (4-72)	ns
Hores d'intubació	175,7 (12-1200)	300,4 (24-1200)	140,5 (12-1008)	ns
T. unipulmonar (%)	31,4	54,5	21,7	0,01

* Els valors s'expressen com a mitjana i rang; ns: no significatiu.

Els malalts sotmesos a trasplantament unipulmonar van tenir una major mortalitat precoç (p=0,01) i una menor supervivència als 3 anys (0,01) que els sotmesos a trasplantament bipulmonar. La comparació de variables segons el tipus de trasplantament va mostrar que els pacients sotmesos a trasplantament unipulmonar tenien un pitjor WT6^{*} (182,2 m (r:60-336)) que els pacients amb trasplantament bipulmonar (235,1 m (21-509)), p=0,043. Les úniques variables que es van associar a mortalitat perioperatòria van ser el WT6^{*} (OR: 0,99 (IC 95%: 0,98-0,99)) i el temps d'isquèmia (OR: 1,01 (IC 95%: 1,00-1,02)).

CONCLUSIONS: Segons la nostra experiència, el trasplantament bipulmonar té una menor mortalitat perioperatòria i una millor supervivència al cap de 3 anys que el trasplantament unipulmonar. Les variables que s'associen a mortalitat perioperatòria són el WT6^{*} i el temps d'isquèmia.

16 MORTALITAT EN MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA I OXIGENOTERÀPIA DOMICILIÀRIA

Autors: Martí S, Muñoz X, Codinachs T, Bofill JM, Rodríguez E, Ramis J, Vidal R, Rios J, Torres F, Morell F, Ferrer J.

Institucions: Servei de Pneumologia. Hospital Vall d'Hebron. ¹Laboratori Estadística. UAB. Barcelona.

OBJECTIU: Analitzar la mortalitat de pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en tractament amb oxigenoteràpia domiciliària (OD) i descriure els factors que s'associen a aquesta mortalitat.

PACIENTS I MÈTODES: S'han inclòs 142 pacients (138 homes, edat 68,5±9,5 anys) afectats d'MPOC que varen iniciar OD > 15 hores/dia durant els anys 1992-1999. S'han exclòs els pacients amb un trastorn restrictiu associat o amb comorbiditat greu. El seguiment es va iniciar en el moment de la prescripció de l'OD i va finalitzar el desembre de 2000. Han estat censurats: un pacient derivat a una altra regió, dos pacients trasplantats, un sotmès a cirurgia de bul·les i tres amb ventilació nasal. L'estat vital s'ha obtingut a partir del Registre de Mortalitat. L'estimació de la supervivència s'ha portat a terme mitjançant corbes de Kaplan-Meier. L'associació entre la mortalitat i les variables registrades durant la visita inicial s'ha analitzat amb la t d'Student per a les variables contínues i la prova exacte de Fisher per a les categòriques. En una segona fase, s'ha portat a terme una anàlisi multivariant pel mètode de riscos proporcionals de Cox per obtenir estimacions de riscos ajustades per a les covariables basals categoritzades.

RESULTATS: En acabar el seguiment, 83 pacients (58%) havien mort. La supervivència va ser del 57% als 3 anys i del 36% als 5 anys. L'associació de les característiques basals amb la mortalitat s'especifica en la Taula 1 (anàlisi univariant) i en la Taula 2 (anàlisi de Cox).

TAULA 1. Característiques basals, anàlisi univariant

MORTS	SÍ (n=83)	NO (n=59)
Edat: anys*	70,47 (8,42)	65,69 (10,29)†
Sexe: homes, %	80 (96%)	58 (98%)
Tabaquisme, %	78 (94%)	55 (93%)
IMC# (kg.m ⁻²)*	24,62 (4,99)	26,97 (4,58)†
Cor pulmonale, %	51 (61%)	29 (49%)
FEV ₁ %*	26,3 (9,25)	26,41 (9,19)
FVC %*	37,98 (12,86)	37,90 (14,91)
PO ₂ (mm Hg)*	52,84 (5,26)	53,39 (4,98)
PCO ₂ (mm Hg)*	47,63 (5,88)	47,53 (5,47)
Esteroides orals, %	18 (22%)	6 (10%)

* Mitjana (DE); #Índex de massa corporal; †p<0,05

CONCLUSIONS

1) Els pacients afectats d'MPOC amb OD presenten una elevada mortalitat. 2) Una major edat i un menor IMC es mostren com a predictors de mortalitat en la nostra població.

TAULA 2. Model de Cox

	HR (IC95%)*
Edat < 70	1
> 70	1,98 (1,23-3,19)
IMC > 30	1
20-30	1,25 (0,64-2,44)
< 20	3,82 (1,56-9,37)

* Hazard ratio (Interval de confiança 95%)

17 DISMINUCIÓ EN L'EXPRESSIÓ D'ÒXID NÍTRIC SINTASA ENDOTELIAL EN ARTÈRIES PULMONARS DE PACIENTS AMB EMFISEMA GREU

Autors: Melgosa MT, Peinado VI, Santos S, Morales JE, Ramírez J, Roca J, Rodríguez-Roàsin R, Barberà JA.

Institucions: Serveis de Pneumologia i Anatomia Patològica. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

En estudis previs realitzats pel nostre grup hem observat una disminució en l'expressió d'òxid nítric sintasa (eNOS) a les artèries pulmonars de pacients fumadors, comparada amb els no fumadors; això pot contribuir a alterar la funció endotelial. Atès que la disfunció endotelial està present en pacients amb diferents graus de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), hem investigat l'expressió d'eNOS a les artèries pulmonars d'aquests pacients cobrint tot l'espectre de la malaltia.

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES

Hem estudiat mostres de teixit de 29 malalts que s'han sotmès a una intervenció per neoplàsia de pulmó i 9 mostres de teixit pulmonar obtingudes en cirurgia de reducció de volum pulmonar. Vam dividir els malalts en 3 grups: fumadors amb funció pulmonar normal (n=15; FEV₁, 95±12% pred.), MPOC moderada (n=14; FEV₁, 60±11% pred.) i emfisema (n=9; FEV₁, 24±7% pred.). L'expressió d'eNOS a les artèries pulmonars fou avaluada per tècniques immunohistoquímiques en 16±8 artèries per subjecte. El nombre d'artèries amb immunoreactivitat positiva per l'eNOS es va expressar com percentatge del nombre total d'artèries. La intensitat de la immunoreacció va ser graduada de 0 a 3.

RESULTATS

L'expressió d'eNOS a les artèries pulmonars de l'emfisema estava reduïda (mitjana, 60% d'artèries positives [rang interquartil, 51-71]); intensitat, 0,9 [0,8-1,1]) comparada amb els fumadors (88% [76-10]); intensitat, 1,5 [1,2-1,9]) (p < 0,05 ambdues). En el grup d'MPOC moderada l'expressió d'eNOS fou intermèdia entre els dos grups (68% [52-77]; intensitat, 1,2 [0,9-1,6]). Existeix correlació entre l'expressió d'eNOS i el FEV₁ (r=0,37, p=0,01).

CONCLUSIONS

Concloem que l'expressió d'eNOS a les artèries pulmonars dels malalts amb MPOC disminueix amb la progressió de la malaltia, la qual cosa pot contribuir al desenvolupament d'hipertensió pulmonar a l'MPOC avançada.

NOTA

Finançat per FIS 00/0922, SEPAR, SOCAP i R5-HCP

18 DESHABITUACIÓ TABÀQUICA I BUPROPIÓ: FACTORS PREDICTIUS DE L'ÈXIT DEL TRACTAMENT

Autors: Sampablo I, Lora L, Coll F, Hernández I, Martínez C, Bonnin M, Morera J.

Institucions: ¹Pneumologia, Sagrat Cor. Barcelona. ²Pneumologia, Institut Aparall Respiratori. Barcelona. ³Pneumologia, Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

El bupropió és el primer fàrmac no nicotínic amb eficàcia demostrada en la deshabituació tabàquica; no obstant això, no tots els pacients que són tractats responen de la mateixa manera, ni tots aconsegueixen abandonar el tabaquisme actiu.

OBJECTIUS

Identificar aquelles variables que poden ser, per si soles, predictives d'èxit del tractament amb bupropió.

MATERIALS I MÈTODES

Pacients fumadors en fase de preparació i tractats amb 300 mg de bupropió durant dos mesos, amb un seguiment d'un any. Per a desenvolupar el model predictiu, es van enregistrar variables clíniques (edat, sexe, intents previs, consum, Fagerström, fuma o no després de dues setmanes de tractament, MPOC), funcionals (FVC, FEV₁, MEF₅₀, CO expirat) i psicomètriques (ansietat i depressió segons el test HADS). Per l'anàlisi estadística, es va realitzar una regressió logística, amb un interval de confiança del 95% per a variables contínues i discretes. Durant la construcció del model es va utilitzar la prova de versemblança de Wald, que és més potent quan el valor de la B s'allunya de zero, i per a valorar la discriminació del model es va utilitzar la corba ROC.

RESULTATS

La mostra obtinguda va ser de 150 pacients (121 homes i 29 dones), amb una mitjana d'edat de 48,2 anys, fumadors de 23,3 cigarretes/dia durant 25,27 anys. La mitjana d'intents previs era de 1,8 i el valor mig del test de Fagerström era de 7,14. La FVC mitjana era de 3,6 litres, el FEV₁ de 2,9 litres i el MEF₅₀ mitjà del 65,1%. El 41,3% dels pacients havien estat diagnosticats d'MPOC. Els perfils psicomètrics presentaven unes puntuacions mitjanes de 6,7 per a la depressió i de 7,4 per a l'ansietat. L'índex d'abandonament del tabaquisme després d'un any va ser del 50,7% (76 pacients). Una vegada aplicada la regressió logística es va obtenir un model predictiu amb una sensibilitat del 82,8% (IC95% entre 74,4 i 91,3%) i especificitat del 82,4% (IC95% entre 73,7 i 91,1%), definit per les següents variables: ansietat (B=4,6), no diagnòstic d'MPOC (B=2,3), no fuma després de 2 setmanes de tractament (B=2,2) i millora del MEF₅₀ (B=0,06).

CONCLUSIONS

Els pacients ansiosos, que no fumen gens durant les dues primeres setmanes de tractament, sense patologia obstructiva acompanyant i que presenten una millora del MEF₅₀ durant el període de deshabituació, són els que presenten majors probabilitats de seguir l'abstinència nicotínica després d'un any de seguiment al ser tractats durant dos mesos amb bupropió.

19 EVOLUCIÓ DE LA PREVALENCIA DE TABAQUISME A L'HOSPITAL GENERAL DE VIC (HGV)

Autors: Serra J, Arnau A, Rosés M, Vilardell M, Solà F, Montero L, Moleiro A, Martínez A, Guiteras C, Comas ML, Castellano J.

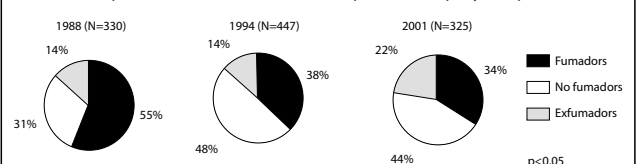
Institucions: Servei de Pneumologia. Grup "Hospital sense fum". Hospital General de Vic.

INTRODUCCIÓ: Els professionals sanitaris són el col·lectiu amb major capacitat per influir sobre els hàbits tabàquics de la població. Coneixem que la prevalença de fumadors entre aquest personal pot ésser fins i tot superior que a la població general.

OBJECTIUS: Determinar la prevalença de fumadors de l'Hospital General de Vic (HGV), conèixer quina ha estat l'evolució en els darrers 14 anys, així com les opinions i actituds davant una campanya de prevenció del tabaquisme.

MATERIALS I MÈTODES: Estudi transversal descriptiu mitjançant un qüestionari anònim autoadministrat. Període d'estudi: octubre 2001-febrer 2002. Aquestes dades es varen comparar amb les obtingudes amb el mateix qüestionari en els anys 1988 i 1994.

RESULTATS: Varen respondre 357 persones a l'enquesta (52%) amb una mitjana d'edat de 37,2±9,0 anys; el 75% eren dones. La prevalença de fumadors va ser del 33,9% (IC95%: 29,0-39,1), 22,4% exfumadors (IC95%: 18,2-27,1) i 43,7% no fumadors (IC95%: 38,5-49,0). Major percentatge de fumadors entre les dones (34,0%) que entre els homes (32,9), sense diferències significatives. El percentatge de fumadors per grup professional va ésser: auxiliars d'infermeria 41,2%, diplomats en infermeria 35,2%, administració 32,6%, metges/altres facultatius 30,2% i serveis generals 23,5% (p < 0,05). En l'evolució de l'hàbit tabàquic ens els darrers 14 anys s'observà una reducció significativa del percentatge de fumadors en la població d'estudi, a ambdós sexes, en tots els grups professionals i per edats. Sobre les actituds, el 45% considerava que haurien d'existir zones molt restringides per a fumadors, mentre que el 30% considerava que hauria d'estar totalment prohibit fumar a l'hospital. El 56% dels fumadors acceptaria recursos per deixar de fumar i el 98% acceptava la campanya de prevenció.



CONCLUSIONS: La prevalença de fumadors continua essent elevada; de totes maneres, destaquem una important disminució del tabaquisme per sexes, edat i grup professional des de 1988. En els darrers anys s'observa una elevada motivació per part del personal sanitari per aconseguir un "hospital lliure de fum".

INFECCIÓ PULMONAR

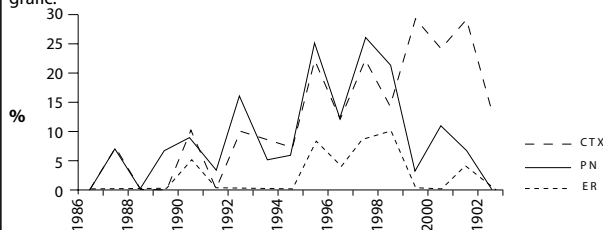
21 EVOLUCIÓ DE LA RESISTÈNCIA ANTIBIÒTICA DEL PNEUMOCOC 1986-2002

Autors: Martínez E, Martí C, Torrella M, Tàrrega J, Barbeta E.
Institució: Hospital General de Granollers.

OBJECTIUS: Descriure l'evolució de la resistència a macròlids i betalactàmics de les soques invasives d'*Streptococcus pneumoniae* (Sp) aïllades en el nostre hospital al llarg dels últims disset anys.

MÈTODES: S'ha comptabilitzat el resultat dels estudis de sensibilitat a la penicil·lina (PN), la cefotaxima (CTX) i l'eritromicina (ER) de les 399 soques invasives d'Sp aïllades en el nostre centre, de 1986 a 2002. S'han considerat resistents una MIC ≥ 1 mg/L per l'ER i ≥ 2 mg/L per CTX i PN. El grau de correlació lineal entre variables quantitatives contínues s'ha determinat mitjançant el coeficient de correlació lineal de Pearson.

RESULTATS: Per l'ER es mostra un augment de la resistència amb el temps amb una correlació positiva i estadísticament significativa ($r=0,817$, $p < 0,0005$) i una correlació positiva i estadísticament significativa també per la PN ($r=0,768$, $p=0,002$) i la CTX ($r=0,733$, $p=0,007$) fins a 1998. Per contra, de 1999 a 2002 hi ha una clara disminució del percentatge de soques resistents a PN i CTX que en el cas de l'ON mostra una correlació negativa ($r=0,69$) encara que no estadísticament significativa ($p=0,310$). El percentatge de soques resistents es mostra en el gràfic:



DISCUSSIÓ: Des de l'aparició en el nostre medi, a mitjans de la dècada dels vuitanta, de soques d' Sp resistents als antibiòtics, s'ha desenvolupat ràpidament i de forma lineal un alt percentatge de soques resistents a l'ER. També s'ha desenvolupat de forma lineal, encara que en menor proporció, resistència a la PN i a la CTX fins a 1998, seguida d'una recuperació de la sensibilitat a partir de 1999.

CONCLUSIONS: 1) En el nostre medi, els macròlids no són una bona opció per al tractament empíric de les infeccions pneumocòcciques. 2) La penicil·lina i els seus derivats (amoxicil·lina) i les cefalosporines de tercera generació continuen essent vàlides per al tractament empíric de les infeccions pneumocòcciques.

20 VALOR DIAGNÒSTIC DELS CULTIUS QUANTITATIUS D'ASPIRATS TRAQUEALS EN EL DIAGNÒSTIC DE LA PNEUMÒNIA ADQUIRIDA EN LA VENTILACIÓ MECÀNICA (NVM). ESTUDI MULTICÈNTRIC

Premi a la segona millor comunicació

Autors: Valencia M¹, Torres A¹, Álvarez-Lerma F², Insausti JM³, Carrasco N⁴, Herraz MA⁵, Tirapu J⁶, Grup d'Estudi de la Pneumònia Relacionada amb la Ventilació Mecànica, SEMICYUC.

Institucions: ¹Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràcica - UVIR, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona; ²Medicina Intensiva, Hospital del Mar, Barcelona; ³Medicina Intensiva, Hospital de Navarra, Pamplona; ⁴Medicina Intensiva, Hospital de la Princesa, Madrid; ⁵Medicina Intensiva, Hospital Río Ortega, Valladolid.

OBJECTIUS

Estudiar la validesa de l'aspirat traqueal (AT) amb cultius quantitatis i comparar-la amb el catèter telescòpic (CTP) en el diagnòstic de la pneumònia adquirida en la ventilació mecànica (PVM).

MÈTODES

Estudi prospectiu i multicèntric en el qual es van incloure pacients sotmesos a ventilació mecànica durant més de 72 hores. Als pacients amb sospita clínica de PVM se'ls va realitzar AT i posteriorment CTP. A totes aquestes mostres se'ls va realitzar cultiu quantitatiu. Partint de criteris clínics, radiològics, de seguiment i necròpsics es van dividir els pacients en casos amb pneumònia i sense pneumònia (controls). Es va escollir com un punt de tall pel CTP $\geq 10^3$ ufc/mL i per l'AT es va avaluar amb punt de tall $\geq 10^2$ i $> 10^6$ ufc/mL, respectivament.

RESULTATS

Es van estudiar 120 pacients, 84 van ser considerats amb pneumònia i 36 sense pneumònia (controls). La sensibilitat va ser 54% (42-64), 71% (60-81) i 68% (57-78), respectivament, per a AT $\geq 10^2$, AT $\geq 10^3$ i CTP. Les especificitats trobades van ser 75% (58-88), 58% (41-74) i 75% (58-88). L'organisme aïllat més freqüentment va ser *Staphylococcus aureus* tant per AT com per CTP seguit per *Pseudomonas aeruginosa* en AT i per *Haemophilus influenzae* en CTP. No es van trobar diferències significatives entre la sensibilitat de l'AT $\geq 10^3$ i del CTP. Tampoc amb les especificitats de l'AT $\geq 10^2$ i el CTP.

CONCLUSIONS

Quan s'utilitza un punt de tall de $\geq 10^3$ ufc/mL per a l'AT en el diagnòstic de la PVM s'obtenen taxes d'especificitat similars a les obtingudes amb el CTP i amb el punt de tall $\geq 10^2$ taxes de sensibilitat acceptables. Els cultius quantitatis de l'AT poden considerar-se acceptables en el diagnòstic de la pneumònia relacionada amb la ventilació mecànica.

22 UTILITAT DEL RENTAT NASOFARINGI VERSUS RENTAT BRONCOALVEOLAR PER AL DIAGNÒSTIC DE PNEUMÒNIES VIRÍQUES EN PACIENTS IMMUNODEPRIMITS

Autors: Aldabó I, Rañó A, Agustí C, Xaubert A, Pumarola T, Angrill J, Torres A.
Institucions: ICPCT, IDIBAPS, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona.

INTRODUCCIÓ

El desenvolupament d'infiltrats pulmonars en pacients immunodeprimits és una complicació freqüent i, per la seva gravetat, determinant en la mortalitat d'aquests pacients. Estudis previs han ressaltat la creixent incidència de les causes víriques dins les complicacions pulmonars que poden desenvolupar aquests pacients. També s'han comunicat bons resultats pel que fa al valor diagnòstic del rentat nasofaringi (RNF) en la identificació de pneumònies víriques en la població pediàtrica afectada de diverses hemopaties malignes. El principal avantatge d'aquest mètode diagnòstic és la seva invasivitat i la seva facilitat de realització, així com el baix cost.

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES

Durant un període de 40 mesos, es van avaluar prospectivament 50 pacients amb diferents tipus d'immunosupressió (trasplantament d'òrgan sòlid, hemopaties i trasplantament de precursors hematopoètics) majors de 18 anys amb infiltrats pulmonars mitjançant broncoscòpia i rentat broncoalveolar (RBA) i RNF. Es van aplicar els estudis microbiològics amb anticossos monoclonals (AcMo) conjugats amb isotiocianat o fluoresceïna obtenint un diagnòstic etiològic en 39 pacients (78%), essent de causa infecciosa el 64% dels episodis.

RESULTATS

Les causes infeccioses més freqüents van ser la vírica (13,26%) i la fúngica (7,14%). La causa no infecciosa més freqüent va ser l'hemorràgia alveolar difusa (5,10%). El RBA va permetre el diagnòstic en el 52% dels episodis. La mortalitat global va ser del 24% (12 pacients), essent del 40% dins del grup de les pneumònies víriques. Dins les causes víriques, la més freqüent va ser el virus *influenzae A* (6 casos) seguit de citomegalovirus (2), virus respiratori sincitial (2), virus herpes simple-1 (2) i enterovirus (1). El RNF va mostrar una concordança amb el RBA del 31%; és a dir, que va permetre el diagnòstic de pneumònia vírica juntament amb el RBA en 4 casos, mentre que el RBA va permetre el diagnòstic en els 13 casos de pneumònia vírica.

CONCLUSIONS

La pneumònia vírica és una causa freqüent d'infiltrats pulmonars en pacients immunodeprimits, amb una considerable mortalitat associada. A diferència del que s'ha observat en la població pediàtrica, el RNF ha demostrat tenir un paper pobre en el diagnòstic de complicacions víriques en una població de pacients adults amb immunosupressió, essent el RBA el mètode diagnòstic més rentable.

NOTA

Finançat per la SOCAP.

23 INFILTRATS PULMONARS EN RECEPTORS DE TRASPLANTAMENT DE PRECURSORS HEMATOPOÈTICS (TPH). RESPOSTA INFLAMATÒRIA (RI) PULMONAR I SISTÈMICA

Autors: Rañó A, Agustí C, Filella X, Aldabó I, Angrill J, Torres A.
Institucions: ICPCT. IDIBAPS. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Les complicacions pulmonars en pacients receptors de trasplantament de precursors hematopoètics (TPH) són molt freqüents i comporten una mortalitat elevada.

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES

Durant un període de 40 mesos, es van avaluar prospectivament mitjançant broncoscòpia i rentat broncoalveolar (RBA), 40 pacients amb TPH (27 homes) que van desenvolupar infiltrats pulmonars. Es van quantificar diferents citocines en sèrum i RBA.

RESULTATS

Es va obtenir el diagnòstic etiològic en 31 pacients (77%), essent de causa infecciosa en el 65% dels episodis. Les etiologies infeccioses més freqüents van ser la vírica i la fúngica (8,20% cada un). La causa no infecciosa més freqüent va ser l'hemorragia alveolar difusa (4,10%). El RBA va obtenir el diagnòstic en el 48% dels episodis. La mortalitat global va ser del 40% (16 pacients). La resposta inflammatòria (RI), tan pulmonar com sistèmica, va ser superior en els pacients que van morir (Taula). A més, la IL-6 en RBA i sèrum es correlacionà amb la gravetat de la complicació determinada per APACHE II ($r = 0,4$, $p = 0,021$ i $r = 0,01$, respectivament). Les variables associades amb mal pronòstic en l'anàlisi univariats van ser un nivell augmentat de IL-6 en RBA i en sèrum en el moment del diagnòstic, la persistència de valors elevats d'aquesta citocina i de la proteïna C reactiva als 4 dies d'evolució, un índex APACHE II > 18 i la necessitat de ventilació mecànica, essent aquest últim l'únic factor independentment associat amb mortalitat.

CONCLUSIONS

La determinació d'IL-6 i PCR podria aportar informació pronòstica útil en pacients amb TPH que tenen una complicació pulmonar.

	Vius (n=10)	Morts (n=23)	P
Neutròfils (%)	5 (0-82)	20 (6-60)	0,025
IL-6 RBA (pg/ml)	33 (1-26260)	201 (13-6500)	0,01
IL-6 sèrum (dia 1) (pg/ml)	73 (4-363)	492 (139-1410)	<0,0001
IL-8 sèrum (dia 1) (pg/ml)	43 (1-85)	83 (20-591)	0,048
IL-10 sèrum (dia 1) (pg/ml)	13 (1-186)	83 (12-242)	0,032
IL-6 sèrum (dia 4) (pg/ml)	20 (3-161)	390 (132-1800)	0,002
PCR sèrum (dia 4) (mg/dl)	2,7 (0,34-17,35)	13,2 (6,6-49)	<0,0001

Les dades es mostren com mitjanes (rangos)

NOTA: Finançat per la SOCAP.

24 CAUSES I PREDICTORS DE MANCA DE RESPOSTA AL TRACTAMENT EMPÍRIC EN LA PNEUMÒNIA ADQUIRIDA A LA UNITAT DE CURES INTENSIVES

Autors: Ferrer M, Ioanas M, Ferrer R, Ewing S, Filella X, Puig de la Bellacasa J, Badia JR, Torres A.

Institucions: Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràctica, Servei de Bioquímica Clínica, i Servei de Microbiologia, Hospital Clínic, Barcelona; Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; Augustinenspital, Bochum, Alemanya.

OBJECTIUS

Avaluar les causes i els predictors de falta de resposta al tractament antimicrobià empíric en la pneumònia adquirida a la unitat de cures intensives.

MÈTODES

Es van estudiar prospectivament 71 pacients durant 1 any. Es van recollir dades clíniques i gasometria arterial, es va realitzar un estudi microbiològic complet i es van determinar citocines i altres marcadors d'inflamació en sèrum i rentat broncoalveolar a l'inici de la pneumònia (dia 0) i a les 72 hores (dia 3) després d'iniciar el tractament empíric. La definició de manca de resposta en el dia 3 va incloure al menys un dels següents: 1) persistència de febre i secrecions respiratòries purulentes; 2) empitjorament dels infiltrats pulmonars; 3) desenvolupament de shock sèptic o aturada orgànica múltiple; o 4) mort.

RESULTATS

Quaranta-tres (61%) pacients van presentar criteris de manca de resposta i es va poder identificar al menys una causa de fracàs en 27 (63%) casos: tractament inapropiat en 10 (23%), superinfecció en 5 (12%), un altre focus concomitant d'infecció en 12 (28%) i causes no infeccioses en 7 (16%) casos. Els 16 pacients sense causa clara de falta de resposta presentaven shock sèptic, disfunció orgànica múltiple o síndrome de distrés respiratori agut a l'inici. L'anàlisi multivariats va mostrar que els nivells elevats d'interleucines 6 i 8 a l'inici de la pneumònia (taxa de risc: 9,3 i 10,7, respectivament; $p = 0,027$ ambdós) van ser els predictors independents de manca de resposta al tractament. Així mateix, l'augment dels nivells d'interleucina-6 el dia 3 (taxa de risc: 18,8; $p = 0,001$) va ser l'únic predictor independent de mortalitat hospitalària.

CONCLUSIONS

L'augment de la resposta inflammatòria sistèmica és el principal predictor de falta de resposta i mortalitat.

NOTA

Finançat per la Beca 1999 SGR 00228

25 PROFILAXI CURTA AMB GANCICLOVIR ENDOVENÓS I TRACTAMENT PREVENTIU D'INFECCIÓ PER CITOMEGALOVIRUS EN EL TRASPLANTAMENT PULMONAR

Autors: Recuero R¹, Monforte V¹, Román A¹, Bravo C¹, Guerra J¹, Gavalda J², Castilleja F¹, Alcántara F¹, F. Morell¹.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia i ²Servei de Malalties Infeccioses. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJECTIUS

Estudiar la incidència d'infecció i malaltia per citomegalovirus (CMV) en pacients sotmesos a trasplantament pulmonar (TP) i que han rebut profilaxi curta primària i tractament preventiu amb ganciclovir endovenós (GE).

PACIENTS I MÈTODES

Entre l'1 de gener i el 31 de desembre de 2002 es varen analitzar 24 casos. Els pacients inclosos varen tenir un seguiment mínim de 45 dies postquirúrgics. El seguiment mitjà (+/- DE) va ser de 174,2 +/- 91 (rang: 52-334) dies. La mitjana d'edat va ser de 50,1 +/- 9 (rang: 22-63) anys. Tots els pacients, a excepció d'un, tenien anticossos positius per CMV pel mètode d'ELISA (CMV+) pretrasplantament. Els pacients amb CMV+ varen rebre tractament profilàctic amb GE a dosis de 5 mg/k/12 h des del dia 1 al 21 del postoperatori; el pacient amb CMV- va rebre a més a més GE 6 mg/k/24h des del dia 21 al 90. Es va definir infecció per CMV quan l'antigenèmia era més gran de 10 cèl·lules infectades per cada 100.000 leucòcits.

La malaltia per CMV es va definir com la presència d'infecció més símptomes. Es varen fer determinacions seriades d'antigenèmia de CMV setmanalment durant els primers 3 mesos, cada 15 dies entre els 3 i els 6 mesos, i mensualment després dels 6 mesos. Es va tractar els pacients amb GE a partir d'antigenèmia més gran de 10 cèl·lules infectades per 100.000 leucòcits fins que va resultar ser negativa (tractament preventiu).

RESULTATS

Catorze dels 24 pacients (58,3%) varen referir algun episodi d'infecció o malaltia en una mitjana de temps de 77,4 (rang: 42-172) dies. Cinc dels 24 pacients (20,8%) varen presentar almenys un episodi de malaltia. Nou de 14 pacients (64,2%) amb infecció varen presentar recidives amb una mitjana d'1,8 (rang: 1-3) recidives per pacient.

CONCLUSIONS

1) La profilaxi utilitzada no prevé una alta incidència d'infecció citomegàlica en el postoperatori del trasplantament pulmonar. 2) El tractament preventiu no ha estat capaç de prevenir totalment la malaltia per CMV.

26 ESTUDI ETIOLÒGIC DE LA PNEUMÒNIA COMUNITÀRIA UTILITZANT ANTIGEN I PCR PER PNEUMOCOC

Autors: Pifarré R, Falguera M, Nogués R, Vila M, Duran J, Teixidó B.

Institució: Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

Es realitza l'estudi de 124 pneumònies comunitàries que ingressen al nostre hospital (45 dones i 79 homes). En aquests malalts s'estudien: hemocultius, cultius d'esput, cultius de líquid pleural, serologies, PCR pneumococ en sang (i orina), Ag pneumococ en orina i líquid pleural. Es divideixen en tres grups:

- 1) Malalts amb pneumònia pneumocòccica: definida per l'aïllament de pneumococ en sang, líquid pleural o esput. De les 127 pneumònies, es detecten 10 pneumònies pneumocòcciques (8%) (cultius en sang, líquid pleural o esput). En aquestes (9) la detecció de PCR per pneumococ en sang va ser positiva en 5 (sensibilitat de la determinació de PCR per pneumococ en sang: 55%). La detecció d'antigen de pneumococ en orina va ser positiva en 6 (sensibilitat de l'Ag de pneumococ a orina: 66%).
- 2) Malalts amb pneumònia d'altra etiologia (no pneumocòccica): definida per l'aïllament d'un patògen en sang o líquid pleural, esput o seroconversió. Es va detectar en 25 casos (20,1%): 8 *Legionella pneumophila*, 4 *Chlamydia pneumoniae*, 7 *Mycoplasma pneumoniae*, 1 *Staphylococcus aureus*, 4 virus *Influenza*, 1 *Klebsiella pneumoniae*, 2 *Pseudomonas aeruginosa* i 1 *Haemophilus influenzae*. Doble etiologia en 3 casos: *Legionella pneumophila* + *Influenza*, *Legionella pneumophila* + *Pseudomonas aeruginosa*, i *Chlamydia pneumoniae* + *Mycoplasma pneumoniae*. Si consideréssim l'Ag a orina de pneumococ com determinant d'agent causal, les pneumònies d'etiologia coneguda doble serien: 1 *Legionella pneumophila* + pneumococ, 2 *Chlamydia pneumoniae* + pneumococ, 2 *Mycoplasma pneumoniae* + pneumococ i 2 virus *Influenza* + pneumococ.
- 3) Malalts amb pneumònia d'etiologia desconeguda: les pneumònies d'etiologia no coneguda (sense considerar la determinació d'Ag de pneumococ a orina/líquid pleural i la PCR a sang/orina ni líquid pleural) van ser 89 (71%). Si consideréssim en aquestes pneumònies la determinació d'Ag de pneumococ (orina en 19 casos i 1 en una PAAF transtoràctica) com a determinant d'agent causal, el 22,4% (20 casos) de les pneumònies d'etiologia desconeguda correspondrien a pneumococ. Si consideréssim la determinació de PCR de pneumococ (sang 3 casos/ orina 1 / líquid pleural 1) com a determinant d'agent causal, el 5,6% (5 casos) de les pneumònies d'etiologia desconeguda correspondrien a etiologia pneumocòccica. Dels 124 casos, considerant, a més a més del cultiu de pneumococ en sang, esput i líquid pleural, la determinació d'Ag de pneumococ i de PCR a orina, sang i líquid pleural, les pneumònies presumiblement pneumocòcciques correspondrien a 33 casos (26%).

CONCLUSIONS: Si bé entre malalts amb pneumònia pneumocòccica demostrada la rendibilitat entre les dues tècniques és similar (55% per la PCR, 66% per la detecció d'antigen), el major percentatge de resultats positius entre els malalts amb pneumònia d'etiologia no filiada per part de la tècnica de detecció d'antigen permet suposar una rendibilitat més alta, sense poder concloure si és a expenses de disminuir l'especificitat. És necessari ampliar l'estudi a fi de donar dades més fiables i orientatives.

27 DIFERÈNCIES EN ELS PATRONS MICROBIOLÒGICS ENDOBRONQUIALS DE L'MPOC ESTABLE I L'EXACERBADA. POOLED ANÀLISI DELS ESTUDIS BASATS EN EL RASPALL PROTEGIT

Autors: Rosell A¹, Soler N², Monsó E¹, Angrill A², Riise G², Zalacain R¹, Torres F¹, Morera J¹, Torres A².

Institucions: ¹HGTiP, ²H. Clínic, ³H. Sahlgreska (Göteborg), ⁴H. Cruces (Barakaldo), ⁵Lab. d'Estadística, UAB.

OBJECTIUS: Determinar si existeixen diferències del patró bacterià endobronquial entre l'MPOC estable i l'aguditzada.

MÈTODES: Pooled anàlisi amb les dades originals dels 6 articles publicats en els que constava la funció i la bacteriologia detallades. Els dos grups presentaven diferències estadísticament significatives en les variables independents (edat, sexe, tabaquisme actiu i FEV₁%).

RESULTATS: MPOC estable (n=181), MPOC aguditzada (n=86)

	MPOC estable		MPOC aguditzada	
	%	95% CI	%	95% CI
Cultiu positiu ¹	49,2	(42,0-56,4)	66,3	(55,8-75,4)
MPP ²	29,8	(23,6-36,9)	54,7	(44,2-64,7)
MnPP	22,7	(17,2-29,3)	38,4	(28,1-49,8)
MPP ≥ 10 ⁴ ufc/ml	11,0	(7,3-16,5)	25,6	(17,5-35,7)
MPP polimicrob. [PPM]	5,0	(2,6-9,2)	7,0	(3,2-14,4)
10 ¹ ufc/mL	0,6	(0,1-3,1)	2,3	(0,6-8,1)
10 ² ufc/mL	2,8	(1,2-6,3)	5,8	(2,5-12,9)
10 ³ ufc/mL	18,2	(13,3-24,5)	27,9	(19,5-38,2)
10 ⁴ ufc/mL	7,2	(4,2-11,9)	20,9	(13,7-30,7)
<i>H. influenzae</i>	17,1	(12,3-23,3)	31,4	(22,6-41,8)
<i>S. pneumoniae</i>	8,8	(5,5-13,9)	7,0	(3,2-14,4)
<i>M. catarrhalis</i>	3,9	(1,9-7,8)	7,0	(3,2-14,4)
BGN	4,4	(2,3-8,5)	15,1	(9,1-24,2)
<i>P. aeruginosa</i>	1,1	(0,3-3,9)	9,3	(4,8-17,3)

1: Qualsevol punt de tall en qualsevol germe; 2: Microorganismes potencialment patògens. Els MnPP foren exclosos de l'anàlisi multivariante en estar influïts, de forma significativa, per la variable centre. OR ajustats per presència de PPM: FEV₁% 0,98 (IC95% 0,96-0,99) i exacerbació 2,01 (IC 95% 1,09-3,68). OR ajustats per càrrega bacteriana de MPP ≥ 10⁴ ufc/ml: exacerbació 2,76 (CI 95% 1,41-5,41). En la regressió logística per gèrmens, sols *P. aeruginosa* s'associa a exacerbació (OR 12,75; IC95% 2,65-61,3)

CONCLUSIONS: Durant l'exacerbació de l'MPOC existeix un risc de 2,01 de presentar MPP i de 2,76 de contenir una càrrega bacteriana alta respecte la situació basal. L'única diferència qualitativa és la major prevalença de *P. aeruginosa*.

28 PATRONS DE COLONITZACIÓ BACTERIANA ENDOBRONQUIAL I. POOLED ANÀLISI DELS ESTUDIS BASATS EN EL RASPALL PROTEGIT

Autors: Rosell A¹, Soler N², Monsó E¹, Angrill A², Riise G², Zalacain R¹, Torres F¹, Morera J¹, Torres A².

Institucions: ¹HGTiP, ²H. Clínic, ³H. Sahlgreska, Göteborg, ⁴H. Cruces, Barakaldo, ⁵Lab. d'Estadística, UAB.

OBJECTIUS: Establir els patrons de colonització bacteriana i els factors de risc per a la colonització en sans, MPOC i bronquiectàtics en situació clínica d'estabilitat.

MÈTODES: Pooled anàlisi amb les dades originals dels 6 articles publicats en els que constava la funció i la bacteriologia detallades. Els tres grups presentaven diferències estadísticament significatives en les variables independents (edat, sexe, tabaquisme actiu i FEV₁%).

RESULTATS: Sans (n=70), MPOC estable (n=181), bronquiectàtics (n=73)

	Sans		MPOC		Bronquiectàtics	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Cultiu positiu ¹	31,4	(21,8-43,0)	49,2	(42,0-56,4)	82,2	(71,9-89,3)
MPP ²	5,7	(2,2-13,8)	29,8	(23,6-36,9)	63,0	(51,5-73,2)
MnPP	28,6	(19,3-40,1)	22,7	(17,2-29,3)	23,3	(15,6-33,2)
MPP ≥ 10 ⁴ ufc/ml	1,4	(0,3-7,7)	11,0	(7,3-16,5)	38,4	(28,1-49,8)
MPP polimicrob. [PPM]	0	(0-5,2)	5,0	(2,6-9,2)	8,2	(3,8-16,8)
10 ¹ ufc/mL	1,4	(0,3-7,7)	0,6	(0,1-3,1)	6,8	(3,0-15,1)
10 ² ufc/mL	1,4	(0,3-7,7)	2,8	(1,2-6,3)	15,1	(8,6-25,0)
10 ³ ufc/mL	1,4	(0,3-7,7)	18,2	(13,3-24,5)	19,2	(11,8-29,7)
10 ⁴ ufc/mL	1,4	(0,3-7,7)	7,2	(4,2-11,9)	31,5	(22-42,9)
<i>H. influenzae</i>	4,3	(1,5-11,9)	17,1	(12,3-23,3)	34,2	(24,4-45,7)
<i>S. pneumoniae</i>	1,4	(0,3-7,7)	8,8	(5,5-13,9)	8,2	(3,8-16,8)
<i>M. catarrhalis</i>	0,0	(0-5,2)	3,9	(1,9-7,8)	4,1	(1,4-11,4)
BGN	0,0	(0-5,2)	4,4	(2,3-8,5)	19,2	(11,8-29,7)

1: Qualsevol punt de tall en qualsevol germe; 2: Microorganismes potencialment patògens. Els MnPP foren exclosos de l'anàlisi multivariante, en estar influïts, de forma significativa, per la variable centre. OR ajustats per presència de PPM: FEV₁% 0,97 (IC95% 0,95-0,98) i bronquiectàtics 8,78 (IC 95% 4,64-16,61). OR ajustats per càrrega bacteriana de MPP ≥ 10⁴ ufc/ml: bronquiectàtics 6,81 (CI 95% 3,55-13,05). Regressió logística per presència de gèrmens: sols entren *H. influenzae* i BGN amb OR ajustats de: FEV₁% 0,98 (0,97-0,99) i 0,97 (2,54-19,32), respectivament; i bronquiectàtics 3,48 (1,88-6,44) i 7,00 (2,54-19,32), respectivament.

CONCLUSIONS: A pitjor funció i estructura pulmonar, més risc de colonització per MPP, especialment *H. influenzae* i BGN.

29 TRACTAMENT DE LA INFECCIÓ TUBERCULOSA LATENT EN POBLACIÓ IMMIGRANT. COMPARACIÓ DE DUES PAUTES

Autors: Jiménez-Fuentes MA, De Souza ML, Altet N, Milà C, Solsona J, Alcaide J. **Institució:** Centre de Prevenció i Control de la Tuberculosi. CAP Drassanes. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

El tractament de la infecció tuberculosa latent (TITL) en població immigrant procedent de països amb alta prevalença de tuberculosi (TBC) és una prioritat des del punt de vista de salut pública. El compliment de la pauta d'isoniazida durant 6 mesos en aquest grup és baix; les pautes curtes de TITL podrien millorar el compliment.

OBJECTIUS

Estudi prospectiu i aleatoritzat per valorar la tolerància, l'adherència i el compliment de dues pautes de TITL: isoniazida + rifampicina 3 mesos (3RH) vs isoniazida 6 mesos (6H).

POBLACIÓ

Immigrants diagnosticats d'infecció tuberculosa latent (ITL), amb residència a Barcelona inferior a 5 anys i procedents de països amb alta prevalença de TBC (> 50/100.000).

MÈTODES

Inclusió des d'abril de 2000. Diagnòstic d'ITL a partir de la prova de la tuberculina positiva amb radiologia normal. A cadascuna de les visites es van valorar la tolerància, els efectes secundaris i el compliment (correcte: total de dosis preses ≥ 80% dosis prescrites).

RESULTATS

S'han inclòs 229 subjectes. Edat mitjana: 25±5 anys; predomini del sexe masculí (69%). La residència a Barcelona va ser inferior a 2 anys en el 88% dels casos i el 67% estaven en situació administrativa irregular. El 19% dels subjectes procedien d'estudis de contactes i la resta (81%) de cribratges. En 104 casos es va indicar la pauta 6H (45%) i en 125 (55%) la 3RH. Procedència: Amèrica del Sud 47%, Àfrica 30%, Àsia 20% i Europa de l'Est 3%. Compliment global: 55%, pèrdues 22%, abandonaments 18% i suspensió 5%. La pauta 3RH va presentar un compliment significativament millor (62%) que la 6H (47%) (p= 0,0018). No es van observar diferències quant a tolerància i hepatotoxicitat entre les dues pautes.

CONCLUSIONS

Les pautes curtes de TITL milloren el compliment i s'haurien de considerar de primera elecció en els programes de prevenció dirigits a població amb alt risc d'emmalaltir com ho és el col·lectiu immigrant.

30 MALALTIA PULMONAR PER *M. GORDONAE* EN UN PACIENT IMMUNOCOMPETENT

Autors: De Souza ML, Jiménez-Fuentes MA, Milà C, Altet N, Solsona J, Alcaide J. **Institució:** Unitat de Prevenció i Control de la Tuberculosi. CAP Drassanes. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

M. gordonae és un micobacteri escotocromogen, habitualment considerat sapròfit ambiental, d'escassa capacitat patògena, aïllat sovint a l'aigua corrent, aixetes i sistemes de distribució d'aigua. S'han descrit 13 casos de malaltia pulmonar per *M. gordonae* en individus immunocompetents, la major part dels quals tenien antecedents de patologia pulmonar prèvia com tuberculosi o bronquiectàsis. Només en 5 casos, els pulmons eren sans d'antuvi.

OBJECTIUS

Descrivre un cas de malaltia pulmonar per *M. gordonae* en un pacient immunocompetent sense patologia pulmonar prèvia, treballador d'un túnel de rentat de cotxes.

MÈTODES

Home de 36 anys d'edat, fumador ocasional amb enolisme de 20 g/d, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, ni antecedents patològics, treballador d'un túnel de rentat de cotxes, que presentava clínica de 5 mesos d'evolució d'astènia, anorèxia i pèrdua de pes no quantificada i expectoració hemoptoica les 3 setmanes prèvies.

RESULTATS

La radiografia de tòrax mostrava una densitat alveolar amb àrees de cavitació al lòbul superior esquerre. Anàlisi basal amb valors dins de la normalitat amb serologies negatives per a VIH, virus hepatitis B i C. La prova de la tuberculina fou positiva amb una induració de 13 mm. El pacient presentava cicatriu de vacuna BCG. La bacil·loscòpia dels espusats fou negativa, amb creixement de *M. gordonae* en 3 cultius obtinguts en setmanes diferents. No es va realitzar estudi de sensibilitat. El pacient va ser tractat amb rifampicina, isoniazida i etambutol durant un any amb millora clínica important a les poques setmanes d'iniciar el tractament. Els cultius van negativitzar-se en un mes i la radiografia de tòrax mostrà una evolució a la resolució de les lesions amb persistència de tractes fibrosos residuals mínims. Durant un seguiment de 4 anys el pacient no ha presentat cap malaltia maligna o immunodepressora.

CONCLUSIONS

Descrivim el primer cas de malaltia pulmonar per *M. gordonae* en un pacient immunocompetent sense patologia pulmonar prèvia publicat a l'estat espanyol. L'antecedent laboral suggereix una transmissió a partir de la inhalació d'aerosols contaminats pel microorganisme. La pauta de tractament amb rifampicina, isoniazida i etambutol és eficaç.

INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA I SAHS

31 HIPERCÀPNIA I ACIDOSI RESPIRATÒRIA SECUNDÀRIA A L'OXIGENOTERÀPIA NOCTURNA: EFECTE SOBRE L'ESTRUCTURA DEL SON

Autors: Tàrrega J¹, Güell R, Antón A, Miralda R¹, Farrero E², Muñoz X³, Prats E², Martí S³, Mayos M¹.

Institucions: Departament de Pneumologia. ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ²Hospital de Bellvitge, ³Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: L'oxigenoteràpia en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) estable pot produir hipercalcèmia i/o acidosi respiratòria nocturna (*Respir Care* 2002;47(8): 882-886).

OBJECTIUS: Valorar, en pacients amb MPOC estable, l'efecte de la hipercàpnia i/o l'acidosi respiratòria secundària a l'administració d'oxigen nocturn sobre l'estructura del son.

PACIENTS I MÈTODES: Es varen estudiar 20 pacients amb MPOC estable (FEV₁ 24 ± 6% v. ref.) en tractament amb oxigenoteràpia domiciliària (PaO₂ 53 ± 6 mm Hg, PaCO₂ 51 ± 6 mm Hg, pH 7,38 ± 0,02). Es va practicar un estudi polisomnogràfic (Siesta, Compumedics) amb O₂. El flux d'O₂ es va ajustar durant el dia fins aconseguir una SpO₂ > 90%. S'obtingueren mostres de sang arterial, en vigília i durant el son (3 am i 7 am). Es va considerar "resposta inadequada" a l'oxigenoteràpia (RI) si, en una o en ambdues determinacions nocturnes, el pH era < 7,33 i/o la PaCO₂ va incrementar-se > 10 mm Hg respecte a la vigília.

RESULTATS: El 45% dels pacients va presentar RI, amb valors mitjans de pH, PaCO₂ i PaO₂ al despertar (7 am) de 7,30 ± 0,007, 72 ± 4 mm Hg, 72 ± 3 mm Hg, respectivament; en el grup amb "resposta adequada" a l'oxigenoteràpia (RA) varen ser de 7,36 ± 0,004, 52 ± 2 mm Hg i 77 ± 3 mm Hg. Dos pacients amb RI i un del grup amb RA es varen diagnosticar de SAHS. La Taula resumeix les dades polisomnogràfiques excloent-ne aquests 3 pacients:

Mitjanes ± DE. Diferències no estadísticament significatives.

	Eficiència son (%)	Fase I-II (%)	Fase III-IV (%)	REM	Índex arousals/h	IAH
RI	58 ± 10	28 ± 8	32 ± 11	11 ± 5	14 ± 6	10 ± 9
RA	57 ± 15	30 ± 13	27 ± 14	12 ± 7	12 ± 4	7 ± 8

CONCLUSIONS: En el pacient amb MPOC estable en fase d'insuficiència respiratòria crònica, el desenvolupament d'hipercàpnia i/o acidosi respiratòria nocturnes secundàries a l'administració d'oxigen no provoca canvis en l'eficiència ni en l'estructura del son.

NOTA: Parcialment finançat per Carburos Metàlics S.A.

32 EFECTE DE L'INCREMENT DEL FLUX D'OXIGEN DURANT EL SON EN MALALTS AMB MPOC I OXIGENOTERÀPIA DOMICILIÀRIA (OCD)

Autors: Tàrrega J¹, Antón A¹, Mayos M¹, Martí S², Prats E³, Muñoz X², Farrero E³, Güell R¹.

Institucions: Departament de Pneumologia. ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ²Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona. ³Hospital de Bellvitge.

INTRODUCCIÓ: Les normatives internacionals sobre oxigenoteràpia domiciliària (OCD) aconsellen, durant el son, incrementar en 1L/min el flux d'oxigen ajustat durant el dia per prevenir la desaturació nocturna. Però aquest augment del flux podria incrementar la hipercàpnia nocturna i afavorir el desenvolupament d'acidosis respiratòria.

OBJECTIUS: Avaluar, en pacients amb MPOC i criteris d'OCD, les conseqüències en l'intercanvi de gasos durant la nit que suposa l'increment en 1L/min del flux d'O₂ ajustat en vigília.

MATERIALS I MÈTODES: S'han estudiat 30 pacients amb MPOC estable (FEV₁ 24 ± 6% v. ref.) i OCD (PaO₂ 52 ± 5 mm Hg, PaCO₂ 54 ± 5 mm Hg). Es varen analitzar mostres de sang arterial en vigília i durant el son (3 am i 7 am) i el registre continu de SpO₂ nocturna. En dos nits consecutives, i de forma aleatòria, es va realitzar un estudi amb O₂ ajustat durant el dia, fins aconseguir una SpO₂ > 90%, i amb l'increment en 1L/min del flux ajustat en vigília. En tots els pacients descartarem la presència d'un SAHS per poligrafia respiratòria. Es va analitzar l'evolució de la PaCO₂ i pH en el temps amb una anàlisi de la varianza (ANOVA de 2 factors). Es va comparar la saturació nocturna amb la prova t-Student i la presència de resposta nocturna hipercàpnica amb l'oxigenoteràpia amb la prova khi-quadrat.

RESULTATS:

	Flux ajustat en vigília	Increment nocturn en 1L/min	p
SpO ₂ (%)	92 ± 2	94 ± 2	< 0,007
CT90 (%)	14 ± 22	4 ± 10	< 0,000
Δ PaCO ₂ (mm Hg)	4 ± 7	8 ± 11	ns
PH (7 am)	7,33 ± 0,03	7,32 ± 0,03	ns

Mitjanes ± DE

Es va observar un increment significatiu en la PaCO₂ amb acidosis respiratòria (pH < 7,33 + PaCO₂ > 10 mm Hg) en 5 pacients (17%) amb el flux ajustat en vigília i en 9 (30%) quan s'incrementà el flux durant la nit (p < 0,001).

CONCLUSIONS: En pacients amb MPOC i OCD, l'increment en 1L/min durant el son del flux d'oxigen ajustat en vigília millora de forma significativa l'oxigenació durant la nit però s'associa a una tendència a augmentar la PaCO₂ amb un augment de la proporció de pacients que desenvolupen acidosis respiratòria.

NOTA: Parcialment finançat per Carburos Metàlics S.A.

33 EVOLUCIÓ DE LA SOMNOLÈNCIA EN PACIENTS AMB SÍNDROME D'APNEA DEL SON TRACTATS PROVISIONALMENT AMB CPAP A PRESSIÓ NO TITULADA DE 8 CM H₂O

Autors: Torrella M, Castillo I, Tàrrega J, Matito M, Barbeta E.

Institucions: Hospital General de Granollers.

INTRODUCCIÓ

Al nostre hospital, quan un pacient es diagnostica de síndrome d'apnea del son tributària de CPAP, s'inicia immediatament el tractament a pressió provisional de 8 cm H₂O. Se sol·licita la titulació quan el pacient es considera ben adaptat al tractament. Hem observat que en aquest període la majoria de pacients millora clínicament.

OBJECTIUS

Mesurar l'evolució de la somnolència diürna en els pacients amb síndrome d'apnea del son tractats amb CPAP a pressió no titulada de 8 cm H₂O.

POBLACIÓ

Tots els pacients que van iniciar CPAP per síndrome d'apnea del son a partir de gener de 2002, han estat a pressió provisional de 8 cm H₂O almenys 2 mesos abans de la prova de titulació, tenen un compliment mínim de 4 hores/nit i capacitat per respondre un test d'Epworth autoadministrat. Eren 60 pacients, 53 (88%) homes, de 54 ± 11 anys, IMC 33,3 ± 6,8 kg/m², IAH 50 ± 20, compliment objectiu de 6,1 ± 1,1 hores/dia.

MÈTODES

S'analitzà el test d'Epworth autoadministrat abans (Epworth basal) i després d'un temps mínim de 2 mesos de tractament amb CPAP a 8 cm H₂O (Epworth final). També s'enregistrà el pes i el compliment objectiu per comptador horari.

RESULTATS

Els pacients no van presentar variació significativa de pes en el període en estudi (pes inicial 94,6 ± 19,3 kg, pes final 95,2 ± kg). El test d'Epworth millora significativament, passant d'Epworth basal 14 ± 4 a Epworth final de 6 ± 3 (p < 0,0005). En 4 (6%) pacients l'Epworth final va ser ≥ 12.

CONCLUSIONS

Recomanem que l'espera d'una prova de titulació no demori l'aplicació d'un tractament a pressió provisional de 8 cm H₂O amb molt bona resposta clínica.

34 VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA HIPERCÀPNICA

Autors: Rodríguez N, Prats M, Izquierdo J, Marín A, Lloret J, Arellano E, Sanz J, Riu E, Ruiz Manzano J, Morera J.

Institució: Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Germans Tries i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ: La ventilació mecànica no invasiva (VMNI) està acceptada com a tractament de l'agudització de la insuficiència respiratòria hipercàpnica (AIRH).

OBJECTIUS: Estudi retrospectiu dels malalts que han rebut VMNI durant una AIRH.

MATERIALS I MÈTODES: El tractament es va realitzar fora de la UCI (Unitat de Cures Intensives) entre l'1 de gener i el 30 de juny de 2002. Criteris d'inclusió: segons les normes per a la VMNI. En el moment de l'ingrés es realitzà una gasometria arterial basal (GAB). Es van utilitzar ventiladors ciclats per pressió amb mascaretes nasals i facials *Respironics*. Tots els malalts van rebre tractament mèdic junt amb la VMNI.

RESULTATS: Es van ventilar 20 malalts, 15 (75%) homes i 5 (25%) dones; mitjana d'edat: 67,76 +/- 8,12 anys (53-81 anys). Setze malalts presentaven un pH entre 7,20-7,33, dos (10%) tenien un pH < 7,20 i la resta entre 7,33- 7,34; el 90% tenia una pCO₂ > 65 i tots presentaven hipoxèmia amb pO₂ < 55 mm Hg. En 12 (80%) malalts, la VMNI es va iniciar a Urgències i en 8 (20%) a la sala d'hospitalització convencional. En el 65% es va iniciar en el moment de l'ingrés, en la resta per deteriorament gasomètric durant l'ingrés. Es van utilitzar mascaretes facials en 14 malalts (70%) i en els 6 (30%) restants mascaretes nasals. El grau d'adaptació va ser bo en 14 (70%) malalts, acceptable en 4 (20%) i dolent en 2 (10%). Com a complicacions, dos malalts van presentar úlcera nasal i un distensió abdominal. Sols un malalt (5%) va ser traslladat a UCI i va continuar VMNI. Van morir 2 (20%) malalts. Les causes d'AIRH van ser: en 13 malalts (65%) infecció bronquial, en 6 (25%) pneumònia extrahospitalària, insuficiència cardíaca esquerra (5%). Es va utilitzar una IPAP entre 12-15 cm H₂O en 17 (85%) malalts, en 2 la IPAP va ser de 18 cm H₂O i en la resta de 10 cm H₂O. En tots ells es va utilitzar una EPAP entre 2-6 cm H₂O. A les 24 hores el pH s'havia corregit en 16 (80%) dels malalts; el 80% presentaven una pCO₂ entre 35-50 mm Hg i el 90% una pO₂ > 60 mm Hg. La malaltia de base de l'AIRH va ser malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) greu en 16 malalts (80%) i síndrome d'hipoventilació més obesitat en el 20% restant.

CONCLUSIONS: 1) La indicació més freqüent de VMNI es va fer en el moment de l'ingrés i a urgències. 2) En la majoria es van utilitzar mascaretes facials amb bona adaptació. 3) Gran part presentava acidosis respiratòria greu (pH < 7,33). 4) En la majoria es va retirar la VMNI entre les 24 i 72 hores després de l'inici del tractament. 5) La causa més freqüent va ser l'agudització de l'MPOC per infecció bronquial. 6) Cap malalt va requerir IOT ni VMNI.

35 REPERCUSSIÓ DE LA CIRURGIA AMB ANESTÈSIA GENERAL EN PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA (IRC) I VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA (VMNI)

Autors: Lumbierres M, Ferrero E, Prats E, Monasterio C, Giró E, Casolí V, Escarabill J. **Institució:** UFISS-Respiratòria. Servei de Pneumologia. Hospital de Bellvitge.

OBJECTIUS

Avaluar l'impacte d'una intervenció quirúrgica (IQ) amb anestèsia general en pacients amb insuficiència respiratòria crònica (IRC) tractats amb ventilació mecànica no invasiva (VMNI).

MÈTODES

Estudi retrospectiu en 20 pacients (7 homes) amb una edat mitjana de 52+/-14 anys. Diagnòstics: cifoscoliosi (8), toracoplastia (4), malalties neuromusculars (2) i obesitat mòrbida (6). Tots els pacients es trobaven en situació clínica estable, 18 pacients eren portadors de VMNI i a 2 pacients se'ls va fer l'adaptació de la VMNI abans de l'IQ. Variables estudiades: dies d'ingrés, temps d'intubació orotraqueal (IOT) i temps d'estada a la unitat de reanimació postquirúrgica (RPQ), gasometria arterial, FVC i FEV₁ abans de l'IQ i un any després, consum de recursos assistencials l'any previ i l'any posterior de l'IQ. Anàlisi estadística: comparació de variables mitjançant el test de Wilcoxon.

RESULTATS

Procediments quirúrgics: gastroplastia (6), mastectomia (5), septoplastia (3), pròtesi de maluc (2), colecistectomia (1), termocoagulació del gangli de Gasser (1) i CPRE (1). Un pacient es va mantenir intubat més de 24 hores, el temps mitjà d'estada a l'RPQ va ser de 19+/-hores. L'estada hospitalària d'aquests pacients no va ser significativament diferent a la del grup general sense IRC del nostre centre, a excepció de la septoplastia (per la dificultat per a realitzar la ventilació per via nasal els primers dies). Consum de recursos assistencials en relació a la malaltia respiratòria:

	Any previ IQ	Any després IQ	p*
Visites	2,2±2,1	3,4±1,7	0,44
Ingressos	0,35 ±0,6	0,4 ±1,7	0,55
Dies ingrés	3,6±6,8	1±1,8	0,07

Funcionalisme pulmonar i gasometria arterial:

	Previ IQ	1 any després IQ	p*
PaO ₂ mm Hg	68±11	75±16	0,87
PaCO ₂ mmHg	50±9	47±4	0,36
FVC teòric	39±5	42±6	0,18
FEV ₁ teòric	35±8	40±3	0,26

CONCLUSIONS

L'IQ amb anestèsia general no té cap repercussió a curt ni a mitjà termini en els malalts amb IRC i VMNI, però es necessita de la coordinació i seguiment conjunt amb anestèsia i àrea d'RPQ.

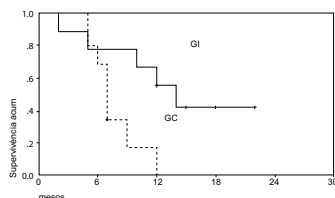
36 ESTUDI PRELIMINAR SOBRE L'APLICACIÓ PRECOÇ DE LA VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA (VMNI) EN ELS PACIENTS AMB ESCLEROSI LATERAL AMIOTRÒFICA (ELA)

Autors: Prats E, Ferrero E, Lumbierres M, Giró E, Casolí V, Escarabill J. **Institució:** UFISS-Rerspiratòria. Servei de Pneumologia. Hospital de Bellvitge.

OBJECTIUS: Valorar l'eficàcia de la ventilació mecànica no invasiva (VMNI) instaurada de forma precoç en els pacients amb esclerosi lateral amiotròfica (ELA).

MÈTODES: Estudi prospectiu aleatoritzat en pacients amb ELA sense insuficiència respiratòria però amb alteracions de la polsioximetria nocturna (saturació mitjana d'oxigen < 94%). Els pacients varen ser aleatoritzats en 2 grups: grup intervenció (aplicació de VMNI amb una BIPAP) i grup control (seguiment convencional i aplicació de VMNI quan la PaCO₂ > 45 mm Hg). Variables estudiades: edat, temps d'evolució de l'ELA, afectació bulbar, símptomes respiratoris i situació respiratòria en el moment de ser inclosos; mesos de supervivència des de l'inici de l'estudi. Estadística: diferències entre grups: test U de Mann-Whitney i test de Fisher; anàlisi de la supervivència amb el mètode de Kaplan-Meier.

RESULTATS: S'han inclòs 19 pacients (9 en el grup d'intervenció i 10 en el grup control), mitjana d'edat de 61 ± 12 anys i un temps d'evolució de la malaltia de 37 ± 58 mesos. Únicament s'han trobat diferències entre els dos grups quant a la supervivència: supervivència mitjana del grup intervenció 14 ± 2 mesos, en front de 7,6 ± 0,85 mesos en el grup control (log rank p 0,02). L'evolució dels pacients en el grup control ha estat la següent: en cinc casos es va instaurar la VMNI per l'aparició d'insuficiència respiratòria, tres casos van presentar una afectació bulbar greu que va impossibilitar l'inici de la VMNI i dos casos varen ser exitus de forma sobtada.



CONCLUSIONS: L'aplicació del suport ventilatori de forma precoç en l'ELA augmenta la supervivència dels pacients. L'afectació bulbar important condiciona l'adaptació i la tolerància a la ventilació mecànica i, per tant, pot influir de forma negativa en la supervivència.

37 L'OBSTRUCCIÓ RECURRENT DE LA VIA AÈRIA SUPERIOR INDUEIX INFLAMACIÓ PULMONAR EN UN MODEL ANIMAL DE SÍNDROME D'APNEES DURANT EL SON

Autors: Calero G¹, Serrano-Mollar A², Farré R³, Closa D², Navajas D³, Montserrat JM¹.

Institucions: ¹Laboratori del Son, Institut Clínic de Pneumologia i Cirurgia Toràcica, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona. ²Unitat de Biofísica i Bioenginyeria, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona. ³ Dept. de Patologia Experimental, IIBB-CSIC, Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Els esdeveniments respiratoris obstructius que pateixen els pacients amb la síndrome d'apnees/hipopnees durant el son (SAHS) poden induir l'expressió de mediadors inflamatoris amb potencials conseqüències clíniques. Hem desenvolupat recentment un model animal de SAHS col·locant a la via aèria superior de la rata un segment col·lapsable (Farré et al., *Respiratory Physiology and Neurophysiology*, en premsa), que permet estudiar les conseqüències de la SAHS.

OBJECTIUS

Determinar si les apnees obstructives recorrents ocasionen inflamació en el teixit pulmonar de la rata.

MATERIALS I MÈTODES

Es van estudiar 12 rates de la soca Sprague-Dawley: 6 d'elles van ser instrumentades i sotmeses a 60 apnees de 15 segons per hora i les altres 6 van ser únicament instrumentades i utilitzades com a grup control. Després de 3 hores, totes les rates van ser sacrificades i es va obtenir el seu teixit pulmonar. Es va estudiar l'expressió de l'RNAm de la iNOS, HSP-72 i P-selectina mitjançant RT-PCR i l'activitat de la mieloperoxidasa amb el mètode espectrofotomètric de la tetrametilbenzidina.

RESULTATS

Comparant amb el grup control, les rates sotmeses a apnees obstructives van mostrar un marcat increment de l'expressió de la iNOS, HSP-72, P-selectina i de l'activitat de la mieloperoxidasa.

CONCLUSIONS

Aquests resultats preliminars suggereixen que les apnees obstructives recorrents induïxen un procés inflamatori pulmonar probablement desencadenat, en part, per l'expressió de P-selectina i caracteritzat per una infiltració neutrofilica.

NOTA

Finançat en part per SAF2002-03616, FIS-01/1594, SEPAR-2001 i HCP-R5

CÀNCER

38 SIMPTOMATOLOGIA DEPRESSIVA I ANSIOSA EN PACIENTS PRE-QUIRÚRGICS DIAGNOSTICATS DE CARCINOMA BRONCÒGÈNIC

Autors: Soto J, Baldó X, Sebastián F.

Institucions: AECC-Catalunya contra el Càncer Comarques Gironines. Cirurgia Toràcica. Hospital Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓ: Els pacients diagnosticats i tractats de càncer incrementen el risc de desenvolupar estats d'ansietat o malalties depressives. Per altra banda, la intervenció quirúrgica sol considerar-se, per sí mateixa, una font d'estrès important.

OBJECTIUS: Estudiar la simptomatologia depressiva i ansiosa dels malalts diagnosticats de carcinoma pulmonar pel Comitè de Càncer de Pulmó de l'Hospital Josep Trueta de Girona.

MATERIALS I MÈTODES: S'han estudiat 123 pacients prequirúrgics acabats de diagnosticar de carcinoma broncògènic durant els anys 2000 i 2001. Per a realitzar l'avaluació, s'ha utilitzat una entrevista semiestructurada (dades demogràfiques) i escales psicomètriques. El primer any es va utilitzar l'escala d'avaluació de la depressió BDI de Beck i l'escala d'avaluació de l'ansietat STAI de Spielberger *et al.* El segon any es va utilitzar l'escala HAD de Zigmond i Snaith. El canvi d'escala es va dur a terme degut a les dificultats que manifestaven els subjectes per a omplir els instruments utilitzats durant el primer any.

RESULTATS: La mitjana d'edat de la població va ser de 65,53 anys (SD 9,74); els pacients, majoritàriament, no tenien estudis (41,03%). El 20,3% tenia antecedents psicològics o psiquiàtrics.

Les escales administrades van ésser omplertes correctament per 79 pacients. Respecte la simptomatologia depressiva, durant l'any 2000 es va trobar que el 5,9% de la població manifestava depressió moderada i el 41,2% depressió lleu; el 2001, el 4,4% mostrava simptomatologia depressiva borderline i el 11,1% simptomatologia depressiva present. Respecte la simptomatologia ansiosa, durant l'any 2000, el 41,2% va manifestar ansietat moderadament alta, l'11,8% ansietat intensa i el 2,9% ansietat de nivell clínic; el 2001, el 15,6% dels entrevistats va mostrar simptomatologia ansiosa borderline i el 17,8% simptomatologia ansiosa present.

S'ha avaluat la simptomatologia depressiva i ansiosa en funció del coneixement del diagnòstic dels pacients. Els resultats mostren que els pacients informats (64,2%) manifestaven nivells més elevats de simptomatologia depressiva i ansiosa que els no informats (no s'assoleix la significació estadística).

CONCLUSIONS: Per tant, una part important dels nostres pacients presenta simptomatologia depressiva i ansiosa, de manera que caldria aplicar tractaments psiquiàtrics/psicològics per a pal·liar aquests símptomes. Cal destacar que en aquesta primera etapa de la malaltia trobem major percentatge de subjectes amb simptomatologia depressiva i ansiosa en pacients informats. Per tant, com a conseqüència dels resultats d'aquest estudi, cal replantejar-se quina informació cal donar al malalt i quan se li hauria de subministrar.

39 EVOLUCIÓ DE L'HÀBIT TABÀQUIC EN UNA POBLACIÓ DE PACIENTS SOTMESOS A CIRURGIA TORÀCICA PER NEOPLÀSIA PULMONAR

Autors: Sangenís Díez S¹, Bonnin M¹, Hernández I¹, Molins López-Rodó L², Vidal G², Sampablo Lauro I¹.

Institucions: ¹Pneumologia i ²Cirurgia Toràcica. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

OBJECTIUS: 1) Conèixer la prevalença de tabaquisme actiu en pacients que seran sotmesos a cirurgia per càncer de pulmó. 2) Valorar si aquests pacients continuen fumant o no després de la intervenció. 3) Determinar si el factor temps condiciona la recaiguda de l'hàbit tabàquic.

MATERIALS I MÈTODES: La població de l'estudi va ser un grup de 67 pacients operats de neoplàsia pulmonar, classificats en dos grups: 23 operats l'any 1997 i 44 el 2000. El motiu de diferenciar aquests dos grups va ser valorar si el temps transcorregut determina o no que el pacient torni a fumar. Es van revisar de forma retrospectiva les històries clíniques, posant la màxima atenció en l'hàbit tabàquic i en el seu seguiment a la consulta. Finalment, es va contactar amb els pacients supervivents i se'ls va fer una entrevista personal per a valorar si el pacient era fumador actiu o no, i practicar una cooximetria de l'aire espirat, considerant que era positiva si era superior a 10 parts per milió (ppm).

RESULTATS: Es van estudiar 67 pacients operats de neoplàsia pulmonar (54 homes i 13 dones); 23 (34,3%) van ser operats el 1997 (4 eren dones i 19 homes). Del grup de 44 pacients operats l'any 2000 (65,2%), 9 eren dones i 35 homes. La mitjana d'edat en el moment del diagnòstic era de 53,4 anys en les dones i de 65,2 anys en els homes. Pel que fa referència a l'hàbit tabàquic en el moment del diagnòstic, les dones es van declarar fumadores en el 46,1% dels casos i no fumadores en el 53,8%. Els homes eren fumadores en el 51,8% dels casos, no fumadores el 3,7%, i exfumadors (més d'un any d'abstinència de tabac) el 44,4%.

El percentatge de pacients que va accedir a realitzar l'entrevista va ser del 26,8%. En el grup del 1997, havien mort el 30,4% dels pacients, i van respondre a la nostra entrevista el 21,7%. Tots els entrevistats van declarar no fumar, i presentaven una cooximetria inferior a 10 ppm en el 100% dels casos. Del grup del 2000, el 18,1% dels pacients havia mort en el moment de l'estudi, i van accedir a ser entrevistats el 29,5%. D'aquest grup, el 76,9% dels pacients es va declarar no fumador, presentant una cooximetria inferior a 10 ppm en el 100% dels casos, i el 23% restant va afirmar que fumava de forma esporàdica després de l'operació, amb una cooximetria superior a 10 ppm en el 66,6% dels casos.

CONCLUSIONS: 1) En el moment del diagnòstic de càncer de pulmó tenien antecedents de tabaquisme tots els homes i la meitat de les dones. 2) Malgrat haver estat diagnosticats d'una malaltia amb una alta taxa de mortalitat i d'haver estat sotmesos a una intervenció quirúrgica important, un percentatge no despreciable de pacients torna a fumar després de la cirurgia. 3) El factor temps no sembla influir en la recaiguda en l'hàbit tabàquic després de la cirurgia.

40 ANÀLISI DE LA INFLUÈNCIA DEL TABAC EN UNA SÈRIE DE 255 PACIENTS INTERVINGUTS D'UNA NEOPLÀSIA PULMONAR

Autors: Haro M, Casamitjà MT, Vilaplana M, Baldó X, Rubio M, Faixedes D, Sebastián F, Bernadó L.

Institucions: Secció de Pneumologia, Serveis de Cirurgia Toràcica i Anatomia Patològica. Hospital Universitari de Girona "Doctor Josep Trueta". Girona.

OBJECTIUS: Descriure la influència del tabac en les característiques principals d'una sèrie de pacients intervinguts d'una neoplàsia pulmonar.

MÈTODES: Estudi comparatiu de 255 casos consecutius de neoplàsia pulmonar sotmesos a cirurgia (març 1996 - juny 2001), dividits segons la presència o no de tabaquisme. Es comparen edat, sexe, antecedents patològics relacionats amb el tabac o neoplàsies prèvies, Karnofsky (KF), troballes a la radiografia, diàmetre de la lesió pulmonar, broncoscòpia diagnòstica, valor del FEV₁, tipus d'intervenció, histologia i estudi d'extensió postquirúrgica.

RESULTATS: Edat: 65 anys (DE 10, 18-86), 244 homes (96%), 233 fumadores (91%, 158 actius i 75 exfumadors), 147 amb MPOC prèvia (57%) i KF 83% (DE 25). Broncoscòpia diagnòstica en 118 (46%) i FEV₁ del 71% (DE 16). Una histologia de 146 casos de c. epidermoide (57%), 72 ADK (28%), 23 c. indiferenciat de cèl·lula gran (9%), 8 carcinoïdes i la resta miscel·lània. En l'estudi d'extensió: estadi IA 33 casos (13%), IB 63 (25%), IIA 9 (3,5%), IIB 44 (17%), IIIA 63 (25%), IIIB 27 (11%) i IV 16 (6,3%). Es van realitzar 127 lobectomies (50%), 64 pneumectomies (25%), 28 segmentectomies i 13 bilobectomies. Les úniques diferències observades entre els dos grups foren:

	No fuma (%)	Fuma (%)	P
N	22 (8,6)	233 (91)	<0,0001
Homes	12 (54)	232 (99,6)	<0,0001
MPOC	4 (18)	143 (61)	0,0006
KF %	90 (DE 20)	76 (DE 30)	0,02
Broncoscòpia diagnòstica	6 (27)	112 (48)	0,04
FEV₁ %	83 (DE 16)	70 (DE 16)	0,01
Tumor carcinoide	4 (18)	4 (2)	0,02
C. epidermoide	4 (18)	142 (61)	0,0002

No es van observar diferències entre fumadores i exfumadors, a excepció d'un KF pitjor en els últims.

CONCLUSIONS: 1) El tabaquisme era present a la majoria dels pacients i als homes de la nostra sèrie. 2) L'MPOC predominava als fumadores junt a una disminució del FEV₁, pitjor KF i augment de la rendibilitat de la broncoscòpia. 3) El c. epidermoide era més freqüent als fumadores i el carcinoide als no fumadores.

41 INFLUÈNCIA DEL SEXE EN LES CARACTERÍSTIQUES D'UNA SÈRIE DE PACIENTS INTERVINGUTS PER UNA NEOPLÀSIA PULMONAR

Autors: Haro M, Casamitjà MT, Faixedes D, Rubio M, Vilaplana M, Sebastián F, Baldó X, Castro P.

Institucions: Secció de Pneumologia, Serveis de Cirurgia Toràcica i Anatomia Patològica. Hospital Universitari de Girona "Doctor Josep Trueta". Girona.

OBJECTIUS: Avaluar les característiques principals i la influència del sexe en una sèrie de pacients intervinguts d'una neoplàsia pulmonar.

MÈTODES: Estudi comparatiu de 255 casos consecutius de neoplàsia pulmonar sotmesos a cirurgia (març 1996 – juny 2001), dividits segons el sexe. Es comparen edat, tabaquisme, antecedents patològics relacionats amb el tabac o neoplàsies prèvies, Karnofsky (KF), troballes a la radiografia, diàmetre de la lesió pulmonar, broncoscòpia diagnòstica, valor del FEV₁, tipus d'intervenció, histologia i estudi d'extensió postquirúrgics.

RESULTATS: Edat: 65 anys (DE 10, 18-86), 244 homes (96%), 233 fumadors (91%, 158 actius i 75 exfumadors); 147 amb MPOC prèvia (57%), KF 83% (DE 25), FEV₁ del 71% (DE 16) i una broncoscòpia diagnòstica en 118 casos (46%). Una histologia dividida en 146 c. epidermoïdes (57%), 72 ADK (28%), 23 c. indiferenciats de cèl·lula gran (9%), 8 carcinoïdes i la resta miscel·lània. Estudi d'extensió: Estadi IA 33 casos (13%), IB 63 (25%), IIA 9 (3,5), IIB 44 (17), IIIA 63 (25), IIIB 27 (11) i IV 16 (6,3), realitzant 127 lobectomies (50%), 64 pneumectomies (25%), 28 segmentectomies i 13 bilobectomies. Les úniques diferències observades entre els dos grups foren:

	Homes (%)	Dones (%)	P
N	244 (96)	11 (4)	<0,0001
Fumadors	233 (91)	1 (9)	<0,0001
MPOC prèvia	146 (60)	1 (9)	0,001
KF %	80 (DE 25)	96 (DE 2)	0,04
FEV₁ %	71 (DE 16)	85 (DE 14)	0,01
Tumor carcinoide	6 (2,5)	2 (18)	0,04
C. epidermoide	146 (60)	0	<0,0001
ADK	65 (27)	7 (64)	0,01

CONCLUSIONS: 1) La majoria dels nostres pacients eren homes i fumadors, amb un predomini de MPOC, i un FEV₁ o un KF més baix que a les dones. 2) L'ADK i el carcinoide eren més freqüents a les dones i el c. epidermoide als homes.

42 APORTACIÓ DE LA PUNCIÓ ENDOSCÒPICA TRANSTRAQUEAL/TRANSTRONQUIAL EN EL DIAGNÒSTIC HISTOLÒGIC DEL CARCINOMA BRONCOPULMONAR

Autors: Sanz Santos J¹, Saab M², Monsó E¹, Rosell A¹, Riu E¹, Casa X¹, Morera J¹.
Institucions: ¹Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Servei de Pneumologia Hospital de Buenos Aires.

OBJECTIUS: Determinar l'eficàcia de la punció transtraqueal/transbronquial en el diagnòstic histològic del carcinoma broncopulmonar no identificat per altres mètodes.

MATERIALS I MÈTODES: S'han examinat tots els pacients en els que es va practicar una punció transtraqueal/transbronquial endoscòpica per sospita de carcinoma broncopulmonar en els últims deu anys a l'àrea de referència de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (n=148).

RESULTATS: Sobre un total (n=148) de pacients als que es van practicar puncions endoscòpiques, a 109 se'ls va realitzar puncions transtraqueals (grup A) per sospita d'afectació ganglionar i a 39 se'ls va fer una punció transbronquial (grup B) sobre una lesió endoscòpicament visible.

En el grup A es va establir el diagnòstic histològic per punció en 49 (45%), essent negatives en 60 (55%) malalts. Dins el grup de puncions diagnòstiques, 43 (88%) corresponien a carcinoma broncopulmonar i 6 (12%) a altres diagnòstics. De les 43 puncions que van ser positives per a carcinoma broncopulmonar, 33 (77%) casos es van acompanyar d'altres mètodes histològics positius i en 10 (23%) la punció transbronquial va ser l'únic mètode diagnòstic. Dins dels pacients del grup A en què el resultat de la punció va ser negatiu, 21 (35%) casos corresponien a carcinoma broncopulmonar, en els quals en 15 (71%) malalts el diagnòstic es va establir per algun altre mètode endoscòpic i en 6 (29%) es va assumir un diagnòstic clínic.

En el grup B (n=39) (de puncions transbronquials sobre lesió visible), la punció va ser positiva en 14 individus (36%) i negativa en 25 (64%). En el grup de puncions positives aquest va ser l'únic mètode diagnòstic en 4 casos (29%) mentre que en 10 malalts (71%) es va acompanyar d'altres diagnòstics anatomopatològics positius. En el grup de puncions transbronquials no diagnòstiques (n=25), 22 casos corresponien a carcinoma broncopulmonar, 9 (41%) dels quals van ser confirmats per mètodes histològics mentre que en els altres 13 (59%) es va proposar un diagnòstic clínic.

CONCLUSIONS: La punció transtraqueal/transbronquial va resultar l'únic mètode diagnòstic anatomopatològic positiu en el 11,3% dels casos de carcinoma broncopulmonar, per això s'ha de valorar la seva realització en casos en què existeixi sospita d'afectació ganglionar o bé hi hagi lesió endoscòpicament visible.

43 RENDIBILITAT DE LA MEDIASTINOSCÒPIA EN 182 PACIENTS AMB CÀNCER BRONCOGÈNIC

Autors: L. Molins, C. Simón, G. Vidal.

Institució: Servei de Cirurgia Toràcica. Hospital Sagrat Cor. Barcelona

OBJECTIUS: Estudiar la rendibilitat de les mediastinoscòpies (MS) realitzades en pacients amb càncer de pulmó, segons l'histopatologia del tumor primari, l'edat, la indicació d'estadificació o de diagnòstic per la grandària de les adenopaties.

PACIENTS I MÈTODES: Estudi retrospectiu de 182 pacients consecutius amb càncer bronco-gènec als que es va realitzar una MS entre gener de 1993 i juliol de 2002. El procediment habitual va ser el descrit per Carlens, realitzat sense ingrés hospitalari. La rendibilitat de la prova es determina pel percentatge d'MS positives (adenopatia tumoral o invasió mediastínica directa) en cada grup. S'analitza la rendibilitat global i segons l'estirp histopatològica del tumor primari. Per a l'estudi de la rendibilitat segons la indicació, els pacients s'agrupen en: grup de diagnòstic i estadificació (MS-DE) (pacients amb tumor primari no filiat abans de l'MS); grup d'estadificació (MS-E) (pacients amb tumor primari filiat abans de l'MS). Per a l'estudi per edat es determinen tres grups: menys de 60 anys, de 60 a 69 anys i més de 69 anys. Per a l'estudi per criteri de grandària ganglionar s'estableixen dos grups: Pre-2001 i Post-2001 (abans de gener de 2001 es realitzava MS davant imatge radiològica-TAC d'adenopatia paratraqueal major d'1 cm en el seu eix menor; després es realitza MS davant la visualització clara d'alguna adenopatia paratraqueal sense consideració de la grandària).

RESULTATS: Es van realitzar 182 MS en 158 homes i 24 dones, amb una mitjana d'edat de 62,4 anys (r: 37-83). El tumor primari va ser epidermoide en 76 casos, adenocarcinoma en 71, carcinoma de cèl·lules clares en 21 i d'una altra estirp en 14. La rendibilitat global va ser del 42,3%. La rendibilitat per grups histològics va ser del 57%, 52% i 22,4% per a carcinoma de cèl·lules grans, adenocarcinoma i epidermoide respectivament. Segons l'edat, la rendibilitat va ser del 50,9% en els menors de 60 anys, 46,5% en el grup de 60 a 69 anys, i del 32,6% en els majors de 69 anys. Quant a la indicació, la rendibilitat va ser de 58,3% en el grup MS-DE i de 29,9% en el grup MS-E. La rendibilitat de l'MS en els pacients Pre-2001 va ser de 51,4% i en el grup Post-2001 va ser de 28,8%.

CONCLUSIONS: En el nostre medi, la incidència de carcinoma epidermoide i adenocarcinoma en pacients amb càncer de pulmó sotmesos a MS és semblant. La rendibilitat de l'MS sembla major en pacients amb carcinoma de cèl·lula gran i adenocarcinoma, quan el tumor primari no ha estat filiat per altres medis i en els grups de menor edat. La rendibilitat disminueix en renunciar al punt de tall d'1 cm en la grandària ganglionar, encara que continua essent apreciable, modificant-se l'actitud terapèutica en un de cada tres pacients.

44 MESOTELIOMA PLEURAL: EXPERIÈNCIA EN UNA ÀREA AMB ELEVADA EXPOSICIÓ A L'ASBEST

Autors: Naval E, Gallego M, Prat C, García A¹, Cabezuolo M², Castañer E³.

Institució: Servei de Pneumologia, ¹Servei de Cirurgia, ²Servei d'Anatomia Patològica, ³Servei de Radiologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

INTRODUCCIÓ: El mesotelioma pleural constitueix la causa més freqüent de tumor primari maligne de pleura; es relaciona, en la majoria dels casos, amb exposició a l'asbest.

OBJECTIUS: Descriure la nostra experiència en el mesotelioma pleural, en una àrea de població amb elevada exposició a l'asbest.

MATERIALS I MÈTODES: Pacients diagnosticats en els últims 10 anys de mesotelioma pleural en el nostre centre (àrea de referència de 400.000 habitants). Els criteris diagnòstics foren: troballes histològiques i estudi immunohistoquímic compatible. Es van utilitzar els següents marcadors: CAM 5,2, vimentina, Leu M1 (CD 15), CEA, calretinina.

RESULTATS: Trenta-cinc pacients complien els criteris diagnòstics (27 homes i 8 dones) amb una mitjana d'edat de 62 anys (rang: 44-84); 31 pacients referien contacte amb asbest (25 per exposició laboral). La forma de presentació va ser dolor toràcic (62,8%), dispnea (62,8%) quadre tòxic (42,8%) i tos (17,1%). La troballa radiològica més freqüent, tant per radiografia de tòrax com per TAC toràcica, va ser vessament/engruiximent pleural (80%). Únicament es van objectivar plaques pleurals per TAC en 2 casos.

La citologia i la biòpsia pleural tancada van ser sospitoses de malignitat en sis casos, essent compatible amb mesotelioma en dos d'ells. En els 35 casos la pleuroscòpia va ser diagnòstica o confirmativa. El tipus histològic més freqüent va ser l'epitelial (31,4%).

Es va realitzar pleurodesi amb talc en 29 pacients. El tractament quimioteràpic es va indicar en quatre pacients (assaig clínic). En dos casos es va indicar tractament pal·liatiu.

La supervivència mitjana des del diagnòstic va ser de 272,3 dies (rang: 10-752 dies).

CONCLUSIONS: 1) A la nostra àrea existeix una elevada prevalença de mesotelioma deguda a l'exposició laboral. 2) La citologia del líquid plural i la biòpsia pleural a cegues tenen una baixa rendibilitat en el diagnòstic, essent habitualment necessària la realització de biòpsia per videotoracoscòpia pel diagnòstic anatomopatològic de mesotelioma. 3) La TAC de tòrax va orientar el diagnòstic en la majoria dels casos, malgrat la baixa incidència de plaques pleurals. 4) La supervivència va ser menor d'un any en la majoria dels casos.

FIBROSI PULMONAR

45 POLIMORFISMES DEL GEN DEL *TRANSFORMING GROWTH FACTOR β-1* A L'EVOLUCIÓ DE LA FIBROSI PULMONAR IDIOPÀTICA

Autors: Marín-Arguedas A, Xaubet A, Lario S, Molina M, Almonacid C, Ancochea J, Rodríguez-Arias JM, Morell F, Reyes L, Ruiz-Manzano J, Mulo J, Picado C.
Institucions: Servei de Pneumologia. ICPCT. IDIBABS. Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La patogènia de la fibrosi pulmonar idiopàtica (FPI) podria consistir en la interacció de factors exògens i genètics. El *transforming growth factor β-1* (TGF β-1) és un mediador de gran importància en el desenvolupament de l'FPI induint la proliferació de fibroblastes i la síntesi de proteïnes de la matriu extracel·lular pulmonar. S'han descrit polimorfismes del gen del TGF β-1 als codons 10 i 25.

OBJECTIUS: L'objectiu d'aquest estudi fou investigar l'associació entre els polimorfismes del gen del TGF β-1 i la progressió de la malaltia.

MATERIALS I MÈTODES: Es van determinar els polimorfismes dels codons 10 i 25 en una població control (n=73) i en pacients amb FPI (n=128). L'ADN genòmic es va purificar dels leucòcits de sang perifèrica mitjançant el mètode de les sals. Els polimorfismes es van identificar mitjançant PCR i enzims de restricció. Cent deu pacients amb FPI foren seguits durant 30,3± 25 mesos.

RESULTATS: La presència de l'al·lel prolina al codó 10 es va associar de forma independent a un increment de l'AaPO₂ durant el seguiment.

	Pro+	Pro-	P
Pacients (n)	70		
FVC (%) ⁽¹⁾	-0,60 ± 1,36	-0,11 ± 1,43	0,053
DL _{CO} (%) ⁽¹⁾	-1,05 ± 2,49	-0,76 ± 1,37	ns
AaPO ₂ (mm Hg) ⁽²⁾	0,42 ± 0,68	-0,17 ± 0,8	0,002

1: Expressats com el percentatge de canvi del valor absolut respecte a l'inicial / mesos de seguiment.

2: Expressat com la diferència de mm Hg entre l'inicial i el final del seguiment / mesos de seguiment.

CONCLUSIONS: Aquestes troballes suggereixen que els polimorfismes del gen del *transforming growth factor β-1* podrien afectar a la progressió de la fibrosi pulmonar idiopàtica.

NOTA: Subvencionat per FIS 00-0371; SEPAR / Fundació Respira 2000; CIRIT 2000 SGR 120.

46 MALALTIA PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (MPID). ESTUDI DE 388 PACIENTS ENTRE 1995 I 2002

Autors: Reyes L, Morell F, Majó J1, Pallisa E2.

Institucions: Servei de Pneumologia, 1Servei d'Anatomia Patològica i 2Servei de Radiologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

S'han estudiat de forma prospectiva, i inclosos en una base de dades, tots els pacients referits a la nostra consulta de malaltia pulmonar intersticial difusa (MPID) en els darrers 8 anys.

MÈTODES

El protocol de l'estudi inclou informació sobre antecedents mèdics, factors de risc, història ocupacional, exposició antigènica, relació amb el tabac i tractament previ amb medicaments. També inclou símptomes, signes i troballes en l'exploració física inicial; resultats d'anàlisis hematològiques i de rutina; proves cutànies específiques i intracutànies d'antígens sospitosos de produir pneumonitis per hipersensibilitat (PH); espirometria, mesura de volums, capacitat de difusió pulmonar i, en alguns casos, gasometria arterial. Radiografia i tomografia axial computada (TAC) de tòrax; rentat broncoalveolar (RBA), biòpsia transbronquial (BTB) i, en els casos no diagnosticats, biòpsia pulmonar quirúrgica (BPQ); finalment, estudis de provocació bronquial específica en casos sospitosos de PH.

RESULTATS

Es varen incloure 388 pacients: 218 dones (56%) i 170 homes (44%), 29 dels quals encara pertanyen a l'estudi. Els diagnòstics més freqüents, dels 359 pacients que varen completar l'estudi, han estat: sarcoidosi 76 (21%), pneumònia intersticial usual 73 (20%), pneumonitis per hipersensibilitat 59 (16%), pneumònia intersticial no específica 15 (4%), col·lagenosi i MPID 19 (16%), falsa aparença d'MPID 21 (6%), MPID no comuna 17 (5%) incloent limfangioleiomiomatosis 3, pneumònia eosinofílica crònica 14 (4%), histiocitosis X 10 (3%), bronquiolitis respiratòria 7 (2%), pneumònia organitzada criptogènica 7 (2%) i bronquiolitis constrictiva 7 (2%). Finalment, es va incloure un grup heterogeni de fibrosis pulmonars: radiografia de tòrax amb patró intersticial associat a d'altres patologies pulmonars o sense criteris definits de diagnòstic o sense biòpsia pulmonar diagnòstica 61 (17%) incloent MPID secundària a medicaments (amiodarona 4, metotrexat 2, interferó alfa 1), fibrosi posttuberculosa 6, MPID associada a MPOC 5, fibrosi post-SDRA 2, fibrosi postradioteràpia 2, silicosis 5, antracosis 1, asbestosi 1 i pneumònia de cèl·lules gegants 1.

CONCLUSIONS

Es presenta l'ampli espectre de la malaltia pulmonar intersticial difusa en el nostre medi.

47 PNEUMÒNIA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA (PINE). ESTUDI DE 16 PACIENTS

Autors: Reyes L, Morell F, Xaubet A1, Majó J2, Ramírez J3

Institucions: Servei de Pneumologia i Servei d'Anatomia Patològica². Hospitals Vall d'Hebron. Servei de Pneumologia¹ i Servei d'Anatomia Patològica³. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

INTRODUCCIÓ: La pneumònia intersticial no específica (PINE) s'ha inclòs en les darreres classificacions de pneumònies intersticials idiopàtiques (PII) com a un grup diferent de fibrosi amb característiques clíniques, radiològiques i anatomopatològiques pròpies.

MÈTODES: S'han estudiat prospectivament tots els pacients diagnosticats de PINE per biòpsia pulmonar quirúrgica (BPQ). S'han inclòs antecedents mèdics, ocupacionals, tabaquisme i tractament previ amb medicaments; s'han anotat símptomes, signes i exploració física; anàlisis hematològiques i convencionals i PCHR; espirometria, volums pulmonars, capacitat de difusió i gasometria arterial; troballes en radiografia i tomografia axial computada d'alta resolució (TACAR) de tòrax; rentat broncoalveolar (RBA), biòpsia transbronquial (BTB) i biòpsia pulmonar quirúrgica (BPQ); finalment, s'ha inclòs l'evolució tenint en compte l'últim control realitzat.

RESULTATS: S'han inclòs 16 pacients: 12 a l'Hospital Vall d'Hebron i 4 a l'Hospital Clínic. Deu homes (62%) i 6 dones (38%), edat mitjana 60 anys (r: 40-80 a); contacte amb plomes d'aus en 6 (38%) casos; fumadors actius 4 (25%), exfumadors 6 (38%); medicaments previs 9 (56%); pneumònies o lesions pulmonars prèvies 3; dermatomiositis 1, trasplantament hepàtic previ 1. Símptomes: dispnea d'esforç 16 (100%), tos 13 (81%), expectoració 6 (37,5%) i febre 4 (25%). Exploració: crepitants 15 (94%), tipus "velcro" 9 (56%), acropàquies 5 (31,5%). Anàlítica: limfopènia < 20%: 6 (35%), LDH > 330: 13/15 (87%) i fibrinogen > 3,17 en 6/8 (75%). PCHR: anèrgia o hipoèrgia en 4/12 (33%). IgG ag. aviares en 4/6, positiu en 1. Funció pulmonar: CVF < 80% 15 (94%), FEV₁ < 80%: 15 (94%), CPT: < 70 en 8/13 (61,5%), VR: > 120% 1/13 (8%). TLCO < 70% 13 (81%), PaO₂ < 75mm Hg 11/15 (73%). Radiografia de tòrax: reticular 15 (94%), alveolar 4 (25%), predomini basal 13 (81%) i difusos 7 (44%). TACAR: imatges en vidre esmerilat 14 (87,5%), quists subpleurals 8 (50%), reticle nodular 7 (44%), engrossiment de septes 7 (44%), imatges en pannell 5 (31%). LBA: neutròfils > 5% 11 (69%), limfòcits > 15% 6 (37,5%). BTB: no aptes per al diagnòstic degut al volum reduït de les mostres. BPQ realitzada en 13 pacients a l'inici de la clínica, 2 pacients amb diagnòstic (Dx) previ de PIU 14 i 15 anys després del Dx inicial, 1 pacient en estudi pulmonar posttrasplantament unipulmonar amb Dx previ de PIU. Varen rebre tractament amb corticosteroides orals 14 (87,5%), azatioprina 2 (12,5%). Evolució: 15/16 pacients, mitjana de 3,1 anys (r: 6m-18a), millora clínica en 7 pacients, amb millora funcional en 3; segueixen estables 5 pacients i n'han empitjorat 3, un va morir per insuficiència respiratòria (IR) als 2 anys, 1 Dx de càncer de pulmó 4 mesos després del Dx i 1 va evolucionar al Tx unipulmonar als 2 anys per IR.

FIBROSI QUÍSTICA

48 UTILITAT DE LA DETERMINACIÓ DEL POTENCIAL DIFERENCIAL NASAL (PDN) PEL DIAGNÒSTIC DE FIBROSI QUÍSTICA (FQ) AMB PROVA DE LA SUOR NEGATIVA

Premi a la millor comunicació

Autors: Bosque M, Larramona H, Asensio O, Valdesorio L, Luján M, Montón C, Casals T¹, Domingo CH. **Institucions:** Servei de Pediatria i Servei de Pneumologia. Corporació Parc Taulí. Sabadell. ¹IRO.

OBJECTIUS: 1) Descripció de la tècnica per realitzar la prova del potencial diferencial nasal (PDN). 2) Avaluar la utilitat d'aquesta prova en malalts amb fibrosi quística (FQ) monosimp-tomàtica i prova de la suor negativa.

MATERIALS I MÈTODES: 1) Pel diagnòstic i filiació de bronquiectàsies s'ha aplicat el protocol del nostre hospital realitzant: radiografia (RX) de tòrax PA i perfil, RX de sins paranasals, TAC tò-ràcica, prova de la sacarina, determinació en sang d'alfa-1-antitripsina, immunoglobulines i sub-classes de la IgG, seminograma, biòpsia nasal per estudi ultraestructural, prova de la suor (PS) (Macroduct,) i estudi genètic. 2) La determinació del PDN es va fer amb un voltímetre (Tholy-Medicap,) connectat a dos elèctrodes que s'introdueixen en el teixit subcutani del braç i cara anterior de cornet inferior. 3) Es considera patològic: PS > 80 meq C1. 4) Els valors de normalitat del PDN oscil·len al voltant de -20 i en malalts amb FQ al voltant de -50 mV. 5) El PDN es va practicar en les dues narius, agafant-se com a valor final la mitjana aritmètica dels dos valors.

POBLACIÓ: S'han estudiat 84 persones dividides en 5 grups: A: controls sans; B: malalts pedià-trics amb diagnòstic de FQ (història clínica, prova de la suor patològica, estudi genètic com-patible amb FQ -dues mutacions-); C: adults amb bronquiectàsies no filiaades amb prova de la suor negativa i estudi genètic -portadors d'una mutació-; D: adults amb bronquiectàsies no filiaades amb prova de la suor negativa i estudi genètic sense evidència i portadors d'una muta-ció d'FQ.

AVALUACIÓ ESTADÍSTICA: 1) Resultats expressats en forma de mitjana ± desviació estàndard. 2) Prova de l'ANOVA per comparació de grups. Comparació intergrups amb la correcció de Bonferroni. 3) Càlcul del valor predictiu positiu (VPP) i negatiu (VPN), especificitat (E) i sensibi-litat (S) del PDN.

RESULTATS: S: 91,7%; E: 80%; VPP: 78%; VPN: 92,3%.

Grups	A	B	C	D	E
N	15	13	4	30	22
PDN	25,6 ± 22,1	62,1 ± 16,7	63,4 ± 7,9	46,7 ± 16,02	42,59 ± 15,6

Els resultats de les comparacions entre grups no són significatius estadísticament entre els grups B/C i D/E. S'observen diferències significatives amb (p < 0,05) entre els grup B/D. Encara que no hi ha diferències estadísticament significatives entre B i D (p=0,08) s'observa una tendència a la significació.

CONCLUSIONS: El PDN ha estat molt útil per considerar el diagnòstic d'FQ en adults afectes de bronquiectàsies no filiaades amb una mutació FQ, resultant el PDN més sensible que la prova de la suor. No s'han observat efectes adversos a la realització del PDN.

NOTA: Beca Óscar Ravà 1999; FUCAP.

49 RELACIÓ ENTRE GENOTIP I GRAVETAT DE LA MALALTIA PULMONAR EN PACIENTS ADULTS AMB FIBROSI QUÍSTICA

Autors: Mata F, De Gracia J, Álvarez A, De la Rosa D, Cobos N¹, Gartner S¹, Culebras M. **Institucions:** Servei de Pneumologia. HGU i HMI¹. Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: El deteriorament progressiu de la funció pulmonar és la principal causa de mort en pacients amb fibrosi quística (FQ), essent el principal factor pronòstic. Les mutacions del gen que codifica per a la proteïna RTFQ (regulador transmem-brana de la fibrosi quística) poden agrupar-se en cinc classes diferents partint del tipus de disfunció molecular que provoquen.

OBJECTIUS: Establir la relació entre la gravetat de la malaltia pulmonar i el parell de mutacions de l'RTFQ en pacients adults amb FQ.

MÈTODES: Estudi prospectiu observacional, descriptiu i comparatiu de pacients adults amb FQ, diagnosticats de dues mutacions de l'RTFQ, controlats a la Unitat de Fibrosi Quística d'Adults des de 1984 a juny de 2002. Es varen dividir d'acord amb la classe a la qual pertanyien el parell de mutacions que presentaven. Amb l'objectiu d'establir una relació entre el parell de mutacions i la funció pulmonar, es varen com-parar els valors mesurats d'FVC en el moment de l'estudi entre els diferents grups. Posteriorment, tots els pacients es varen dividir en dos grups en funció de si presen-taven o no valors mitjans d'FVC superiors al 60% de l'esperat i s'analitzaren les carac-terístiques clíniques, demogràfiques, antropomètriques, bacteriològiques, genèti-ques i de funció pulmonar.

RESULTATS: S'estudiaren 75 pacients (41 homes, edat mitjana 27±4, rang: 18-54 anys). Els pacients amb dues mutacions classe I o II van tenir valors d'FVC inferiors als pacients que presentaven almenys una mutació classe III, IV o V. Els pacients es divi-diren en dos grups. En el grup 1 es van incloure els pacients que tenien dues muta-cions classe I o II, i en el grup 2 els qui presentaven almenys una mutació de les clas-ses III, IV o V. Els pacients del grup 1 van tenir major freqüència de colonització bron-quial crònica per *P. aeruginosa*, de pacients que van necessitar un trasplantament pulmonar i de defuncions. Les mitjanes d'FVC i FEV₁ van ser més baixes en els pacients del grup 1 (FVC 64,6 [IC95% 57,7-71,5] i FEV₁ 52,6 [IC95% 45,1-60,1]) i ini-ciar la seva avaluació en la unitat d'adults en comparació amb els pacients del grup 2 (FVC 87,5 [IC95% 81,7-83,2] i FEV₁ 80,7 [IC95% 72,8-88,7]). L'evolució va ser menys favorable entre els pacients del grup 1, objectivant-se en l'actualitat valors mitjans d'FVC (53,7 [IC95% 46,3-61]) i FEV₁ (43 [IC95% 35,6-50,4]) menors que els valors mit-jans d'FVC (83,5 [IC95% 76,6-90,5]) i FEV₁ (78 [IC95% 69-87]) presents en els pacients del grup 2, després d'un seguiment mitjà de 4 i 5 anys, respectivament. El nombre de pacients amb valors d'FVC i FEV₁ inferiors al 35% de l'esperat fou major en el grup 1 a l'inici i al final del seguiment en la Unitat.

CONCLUSIONS: Existeix una relació clara entre el genotip i la gravetat de la malaltia pulmonar en pacients adults amb FQ.

50 PREVALENCIA DE DÈFICIT D'ALFA-1 ANTITRIPSINA EN MALalts DE FIBROSI QUÍSTICA

Autors: Serra R, De Gracia J, Álvarez A, Mata F, Morell F. **Institucions:** Servei de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Estudis previs suggereixen que la funció respiratòria en malalts de fibrosi quística (FQ) pot estar influenciada per altres gens que actuarien com a moderadors fenotípics.

OBJECTIUS: Establir la prevalença dels fenotips i al·lels d'alfa-1 antitripsina (AAT) en malalts de FQ.

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES: Estudi observacional, descriptiu i compari-tiu dels malalts d'FQ i població general.

Foren inclosos 62 malalts adults (37 dones, mitjana d'edat 29,8 (r: 18-64) anys; el diagnòstic es va realitzar abans dels 16 anys en 27 (45%). El diagnòstic d'FQ es va establir segons criteris descrits prèviament. Els nivells d'AAT es varen deter-minar mitjançant immunofelometria i els fenotips d'AAT amb la tècnica descrita per Weidinger *et al.* El grup control va ésser un grup històric de 440 individus de la població general analitzats prèviament en el nostre centre. La comparació entre grups es va realitzar mitjançant la t d'Student per variables quantitatives, una p < 0,05 fou considerada positiva.

RESULTATS: No s'observaren diferències en la distribució dels fenotips i al·lels d'AAT entre pacients amb FQ i la població general. En els pacients amb FQ, els nivells plasmàtics d'AAT foren similars pels dos fenotips més freqüents PiMM (170 ± 38,8 mg/dl) i PiMS (154 ± 46,5 mg/dl).

Fenotips	Població	CI 95%	Fibrosi quística	CI 95%
MM	333(75.7%)	71,7-79,7%	48(77,4%)	66,9-87,8%
MS	84(19,1%)	15,4-22,8%	11(17,7%)	8,1-27%
MZ	14(3,2%)	1,7-5,2%	1(1,6%)	1,5-4,7%
ZZ	0	0	1(1,6%)	1,5-4,7%
Altres	9(2%)	0,9-3,8%	1(1,6%)	1,5-4,7%
Al·lels				
M	87,30%	85-89,5%	90%	84,7-95,2%
S	10,40%	8,3-12,4%	9%	3,9-14%
Z	1,50%	0,3-1,7%	2,50%	0,2-5,2%

CONCLUSIONS: Els nivells plasmàtics d'AAT i la distribució dels fenotips d'AAT en malalts d'FQ és similar a la de la població general.

MISCEL·LÀNIA

52 AMILOÏDOSI TRAQUEOBRONQUIAL

Autors: Salord N, Burgués C, Vigil L, Puy C, Puzo MC, Castella J.
Institució: Departament de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'amiloidosi és una malaltia crònica en la qual el dipòsit de material proteínic fibril·lar a l'espai extracel·lular pot manifestar-se de manera sistèmica o localitzada. L'amiloidosi traqueobronquial (ATB) és una variant rara d'amiloidosi localitzada.

OBJECTIUS

Estudi retrospectiu dels casos d'ATB diagnosticats en la Unitat de Broncologia d'un hospital universitari.

MATERIALS I MÈTODES

Durant 16 anys es detectaren 5 casos d'ATB, el 0,025% de les broncoscòpies realitzades. Es valorà la presentació clínica, radiològica i endoscòpica d'aquests casos, així com l'evolució i el tractament. El diagnòstic de confirmació histològica es va obtenir a través de biòpsia bronquial (tincions de roig Congo i tioflavina positives). Es va descartar l'afectació sistèmica.

RESULTATS

L'edat dels pacients (3 homes i 2 dones) oscil·lava entre 53 i 72 anys. En el moment del diagnòstic un pacient estava asimptomàtic, dos presentaven disfonia i dos síndrome pneumònica, un d'ells fou remès al nostre centre amb l'orientació diagnòstica d'infiltració neoplàstica. La radiografia de tòrax era suggestiva de pneumonitis obstructiva en dos casos i normal en la resta. La broncoscòpia objectiva en tots els casos una infiltració de superfície mamelonada, en alguna ocasió groguenca, amb zones d'hipervascularització. Hi havia dos casos amb afectació laringotraqueal, en un cas la lesió era única i localitzada en un esperó lobar, mentre que en els altres dos casos les lesions tenien una extensió traqueobronquial difusa. La presa de biòpsies no provocà hemorràgia important. En tots els casos es va descartar neoplàsia traqueobronquial. En els pacients amb afectació laringotraqueal, l'evolució clínica i funcional va requerir tractament reperfabilitzador amb làser. En la resta, els controls endoscòpics van objectivar l'estabilitat de les lesions.

CONCLUSIONS

Aquesta experiència, encara que curta, suggereix que l'ATB és poc freqüent. La progressió sol ser lenta però amb certa freqüència és necessari el tractament reperfabilitzador de la via aèria.

51 MODIFICACIONS ESPIROMÈTRIQUES DE LA SIMPACTECTOMIA DORSAL BILATERAL EN EL TRACTAMENT DE LA HIPERHIDROSI ESSENCIAL

Autors: Vigil L¹, Calaf N¹, Codina E¹, Fibla JJ², Penagos JC², Gómez G², Estrada G², Belda J¹, Casan P¹.

Institucions: ¹Unitat de Funció Pulmonar. Servei de Pneumologia i ²Cirurgia Toràcica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La simpactectomia dorsal bilateral (SDB) és el tractament d'elecció en la hiperhidrosi essencial (HE). Alguns autors (Nopppe, ERJ, 1996) han descrit modificacions en la funció pulmonar atribuïbles a aquest tipus de cirurgia.

OBJECTIUS

Avaluar les modificacions espiromètriques degudes a l'SDB en un grup de malalts diagnosticats d'HE.

MATERIALS I MÈTODES

N: 11 pacients (M: 3; F: 8); edat mitjana de 29 anys (rang: 19-44 anys), amb història d'HE de més de cinc anys d'evolució. Espirometria basal preoperatòria i als tres mesos de la cirurgia, realitzada amb un equip DatoSpir-120 (Sibelmed-Barcelona) i segons procediment SEPAR-1985. L'SDB es va realitzar per electrocoagulació dels ganglis simpàtics T2-T3 i no es van observar complicacions apreciables.

RESULTATS

	PRE-SDB	POST-SDB
FVC (L)	4,2 (0,8)	4,2 (0,8)
FEV ₁ (L)	3,5 (0,6)	3,5 (0,6)
FEV ₁ /FVC (%)	84 (7)	84 (8)
PEF (L/S)	7,4 (1,7)	7,8 (2,1)
MEF 75% (L/S)	6,8 (1,4)	7,3 (1,7)
MEF 50% (L/S)	4,4 (1,3)	4,5 (1,6)
MEF 25% (L/S)	2,1 (0,7)	1,6 (0,5)
MMEF (L/S)	3,8 (1,2)	3,8 (1,1)

(NS)

CONCLUSIONS

L'SDB no va produir modificacions significatives en cap de les variables de l'espirometria.

53 ELECTROCOAGULACIÓ ENDOSCÒPICA AMB ARGÓ PLASMA

Autors: Salord N, Burgués C, Pons D, Vigil L, Puzo MC, Castella J.
Institució: Servei de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

A diferència de l'electrocauterització de contacte, en la tècnica de coagulació amb plasma d'argó (CPA), un flux d'argó incandescent actua de conductor entre l'elèctrode i el teixit diana. En aquest procés es produeixen lesions de coagulació, necrosi i pèrdua de volum. El gas ionitzat tan sols actua en la zona més propera a l'elèctrode i en el teixit de major conductivitat.

OBJECTIUS

Presentació dels primers casos propis d'electrocoagulació amb plasma d'argó.

MATERIALS I MÈTODES

En sis casos es va emprar el broncoscopi rígid (Storz i/o Efer-Dumon) amb anestèsia general i ventilació d'alta freqüència. En dos es va utilitzar el broncoscopi estàndard (Olympus BF-P40) amb anestèsia local. La font d'argó plasma era una Söring Arco-MBC amb un elèctrode flexible de 1,6 mm de diàmetre. Prèviament s'havien realitzat experiències *in vitro*.

RESULTATS

En tres tumors benignes (un hemangioma, un lipoma i un tumor de cèl·lules granulars), la CPA va obtenir una resolució completa del problema. En tres estenosis traqueals i en dos carcinomes *in situ* es va obtenir una millora tan sols passatgera. No hi va haver complicacions.

In vitro, es va comprovar que la CPA no pot sobrepassar una profunditat de 4,5 mm. La direcció del feix d'argó incandescent és, a voltes, imprevisible.

CONCLUSIONS

Respecte a altres tècniques de broncoscòpia intervencionista reperfabilitzadora, la CPA presentaria els avantatges del menor risc i cost, amb els inconvenients d'una acció topogràficament més imprecisa i de menor potència de destrucció tisular.

54 UTILITAT DE LA NORMATIVA (N) SEPAR PEL DIAGNÒSTIC DE LA TOS CRÒNICA (TC). RESULTATS PRELIMINARS

Autors: Miguel E, Plaza V, Lozano MP, Rios L, Bolibar I, Belda J, Sanchis J.
Institucions: Departament de Pneumologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ABS Congrès. Servei d'Epidemiologia Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La SEPAR ha editat una normativa (N) pel diagnòstic i tractament de la tos crònica (TC)*, l'eficàcia de la qual encara no ha estat demostrada.

OBJECTIUS

1) Determinar l'eficàcia de la N SEPAR per establir les causes de TC. 2) Identificar les causes reals més freqüents de TC en Atenció Primària (AP). 3) Establir la importància del treball del metge d'AP en el maneig de la TC.

MATERIALS I MÈTODES

Estudi descriptiu i prospectiu que va incloure consecutivament 57 malalts (mitjana d'edat de 61 anys, 61,53 % dones) que van consultar per TC a una ABS de Barcelona.

Tots van estar avaluats segons l'algoritme proposat a la N SEPAR, que distribueix en tres fases la complexitat diagnòstica a seguir. La fase I, per la seva simplicitat (exploració física, rinoscòpia, faringoscòpia, radiografia de tòrax i de sins paranasals, espirometria), es va dur a terme a nivell d'AP (ABS Congrès); les altres dues fases, a nivell pneumològic hospitalari

(Hospital de Sant Pau). L'eficàcia de la N avaluada es va determinar sumant el percentatge d'èxits diagnòstics assolit.

RESULTATS

En 52 (91%) malalts es va establir el diagnòstic de TC a la fase I d'AP. Les causes més freqüents de TC van ser: 24 (46%) degoteig nasal posterior; 13 (25%) post-infecciosa; 13 (25%) asma; 13 (25%) ingesta de fàrmacs (10 IECA i 3 blocadors beta) i 9 (17%) reflux gastroesofàgic. En 23 (44%) malalts es va objectivar més d'una causa.

CONCLUSIONS

1) L'aplicació de la N SEPAR de la TC és eficaç per establir les seves causes. 2) La TC per IECA és més freqüent del que s'observa habitualment en altres sèries. 3) L'AP té un paper important en el maneig de la TC donat l'elevat nombre d'èxits diagnòstics.

NOTA

*De Diego A, Plaza V, Garrigues G, Izquierdo JL, López-Viña A, Mulla J, Pereira A. Normativa SEPAR sobre la tos crònica. Barcelona: Ed. Doyma, 2001.

55 ELS VIATGES LLARGS SÓN UN RISC AFEGIT DE TROMBOEMBOLISME PULMONAR?

Autors: Drobnic ME, Bofill JM, De la Rosa D, Vidal R.
Institucions: Servei de Pneumologia. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓ: Des de 1977 s'han comunicat nombrosos casos de la "síndrome de la classe turista". Gairebé sempre s'han referit a casos de tromboembolisme pulmonar (TEP) després de viatges aeris llargs i amb escassa mobilitat del viatger. Esporàdicament s'han comunicat casos després de viatges en altres mitjans de transport.

OBJECTIUS: Avaluar la importància i les característiques com a risc de TEP, dels viatges llargs en qualsevol mitjà de transport, en els quals hi havia poca mobilitat del viatger.

PACIENTS I MÈTODES: S'han avaluat els darrers 100 pacients diagnosticats de TEP en el nostre Servei (2000-2002). En l'interrogatori es van detallar tots els antecedents de viatges previs a l'episodi, a més a més d'altres riscos coneguts. A tots se'ls va practicar una gammagrafia de ventilació-perfusió i en cas de dubte una angiogramografia, a més d'una ecodòpler d'extremitats inferiors, un d-dímer i un estudi de trombofilia. Als 6 mesos es va practicar una nova gammagrafia de perfusió i un d-dímer.

RESULTATS: Vuit malalts tenien una clara relació entre viatge i TEP. Únicament dos d'aquests malalts van viatjar en avió (síndrome de la classe turista) i els altres sis en automòbil o autocar (síndrome del viatger immòbil). Cinc d'aquests malalts tenien altres factors de risc coadjuvants, únicament dos eren menors de 70 anys. La duració del viatge oscil·lava entre 5 i 14 hores i el temps de latència entre 12 i 24 hores. L'evolució de tots els malalts va ser satisfactòria.

Edat (anys)	Duració del viatge (hores)	Temps de latència	Mitjà de transport	Factors de risc
77	14	240	Avió	Edat
71	9	120	Autocar	Edat
26	8	72	Automòbil	Anticonceptius orals
70	5	72	Automòbil	TEP previ
78	10	48	Autocar	Edat
89	7	48	Autocar	Edat, insuficiència respiratòria
65	9	12	Avió	Insuficiència venosa crònica, TVP
77	13	24	Autocar	Edat, TVP

CONCLUSIONS: 1) Els viatges llargs en qualsevol vehicle que no permeti la mobilitat del passatger representen un risc afegit de TEP, sobretot en persones amb altres riscos. 2) La denominació "síndrome de la classe turista", referida als viatges aeris, es pot substituir per "síndrome del viatger immòbil" ampliat a qualsevol tipus de transport. 3) Caldria tenir mesures preventives en els viatges llargs sobretot si hi ha altres riscos importants afegits.

56 QUALITAT DE VIDA EN SUPERVIVENTS D'UNA SÍNDROME DE DESTRET RESPIRATORI DE L'ADULT (SDRA)

Autors: Costa R, Muñoz X, De la Rosa D, Masclans JR¹, Laborda C¹, Pallisa E², Torres F³, De Latorre F¹, Morell F.

Institucions: Servei de Pneumologia, ¹Unitat de Cures Intensives, ²Servei de Radiologia. Hospital Vall d'Hebron, ³Laboratori de Bioestadística i Epidemiologia UAB. Barcelona.

OBJECTIUS

1) Analitzar la qualitat de vida en pacients que han sobreviscut a una síndrome de destret respiratori de l'adult (SDRA). 2) Avaluar si existeix relació amb possibles alteracions morfofuncionals derivades d'aquesta síndrome.

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES

S'estudien 35 pacients de forma prospectiva (edat 47,7 ± 2,4 anys, 49% homes) que van sobreviure a una SDRA entre els anys 1998 i 2000. Van ser visitats al mes i als sis mesos de la resolució de l'SDRA. A cada visita es va realitzar la versió espanyola del perfil de salut de Nottingham (Alonso J, et al. Am J Public Health 1990; 80: 704-8), així com TC tòrica d'alta resolució i estudi de la funció pulmonar que inclogué espirometria, volums pulmonars, test de transferència del CO, pressions inspiratòries i expiratòries màximes i la prova de caminar 6 minuts. Per l'anàlisi estadística s'utilitzà el test de Wilcoxon.

RESULTATS

Es van observar diferències significatives en les diferents dimensions del qüestionari de qualitat de vida al mes respecte a la població general de Barcelona (p < 0,05). Als sis mesos s'objectivà millora en les dimensions de dolor, son, mobilitat i en la valoració global, persistint diferències respecte a la població general en la dimensió de mobilitat i en la valoració global (p < 0,05). No es constatà correlació entre l'alteració de la qualitat de vida i paràmetres morfofuncionals, excepte en la prova de caminar 6 minuts (r = -0,69; p = 0,01).

CONCLUSIONS

L'SDRA condiciona una alteració en la qualitat de vida en els malalts que sobreviuen a aquesta síndrome, alteració que millora amb el pas del temps encara que persisteix en cert grau als sis mesos de la seva resolució.

57 NOTIFICADORS EN EL REGISTRE DE MALALTIES RESPIRATÒRIES OCUPACIONALS A CATALUNYA. ANÀLISI DE GÈNER A JUNY DE 2002

Autors: Rodríguez MJ i Grup EROL (Catalunya).
Institució: Servei de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJECTIUS: Valorar la participació dels metges notificadors en el Registre de Malalties Respiratòries Ocupacionals (MRO) a Catalunya després dels 6 primers mesos d'haver estat implantat.

MÈTODES: Es va obtenir un llistat dels membres de les Societats de Pneumologia (Societat Catalana de Pneumologia) i de Medicina del Treball (Societat Catalana de Seguretat i Higiene en el Treball/Associació Catalana de Medicina del Treball), i d'altres metges amb activitat en el camp de les MRO. Es va trametre una carta informativa i un qüestionari. Es va sol·licitar la participació voluntària com a metges notificadors si en la seva pràctica mèdica diagnosticaven aquest tipus de patologia i se'ls va informar que notifiquessin els casos incidents bimestrals mitjançant una targeta. Si no s'obtenia resposta, s'enviava una nova sol·licitud al metge notificador per tal que pogués trametre la notificació.

RESULTATS: Es varen enviar 1.000 cartes informatives, 600 cartes als metges de les societats del Treball, 250 als de la Societat de Pneumologia i 150 a d'altres professionals. Varen respondre 142 (14,2%) metges, dels quals 67 (47%) eren metges del treball, 33 (23%) pneumòlegs i 42 (30%) altres professionals. Cent cinc (74%) metges varen acceptar ésser notificadors; entre ells, 52 (50%) eren metges del treball, 34 (32%) pneumòlegs i 19 (18%) altres professionals. A la província de Barcelona corresponien 85 (81%) notificadors, a Tarragona 8 (8%), a Girona 8 (8%) i a Lleida 4 (3%). Bimestralment varen enviar la targeta de notificació una mitjana de 76 (72,3%) metges i, en alguna ocasió, 95 (90,4%) metges. Eren de Barcelona 75 (80%) metges, de Tarragona 8 (8,4%), de Girona 8 (8,4%) i de Lleida 4 (4,2%). Hi va haver una variació considerable pel que fa als mesos i als casos notificats: 36/95 (37,8%) dels metges varen notificar menys del 10% dels mesos possibles i 58/95 (62,1%) varen notificar almenys el 90% dels mesos possibles. El 4,8% (5/105) dels notificadors va notificar el 45,5% (86/189) dels casos, mentre que el 9,4% (10/105) en va notificar el 67,1% (127/189). El 4,8% (5/105) dels metges no va notificar cap cas.

CONCLUSIONS: Hi va haver una bona acceptació per integrar-se com a notificadors del registre. També hi va haver una bona resposta per part d'aquests notificadors, la majoria dels quals pertanyen a la província de Barcelona. Hi ha una gran variació en el nombre de mesos i casos notificats entre els diferents professionals.

58 AVALUACIÓ DELS CASOS NOTIFICATS (GENER-JUNY 2002) EN EL REGISTRE DE MALALTIES RESPIRATÒRIES OCUPACIONALS A CATALUNYA

Autors: Drobnic ME i Grup EROL (Catalunya).

Institucions: Servei de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La implantació d'un sistema de notificació voluntari pretén millorar la deficient informació actual sobre la incidència de malalties respiratòries ocupacionals (MRO) a Catalunya.

OBJECTIUS

Determinar la incidència i característiques de les malalties respiratòries ocupacionals a Catalunya.

MÈTODES

Després d'una selecció de metges notificadors es va enviar la informació necessària per facilitar la notificació, la qual s'havia de trametre bimestralment mitjançant una targeta.

RESULTATS

Es varen notificar 189 casos: 88 (46,6%) asma ocupacional, 28 (14%) inhalació aguda, 17 (7,4%) rinitis, 11 (5,8%) pneumoconiosi (excepte asbestosi), 8 (4,2%) asbestosi, 7 (3,8%) mesotelioma, 7 (3,8%) malalties pleurals benignes relacionades amb asbest, 6 (3,2%) bronquitis crònica i una miscel·lània d'altres MRO. Es va considerar el cas molt probable en 121/185 (65,4%), probable en 53/185 (28,6%) i poc probable en 3/185 (1,62%). A Barcelona es varen notificar 162 (85,7%) casos, a Tarragona 7 (3,7%), a Girona 11 (5,8%) i a Lleida 9 (4,8%). Hi va haver una considerable variació dels casos notificats segons el notificador: (45,5%) 86/189 casos varen ser notificats pel 4,8% (5/105) dels notificadors i el 67,1% (127/189) dels casos varen ser notificats pel 9,4% (10/105). Les causes d'asma ocupacional varen ser molt diverses, essent per ordre de freqüència: isocianats (18/88), agents relacionats amb l'alimentació (10/88), fusteria (8/88), perruqueria (8/88) i neteja (6/88). Les ocupacions més freqüents relacionades amb les inhalacions més agudes varen ser la metal·lúrgica (8/28), neteja (6/28) i química (5/28). Mentre que les asbestosis es van produir en general en treballadors de grans empreses, els mesoteliomes es va produir en treballadors autònoms o de petites empreses.

CONCLUSIONS

Les malalties més notificades varen ser l'asma ocupacional, les relacionades amb asbest i les inhalacions agudes. La majoria dels casos es varen notificar a la província de Barcelona. La causa més freqüent d'asma ocupacional va ser els isocianats. La indústria metal·lúrgica va ser la més implicada en les inhalacions agudes. Els casos d'asbestosi i mesotelioma semblen derivar d'àmbits de treball diferents.

59 TRASPLANTAMENT PULMONAR I QUALITAT DE VIDA

Autors: Recuero R, Roman A, Monforte V, Bravo C, García O, Rubio S, Olivares B, Morell F.

Institució: Servei de Pneumologia. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Els pacients en situació d'insuficiència respiratòria terminal presenten una mala qualitat de vida (QV) quantificable mitjançant qüestionaris específics. El trasplantament pulmonar (TP) és un tractament paliatiu del qual no se sap totalment l'impacte real en la QV dels pacients.

OBJECTIUS

Estudiar la QV en una cohort al atzar de pacients en llista d'espera i portadors d'un TP.

MATERIALS I MÈTODES

Tots els pacients en llista d'espera de TP i portadors de TP que varen venir a la consulta externa tres dies escollits a l'atzar varen ser invitats a respondre dos qüestionaris de QV. Es varen utilitzar els qüestionaris de St. George (SG) i l'Euroquol (EQ-5D) en versió espanyola. Finalment, es varen incloure en l'estudi 21 pacients en llista d'espera (edat mitjana: 47; rang: 23-65; 7 dones, 14 homes) i 35 pacients amb TP (mitjana d'edat: 47,4; rang: 19-61, 13 dones, 22 homes). El seguiment postoperatori mitjà en el moment de l'estudi va ser de 23,9 (rang: 1,1-79,6) mesos. Dels 35 pacients portadors de TP, 6 seguien tractament per una complicació aguda, 12 varen ser diagnosticats de rebuig crònic i 17 eren pacients estables.

RESULTATS

	Mínim	Màxim	Mitjana	D. estàndard
Activitat*	53/35	100/93	86/60	16/19
Síntomes*	39/0	95/100	70/40	18/30
Impacte*	33/0	86/81	64/32	16/22
Total S. George*	43/44	91/76	75/57	14/13
EQ-5D	0/20	80/100	40/66	22/23

* Llista d'espera / trasplantats pulmonars

CONCLUSIONS

1) La QV està molt disminuïda en els pacients en llista d'espera de TP. 2) Com a grup, els pacients portadors de TP tenen una millor QV que els pacients en llista d'espera.

60 TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE L'EVENTRACIÓ DIAFRAGMÀTICA UNILATERAL PER PARÀLISI FRÈNICA

Autors: Molins L, Simón C, Vidal G.

Institució: Servei de Cirurgia Toràctica, Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'eventració diafragmàtica és una patologia que poques vegades requereix tractament quirúrgic. La seva etiologia pot ser congènita o adquirida, aquesta última produïda habitualment per lesió del nervi frènic.

OBJECTIUS

Presentar cinc casos d'eventració diafragmàtica unilateral que van ser tractats quirúrgicament per millorar la seva simptomatologia.

MÈTODES

Cinc pacients (3 homes i 2 dones) amb edats entre 35 i 62 anys amb una mitjana de 51,2 anys. L'eventració va ser esquerra en quatre casos i dreta en un cas. En quatre d'ells l'etiologia va ser per lesió iatrogènica del nervi frènic i en l'últim pacient la causa va ser desconeguda. Presentaven una mitjana d'FVC: 57,2%; FEV₁: 65%; VC: 57%; TLC: 62%; FRC: 55,6%; RV: 77,2%; DLCO: 81,2%; PO₂: 76,6 mm Hg i PCO₂ de 41,4 mm Hg.

En tots els casos es va realitzar plicatura manual (3), mecànica (1) o mixta mecànica i manual (1) en dos plans per toracotomia posterolateral limitada i videoassistida en un cas.

RESULTATS

No va haver-hi complicacions postoperatories i l'estada hospitalària va ser de 6,6 dies (3-11 dies). Tots els pacients van reflectir una millora simptomàtica de la seva dispnea amb una mitjana d'FVC: 72%; FEV₁: 73,7%; VC: 71,9%; TLC: 69,4%; FRV: 66%; RV 79,7%; DLCO: 85,2%; PO₂: 80,8 mm Hg; PCO₂: 35,6 mm Hg.

CONCLUSIONS

El tractament quirúrgic de l'eventració diafragmàtica unilateral mitjançant plicatura, indistintament de la seva etiologia, ofereix una millora clínica i funcional demostrable en aquests pacients.

PROGRAMA INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Divendres, 11 d'abril de 2003

- 08.30 - 09.00 h.** LLIURAMENT DE DOCUMENTACIÓ
- 09.00 - 09.30 h.** INAUGURACIÓ OFICIAL DE LA DIADA
- 09.30 - 11.30 h.** TAULA RODONA
Assistent al pacient amb malaltia respiratòria avançada.
Moderadors: Dr. CARLOS SANJUAS, Dr. JOSEP MORERA
- 09.30 - 09.45 h.** ***Abordatge global del pacient respiratori avançat.***
Punt de vista del metge.
Dra. ROSA GÜELL
- 09.45 - 10.00 h.** ***Abordatge del pacient respiratori avançat.***
Punt de vista de la infermera.
Sra. CARMEN HERNÁNDEZ. *D.I.*
- 10.00 - 10.15 h.** ***La fisioterapeuta i el pacient respiratori avançat.***
Sra. GINA MATEU. *D.F.*
- 10.15 - 10.30 h.** ***La ventilació mecànica.***
Dr. JOAN ESCARRABILL
- 10.30 - 10.45 h.** ***Selecció i maneig del pacient candidat a trasplantament de pulmó.***
Dr. VÍCTOR MONFORTE
- 10.45 - 11.00 h.** ***Hospitalització domiciliària al pacient respiratori avançat.***
Dra. GLÒRIA BONET
- 11.00 - 11.30 h.** Discussió.
- 11.30 - 12.00 h.** Pausa-Cafè
- 12.00 - 13.00 h.** TAULA RODONA INFERMERIA
Mesures intervencionistes al tabaquisme.
On comencen?
Moderador: Sra. ISABEL ANDRÉS. *D.I.*

- 12.00 - 12.15 h.** Sra. SÍLVIA ROIG DEL VALLE. *D.I. (Cap Drassanes)*
- 12.15 - 12.30 h.** Sr. ESTEVE SALTÓ (*Direcció General Salut Pública*)
- 12.30 - 12.45 h.** Sr. LLUÍS BASSAT (*President Grup Ogilvy Iberia*)
- 13.00 - 14.00 h.** COMUNICACIONS INFERMERIA
- 14.00 - 16.00 h.** Pausa-Dinar
- 16.00 - 17.00 h.** TAULA RODONA
Fibrosi quística de l'adult
Moderadors: Dr. CHRISTIAN DOMINGO, Dr. ANTONIO ÁLVAREZ
- 16.00 - 16.15 h.** ***Incidència i sospita clínica a l'adult.***
Dr. JAVIER DE GRACIA
- 16.15 - 16.30 h.** ***Diagnòstic i les seves limitacions.***
Dr. FERNANDO MATA
- 16.30 - 16.40 h.** ***La fisioteràpia i el malalt amb fibrosi quística.***
Sra. NÚRIA LÓPEZ. *D.F.*
- 16.40 - 17.00 h.** ***Tractament genètic.***
Dr. JOSEP ARAN
- 17.00 - 17.30 h.** Pausa-Cafè
- 17.30 - 19.00 h.** DEBAT
Estat actual i perspectives de l'assistència al malalt pneumològic.
Moderadors: Dr. JOAN RUIZ, Dr. FERRAN MORELL
"El médico y la cada vez mejor calidad asistencial"
Dra. ELENA SÁNCHEZ (*Subdirectora de Calidad Asistencial, Servicio Vasco de Salud*)
El desenvolupament i la incentivació professional a l'ICS
Dra. ALÍCIA GRANADOS (*Ex-directora Gerent de l'ICS*)
L'assistència tal com s'entén en un sistema privat.
Dr. JOSEP SANTACREU (*Consejero Delegado DKV*)
- 19.00 - 20.00 h.** ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA
- 21.30 h.** Sopar Anual de la SOCAP.

Dissabte, 12 d'abril de 2003

- 10.00 - 11.30 h.** TAULA RODONA INFERMERIA
Trasplantament pulmonar.
Moderadors: Sra. MONTSERRAT LLINÁS. *D.I.*
Dr. ANTONIO MORENO
- 10.00 - 10.15 h.** ***Introducció i resultats del trasplantament pulmonar.***
Dr. JAVIER GUERRA
- 10.15 - 10.30 h.** ***Estudi de candidats a trasplantament.***
Sra. BEGOÑA OLIVARES. *D.I.*
- 10.30 - 10.45 h.** ***Fisioteràpia al trasplantament de pulmó.***
Sra. ELENA PLAZAOLA. *D.F.*
- 10.45 - 11.00 h.** ***Cures del trasplantat al postoperatori immediat.***
Sra. ALBA RIERA. *D.I.*
- 11.00 - 11.15 h.** ***Vivències d'una trasplantada pulmonar***
Srta. IRENE ESPIN.
(*Estudiant D.I., trasplantada de pulmó*)
- 11.30 - 12.00 h.** BIBLIOGRÀFICA INFERMERIA
Moderadors: Sra. ROSA JOSA. *D.F.*
Sr. JORDI GINER. *D.I.*
- 12.00 - 12.20 h.** Pausa-Cafè
- 12.20 - 13.10 h.** CONFERÈNCIES CURTES INFERMERIA
Moderadora: Sra. FRANCESCA BATISTA. *D.F.*
- 12.20 - 12.40 h.** ***Mesures d'estalvi al pacient respiratori avançat***
Sr. JORDI VILARÓ. *D.F.*
- 12.50 - 13.10 h.** ***Activitats científiques d'altres societats pneumològiques***
Sr. FELIP BURGOS. *D.I.*
- 13.10 - 14.00 h.** COMUNICACIONS INFERMERIA
- 14.00 h.** CLOENDA

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

61 FACTORS PREDICTIUS DE REINGRÈS PRECOÇ DESPRÈS D'UNA VISITA AL SERVEI D'URGÈNCIES PER EXACERBACIÓ DE L'MPOC

Premi a la millor comunicació

Autors: Hernández C¹, Casas A¹, Escarrabill J², Alonso J³, Collvinent B¹, Font-Planells J⁴, Puig-Junoy J⁴, Farrero E², Vilagut G³, Barberà JA¹, Rodríguez-Roisín R¹, Roca J¹.

Institucions: Servei de Pneumologia¹ (ICPCT) i Servei Urgències, Hospital Clínic; Hospital de Bellvitge²; Institut Municipal d'Investigació Mèdica³ (IMIM-IMAS); Universitat Pompeu Fabra⁴ (UPF), Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Els malalts amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) amb exacerbació que requereixen visita als serveis d'urgències (UCIES) presenten freqüents recaigudes en un període curt de temps (30% d'hospitalitzacions en les primeres 8 setmanes).

PACIENTS, MATERIALS I MÈTODES: Es van analitzar els factors predictors de visita a UCIES o ingrés hospitalari en 222 malalts amb MPOC (3,2% F; 71 ± 10 (SD) anys) assignats de forma aleatoritzada a hospitalització domiciliària (HD; n=121) o tractament convencional (GC, n=101) amb un seguiment de 8 setmanes (Hernández C. ERJ 2003;21, en premsa). Les variables de qualitat de vida (HRQL) basals van ser identificades com els principals predictors (autonomia en el domicili, OR 2,6; dispnea greu, OR 3,5 i el domini físic en el questionari SF-12, OR 0,95). Si l'HRQL s'exclou del model de regressió logística, el nombre d'hospitalitzacions durant l'any anterior (OR 1,5); FEV₁ (OR 0,97) i l'oxigenació arterial (OR 1,01) apareixen amb una significació estadística.

RESULTATS: Com variables independents durant el seguiment vam veure que: 1) la millora en l'oxigenació (OR 0,99, p=0,014); 2) la disminució de l'SGRQ total (OR 1,02, p=0,003); i 3) la millora de la mobilitat a casa (OR 0,26, p=0,002) van fer disminuir el nombre de reingressos hospitalaris. L'anàlisi de Cox va demostrar que els malalts del GT (mitjana 64%) van ser menys cars que el GC, essent variables independents predictores de cost el nombre d'ingressos hospitalaris l'any anterior, l'SGRQ total i el FEV₁. L'estudi proporciona informació per la presa de decisions en el maneig del pacient greu que arriba a UCIES per exacerbació de la seva malaltia respiratòria crònica.

CONCLUSIONS: Finalment, l'hospitalització domiciliària amb intervencions específiques encaminades a millorar l'autonomia i qualitat de vida han demostrat ser les variables més efectives.

NOTA: Finançat per CHRONIC (IST-1999/12158); SGR 2001-00386, SEPAR- 98.

62 EXPERIÈNCIA DEL PRIMER ANY D'UN PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A PERSONES AMB VENTILACIÓ MECÀNICA

Premi a la segona millor comunicació

Autors: Madariaga G, Antón A, Güell R, Caballero C, Sangenis M, Blanc A.
Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

OBJECTIUS: Descriure la nostra experiència en la implantació i desenvolupament del programa d'atenció domiciliària del malalt amb ventilació mecànica (VM) domiciliària del nostre centre.

PACIENTS I MÈTODES: Durant la fase preparatòria es van definir els criteris d'inclusió i les prioritats assistencials segons l'accessibilitat geogràfica, la complexitat clínica, el compliment del tractament ventilatori i la necessitat de cures. Es va crear una documentació específica i un pla de cures d'infermeria estandaritzat. Les primeres visites d'avaluació als pacients residents a Barcelona ciutat van donar una perspectiva general de la situació, definint espontàniament les necessitats d'atenció, les intervencions i la seva intensitat. L'activitat assistencial als domicilis les fa una infermera que treballa a dedicació exclusiva amb el suport continuat de la resta de l'equip de VM de l'hospital (2 metges, 1 fisioterapeuta, 1 treballadora social i les infermeres de la unitat d'hospitalització). Es fan reunions periòdiques multidisciplinàries i es manté un intens contacte telefònic. La complexitat dels problemes d'alguns tipus de malalts (sobretot de malalties neuromusculars amb un gran nivell de dependència) ha fet necessària la intervenció coordinada dels serveis comunitaris, tant sanitaris com socials o socio-sanitaris.

RESULTATS: Es descriuen els resultats dels 8 primers mesos d'activitat (maig-desembre de 2002). Es van atendre 76 pacients: 45 homes i 31 dones, amb una edat mitjana de 64,5 anys (22-80). Per grups de patologies, 44 (58%) tenien malalties restrictives, 18 (24%) obstructives, 9 (12%) neuromusculars de curta evolució i 5 (6%) de llarga evolució. Del total de pacients atesos, 67 es ventilaven amb procediments no invasius i 7 a través de traqueostomia. Es van fer 193 visites, amb una gran diversitat quant a la periodicitat. Els motius de visita més freqüents van ser: 51 per cures d'infermeria, 35 visites d'adaptació a l'alta i 30 per problemes amb la VM. El problema més freqüent relacionat amb la VM va ser les lesions per la pressió de la mascareta (17 casos). Quant als diagnòstics d'infermeria, el risc de maneig ineffectiu del règim terapèutic fou el més trobat (36) i estava relacionat amb la manca de coneixements. L'educació va ser la intervenció més freqüent (48 casos). Es van fer 6 visites compartides de coordinació amb professionals de la comunitat i 9 amb professionals de l'equip (metge o treballadora social).

CONCLUSIONS: 1) L'atenció domiciliària a pacients amb tractament ventilatori cobreix el buit assistencial causat per la gran necessitat d'atenció d'aquests malalts i la complexitat del propi tractament. 2) L'educació sanitària en l'àmbit domiciliari aconsegueix el nivell òptim d'autocura i autonomia dels malalts i dels cuidadors que tenen cura d'ells. 3) L'assistència coordinada i organitzada amb els serveis comunitaris dona resposta a la globalitat dels problemes d'aquests malalts.

63 INCREMENTA LA TAXA D'ABANDONS DE L'HÀBIT TABÀQUIC AFEGIR LA DETERMINACIÓ DE CO AL CONSELL MÍNIM?

Autors: Peiró M, Fernández S, Plaza V, Cáliz A, Nolla T.

Institucions: Departament de Pneumologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Atenció Especialitzada. CAP Maragall, Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La mesura del monòxid carbònic (CO) és una tècnica de gran utilitat en els programes de deshabitació tabàquica. S'ha especulat amb la possibilitat que l'ús d'aquesta determinació efectuada conjuntament amb el consell mínim anti-tabàquic (CMA) podria incrementar la taxa d'abandons.

OBJECTIUS

Determinar si la determinació de CO en aire expirat afegit al CMA comporta un increment en la taxa d'abandó del consum.

MÈTODES

Estudi prospectiu realitzat en una consulta d'infermeria d'atenció especialitzada en el Centre d'Atenció Primària Maragall de Barcelona. De forma consecutiva es van incloure 85 fumadors (58% homes), amb una mitjana d'edat de 48 (12) anys. Als primers 59 se'ls va donar el CMA acompanyat d'un fulletó informatiu (grup control, GC) i als 26 restants, a més a més, se'ls va mesurar la concentració de CO a través d'un cooxímetre, explicant-los el seu significat (grup intervenció, GI). Als 6 mesos de la seva inclusió, i per determinar l'eficàcia de la intervenció, es va analitzar la taxa d'abandó del consum i el canvi favorable dins les fases d'abandó del consum del tabac.

RESULTATS

La taxa de cessació, tot i que va ser més gran en el GI (23%) respecte al GC (14%), no va assolir significació estadística (p=0,275). Tampoc no es van observar diferències entre els dos grups en comparar el canvi favorable de fase (GI 47%, GC 46%, p=0,365). Tot i això, els fumadors que van abandonar el consum eren persones amb un nivell significativament menor de CO (12,7 ppm, p=0,02) i amb una edat més avançada (63,7 anys, p=0,005) en comparació amb els qui no ho van aconseguir.

CONCLUSIONS

L'ús del cooxímetre conjuntament amb el CMA no incrementa la taxa d'abandons; malgrat això, podria ser un instrument útil en la cessació del consum en persones grans i amb nivells de CO baixos.

64 EFICÀCIA D'UN PROGRAMA REDUÏT DE DESHABITUACIÓ TABÀQUICA CONDUÏT PER INFERMERIA

Autors: Fernández S, Peiró M, Torrejón M, Giner J, Cáliz A, Plaza V, Nolla T.
Institucions: CAP Pneumologia Maragall, Departament de Pneumologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: L'assessorament, control i seguiment de persones fumadores per la deshabituació de l'hàbit tabàquic és un element important per aconseguir la cessació. Un dels problemes d'aquests programes és el temps de dedicació que impliquen. El disseny de programes més pràctics i amb menor dedicació podria ser la solució a la creixent demanda tant a nivell d'atenció primària com d'un hospital.

OBJECTIUS: Determinar la taxa d'abandonament en un programa reduït de deshabituació tabàquica i analitzar si les variables estudiades incideixen en l'abandó de l'hàbit tabàquic.

MÈTODES: Estudi prospectiu realitzat en un centre d'atenció primària i en el departament de pneumologia d'un hospital terciari de Barcelona. Es van estudiar 82 pacients (42 homes i 40 dones), de 45 (14) anys d'edat i un consum de 22 (12) cigarretes/dia, que van ser inclosos en el programa fins abril de 2002. Es van excloure aquells pacients que es van proposar deixar de fumar però que no es van presentar a la visita prèvia al dia D. El 60% dels pacients estaven diagnosticats de malalties pulmonars cròniques (MPOC i asma). El programa consta de 8 visites. Les visites són a càrrec de l'equip d'infermeria. Es van analitzar variables demogràfiques (edat, sexe, pes) i variables relacionades amb el consum del tabac: paquets/any, test de Richmond i de Fagerström, CO i ansietat davant la cessació. L'avaluació de l'eficàcia del programa es va realitzar als 6 mesos, utilitzant com a variable la taxa d'abandó del consum, confirmat per un nivell de CO inferior a 5 ppm.

RESULTATS: La taxa d'abandó de l'hàbit tabàquic va ser del 50%. No es van trobar relacions predictores d'èxit en l'abandó en les variables demogràfiques ni en les relacionades amb l'hàbit tabàquic, ni en el tractament seguit. L'increment de pes observat als 6 mesos, en els pacients que van abandonar el tabac, va ser de 2 (3,5) kg. La mitjana d'abstinència en els 41 pacients que no van abandonar l'hàbit tabàquic va ser de 17 (31) dies, amb un rang entre 0-183 dies. Dotze pacients (30%) no van estar ni un sol dia sense fumar, 15 (37%) no van superar els 15 dies, 3 (7%) menys d'un mes, 7 (17%) un mes, 3 (7%) 2 mesos i 1 (2%) 3 mesos. Els motius de fracàs en el procés de deshabituació van ser molt variats i tampoc no es van correlacionar, de forma estadísticament significativa, amb les variables estudiades.

CONCLUSIONS: El programa reduït de deshabituació tabàquica utilitzat ha mostrat una eficàcia, als 6 mesos, similar a altres programes més complexos. No es van obtenir variables predictores sobre l'èxit de l'abandó de l'hàbit tabàquic.

65 HÀBIT TABÀQUIC (HT) I ACTITUDS DAVANT D'AQUEST HÀBIT ENTRE ELS MEMBRES D'UNA ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA (EUI)

Autors: Pereira M, Calpena M, González A, López A, Blanc A, Plaza V, Gich I¹.

Institucions: Departament de Pneumologia, ¹Servei d'Epidemiologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

El personal sanitari exerceix un important paper exemplar en la deshabituació tabàquica. Diversos estudis han mostrat la gran prevalença de l'hàbit tabàquic (HT) entre infermeria (I). Conèixer les actituds davant l'HT dels estudiants d'I pot orientar a definir futures campanyes de deshabituació en I.

OBJECTIU

Determinar entre els membres d'una escola universitària d'infermeria (EUI): 1) la prevalença de l'HT; 2) actituds davant aquest hàbit; i 3) en fumadors, la dependència, motivació per a l'abandonament i la seva fase.

MATERIALS I MÈTODES

Estudi descriptiu i transversal que va incloure 137 persones (92% dones) amb una mitjana d'edat de 23 (7) anys; de les quals 128 (94%) eren estudiants de 2n i 3r curs, 6 (4%) professors i 3 (2%) administratius. Se'ls administrà un qüestionari específicament dissenyat per a determinar l'HT i actituds davant d'aquest hàbit. A aquells que van reconèixer la seva addicció se'ls va determinar la dependència (test de Fagerstrom), motivació (test de Richmond) i la fase d'abandonament de l'HT.

RESULTATS

Cinquanta-sis (41%) persones van resultar ser fumadores actives, 61 (44%) no fumadores i 20 (15%) exfumadores. Per grups, els alumnes de 2n curs van ser els més fumadors (51%) i per sexe, el 18% dels homes i el 43% de les dones eren fumadors (p=0,098). Només el 16% del total creien en l'eficàcia de les campanyes antitabac i només el 23% consideraven que es respectaven les zones de no fumadors del seu entorn. Entre els fumadors, la mesura de la puntuació en el test de Fagerstrom va ser de 3 (2); del test de Richmond, 5 (2) i el 25% en la de preparació.

CONCLUSIONS

1) La prevalença de l'HT entre el personal d'una EUI és elevada; 2) Encara que la dependència és baixa, la seva motivació per a l'abandonament de l'HT també ho és; i 3) S'haurien d'adoptar estratègies específiques per a potenciar l'abandonament de l'HT d'I ja en el seu període de formació.

66 AUTOPROCÉS DE PRESA DE DECISIONS EN EL MALALT L'ASMÀTIC

Autors: Torrejón M, Giner J, Casan P, Granel C, Plaza J, Belda J, Ramos A, Sanchis J.
Institucions: Departament de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Facultat de Medicina. UAB. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Prendre decisions en un empitjorament de l'asma és un element important en l'autocontrol d'aquests pacients. El qüestionari IDEA avalua, entre d'altres, aquest aspecte. Té 3 subescalas: disigs d'informació (DI), cerca d'informació (CI) i presa de decisions (PD) en tres escenaris, referits a canvis en la malaltia i a qui hauria de decidir l'actitud a prendre.

OBJECTIUS

Avaluar els canvis sobre DI, CI i PD després d'una sessió d'educació especialment dissenyada amb aquesta finalitat.

MATERIALS I MÈTODES

Trenta pacients asmàtics (grau d'asma: lleugera-moderada); 84% dones; de 39 (13) anys, tots amb un pla personalitzat d'autocontrol de l'asma. Els vàrem administrar el qüestionari IDEA (Perpiñà et al. Arch Bronconeumol, 2000) abans i 2 mesos després d'una sessió d'educació específica (coneixements sobre l'asma i els desencadenants, mesures d'autocontrol, ensinistrament en l'automedicació i en l'ús de la teràpia inhalada).

RESULTATS

	Basal	Postintervenció
DI (10 punts)	6,3 (2,5)	7,6 (2,5)*
CI (30 punts)	27,1 (4,9)	26,6 (5,7)*
PD total (22 punts)	4,7 (3,2)	5,8 (5)*

*p=ns

CONCLUSIONS

Els resultats basals són similars als obtinguts en estudis previs (alts nivells de disig i cerca d'informació i molt baix nivell de presa de decisions). L'acció d'una sessió d'educació no modifica els resultats obtinguts. Els pacients segueixen sense capacitat de prendre decisions sobre la seva malaltia.

67 REAVALUACIÓ DE L'EFECTIVITAT DEL PROGRAMA D'EDUCACIÓ CONTINUADA PER MALALTS AMB PATOLOGIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA (PRC)

Autors: Capsada A, Busquet C.

Institucions: Hospital de Sant Joan de Déu de la Fundació Althaia de Manresa. PADES (ICS) Manresa

INTRODUCCIÓ: El malalt amb patologia respiratòria crònica (PRC) ha d'adaptar-se a la plurimediació, horaris complexos, utilització d'inhaladors i oxigenoteràpia. L'angoixa causada per la malaltia, la dispnea i els tractaments complicats fan necessari el suport dels professionals sanitaris tant per ajudar a assumir la malaltia com pel seu tractament. Per això, el març de 2000 vàrem implantar un programa d'educació sanitària (ES) coordinat entre hospital, atenció primària (AP) i PADES, partint de la primera prescripció d'oxigenoteràpia a domicili. Es començava l'educació durant l'ingrés hospitalari i es feia un seguiment posterior a domicili.

OBJECTIUS: Manteniment de l'educació sanitària continuada en l'oxigenoteràpia i la medicació.

MATERIALS I MÈTODES: El nombre de malalts amb PRC als que es va prescriure oxigen des de març de 2000 fins març de 2001 va ser de 24. Les dades es van recollir a partir d'una enquesta dirigida on les variables eren preguntes tancades. Durant l'ingrés, la gestora de casos de l'hospital iniciava l'ES sobre l'oxigenoteràpia i la medicació. A la preparació de l'alta la infermera d'enllaç (PADES) contactava amb el malalt i el cuidador a l'hospital i planificava el seguiment a domicili. Es comunicava l'alta a la infermera d'AP i es pactava la primera visita conjunta al domicili del malalt. Allà es tornava a passar la mateixa enquesta al malalt i al cuidador per valorar i assegurar la comprensió, així com el bon compliment. El novembre de 2002 es va tornar a passar la mateixa enquesta als 24 malalts. Durant aquest últim període de seguiment hi va haver 7 exitus, dos malalts s'havien demençat i a 4 se'ls havia retirat l'O₂ (en aquests només es va valorar la medicació). El motiu era valorar en el temps que havia passat amb els coneixements, habilitats i actituds adquirides. Eren malalts que s'havien anat seguint tant per l'hospital com per AP, PADES i hospital de dia.

RESULTATS

	Març 2000 - 01	Novembre 2002
N de malalts	24	15
Edat mitjana	74 anys	74 anys
Analfabetisme	45%	40%
Assumeix autocontrol de l'O ₂	20%	50%
Prenen la medicació correctament	100%	93%
Tècnica correcta d'inhaladors	30%	66%

CONCLUSIONS: Tot i que no hi ha hagut canvis en la mitjana d'edat i en el grau d'analfabetisme, destaquem una millora significativa quant a l'autocontrol de l'oxigenoteràpia i a la tècnica dels inhaladors. Hi ha un manteniment dels resultats quant a la presa correcta de la medicació. Creiem que aquestes millores estan relacionades amb el seguiment de l'educació sanitària en el temps, així com amb la millor acceptació de la malaltia i del tractament.

68 ANSIETAT I DEPRESSIÓ EN ELS PACIENTS AMB MALALTIES RESPIRATÒRIES CRÒNIQUES

Autors: Calpena M, Pereira M, González Rodríguez A, Martorell B.
Institució: Departament de Pneumologia, 1^a Departament de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Facultat de Medicina UAB. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Les malalties respiratòries cròniques acostumen a tenir una evolució progressiva i incapacitant; per això, als pacients que ingressen per agudització de la seva malaltia se'ls suposa uns nivells d'ansietat i depressió elevats.

OBJECTIUS: 1) Conèixer el nivell d'ansietat i depressió dels pacients respiratoris crònics que ingressen per agudització. 2) Conèixer l'impacte de la malaltia en el nivell d'ansietat i depressió dels seus cuidadors. 3) Estudiar possibles relacions entre els nivells d'ansietat i depressió de familiars i pacients.

MATERIALS I MÈTODES: Es van estudiar 75 pacients que van ingressar de forma consecutiva durant el període juliol-octubre de 2001 (M:53; F:22; amb una mitjana d'edat de 63 ± 15 anys) i 42 familiars (M:17; F:25; amb una mitjana d'edat de 53 ± 15 anys). Les dades es van obtenir mitjançant qüestionaris en el tercer dia d'ingrés. El nivell d'independència es va analitzar mitjançant l'índex de Barthel. El factor ansietat es va valorar mitjançant el test d'Stai AE (ansietat actual) i Stai AR (ansietat habitual), en puntuacions directes (0 sense ansietat; 60 ansietat màxima). El factor depressió es va valorar mitjançant el test de Beck en puntuacions de (0-10,9) cap depressió, (18,7) depressió lleu, (25,4) depressió moderada i (30-63) depressió greu.

	Pacients			Familiars		
	Masc: N= 53	F:N= 22	Total N= 75	M:N= 17	F:N= 25	Total N= 42
Barthel	84 ± 14	81 ± 22	83 ± 17	-	-	-
Stai AE	27 ± 10	25,72 ± 10,57	26,77 ± 10	18,24 ± 8	29 ± 10	25 ± 10
Stai AR	26,17 ± 9	29 ± 6,43	27 ± 9	21 ± 8	27,6 ± 9,6	25 ± 9
Beck	14,98 ± 8	14 ± 6	14,75 ± 8	9 ± 4,49	12,92 ± 8	11 ± 8

*p = 0,001; **p = 0,033; ***p < 0,05; * p = 0,988; ** p = 1,41; *** o = 0,082

CONCLUSIONS: 1) Els nivells d'ansietat Stai AE i Stai AR estan dins de la normalitat. 2) En els homes, el factor malaltia és determinant per augmentar el nivell d'ansietat. 3) Les dones sanes tenen uns nivells d'ansietat AE superior que les dones malaltes. 4) Hi ha diferències significatives entre sexes en el grup de familiars tant per Stai AE com per Stai AR. 5) La prova de Beck dona valors més alts en el grup de pacients.

69 ÉS ADEQUAT EL DESCANS NOCTURN (DN) DELS PACIENTS RESPIRATORIS QUAN INGRESSEN A L'HOSPITAL?

Autors: Calpena M, González A, Pereira M, López A, Moreno C, Blanc A, Plaza V.
Institució: Departament de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Descansar i dormir adequadament millora l'estat físic i mental. Estudis realitzats en pacients hospitalitzats demostren que la necessitat de repòs-son no és l'adequada.

OBJECTIUS: 1) Determinar la qualitat del descans nocturn (DN) dels pacients ingressats en una sala d'hospitalització de pneumologia. 2) Identificar les causes que dificulten o impedeixen un adequat DN.

MÈTODES: Estudi descriptiu, prospectiu, que va incloure de forma consecutiva 80 pacients (65% homes amb una mitjana d'edat de 69 (14) anys) que van ingressar de forma consecutiva durant el període juliol-octubre de 2002. La qualitat del DN es va determinar mitjançant una entrevista a cada pacient en la que, a través d'un qüestionari específicament dissenyat, es van determinar les característiques del son ("bé", "regular", "malament") durant les tres primeres nits, i els factors que podien alterar el seu DN.

RESULTATS: Cinquanta (62%) pacients van qualificar el seu DN com "regular" o "malament" durant la primera nit de l'ingrés; 38 (48%) durant la segona i 37 (47%) durant la tercera. A la taula es mostren els factors que van alterar el DN amb el percentatge de pacients que el van esmentar.

	1a nit	2a nit	3a nit
Administració de medicació	49%	40%	27%
Preocupació família	51%	42%	31%
Soroll	26%	20%	18%
Dolor	19%	18%	18%

Es va observar una relació entre edat-son (p=0,018; els més grans dormen menys hores) i sexe-son (p=0,012; les dones dormen menys hores).

CONCLUSIONS: 1) El DN dels pacients ingressats en una sala d'HN és deficient. 2) Les causes que més sovint alteren el DN són independents de la malaltia. 3) En part, es podria millorar el DN amb un control adequat del dolor i adequat els horaris de medicació per facilitar el DN.

70 TOLERÀNCIA I COMPLIMENT DEL TRACTAMENT AMB CPAP. ESTUDI PROSPECTIU

Autors: Castillo I, Matito M, Torrella M, Tàrrega J, Barbata E.
Institució: Unitat de Pneumologia. Servei de Medicina Interna. Hospital General de Granollers.

INTRODUCCIÓ: Darrerament el control del tractament amb CPAP al nostre hospital es realitza amb el suport d'una fisioterapeuta respiratòria que instrueix al pacient i assumeix la detecció precoç dels problemes de tolerància.

OBJECTIUS: Valorar prospectivament la tolerància i el compliment dels nous tractaments amb CPAP a la nostra consulta especialitzada.

PACIENTS: De gener a juny de 2002 iniciaren CPAP per síndrome d'apnea del son 70 pacients, 3 dels quals es van perdre de control; dels restants, s'analitzaren els 63 que disposaven d'un control de compliment com a mínim a 6 mesos de l'inici del tractament. Eren 55 (87%) homes, de 55 ± 11 anys, amb IAH de 52 ± 21.

MÈTODES: Es van recollir en un full de recollida de dades específic els problemes de tolerància, les mesures aplicades per solucionar-los i el compliment objectiu per comptador horari als ≥ 4 hores/dia, mal compliment 3 a 3,9 hores/dia, i incompliment < hores/dia.

RESULTATS: En 49 (78%) pacients es va presentar algun problema de tolerància. Els problemes presentats són 17 (27%) molèsties al pont nasal (3 ulceracions), 17 (27%) sequedat orofaríngia, 12 (19%) obstrucció nasal, 6 (9%) sequedat nasal, 6 (9%) retirada inconscient de la mascareta, 4 (6%) rinitis vasomotora, 4 (6%) despertats per fuga per mascareta, 4 (6%) despertats per fuga oral, 3 (5%) irritació ocular lleu, 3 (5%) epistaxi menor, 3 (5%) soroll molest i 3 (5%) claustrofòbia. Per problemes de tolerància s'ha requerit aplicar les següents mesures: en 13 (20%) ús de banda mentoniana, en 9 (14%) rentats amb sèrum salí, en 6 (9%) aplicació de pomada o fàrmac nasal, en 8 (12%) introducció o retirada de coixinet del pont nasal, en 4 (6%) protecció del pont nasal amb gassa, en 4 (6%) canvi de model de mascareta i en 1 canvi de mida, en 3 (5%) instrucció sobre una millor col·locació de la mascareta, en 3 (5%) reducció del nivell de pressió i en un cas humidificador tèrmic. Als ≥ 6 mesos s'havien donat de baixa 4 (6%) tractaments (tots per intolerància, 2 claustrofòbia). Dels 59 pacients en actiu, 48 (81,5%) eren bons complidors (compliment mitjà de 6,2 ± 1,1 hores/nit), 6 (10%) mal complidors (3,5 ± 0,1 hores/nit) i 5 (8,5%) incomplidors (1,3 ± 0,9 hores/nit).

CONCLUSIONS: 1) La majoria de recomanacions per als problemes de tolerància no requereixen obligada intervenció mèdica i són aplicables per un diplomad sanitari. 2) Les nostres xifres de compliment del tractament amb CPAP a partir de 6 mesos són bones, comparades amb les reportades en altres estudis.

71 AVALUACIÓ DE L'ATENCIÓ D'INFERMERIA AL MALALT CANDIDAT A TRASPLANTAMENT PULMONAR

Autors: García O, Rubio S, Olivares B, Roman A.
Institució: Servei de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

El trasplantament pulmonar (TP) és un tractament paliatiu de diverses malalties respiratòries, essent les més freqüents la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), la fibrosi pulmonar, les bronquiectasis, incloses les causades per fibrosi quística, i la hipertensió pulmonar. El TP millora la insuficiència respiratòria crònica, augmenta la capacitat d'esforç i possiblement la qualitat de vida dels pacients.

OBJECTIUS

1) Descriure la intervenció d'infermeria en el procés d'avaluació de pacients candidats a trasplantament pulmonar. 2) Avaluar les actuacions globals de l'equip d'infermeria mitjançant una enquesta de satisfacció.

MATERIALS I MÈTODES

Els pacients són sotmesos a una avaluació preoperatòria mitjançant un ingrés programat. La intervenció de l'equip d'infermeria es concreta en: 1) acollida i valoració inicial i 2) cures, informació i educació. Una mostra de 15 pacients es va avaluar mitjançant un qüestionari d'opinió (qüestionari d'opinió estàndard de l'Hospital Vall d'Hebron, Servei d'Atenció a l'Usuari). Eren deu homes i 5 dones, edat mitjana: 49 (r: 27-65). Els diagnòstics dels malalts van ser principalment MPOC (6) i fibrosi (5).

RESULTATS

La satisfacció global va ser bona o molt bona en el 80% dels pacients. A les preguntes relacionades amb l'atenció d'infermeria, tots els malalts van respondre que el grau de satisfacció era bo o molt bo.

CONCLUSIONS

La satisfacció dels malalts que són hospitalitzats per estudi de possible trasplantament pulmonar és alta.

72 AVALUACIÓ DE L'ATENCIÓ D'INFERMERIA EN EL POSTOPERATORI DEL PACIENT TRASPLANTAT

Autors: Rubio S, García O, Olivares B, Roman A.

Institució: Servei de Pneumologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

El trasplantament pulmonar (TP) és una intervenció molt important que implica una situació d'estrès i un canvi de vida pel malalt.

OBJECTIUS

1) Descriure la intervenció d'infermeria en el postoperatori immediat del pacient trasplantat de pulmó en la planta d'hospitalització, després de l'alta de la unitat de cures intensives. 2) Avaluat el grau de satisfacció del servei rebut i la informació obtinguda.

MATERIALS I MÈTODES

Descriure l'aplicació de cures d'infermeria integrals, segons el model de Virginia Henderson, centrades en les àrees assistencial i educativa.

En una mostra de 31 pacients es va avaluar el grau de satisfacció mitjançant un qüestionari d'opinió (qüestionari d'opinió estàndard de l'Hospital Vall d'Hebron, Servei d'Atenció a l'Usuari). Vint homes i 11 dones, edat mitjana: 47,4 (r: 19-61) anys.

RESULTATS

El grau de satisfacció global va ser molt bo o bo en el 69,3% dels malalts. A les qüestions relacionades amb l'atenció d'infermeria tots els malalts van respondre que el grau de satisfacció era molt i molt bo. La informació global obtinguda pels pacients es va valorar com molt bona en tots els casos.

CONCLUSIONS

1) El grau de satisfacció global de l'usuari en el procés avaluat va ser alt. 2) Tant el tracte personal rebut com la informació obtinguda es varen considerar bons.

73 VALORACIÓ MULTICIPLINAR DEL MALALT AMB PATOLOGIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA (PRC) DURANT L'INGRÉS I NECESSITAT DE RECURSOS A L'ALTA

Autors: Capsada A, López MJ, Marquilles E, Barrios J, Martín E, Blavia R, Sabartes O, Moreno I.

Institucions: Pneumologia de l'Hospital de Sant Joan de Déu de la Fundació Althaia de Manresa.

INTRODUCCIÓ

L'equip multidisciplinari de gestió de la patologia respiratòria crònica (PRC), que funciona en el nostre hospital des de l'octubre de 1997 ens vàrem plantejar analitzar, el març de 2001, els recursos sanitaris que precisaven aquests malalts quan els donaven l'alta de l'hospital.

OBJECTIU

1) Conèixer millor el malalt amb PRC que ingressa i les seves necessitats. 2) Saber quins recursos socio-sanitaris utilitza a l'alta.

MATERIAL I MÈTODE

Es van valorar durant un any tots els malalts amb PRC que ingressaven per una agudització. Es van passar uns qüestionaris dirigits on hi havia tests per valorar l'estat funcional, l'estat cognitiu, la dispnea, el compliment farmacològic, la situació social i les derivacions a l'alta.

RESULTATS

Durant un any es van valorar 171 malalts, l'edat mitjana era de 75'8 anys. D'aquests, 125 eren homes i 46 dones. Compliment farmacològic: 76%. Tècnica dels inhaladors correcta: 43%. Malalts amb OCD 30%. Índex de Barthel preagudització: mitjana de 85 i a l'alta, 75. El 55% presentava dispnea basal a esforços moderats, el 20,6% a lleugers i el 17,5% a mínims.

Dels 171 malalts, 125 (73%) no necessitaven cap recurs social a l'alta i 41 (24%) necessitaven recursos socials a l'alta: 26 (15%) domicili + PADES i 15 (9%) hospital socio-sanitari.

Només en 2 malalts es van detectar problemes cognitius importants.

CONCLUSIONS

L'edat mitjana de la població és alta, la majoria de malalts tenen cuidador; els que viuen sols i no tenen cuidador són pocs. La majoria són independents per les activitats de la vida diària i estan limitats per la deambulació en trajectes llargs. Hi ha un nombre important de malalts que compleixen la medicació; la utilització correcta de la tècnica dels inhaladors segueix essent baixa.

74 QUALITAT DE VIDA DELS PACIENTS EN LLISTA D'ESPERA I DESPRÉS DEL TRASPLANT PULMONAR

Autors: García O, Rubio S, Recuero R, Monforte V, Bravo C, Olivares B, Roman A.

Institució: Servei de Pneumologia. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Els pacients en situació d'insuficiència respiratòria terminal presenten una mala qualitat de vida (QV) quantificable mitjançant qüestionaris específics. El trasplantament pulmonar (TP) és un tractament paliatiu del qual no se sap totalment l'impacte real en la QV dels pacients.

OBJECTIUS

Estudiar la QV dels pacients en llista d'espera i portadors d'un TP.

MATERIALS I MÈTODES

Tots els pacients en llista d'espera de TP i portadors de TP que varen venir a la consulta externa tres dies escollits a l'atzar varen ser invitats a respondre dos qüestionaris de QV. Es varen utilitzar els qüestionaris de St. George (SG) i l'Euroqol (EQ-5D) en versió espanyola. Finalment, es varen incloure en l'estudi 21 pacients en llista d'espera (edat mitjana: 47; rang: 23-65; 7 dones, 14 homes) i 35 pacients amb TP (edat mitjana: 47,4; rang: 19-61, 13 dones, 22 homes). El seguiment postoperatori mitjà en el moment de l'estudi va ser de 23,9 (rang: 1,1-79,6) mesos. Dels 35 pacients portadors de TP, 6 seguien tractament per una complicació aguda, 12 varen ser diagnosticats de rebuig crònic i 17 eren pacients estables.

RESULTATS

Els pacients en llista d'espera varen presentar una QV molt disminuïda, que es va avaluar mitjançant el qüestionari SG (mitjana 75,5, DE 14,4, màxim 91,3, mínim 43,4) i també mitjançant l'EQ-5D (40,9; DE 22,3; màxim 80; mínim 0). Els pacients portadors de TP varen presentar una QV millor, tant avaluada mitjançant el qüestionari SG (mitjana 57,8, DE 13, màxim 76,2, mínim 44,7) com amb l'EQ-5D (66,1; DE 23,9; màxim 100; mínim 20).

CONCLUSIONS

1) La QV està molt disminuïda en els pacients en llista d'espera de TP. 2) Com a grup, els pacients portadors de TP tenen una millor QV que els pacients en llista d'espera.

XXI DIADA PNEUMOLÒGICA

Barcelona, 11 i 12 d'abril de 2003

EMPRESA PATROCINADORA DE LA SOCAP
BOEHRINGER PFIZER

EMPRESES COL·LABORADORES PLATI DIADA 2003
ASTRA ZENECA SPAIN FARMACEUTICA
GLAXO SMITHKLINE

EMPRESES COL·LABORADORES OR DIADA 2003
ABELLO LINDEN, S.A.
AIR LIQUIDE MEDICINAL
ALK ABELLO
ALMIRALL PRODEFARMA
C.B.F. LETI, S.A.
FAES FARMA, S.A.
GASMEDI 2000, S.A.
LABORATORIOS ALTER
MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A.
NOVARTIS FARMACEUTICA
OLYMPUS OPTICAL ESPAÑA, S.A.
OXIGEN SALUD, S.A.
OXIMESA, S.L.
QUIMICA FARMACEUTICA BAYER, S.A
RESMED SPAIN, S.L
SIBEL, S.A.
ZAMBON

ÍNDIX D'AUTORS

A			
Agustí C. (22) (23)	16, 17		
Alcaide J. (29)	18		
Alcántara F. (25)	17		
Aldabó I. (22) (23)	16, 17		
Almonacid C. (45)	23		
Alonso J. (61)	31		
Altet N. (29) (30)	18		
Àlvarez A. (49) (50)	24		
Àlvarez-Lerma F. (20)	16		
Ancochea J. (45)	23		
Andreo F. (3)	10		
Angrill A. (27) (28)	18		
Angrill J. (22) (23)	16, 17		
Antón A. (31) (32) (62)	19, 31		
Arellano E. (34)	20		
Arias M. (14)	15		
Arnau A. (19)	14		
Asensio O. (48)	24		
B			
Badia J.R. (24)	17		
Badiola C. (5)	11		
Badorrey I. (11)	13		
Baldó X. (38) (40) (41)	21, 22		
Barberà JA. (17) (61)	15, 31		
Barbeta E. (21) (33) (70)	16, 19, 33		
Barcons M. (14)	14		
Bardagi S. (2)	10		
Barrios J. (73)	34		
Belda J. (13) (51) (54) (64)	14, 25, 26, 32		
Bernadó L. (40)	21		
Blanc A. (62) (65) (69)	31, 32, 33		
Blavia R. (73)	34		
Boada E. (3)	10		
Bofill J.M. (16) (55)	15, 26		
Bolívar I. (54)	26		
Bonin M. (18) (39)	15, 21		
Borghetti C. (1)	10		
Bosque M. (48)	24		
Bravo C. (7) (15) (25) (59) (74)	11, 14, 17, 27, 34		
Burgués C. (52) (53)	25		
Busquet C. (67)	32		
C			
Caballero C. (62)	31		
Cabezuelo M. (44)	22		
Calaf N. (51)	25		
Calero G. (37)	20		
Caliz A. (63) (66)	31, 32		
Calpena M. (65) (68) (69)	32, 33		
Capsada A. (67) (73)	32, 34		
Carrasco N. (20)	16		
Casadevall J. (14)	14		
Casado M. (2)	10		
Casals T. (48)	24		
Casamitjà M.T. (40) (41)	21, 22		
Casan P. (13) (51) (64)	14, 25, 32		
Casas A. (12) (61)	14, 31		
Casas X. (1) (42)	10, 22		
Casolivé V. (35) (36)	20		
Castañer E. (44)	22		
Castella J. (52) (53)	25		
Castellano J. (19)	15		
Castilleja F. (25)	17		
Castillo I. (33) (70)	19, 33		
Castro P. (41)	22		
Closa D. (37)	20		
Cobos N. (49)	24		
Codina E. (51)	25		
Codinachs T. (7) (8) (16)	11, 12, 15		
Coll F. (18)	15		
Collvinent B. (61)	31		
Comas M.L. (19)	15		
Comella A. (5)	11		
Costa R. (56)	26		
Costa X. (9)	13		
Cruz MJ. (6) (7) (8)	11, 12		
Culebras M. (49)	24		
D			
Danuser B. (10)	13		
Decramer M. (12)	14		
Domingo Ch. (48)	24		
Drobnic M.E. (55) (58)	26, 27		
Duran J. (26)	17		
E			
Escarrabill J. (35) (36) (61)	20, 31		
Espluga M. (7)	11		
Estrada D. (12)	14		
Estrada G. (51)	25		
Ewing S. (24)	17		
F			
Faixedes D. (40) (41)	21, 22		
Falguera M. (26)	17		
Farré R. (37)	20		
Farrero E. (31) (32) (35) (36) (61)	19, 20, 31		
Fernández J. (12)	14		
Fernández S. (63) (66)	31, 32		
Ferrer J. (15) (16)	14, 15		
Ferrer M. (24)	17		
Ferrer R. (24)	17		
Fibla J.J. (51)	25		
Filella X. (23) (24)	17		
Font-Planells J. (61)	31		
G			
Gallego M. (44)	22		
García A. (44)	22		
García O. (59) (71) (72) (74)	27, 33, 34		
Garrigós A. (12)	14		
Gartner S. (49)	24		
Gavaldà J. (25)	17		
Genover T. (6)	11		
Gich I. (65)	32		
Giner J. (64) (66)	32		
Giraldo B. (13)	14		
Giró E. (35) (36)	20		
González A. (65) (68) (69)	32, 33		
González M. (13)	14		
Gracia de J. (49) (50)	24		
Granel C. (64)	32		
Güell R. (13) (31) (32) (62)	14, 19, 31		
Guerra J. (8) (25)	12, 17		
Guiteras C. (19)	15		
H			
Haro M. (40) (41)	21, 22		
Hermosilla E. (15)	14		
Hernández C. (12) (61)	14, 31		
Hernández I. (3) (18) (39)	10, 15, 21		
Herraz M.A. (20)	16		
I			
Insausti J.M. (20)	16		
Ioanas M. (24)	17		
Iversen M. (10)	13		
Izquierdo J. (34)	20		
J			
Jardi R. (9)	13		
Jiménez-Fuentes MA. (29) (30)	18		
L			
Laborda C. (56)	26		
Lara B. (9)	13		
Lario S. (45)	23		
Larramona H. (48)	24		
Latorre F. (56)	26		
Lerma de B. (13)	14		
Lloret J. (34)	20		
López A. (3) (65) (69)	10, 32, 33		
López MJ. (73)	34		
Lores L. (3) (18)	15		
Lozano L. (12)	14		
Lozano M.P. (54)	26		
Luján M. (48)	24		
Lumbierres M. (35) (36)	20		
M			
Madariaga G. (62)	31		
Majó J. (15) (46) (47)	14, 23		
Manzano J. (34)	20		
Marín A. (11) (34) (45)	13, 20, 23		
Marquilles E. (73)	34		
Martí C. (21)	16		
Martí D. (12)	14		
Martí S. (8) (15) (16) (31) (32)	12, 14, 15, 19		
Martin E. (73)	34		
Martínez A. (19)	15		
Martínez C. (3) (18)	10, 15		
Martínez E. (21)	16		
Martorell B. (68)	33		
Masclans JR. (56)	26		
Mast R. (8)	12		
Mata F. (49) (50)	24		
Matito M. (33) (70)	19, 33		
Mayos M. (31) (32)	19		
Medina L. (13)	14		
Melgosa M.T. (17)	15		
Miguel E. (54)	26		
Milà C. (29) (30)	18		
Miralda R. (31)	19		
Miratvilles M. (9)	13		
Moleiro A. (19)	15		
Molina M. (45)	23		
Molins L. (39) (43) (60)	21, 22, 27		
Monasterio C. (35)	20		
Monforte V. (15) (25)	14, 17		
(59) (74)	27, 34		
Monsó E. (1) (10) (27) (28) (42)	10, 13, 18, 22		
Montero L. (19)	15		
Montón C. (11) (48)	13, 24		
Montserrat JM. (37)	20		
Morell F. (6) (7) (8) (15) (16)	11, 12, 14, 15		
(25) (45) (46) (47)	17, 23		
(50) (56) (59)	24, 26, 27		
Moreno C. (69)	33		
Moreno I. (73)	34		
Morera J. (1) (18) (27) (28) (34) (42)	10, 15, 18, 20, 22		
Mullol J. (4) (45)	11, 23		
Muñoz-Rino F. (1)	10		
Muñoz X. (7) (8) (16) (31) (32) (56)	11, 12, 15, 19, 26		
N			
Navajas D. (37)	20		
Naval E. (44)	22		
Nogués R. (26)	17		
Nolla T. (63) (66)	31, 32		
Noray M. (11)	13		
Nowak D. (10)	13		
Nuviola D. (14)	14		
O			
Olivares B. (59) (71) (72) (74)	27, 33, 34		
Orriols R. (7)	11		
Ortega P. (2)	10		
Ovejero L. (2)	10		
P			
Pallisa E. (46) (56)	23, 26		
Parra O. (3)	10		
Peinado VI. (17)	15		
Peiró M. (63) (66)	31, 32		
Penagos J.C. (51)	25		
Pereira M. (65) (68) (69)	32, 33		
Picado C. (4) (45)	11, 23		
Pifarré R. (26)	17		
Plaza J. (64)	32		
Plaza V. (5) (54) (63) (65) (66) (69)	11, 26, 31, 32, 33		
Pomares X. (11)	13		
Pons D. (53)	25		
Pous E. (2)	10		
Prat C. (44)	22		
Prats E. (31) (32) (35) (36)	19, 20		
Prats M. (34)	20		
Puig de la Bellacasa J. (24)	17		
Puig-Junoy J. (61)	31		
Pujols L. (4)	11		
Pumarola T. (22)	16		
Puy C. (52)	25		
Puzo M.C. (52) (53)	25		
R			
Radon K. (10)	13		
Ramírez J. (16) (47)	15, 23		
Ramís J. (16)	15		
Ramos A. (64)	32		
Rañó A. (22) (23)	16, 17		
Recuero R. (15) (25) (59) (74)	14, 17, 27, 34		
Reyes L. (45) (46) (47)	23		
Riise G. (27) (28)	18		
Rios L. (54)	26		
Riu E. (10) (34) (42)	13, 20, 22		
Roca J. (4) (12) (17) (61)	11, 14, 15, 31		
Rodrigo MJ. (6)	11		
Rodríguez-Arias J.M. (45)	23		
Rodríguez E. (15) (16)	15		
Rodríguez-Frías F. (9)	13		
Rodríguez M.J. (57)	26		
Rodríguez N. (34)	20		
Rodríguez-Roisin R. (12) (17) (61)	14, 15, 31		
Roger N. (14)	14		
Roldán J. (15)	14		
Román A. (15) (25) (59) (71) (72) (74)	14, 17, 27, 33, 34		
Rosa de la D. (49) (55) (56)	24, 26		
Rosell A. (1) (27) (28) (42)	10, 18, 22		
Rosés M. (19)	15		
Roza de la C. (9)	13		
Rubio M. (40) (41)	21, 22		
Rubio S. (59) (71) (72) (74)	27, 33, 34		
Ruiz-Manzano J. (45)	23		
S			
Saab M. (42)	22		
Sabartes O. (73)	34		
Salord N. (52) (53)	25		
Sampablo I. (3) (18) (39)	10, 15, 21		
Sanchis J. (54) (64)	26, 32		
Sangenís M. (13) (62)	14, 31		
Sangenís S. (39)	21		
Santos MJ. (12)	14		
Santos S. (17)	15		
Sanz J. (34) (42)	20, 22		
Sebastián F. (38) (40) (41)	21, 22		
Serra-Batlles J. (5) (14) (19)	11, 14, 15		
Serra M. (2)	10		
Serra R. (50)	24		
Serrano A. (37)	20		
Simón C. (43) (60)	22, 27		
Solà F. (19)	15		
Solanes I. (13)	14		
Solé J. (15)	14		
Soler N. (12) (27) (28)	14, 18		
Solsona J. (29) (30)	18		
Soto J. (38)	21		
Souza de ML. (29) (30)	18		
T			
Tàrrega J. (21) (31) (32) (33) (70)	16, 19, 33		
Teixidó B. (26)	17		
Tirapu J. (20)	16		
Torrego A. (4) (27)	11, 18		
Torrejón M. (64) (66)	32		
Torrella M. (21) (33) (70)	16, 19, 33		
Torres A. (22) (23) (24) (28)	16, 17, 18		
Torres F. (7) (8) (16)	11,		

