

VOLUM 96 SUPLEMENT 2 ABRIL 2013



SUPLEMENTS

dels

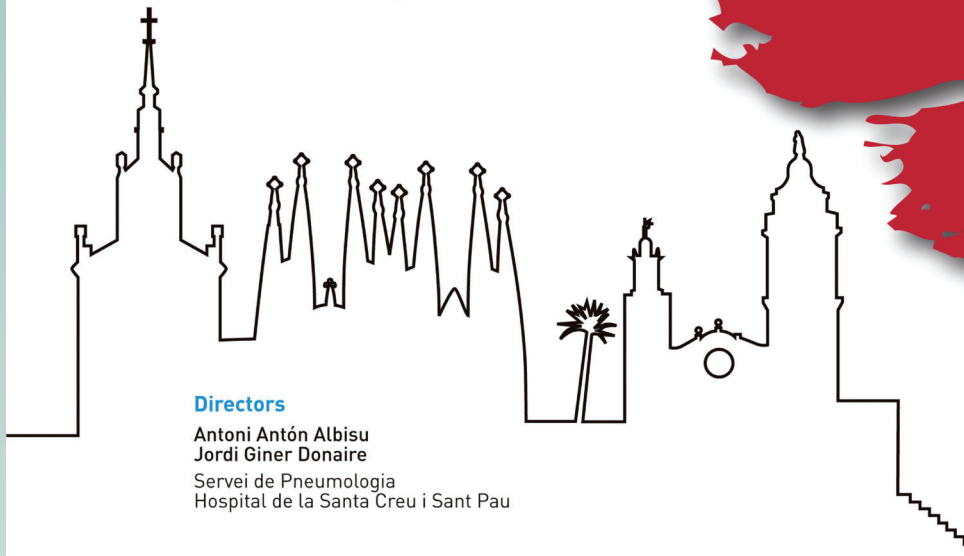
ANNALS DE MEDICINA

XXXI

Diada Pneumològica

Sitges, 12 i 13 d'abril de 2013

Hotel Meliá Sitges



Directors

Antoni Antón Albisu
Jordi Giner Donaire
Servei de Pneumologia
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Organitza





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, 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

Àlvar Net Castel
Cristina Roure Nuez
Joan Bargay Lleonart
Diego J. Palao Vidal
Carmen Gomar Sancho
Xavier de Balanzó Fernández

Consell Editorial

Anglès Coll, Roser	Marsal Barril, Sara
Arimany Manso, Josep	Martínez Cutillas, Julio
Armengol Saez, Salvador	Martínez Osorio, Javier
Bardají Ruiz, Alfredo	Molero Richard, Xavier
Birbe Foraster, Joan	Molina Porto, Rafael
Calbo Sebastián, Esther	Molist Fondevilla, Salvador
Camarasa García, Jordi	Monsó Molas, Eduard
Campistol Plana, Josep Maria	Montanya Mias, Eduard
Campo Fernández de los Rios, Rafael	Moraga Llop, Ferran Alfons
Canela Cardona, Mercè	Musulen Palet, Eva
Carreras Moratonas, Maria Elena	Nogareda Cuixart, Silvia
Casamitjana Abella, Montserrat	Nuevo Gayoso, Montse
Català Costa, Isabel	Oliver Abadal, Bartomeu
Català Puigbó, Elena	Olsina Kissler, Jorge Juan
Cristòfol Allué, Ramon	Paluzie Àvila, Guillem
De Fàbregues-Boixar Nebot, Oriol	Pamias Massana, Montserrat
De la Càmera Hermoso, Julio	Pera Fàbregas, Isabel
Díaz Gómez, Joan Manuel	Peremiquel Trillas, Paula
Domènech Mestre, Miquel	Pérez Muñoz, Anna C.
Domènech Santasusana, Montse	Portabella Blavia, Federico
Ferrándiz Mach, María	Povedano Panadés, Mónica
Ferrer Masip, Francesc Josep	Prat Puigpelat, Neus
Forés García, Maria Dolors	Pujol Vallverdú, Ramon
Fullana Sastre, Francesca	Quer Agustí, Miquel
Garcia Ameijeiras, M. Carme	Raich Brufau, Magí
Garcia-Nieto Portabella, Juan N.	Ramón Torrell, Josep M.
Giménez Gaibar, Antonio	Reig Vilallonga, Josep
Ginel Iglesias, Antonino José	Ribera Santasusana, Josep M.
Ginestà Armengol, Joan Anton	Roca Bielsa, Isabel
Guerrero Sala, Lluís Antoni	Sala Pedrós, Joan
Halperin Rabinovich, Irene	Sánchez Sánchez, Miquel
Honrado Eguren, Manel	Saus Sarrias, Jordi
Juárez Rubio, Cándido	Sintes Matheu, Maria Dolors
López Soques, Mercè	Solà Aznar, Joan
López Soto, Alfonso	Vallribera Rodríguez, Pere
Magán Muñoz, Sònia	Vidal Milla, Àngel
Malet Carreras, Josep Maria	Vilardell Tarrés, Miquel
Marco Aznar, Pere	Vinyoles Bargalló, Ernest
Marquès Amat, Lluís	

Director: Xavier Bonfill

Coordinadora editorial:

Marta Gorgues
Casa de Convalescència, 4a pl.
Sant Antoni M. Claret, 171 - 08041 Barcelona
Tel. 93 433 50 70 - Fax 93 553 78 09
Adreça electrònica: mgorgues@santpau.cat

Consultora lingüística i d'estil:

Elena Guardiola

Secretaria i correspondència:

Annals de Medicina
Major de Can Caralleu, 1-7 - 08017 Barcelona
Tel. 93 203 10 50 - Fax 93 418 87 29
Adreça electrònica: academia@academia.cat
Pàgina web: <http://www.academia.cat>

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.academia.cat>

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin insertar 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. 40433-2010
ISSN-2013-7109
Maquetat per Grup Artyplan-Artympres, S.A.

XXXI DIADA PNEUMOLÒGICA

Sitges, 12 i 13 d'abril de 2013

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCAP

President	Dr. Eduard Monsó Molas
Vicepresidenta	Dra. Montserrat Vendrell Relat
Secretària	Dra. Júlia Tàrrega Camarasa
Tresorera	Dra. Mercedes Mayos Pérez
Vocals	Dra. Silvia Fernández Serrano Dra. Núria Grau Sanmartí
Vocal del grup de treball d'Infermeria i Fisioteràpia Respiratòria	D. F. Andrea Valiente Planas

COMITÈ ORGANITZADOR

DIRECTORS

Dr. Antoni Antón Albisu
D. I. Jordi Giner Donaire

VOCALS

Dr. Vicente Plaza Moral
Dr. Alfons Torrego Fernández
Dra. Rosa Güell Rous
Dra. Ingrid Solanes García
Dr. Oriol Sibila Vidal
Dra. Carme Puy Rion
Dr. David Ramos Barbón
Dr. José Belda Sanchis
Dr. Diego Castillo Villegas

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

D. F. Macarena Segura Medina
D. F. Fátima Morante Vélez
D. I. Meritxell Peiró Fàbregas

COMITÈ CIENTÍFIC

MÈDIC

Dr. Eduard Monsó Molas
Dra. Montserrat Vendrell Relat
Dra. Júlia Tàrrega Camarasa
Dra. Mercedes Mayos Pérez
Dra. Silvia Fernández Serrano
Dra. Núria Grau Sanmartí
Dr. Antoni Antón Albisu
Dr. Jesús Ribas Solà
Dr. Ferran Barbé Illa
Dra. Raquel Català Pérez

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

D. F. Andrea Valiente Planas
D. I. Jordi Giner Donaire
D. I. Cristina Esquinas López
D. F. Elena Gimeno Santos

SECRETARIA TÈCNICA



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

M. Carmen Valverde

Departament d'Activitats i Congressos
C/ Major de Can Caralleu, 1-7 – 08017 Barcelona
Tel. 93 203 11 32 – Fax 93 212 35 69
mcarmenvalverde@academia.cat

ÍNDIX GENERAL

SALUTACIÓ

EDUARD MONSÓ President de la Societat Catalana de Pneumologia	S2-3
--	------

PRESENTACIÓ

ANTONI ANTÓN JORDI GINER Directors de la XXXI Diada Pneumològica	S2-4
--	------

PROGRAMA DE MEDICINA	S2-5
-----------------------------------	------

PROGRAMA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA	S2-8
---	------

CURS PRECONGRÉS PER A ATENCIÓ PRIMÀRIA	S2-11
---	-------

LLISTA DE PONENTS I MODERADORS	S2-12
---	-------

COMUNICACIONS/PÒSTERS

ASMA I MPOC (1-14)	S2-14
INFECCIONS I ONCOLOGIA (15-27)	S2-18
INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA I TRASTORNS DEL SON (28-37)	S2-21
MISCEL·LÀNIA (38-53)	S2-24
INFERMERIA I FISIOTERÀPIA (54-64)	S2-29

SALUTACIÓ

Tenim davant nostre un nou programa de la Diada Pneumològica que assoleix un cop més els objectius compromesos d'actualització, innovació i comunicació de la recerca feta, i que es nodreix de l'activitat que fan els membres de la Societat en tots els seus àmbits de treball, tant assistencials com de recerca. Així, la Diada Pneumològica és, sobretot, vostra, també del Comitè Organitzador, al qual cal agrair l'esforç de cohesionar tots aquests continguts i vehicular la vostra acció diària que acaba generant resultats. Les comunicacions reflecteixen la recerca de l'any, i, com a novetat d'aquest 2013, els informes de resultats d'ajuts dotats per la Societat que ja han finalitzat permeten visualitzar la producció que la Societat genera amb els seus recursos. De la mateixa manera, en un any en què les novetats en teràpia són importants, hem cregut oportú donar una difusió adequada a opcions terapèutiques que milloren la qualitat de vida del pacient amb malaltia respiratòria.

Mantenim l'activitat diària, amb una alta productivitat científica, malgrat l'entorn de reducció d'inversió i d'incertesa en les línies prioritzades pels ens públics que gestionen el nostre territori. Ara, una tasca més de la Societat –i de tots els seus membres– és vetllar perquè la qualitat assistencial i de la recerca no minvi i també fer-se escoltar en els sectors que tenen poder decisor sobre aquests àmbits. Aquesta demanda ha de ser repetida i constant, perquè el que tenim en joc és massa important, i mirar-ho només des de la distància no és una opció.

L'acció diària, imaginativa i crítica porta a l'èxit, en tots els camps, i una mostra d'això la tenim en les activitats de la nostra reunió anual.

Benvinguts i ben trobats,

Eduard Monsó

President

Societat Catalana de Pneumologia

PRESENTACIÓ

Benvolguts companys i benvolgudes companyes,

Com cada any, retrobar-nos, amb l'excusa de la pneumologia, i posar sobre la taula els darrers avenços de la Pneumologia catalana és el principal objectiu de la Diada. És el moment de conèixer de primera mà què fa cada un de nosaltres en els diferents camps on treballem. A més a més –i com ja és tradició des de fa uns anys– no volem oblidar la relació que la nostra especialitat ha de tenir amb l'Atenció Primària; hem reservat, per tant, una sessió especial per mantenir, i si pot ser augmentar, aquest fructífer vincle. Com a novetat, aquest any tindrem dins el programa dos simposis de la Indústria, que esperem ens aportin les darreres novetats farmacològiques. Volem agrair a tots els assistents, professionals de la medicina, infermeria i fisioteràpia, el seu paper com a ponents i moderadors; sense la seva tasca, la Diada no seria possible. També volem donar el nostre agraïment a la Indústria que, fent un esforç en aquests temps difícils, ha continuat al nostre costat i ha fet possible aquesta, voldríem, "Festa Major" de la Pneumologia catalana.

Tots coneixeu Sitges, malgrat tot, serà per a mi un orgull escriure unes lletres sobre com veu Sitges un sitgetà. El meu poble és, sens dubte i per damunt de tot, el més cosmopolita i tolerant del nostre país. No és per casualitat que les senyeres culturals del darrer segle tinguessin en Sitges un dels seus llocs referents. Des d'aleshores, multitud d'artistes, pensadors i gent "guapa" han escollit el nostre poble per a viure o estar-hi un temps. És difícil de trobar a Catalunya un lloc tan bonic. Però, encara és més difícil trobar un racó tan entranyable com el meu barri de tota la vida: la platja de Sant Sebastià, Aiguadolç i els seus voltants. És per això que vam voler escollir aquest indret com a seu de la XXXI Diada. Particularment, és per a mi un honor poder fer-vos d'amfitrió en aquesta XXXI Diada que estem segurs que serà un èxit científic, professional i cultural.

Us donem la benvinguda a Sitges i a la XXXI Diada,

Antoni Antón i Jordi Giner

Directors de la XXXI Diada Pneumològica

PROGRAMA DE MEDICINA

Divendres, 12 d'abril

08.30 – 09.00 Lliurament de la documentació

AUDITORI

09.00 – 09.45 NOVES PERSPECTIVES EN EL TRACTAMENT DE L'ASMA
Moderador: **César Picado Vallès**. Hospital Clínic. Barcelona.

TERMOPLÀSTIA

Alfons Torrego Fernández. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

NOUS TRACTAMENTS BIOLÒGICS

Christian Domingo Ribas. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

09.45 – 10.30 CIRURGIA DE RESECCIÓ PULMONAR: LÍMITS ANATÒMICS I FUNCIONALS
Moderador: **Pedro E. López de Castro Alojes**. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

LÍMITS ANATÒMICS

Sergi Call Caja. Hospital Universitari MútuaTerrassa.

LÍMITS FUNCIONALS

Diego A. Rodríguez. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona.

10.30 – 11.00 MPOC: FENOTIPS I NOVES ESTRATÈGIES TERAPÈUTIQUES
Patrocinat per **NOVARTIS**
Moderador: **Salvador Hernández Flix**. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
M. Pilar Ortega Castillo. Hospital de Mataró.

11.00 – 11.30 Cafè, descans i visita als expositors

11.30 – 12.30 TITULACIÓ DE LES TERÀPIES RESPIRATÒRIES A DOMICILI: OXIGENOTERÀPIA, CPAP, VNI
Patrocinat per **PHILIPS**

Moderadores:

Rosa Güell Rous. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Fátima Morante Vélez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

OXIGENOTERÀPIA

Sergi Martí Beltran. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

CPAP

Bienvenido Barreiro López. Hospital Universitari MútuaTerrassa.

VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA

Manel Luján Torné. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

- 12.30 – 13.30 PRESENT I FUTUR EN MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA
Simposi patrocinat per **ALMIRALL**
Moderador: **Joan Ruiz Manzano**. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Salud Santos Pérez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Alicia Marín Tapia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Diego Castillo Villegas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- 13.30 – 14.00 TAULA INAUGURAL
- 14.00 – 15.30 Dinar de socis
- 15.30 – 16.30 CÈL·LULES MARE EN LA TERÀPIA DE LES MALALTIES RESPIRATÒRIES
Moderador: **David Ramos Barbón**. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
CÈL·LULES MARE A L'MPOC
Ernest Sala Llinars. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.
CÈL·LULES MARE A LA FIBROSI PULMONAR
Maria Molina Molina. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- 16.30 – 17.00 MARCADORS CLÍNICS I BIOLÒGICS DE LA PNEUMÒNIA GREU
Moderadora: **Rosa Jolis Oliver**. Hospital de Figueres – Fundació Salut Empordà. Figueres.
Elena Laserna Martínez. Fundació Privada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès.
- 17.00 – 17.30 FIBROSI I HIPERTENSIÓ PULMONAR
Moderadora: **Eva Balcells Vilarnau**. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona.
Isabel Blanco Vich. Hospital Clínic. Barcelona.
- 17.30 – 18.00 Cafè, descans i visita als expositors
- 18.00 – 19.00 SIMPOSI patrocinat per **BOEHRINGER INGELHEIM**
- 19.00 ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA
- 21:00 SOPAR DE LA DIADA

PROGRAMA DE MEDICINA

Dissabte, 13 d'abril

- 09.00 – 10.00 SESSIÓ DE PÒSTERS: SALA LLEVANT
- 10.00 – 14.00 AUDITORI
- 10.00 – 11.30 PRESENTACIÓ DE COMUNICACIONS I PROJECTES DE RECERCA FINALITZATS I DOTATS PER LA SOCAP
- 11.30 – 12.00 Cafè, descans i visita als expositors
- 12.00 – 13.00 SESSIÓ ESPECIAL: LA VENTILACIÓ MECÀNICA PERLLONGADA I LA PNEUMOLOGIA CATALANA
Moderador: **Vicente Plaza Moral**. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
SITUACIÓ DE LA VENTILACIÓ MECÀNICA PERLLONGADA A CATALUNYA
Antoni Antón Albisu. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
MANEIG DEL MALALT AMB VENTILACIÓ MECÀNICA COMPLEXA
João Carlos Winck. Hospital São João. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal.
- 13.00 – 13.20 PRESENTACIÓ: BARCELONA RESPIRATORY NETWORK (BRN)
Moderadora: **Júlia Tàrrega Camarasa**. Hospital General de Granollers.
Àlvar Agustí Garcia-Navarro. Hospital Clínic. Barcelona.
- 13.20 – 14.00 PRESENTACIÓ: PLA DIRECTOR
Moderador. **Eduard Monsó Molas**. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
Joan Escarrabill Sanglas. Hospital Clínic. Barcelona; Institut Català de la Salut.
- 14.00 CLOENDA

PROGRAMA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Divendres, 12 d'abril

- 08.30 – 09.00 Lliurament de la documentació
- 09.00 – 09.45 NOVES PERSPECTIVES EN EL TRACTAMENT DE L'ASMA: AUDITORI
Moderador: **César Picado Vallès**. Hospital Clínic. Barcelona.
TERMOPLÀSTIA
Alfons Torrego Fernández. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
NOUS TRACTAMENTS BIOLÒGICS
Christian Domingo Ribas. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
- 09.45 – 10.30 SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA: SALA GARBÍ
Elena Gimeno Santos. Centre d'Investigació en Epidemiologia Ambiental CREAL. Barcelona.
- 10.30 – 11.00 MPOC: FENOTIPS I NOVES ESTRATÈGIES TERAPÈUTIQUES: AUDITORI
Patrocinat per **NOVARTIS**
Moderador: **Salvador Hernández Flix**. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
M. Pilar Ortega Castillo. Hospital de Mataró.
- 11.00 – 11.30 Cafè, descans i visita als expositors
- 11.30 – 12.30 TITULACIÓ DE LES TERÀPIES RESPIRATÒRIES A DOMICILI: AUDITORI.
CPAP, VNI, OXIGENOTERÀPIA
Patrocinat per **PHILIPS**
Moderadores:
Rosa Güell Rous. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Fátima Morante Vélez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
OXIGENOTERÀPIA
Sergi Martí Beltran. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
CPAP
Bienvenido Barreiro López. Hospital Universitari MútuaTerrassa.
VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA
Manel Luján Torné. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
- 12.30 – 13.30 PRESENT I FUTUR EN MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA: AUDITORI
Simposi patrocinat per **ALMIRALL**
Moderador: **Joan Ruiz Manzano**. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Salud Santos Pérez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Alicia Marín Tapia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Diego Castillo Villegas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- 13.30 – 14.00 AUDITORI: ACTE INAUGURAL
- 14.00 – 15.30 Dinar

- 15.30 – 16.30 **TAULA 14: SALA GARBÍ**
 LA TELEMEDICINA APLICADA A LA PRÀCTICA DIÀRIA
 Moderadors:
Anna Capsada Juanola. Hospital Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.
Daniel Martí Beltran. Hospital Clínic. Barcelona.
 AJUDEM A DEIXAR DE FUMAR A TRAVÉS DEL FACEBOOK
M. Begoña López Rodríguez. ABS Malgrat-Palafolls
 IMPACTE DE LA TELEMEDICINA EN ELS NOUS MODELS D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT
Núria Seijas Babot. Unitat d'Atenció Integrada d'Infermeria. Hospital Clínic. Barcelona.
 MONITORATGE I SEGUIMENT DOMICILIARI DE LA SAHS
Cristina Esquinas López. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.
 TELEREHABILITACIÓ
Virginia García (participació per teleconferència). Hospital Universitari de Cruces. Barakaldo. Biscaia.
- 16.30 – 17.30 **TAULA 2: SALA GARBÍ**
 PROCEDIMENTS EN EL SEGLE XXI, DE LES RECOMANACIONS A L'EVIDÈNCIA
 Moderadores:
Fátima Morante Vélez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Immaculada Castillo Sánchez. Hospital General de Granollers.
 INTERVENCIÓ MÍNIMA EN EL TABAQUISME, PER QUÈ NO ES FA?
Emília Abad López. Hospital Clínic. Barcelona.
 ANESTÈSIA PER A LA PUNCIÓ ARTERIAL?
Marian Gimeno Peribáñez. Hospital de Palamós.
 CÀPING: NECESSITA AIRE FRESC?
Ricard Castro Prat. Universitat de Vic.
 EDUCACIÓ EN PACIENTS RESPIRATORIS: APRENDRE VS. DESAPRENDRE
Meritxell Peiró Fàbregas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- 17.30 – 18.00 Cafè, descans i visita als expositors
- 18.00 – 19.00 CONFERÈNCIA RELACIONADA AMB LA TAULA ANTERIOR: SALA GARBÍ
 Moderador: **Jordi Giner Donaire.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
 PER QUÈ ENS COSTA CANVIAR?
María Palacín Lois. Departament de Psicologia Social. Universitat de Barcelona.
- 19:00 ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA: AUDITORI
- 21:00 SOPAR DE LA DIADA

PROGRAMA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Dissabte, 13 d'abril

- 09.00 – 10.00 SESSIÓ DE PÒSTERS I COMUNICACIONS: SALA LLEVANT
Moderadores:
Montserrat Torrejón Lázaro. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Ana Balañá Corberó. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona.
- 10.00 – 11.30 PRESENTACIÓ DE COMUNICACIONS I PROJECTES DE RECERCA FINALITZATS I DOTATS PER LA SOCAP: AUDITORI
- 11.30 – 12.00 Cafè, descans i visita als expositors
- 12.00 – 14.00 SESSIONS CONJUNTES: AUDITORI
- 12.00 – 13.00 **SESSIÓ ESPECIAL:**
LA VENTILACIÓ MECÀNICA PERLLONGADA I LA PNEUMOLOGIA CATALANA
Moderador: **Vicente Plaza Moral.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
SITUACIÓ DE LA VENTILACIÓ MECÀNICA PERLLONGADA A CATALUNYA
Antoni Antón Albisu. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
MANEIG DEL MALALT AMB VENTILACIÓ MECÀNICA COMPLEXA
João Carlos Winck. Hospital São João. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal.
- 13.00 – 13.20 PRESENTACIÓ: BARCELONA RESPIRATORY NETWORK (BRN)
Moderadora: **Júlia Tàrrega Camarasa.** Hospital General de Granollers.
Àlvar Agustí Garcia-Navarro. Hospital Clínic. Barcelona.
- 13.20 – 14.00 PRESENTACIÓ: PLA DIRECTOR
Moderador: **Eduard Monsó Molas.** Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
Joan Escarrabill Sanglas. Hospital Clínic. Barcelona; Institut Català de la Salut.
- 14.00 CLOENDA

CURS PRECONGRÉS PER A ATENCIÓ PRIMÀRIA

Dijous, 11 d'abril
Hotel Meliá Sitges: SALA TRAMUNTANA

COMITÈ ORGANITZADOR

Estefanía Sanjuán Sanchis
 José Antonio Castillo Vizuite
 Meritxell Peiró Fàbregas
 Vicente Plaza Moral

- 16.00 – 17.00 TAULA 1: L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I LA SÍNDROME D'APNEA OBSTRUCTIVA DEL SON (SAOS). L'ASSIGNATURA PENDENT
 Moderadors:
Estefanía Sanjuán Sanchis. CAP Maria Bernades. Viladecans.
Vicente Plaza Moral. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
 CRIBRATGE I SEGUIMENT DE LA SAOS PER ATENCIÓ PRIMÀRIA
Joan Bayó Llibre. EAP El Clot. Barcelona.
 NOUS MODELS COORDINATS ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS
Mercedes Mayos Pérez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- 17.00 – 18.00 TAULA 2: INHALADORS I TÈCNIQUES D'INHALACIÓ. PRESENT I FUTUR
 Moderadores:
Estefanía Sanjuán Sanchis. CAP Maria Bernades. Viladecans.
Meritxell Peiró Fàbregas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
 DISPOSITIUS D'INHALACIÓ. VELLS PROBLEMES, POSSIBLES SOLUCIONS
Jordi Giner Donaire. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
 INFERMERIA I INHALADORS. ELEMENTS CLAU EN L'EDUCACIÓ DE LES TÈCNIQUES D'INHALACIÓ
Pepi Valverde Trillo. EAP Sagrada Família. Barcelona.
- 18.00 – 18.30 Cafè i descans
- 18.30 – 20.00 TAULA 3: MPOC I CRONICITAT. CAP A UN MODEL INTEGRAL COORDINAT ENTRE NIVELLS ASSISTENCIALS
 Moderadors:
José Antonio Castillo Vizuite. CAP Jaume I. Vilanova i la Geltrú.
Vicente Plaza Moral. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
 ASSISTÈNCIA DE L'MPOC DINS LA CRONICITAT.
 BARRERES PER A LA COORDINACIÓ ENTRE NIVELLS
Xavier Flor Escriche. EAP Chafarinas. Barcelona.
 FUNCIÓ DE LA INFERMERA DINS D'UN MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA. VISIÓ DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA
Silvia Valverde Rodríguez. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.
 PROGRAMA INTEGRAL MULTIINTERVENCIÓ PER A LA PREVENCIÓ DE REINGRESSOS (PROJECTE ITACA). VISIÓ DES DE L'HOSPITAL
Ingrid Solanes García. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

LLISTA DE PONENTS I MODERADORS

- Dr. Antoni Antón Albisu.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. Eva Balcells Vilarnau. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona.
Dr. Bienvenido Barreiro López. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa.
Dra. Isabel Blanco Vich. Hospital Clínic. Barcelona.
Dr. Sergi Call Caja. Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa.
Dr. Diego Castillo Villegas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Christian Domingo Ribas. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
Dr. Joan Escarrabill Sanglas. Hospital Clínic. Barcelona; Institut Català de la Salut.
Dr. Àlvar Agustí Garcia-Navarro. Hospital Clínic. Barcelona.
Dra. Rosa Güell Rous. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Salvador Hernández Flix. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus.
Dra. Rosa Jolis Oliver. Hospital de Figueres. Girona.
Dra. Elena Laserna Martínez. Fundació Privada Hospital de Mollet.
Dr. Pedro E. López de Castro Alojes. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Dr. Manel Luján Torné. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
Dra. Alicia Marín Tapia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Dr. Sergi Martí Beltran. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Dr. Maria Molina Molina. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Eduard Monsó Molas. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.
Dra. M. Pilar Ortega Castillo. Hospital de Mataró.
Dr. César Picado Vallès. Hospital Clínic. Barcelona.
Dr. Vicente Plaza Moral. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. David Ramos Barbón. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Diego A. Rodríguez. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona.
Dr. Joan Ruiz Manzano. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Dr. Ernest Sala Llinars. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.
Dra. Salud Santos Pérez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Júlia Tàrrega Camarasa. Hospital General de Granollers.
Dr. Alfons Torrego Fernández. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. João Carlos Winck. Hospital São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal.

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA RESPIRATÒRIA

- D. I. Emilia Abad López.** Hospital Clínic. Barcelona.
D. F. Ana Balañá Corberó. Hospital del Mar - Parc de Salut Mar. Barcelona.
D. I. Anna Capsada Juanola. Hospital Althaia, Xarxa Assitencial Universitària de Manresa.
D. F. Inmaculada Castillo Sánchez. Hospital General de Granollers.
D. F. Ricard Castro Prat. Universitat de Vic.
D. I. Cristina Esquinas López. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.
D. F. Virginia García. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.
D. I. Marian Gimeno Peribáñez. Hospital de Palamos. Girona.
D. F. Elena Gimeno Santos. Centre d'Investigació en Epidemiologia Ambiental CREAL. Barcelona.
D. I. Jordi Giner Donaire. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
D. F. Begoña López Rodríguez. ABS Malgrat-Palafolls.
D. F. Daniel Martí Beltran. Hospital Clínic. Barcelona.
D. I. Fátima Morante Vélez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. María Palacín Lois. Departament de Psicologia Social. Universitat de Barcelona.

- D. I. Meritxell Peiró Fàbregas.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
D. F. Núria Seijas Babot. Unitat d'Atenció Integrada d'Infermeria. Hospital Clínic. Barcelona.
D. I. Montserrat Torrejón Lázaro. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Dr. Joan Bayó Llibre.** EAP El Clot. Barcelona.
Dr. José Antonio Castillo Vizuite. CAP Jaume I. Vilanova i la Geltrú.
Dr. Xavier Flor Escriche. EAP Chafarinas. Barcelona.
D. I. Jordi Giner Donaire. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. Mercedes Mayos Pérez. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
D. I. Meritxell Peiró Fàbregas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Vicente Plaza Moral. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. Estefania Sanjuán Sanchis. CAP Maria Bernades. Viladecans.
Dra. Ingrid Solanes García. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
D. I. Silvia Valverde Rodríguez. EAP Sagrada Família. Barcelona.
D. I. Pepi Valverde Trillo. EAP Sagrada Família. Barcelona.

ASMA I MPOC

02 PREVALENCIA DEL TABAQUISME I DE LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA EN UNA ÀREA INDUSTRIAL

Autors: Lores L, Pesantes E, Torrens A, Hernando R, Vicedo S, Miravittles M.
Institució: Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat; ¹Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

A causa de la diferència d'estils de vida i de consum de tabac, la prevalença de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és diferent a cada país i fins i tot en diferents àrees d'un mateix país. Conèixer la prevalença d'MPOC i el grau d'infradiagnòstic és l'objectiu d'aquest estudi, realitzat en una àrea urbana i industrialitzada de 110.000 habitants, que correspon als municipis de Sant Boi de Llobregat i Sant Vicenç dels Horts.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi descriptiu observacional. Es va estudiar una mostra de la població amb edats compreses entre 40 i 80 anys, estimada en 45.000 habitants, l'any 2009. A través d'una base de dades telefònica es va contactar a l'atzar amb 500 pacients; es van excloure els subjectes institucionalitzats, en situació terminal o amb deteriorament cognitiu. De tots els pacients es va recollir: dades demogràfiques, nivell educacional, símptomes respiratoris, existència o no de diagnòstic previ, tabaquisme, escala MRC, test ECSC de símptomes respiratoris, test LACDL d'activitat física, EQSD de qualitat de vida i espirometria amb prova broncodilatadora. Es va considerar que els subjectes patien MPOC si el FEV1/FVC era < 0,7 en la prova broncodilatadora.

RESULTATS

Es van poder estudiar 138 pacients, 69 homes i 69 dones, de 68 anys d'edat mitjana. Seixanta (43,5%) mai havien fumats (15 homes [H], 44 dones [D]), 44 (30 H, 14 D) eren exfumadors i 33 (24 H, 11 D) fumadors actius. El 77,7% havia realitzat fins a estudis primaris com a màxim. El 18,2% dels no fumadors referia símptomes respiratoris enfront del 31,1% dels exfumadors i el 20,6% dels fumadors. El valor mitjà de l'escala MRC era de 0,41 (0,36 per als no fumadors, 0,48 per a exfumadors, 0,39 per a fumadors) essent en el 66,7% l'escala d'MRC de 0. Tretze pacients patien MPOC; per tant, la prevalença de l'MPOC fou, amb una confiança del 95% i una precisió del 4%, del 9,5%. Entre els pacients diagnosticats d'MPOC, el 15,4% (2) no tenia antecedent de tabaquisme. Només en 4 pacients (30,7% dels casos) es coneixia el diagnòstic previ d'MPOC, 1 estava diagnosticat d'asma i en la resta no es coneixia el diagnòstic.

CONCLUSIONS

La prevalença d'MPOC a la nostra àrea és similar a l'esperada. Malauradament es confirma l'existència d'un percentatge alt d'infradiagnòstic. El tabaquisme continua essent un problema de salut important; fumen de manera activa el 24,8% dels subjectes entre 40 i 80 anys.

01 ASMA OCUPACIONAL INDUÏDA PER L'EXPOSICIÓ A AGENTS D'ALT I BAIX PES MOLECULAR. SIMILITUDS I DIFERÈNCIES

Autors: Muñoz X^{1,2}, Meca O³, Sánchez-Ortiz M^{1,2}, Morell F^{1,2}, Cruz MJ^{1,2}.

Institució: ¹Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²Ciber de Enfermedades Respiratorias (CibeRes); ³Servei de Pneumologia. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓ

L'objectiu del present estudi va ser analitzar possibles diferències entre l'asma ocupacional (AO) causada per agents d'alt pes molecular (APM), amb un mecanisme d'acció IgE mediat, i per agents de baix pes molecular (BPM) amb un mecanisme d'acció que moltes vegades és desconegut.

MÈTODES

Es van incloure en l'estudi 79 pacients amb AO diagnosticada mitjançant una prova de provocació bronquial específica (PPBE). Es van analitzar les característiques antropomètriques, l'estat atòpic, la professió, els diferents temps de latència, la gravetat de l'asma, les proves de funció pulmonar i els resultats de la PPBE.

RESULTATS

Vint pacients (29%) van ser diagnosticats d'AO induïda per agents d'APM i 56 (71%) per agents de BPM. En 21 (38%) d'aquests darrers es va constatar asma intermitent, en 5 (9%) persistent lleu i en 30 (53%) persistent moderada. Quan l'agent causal va ser d'APM, l'asma va ser intermitent en 8 (35%), persistent lleu en 8 (35%) i persistent moderada en 7 (30%) (p = 0,014). Paradoxalment, la ràtio dosi-resposta en la prova de metacolina va ser superior en els pacients exposats a agents d'APM (APM 56,3 [131,1], BPM 18/5 [23,8], p = 0,012). El tipus de resposta observada en la PPBE va ser precoç en la majoria de pacients exposats a APM (78%), mentre que va ser dual (50%) o atípica (21%) en els exposats a BPM (p = 0,0001). No es van trobar diferències en els diferents temps de latència estudiats, en l'hàbit tabàquic, en l'estat atòpic i en la resta d'estudis de funció pulmonar.

CONCLUSIONS

Sense que hi hagi cap diferència que ho justifiqui, l'AO causada per agents de BPM sembla més greu que l'ocasionada per agents d'APM. El patró de resposta diferent en la PPBE suggereix mecanismes d'acció diferents en funció del tipus d'agent.

03 ÉS DIFERENT L'ASMA DE LA TERCERA EDAT? RESULTATS DEL REGISTRE DEL BANC DE DADES DE L'ÀREA I DEL PII D'ASMA DE LA SEPAR

Autors: Crespo A¹, González M², Bardagi S², Cañete C⁶, Pellicer C³, Bazús T⁴, Vennera MC⁵, Martínez C⁷, Plaza V¹; Centres amb registres.

Institucions: ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ²Hospital de Mataró; ³Hospital Francisc de Borja. Gandia; ⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo; ⁵Hospital Clínic. Barcelona; ⁶Hospital General de l'Hospitalet; ⁷Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona; Centres amb registres.

INTRODUCCIÓ

La major expectativa de vida de la població ha proporcionat un notable increment de la prevalença de les malalties cròniques en les persones de major edat. Entre aquestes, l'asma està despertant un creixent interès en la comunitat científica. Estudis recents han constatat característiques diferencials de l'asma a la tercera edat; no obstant això, pràcticament no existeixen estudis d'aquesta naturalesa realitzats en el nostre àmbit.

OBJECTIU

Determinar les possibles característiques clíniques i funcionals diferencials de la població asmàtica anciana en comparació amb altres grups de menor edat.

MATERIALS I MÈTODE

Estudi retrospectiu, comparatiu, longitudinal realitzat a partir de la base de dades de l'Àrea I del PII d'asma de la SEPAR (www.bancodatosasma.com). Es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables demogràfiques, clíniques i funcionals (gravetat, FeNO, tractament rebut) dels 1.713 pacients asmàtics provinents de les consultes externes dels centres que van utilitzar la base de dades. Es va categoritzar per edats repartides en tres grups de població (grup 1: ≤ 40 anys, grup 2: 41-65 anys grup 3: ≥ 65 anys), es va correlacionar les variables incloses intergrup. Posteriorment es va analitzar la població anciana (≥ 65 anys) distribuïda en dos grups (anciana jove i anciana major) i es va comparar amb la població adulta (< 65 anys).

RESULTATS

En general, en els pacients ancians amb asma predomina el gènere femení, són menys fumadors, més obesos, cursen amb una asma més greu i amb valors de FeNO més baixos. Dintre de les comorbilitats, el reflux gastroesofàgic va predominar en el grup 1, la fibromiàlgia en el grup 2 i la SAHS en el grup 3 (p = 0,476). Quant al tractament rebut, les dosis més altes de corticoides inhalats les rebia el grup 2, seguit del grup 3 (dosis mitjanes) i el grup 1 (dosis baixes). Les dosis més baixes d'omalizumab les rebia el grup 2 i les més altes el grup 3 (p = 0,534). Quant al tractament amb antileucotriens, el grup 3 era el que més rebia aquest tractament.

CONCLUSIONS

En el nostre àmbit, els pacients ancians amb asma cursen amb aspectes clinicofuncionals diferencials de la malaltia que condiciona asma de major gravetat i, en conseqüència, amb majors necessitats terapèutiques.

04 DISCRIMINACIÓ DEL FENOTIP INFLAMATORI BRONQUIAL DE PACIENTS ASMÀTICS MITJANÇANT L'ÚS DEL NAS ELECTRÒNIC

Autors: Crespo A¹, Giner J¹, Sibila O¹, Merino JL², Peñacoba P¹, Mateus E¹, Torrejón M¹, Belda A¹, Garriga T¹, Granel C¹, Plaza V¹.

Institució: ¹Servei de Pneumologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ²Grup de Sistemes Electrònics, Universitat de les Illes Balears, Palma, Mallorca.

INTRODUCCIÓ

La identificació del fenotip inflamatori bronquial de pacients asmàtics requereix d'una metodologia que consumeix temps, personal i recursos tècnics. El nas electrònic és un dispositiu capaç de detectar compostos orgànics volàtils (COV) presents en la fase gasosa de la respiració humana. La detecció a través d'un mètode no invasiu de "patrons respiratoris" podria servir en un futur com cribratge precoç pel diagnòstic de fenotips inflamatoris asmàtics, millorant així l'estratègia terapèutica e individualitzada en aquests pacients.

OBJECTIUS

Correlacionar els perfils de COV en l'aire exhalat mitjançant el nas electrònic amb els fenotips inflamatoris bronquials d'asmàtics que van a consulta ambulatoria.

MÈTODE

Es van estudiar 44 pacients asmàtics. A tots els pacients se'ls va realitzar el mateix dia de la visita un estudi d'esput induït, estudis de funció pulmonar i mesura d'òxid nítric exhalat (FeNO). El nivell de control de l'asma es va determinar mitjançant el qüestionari ACT (*Asthma Control Test*). Es va definir els pacients asmàtics segons els criteris de la GEMA 2009 i es van classificar segons la cel·lularitat de l'esput induït. La determinació de COV en l'aire exhalat es va realitzar a través d'un nas electrònic *Cyranose 320 (Smith Detections, Pasadena, CA)* segons el mètode descrit per Dragonieri S *et al.* Les "empremtes olfactivores" produïdes pel nas electrònic es van analitzar matemàticament a través de regressió logarítmica i es van representar de forma uní i bidimensional per a la seva posterior anàlisi i interpretació. Es va utilitzar com eina de reconeixement l'anàlisi de discriminant lineal (anàlisi matemàtica especialitzada). Aquesta eina va ser entrenada i provada per a l'anàlisi de rendiment mitjançant la tècnica "one out".

RESULTATS

Del total de 44 pacients asmàtics, 16 tenien asma eosinofílica, 8 asma neutrofilica i 20 asma paucigranulocítica. Les diferències en l'anàlisi descriptiva intergrup així com entre les variables categòriques no foren significatives. El nas electrònic va poder discriminar correctament en el 100% dels casos els asmàtics eosinofílics vs. els neutrofilics i eosinofílics vs. paucigranulocítics i en el 90% de reconeixement quan es comparaven els neutrofilics vs. paucigranulocítics.

CONCLUSIONS

Els resultats indiquen que el nas electrònic és un mètode no invasiu que permet discriminar els diferents fenotips inflamatoris de pacients asmàtics, en especial d'aquells que tenen "asma eosinofílica".

05 EL PERCENTATGE DE NEUTRÒFILS QUE EXPRESSEN TLR4 EN L'ESPUT INDUÏT DISMINUEIX EN ELS ASMÀTICS NO IgE DEPENDENTS

Autors: Crespo A¹, Mateus E¹, Torrejón M¹, Belda A¹, Giner J¹, Garriga T¹, Granel C¹, Vidal S², Juárez C², Vicente Plaza¹.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia i ²Immunologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Recentment s'ha implicat el paper dels TLR (receptors *toll-like*) en la patogènica de l'asma. Els TLR són una família de proteïnes transmembrana responsables del reconeixement de patrons moleculars associats a patògens l'estímul dels quals comporta una resposta inflamatòria amb una ràpida producció de citocines. El possible paper que desenvolupem els TLR en l'asma no IgE dependent (no eosinofílica), i el seu reconeixement com un nou endotip d'asma, podria obrir noves expectatives terapèutiques.

OBJECTIU

Analitzar l'expressió de TLR2 i TLR4 en els monòcits i neutròfils de sang perifèrica i en els macròfags i neutròfils de l'esput induït de pacients asmàtics IgE dependent (IgEdep) vs. IgE no dependent (IgEdep).

MÈTODE

Es van estudiar 36 pacients asmàtics classificats en asma IgEdep (n = 13) i IgEdep (n = 23) en funció del nivell d'IgE en sang. A tots els malalts se'ls va realitzar el mateix dia la prova d'esput induït, estudis de funció pulmonar, mesura d'òxid nítric exhalat (FENO), IgE total en sang, així com una prova cutània mitjançant tècnica de *prick*. El nivell de control de l'asma es va determinar mitjançant el qüestionari ACT (*Asthma Control Test*). Es van definir els pacients asmàtics segons els criteris de la GEMA 2009. L'obtenció i processat d'esput induït es va realitzar segons el mètode descrit per Pizzichini *et al.* La composició cel·lular es va analitzar per citometria de flux. L'expressió dels TLR2 i TLR4 es va analitzar emprant anticossos monoclonals conjugats amb els fluorocroms apropiats.

RESULTATS

L'anàlisi descriptiva intergrup, així com entre les variables categòriques, no fou significativa. El percentatge de neutròfils TLR4+ en l'esput induït fou de 1,51% ($\pm 2,98$) pels asmàtics IgEdep i de 11,17% ($\pm 25,15$) pels asmàtics IgEdep, amb una correlació estadísticament significativa (p = 0,006). No es van observar diferències significatives entre tots dos grups en el percentatge de monòcits i neutròfils TLR2 i TLR4+ en la sang perifèrica, el percentatge de macròfags TLR4+ de l'esput induït i el percentatge de macròfags i neutròfils TLR2+ de l'esput induït.

CONCLUSIÓ

El percentatge de neutròfils TLR4+ de l'esput induït disminueix en els pacients amb asma IgEdep (asma no eosinofílica). Això podria suggerir que en aquest tipus d'asma el mecanisme de defensa mediat pel neutròfil podria estar alterat al disminuir l'expressió d'aquests receptors en la seva superfície cel·lular, mecanisme que quedaria encara per definir i en el que probablement juguin un paper important les infeccions respiratòries.

06 ESTANDARITZACIÓ D'UN TEST RÀPID IMMUNOCROMATOGRÀFIC PER A LA DETERMINACIÓ DE LA CONCENTRACIÓ AMBIENTAL D'AEROAL-LENGEN DE SOJA

Autors: Álvarez-Simón D, Cruz Carmona MJ, Untoria Corral MD, Muñoz Gall X, Morell Brad F, Gómez-Ollés S.

Institució: Institut de Recerca Vall d'Hebron, Barcelona.

INTRODUCCIÓ

A la ciutat de Barcelona es van relacionar les activitats de descàrrega de gra de soja al port amb els brots epidèmics d'asma bronquial. Per a la prevenció d'aquestes epidèmies es varen adoptar una sèrie d'accions entre les que es troba el monitoratge diari dels nivells d'aeroal·lergen de soja mitjançant un mètode d'ELISA en sandvitx. Per a les concentracions ambientals d'al·lergen de soja s'han fixat empíricament uns nivells guia de seguretat, essent el nivell guia inferior (NGI) de 6 ng/m³. L'objectiu d'aquest estudi és desenvolupar un mètode ràpid immunocromatogràfic que permeti determinar quines mostres estan per sobre de l'NGI en menys temps i sense requerir personal qualificat.

MATERIAL I MÈTODES

S'ha desenvolupat un test ràpid immunocromatogràfic en format de tira reactiva per a la determinació semiquantitativa del contingut d'al·lèrgens de soja de baix pes molecular. Els possibles resultats obtinguts mitjançant la lectura visual de la tira són: positiu, negatiu, indeterminat. També es va quantificar el color de la banda aplicant l'equació Delta E mitjançant un programa informàtic. S'han analitzat en paral·lel 32 mostres ambientals emprant el mètode d'ELISA en sandvitx que s'utilitza en l'actualitat per al monitoratge diari i el nou mètode desenvolupat en aquest estudi.

RESULTATS

Mitjançant la interpretació visual de la tira reactiva els resultats obtinguts amb ambdós mètodes concorden en el 68,8% (22/32) dels casos i hi ha discordança de resultats en el 9,4% (3/32). El 21,9% dels resultats obtinguts mitjançant el mètode de la tira reactiva és indeterminat. Utilitzant com a punt de tall un valor de 14,4 de Delta E, el mètode desenvolupat presenta una sensibilitat i especificitat del 81,25%.

CONCLUSIONS

El mètode ràpid immunocromatogràfic desenvolupat té una bona concordança amb el mètode de referència emprat actualment per a la determinació de la concentració d'al·lèrgens de soja en mostres ambientals. Els avantatges d'aquest mètode són la seva rapidesa i que no requereix personal qualificat ni equipament especial pel seu ús.

07 UTILITAT DEL QÜESTIONARI CAT EN LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA AMB OBSTRUCCIÓ GREU AL FLUX AERI

Autors: Bermudo Meloche G, Pomares Amigó X, Montón Soler C, García Pasadas A, Roldán Martínez J, Baré Mañas M, Monsó Molas E.

Institució: Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

INTRODUCCIÓ

La facilitat d'aplicació del qüestionari CAT (*COPD Assessment Test*) a la pràctica clínica ha permès la seva recent inclusió en les guies clíniques de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (GOLD i GesEPOC).

OBJECTIU

Avaluar la relació entre el qüestionari CAT i la gravetat de l'MPOC valorada segons l'índex BODE, en pacients amb obstrucció greu al flux aeri (FEV₁ < 50%).

MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu observacional amb inclusió consecutiva de pacients amb MPOC amb FEV₁ < 50% en fase estable. Període d'estudi: de juny a octubre de 2012. Tots els pacients van realitzar el CAT i es van recollir, a més, diverses variables clíniques (edat, sexe, IMC, grau de dispnea, espirometria, gasometria arterial, test de la marxa, BODE i oxigenoteràpia contínua domiciliària [OCD]). Es va avaluar la gravetat de l'MPOC en funció de l'índex BODE dividit en 3 grups: BODE < 5, BODE 5-6 i BODE ≥ 7 punts. Anàlisi estadística: Programa SPSS 19. Descriptiva. ANOVA.

RESULTATS

Es van incloure 97 pacients amb una mitjana d'edat de 67 ± 8 anys; el 96% eren homes. El FEV1 mitjà va ser del 34,3% ± 9,8%, l'índex BODE mitjà va ser 4,8 ± 1,4. El 41% eren portadors d'OCD. La puntuació mitjana del CAT va ser de 20 ± 7,7. No es van observar diferències significatives en la puntuació total del CAT ni tampoc en les puntuacions per ítems, en funció dels tres grups de BODE avaluats. CAT total-BODE > 5: 20 ± 8,5; CAT total-BODE 5-6: 19,7 ± 7,3 i CAT total-BODE ≥ 7: 17,9 ± 8,1. Els ítems del CAT que valoren l'energia i la limitació per a les activitats domèstiques són els únics que mostraren increment a major gravetat del BODE.

CONCLUSIONS

En pacients amb MPOC i obstrucció greu al flux aeri (FEV₁ < 50%): 1) L'impacte de la malaltia mesurat segons el CAT és moderat-greu i 2) La puntuació en el CAT (total i per ítems) no permet predir la gravetat de l'MPOC avaluada segons l'índex BODE.

12 RELACIÓ ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y EL CONTROL Y GRAVEDAD DEL ASMA BRONQUIAL

Autors: Becker C, Martínez Rivera C, Abad Capa J, Martínez ML, Rodríguez Pons L, Bruguera Àvila N, Stojanovic Z, Ruiz Manzano J.

Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

Hay pocos estudios que evalúen de forma global la calidad del sueño en pacientes con asma bronquial mediante parámetros polisomnográficos completos y cuestionarios validados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seleccionamos 26 asmáticos de nuestra consulta de asma y realizamos una polisomnografía completa. Durante la consulta recogimos datos relativos a calidad del sueño mediante el cuestionario de Pittsburgh, el test de Epworth y el índice de gravedad del insomnio (ISI). Pasamos el cuestionario de depresión y ansiedad HAD, el test de Nijmegen para detectar hiperventilación y un cuestionario de calidad de vida relacionada con salud respiratoria (AQLQ de Sidney). Recogimos datos relativos a control del asma mediante el ACT, utilización de recursos sanitarios en el año previo, función pulmonar y tratamiento previo. Dividimos los pacientes en parcialmente o mal controlados si tenían ACT < 20 y bien controlados si ≥ 20 . Los pacientes con ISI ≥ 15 fueron clasificados como insomnio clínico y si tenían un I. Pittsburgh ≥ 5 , como mala calidad de sueño.

RESULTADOS

De los 26 asmáticos, 6 eran hombres. Edad media: 46 años, ACT medio: 18,5 y FEV1%: 74%. En los pacientes con ACT < 20, la latencia de sueño fue mayor de forma no significativa (33 vs. 20; $p = 0,280$); los demás datos polisomnográficos fueron similares. Eran pacientes con peor calidad de sueño por I. Pittsburgh (12 vs. 3; $p = 0,03$) y peor puntuación en ISI (13,67 vs. 2,26; $P = 0,020$). Tenían peor puntuación en la escala HAD de ansiedad (12,4 vs. 3; $p = 0,003$) y depresión (7,5 vs. 2,2; $p = 0,065$) así como en calidad de vida según AQLQ general (4,7 vs. 0,9; $p = 0,004$). Los pacientes con I. Pittsburgh ≥ 5 eran más obesos (IMC 29,2 vs. 23,4; $p = 0,029$) con peor ACT (14 vs. 22; $p = 0,006$), peor IAH (15,6 vs. 8,9; $p = 0,127$), más ansiedad (HDA ansiedad 12,2 vs. 3,6; 0,019), depresión (HDA depresión 7,25 vs. 1,8; $p = 0,127$), peor calidad de vida (AQLQ 4,7 vs. 0,9; $p = 0,004$) y presentaban más exacerbaciones (1,78 vs. 0,4; $p = 0,083$). Los pacientes con insomnio clínico tenían peor ACT (19,4 vs. 13,8; $p = 0,083$), hiperventilación (Nijmegen 29 vs. 8,7; $p = 0,057$), peor AQLQ general (5,9 vs. 1,7; $p = 0,005$), ansiedad (HDA 16 vs. 5; $p = 0,001$) y depresión (HDA 12 vs. 2,6; $p = 0,004$), requerían más tandas de corticoides/año (1,8 vs. 0,4; $p = 0,055$) y presentaban más exacerbaciones (2,2 vs. 0,7; $p = 0,075$).

CONCLUSIONES

Hay una relación probablemente bidireccional entre control del asma y mala calidad de sueño e insomnio. Encontramos poca relación entre parámetros polisomnográficos y cuestionarios de calidad del sueño y características del asma.

13 QUIN PAPER DESENVOLUPA LA COLONITZACIÓ BACTERIANA EN L'ASMA BRONQUIAL PERSISTENT GREU?

Autors: Serra Mitjà P, Martínez Ribera C, Andreo Garcia F, Prat Aymerich C, Sanz Santos J, Molins Millán E, Domínguez J, Bonet G, Ruiz Manzano J.

Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

L'objectiu de l'estudi és determinar la prevalença de colonització bacteriana en l'asma bronquial persistent greu i la relació amb variables d'inflamació sistèmica de la via aèria, sistèmica, funció pulmonar i comportament clínic dels pacients.

MATERIAL I MÈTODES

S'han reclutat 21 pacients amb asma persistent greu als que, per indicació mèdica, s'ha realitzat una fibrobroncoscòpia en situació d'estabilitat. Se'ls realitzà a tots un cateterisme telescòpic (CTT) i un rentat broncoalveolar (BAL). Es registraren dades relatives a la utilització de recursos sanitaris, qüestionaris de control de l'asma (ACT), de grau de dispnea (MRC) i de qualitat de vida (AQLQ-Sidney), funció pulmonar i resultats de laboratori.

RESULTATS

Dels 21 pacients, 4 homes i 17 dones, no hi havia cap fumador i només un exfumador. Mitjana d'edat: 57 anys; FEV1 mitjà: 56%; ACT mitjà: 19. En 6 dels 21 pacients (28,6%) es va obtenir un cultiu positiu al CTT (tots en pacients amb obstrucció a la via aèria): 5 per *Haemophilus influenzae* i un per *Pseudomonas aureginosa*. Dividint els pacients en colonitzats o no, s'aprecia que els pacients amb colonització bronquial presentaven, de forma significativa, major edat, proteïna C reactiva (PCR), fibrinogen (FBG) en sang i major percentatge de neutròfils segmentats al BAL i, d'altra banda, tenien menor hemoglobina (HB), hematòcrit (Htc) i albúmina. Sense significació estadística, però, presentaven menor FEV1 i FEV1/FVC. Els pacients colonitzats requerien menys tractament amb corticoides orals. En seleccionar els 18 pacients amb obstrucció, no es modificaren els resultats, i dels 3 pacients no obstruïts cap presentava colonització.

CONCLUSIONS

La colonització bronquial és freqüent en l'asma bronquial persistent greu (28,6%) i es relaciona amb paràmetres inflamatoris sistèmics i de la via aèria i sembla que pot influir en la funció pulmonar i símptomes d'aquest grup de pacients (encara que els resultats no són significatius estadísticament). Per tant, pot ser una variable a tenir en compte en el maneig d'aquests pacients.

14 ESPECTRE CLÍNIC I EPIDEMIOLÒGIC ACTUAL DE LES AGUDITZACIONS ASMÀTIQUES A BARCELONA

Autors: Ojanguren Arranz I, Morell Brotad F, Muñoz Gal X, Conejo Sosa I, Cruz Carmona MJ.

Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'asma bronquial és una malaltia crònica freqüent i un problema sociosanitari creixent. A la vista de les dades de prevalença, morbiditat, mortalitat i càrrega econòmica associats, i malgrat els avenços terapèutics, les aguditzacions i necessitats assistencials continuen creixent.

OBJECTIU

Estudiar les característiques clíniques de les aguditzacions asmàtiques (AA) ateses a urgències hospitalàries i domiciliàries (SEM) a Barcelona els anys 2005 i 2011.

PACIENTS I MÈTODES

S'identificaren totes les AA de gener a desembre de 2005 i de 2011 ateses a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron i als domicilis de la seva àrea d'influència pel SEM en pacients amb una edat compresa entre 16 i 70 anys. S'acceptà el diagnòstic d'asma si el pacient, a més del diagnòstic de l'asma efectuat a urgències, complia els criteris clínics establerts per la *Global Initiative for Asthma* (GINA).

RESULTATS

S'identificaren respectivament, 219 i 220 episodis d'AA l'any 2005 i el 2011. El 2005 149/219 (68%) eren dones i el 2011 149/220 (68%). El 2005 62/219 (30%) eren fumadors, mentre que el 2011, 61/220 (28%). L'inici de l'AA fou lent, de > 24 h de progressió, en 60/219 (29%) dels pacients l'any 2005, mentre que el 2011 aquest inici es comprovà en 143/220 (65%). El 2005, en 104/219 (47%) casos s'enregistrà un refredat nasal d'instauració lenta i el 2011 en 107/220 (49%). L'any 2005, el 40% dels pacients rebia corticoides inhalats de base vs. el 50% el 2011. El 2005, el 44% dels pacients va rebre agonistes beta d'acció immediata a l'alta, mentre que el 2011 fou el 81%. El 2005, l'AA fou lleu en 65/219 (41%) casos, moderada en 68/219 (44%) i greu en 72/220 (33%); el 2011 fou lleu en 120/220 (55%), moderada en 72/220 (33%) i greu en 24/219 (15%). El 2005, 19/219 (9%) van requerir hospitalització i el 2011 13/220 (6%). Tant el 2005 com el 2011, 1/219 (0,45%) i 1/220 (0,45%) van requerir intubació orotraqueal.

CONCLUSIONS

La majoria (68%) dels pacients amb AA eren dones i la majoria d'AA eren secundàries a un refredat nasal de > 24 h d'evolució. Els últims anys s'observa un gran augment de l'ús de corticoides inhalats com a part del tractament basal. L'asma segueix essent una malaltia infractada.

INFECCIONS I ONCOLOGIA

16 DIAGNÒSTIC FINAL DE 367 PACIENTS VALORATS EN UN CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER DE PULMÓ: IMPORTÀNCIA DE L'EDAT

Autors: Martín Forero M, Haro Estarriol M, Obrador Lagares A, Belda Díaz S, Eizaguirre Anton S, Fageda Puigverd A, Torres D, Rojas Calvera E.
Institució: Servei de Pneumologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

OBJECTIU

Analitzar la importància de l'edat en el diagnòstic final dels pacients valorats en un circuit de diagnòstic ràpid (CDR) de càncer de pulmó.

MÈTODE

Estudi prospectiu i descriptiu de 367 pacients consecutius valorats durant un període de 3 anys en un CDR per la sospita de càncer de pulmó. Es valorà el diagnòstic final i les característiques principals segons l'edat dels pacients dividits en grups: grup 0, menys de 41 anys (G0); grup 1, 41-60 anys (G1); grup 2, 61-80 anys (G2) i grup 3, més de 80 anys (G3).

RESULTATS

Mitjana d'edat: 64 ± 13 anys (21-93 anys); 78% homes, 291 fumadors o exfumadors (79%) i 147 neoplàsies malignes (40%). Les principals característiques i etiologies en relació amb l'edat eren ($p < 0,05$): la majoria dels pacients eren dels grups 1 i 2 (G0 19 casos, 5%; G1 112, 30%; G2 200, 54% i G3 36, 9,8%) amb un predomini d'homes a tots els grups (G0 13 casos, 68%; G1 81, 72%; G2 165, 82% i G3 26, 72%). Els fumadors actius augmentaven en els grups 0 i 1 (G0 10 casos, 52%; G1 75, 67%; G2 54, 27% i G3 8, 22%) i els exfumadors en els grups 2 i 3 (G0 2 casos, 10%; G1 21, 19%; G2 103, 51% i G3 16; 44%). L'augment de l'edat incrementava el diagnòstic de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (G0 1 cas, 5%; G1 47, 42%; G2 109, 54% i G3 13, 36%) i disminuïa el FEV1% (G0 88 ± 15 , G1 81 ± 24 , G2 72 ± 24 i G3 69 ± 23). El diagnòstic de neoplàsia maligna augmentava amb l'edat (G0 1 cas, 5%; G1 45, 40%; G2 87, 43% i G3 14, 39%) amb un predomini clarament pulmonar a excepció dels grups 0 i 3 (G0 0 casos; G1 44, 98%; G2 79, 91% i G3 10, 71%) i una histologia de carcinoma escamós en 50 casos (34%), adenocarcinoma en 43 (29%), carcinoma cèl·lula petita en 17 (11%), 20 c. indiferenciats (14%), 4 mesoteliomes i 2 limfomes, entre d'altres. Els diagnòstics benignes predominaven en el grup 0 i disminuïen especialment al grup 2 (G0 18 casos, 95%; G1 67, 60%; G2 113, 46% i G3 22, 61%) destacant 90 casos en què era inespecífic (24%), 63 granulomes o lesions cicatricials (17%), 20 pneumònies (5%), 7 embòlies pulmonars (1,9%) i 6 casos de tuberculosi (1,6%) entre d'altres.

CONCLUSIONS

1) La majoria dels pacients valorats en el CDR tenien entre 40 i 80 anys, eren homes i fumadors o exfumadors. 2) Els pacients tenien una neoplàsia maligna en el 40% dels casos i predominava l'origen pulmonar. 3) El risc de neoplàsia augmentava amb l'edat de forma no proporcional, amb una clara influència del tabac. 4) L'absència de neoplàsia augmentava en les dones i predominava en els menors de 40 anys, amb una àmplia varietat de diagnòstics a considerar.

15 ANÀLISI DE 367 PACIENTS ESTUDIATS EN UN CIRCUIT DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER DE PULMÓ: INFLUÈNCIA DEL TABAC

Autors: Martín Forero M, Haro Estarriol M, Obrador Lagares A, Torres D, Eizaguirre Anton S, Oller Pérez A, Rojas Calvera E, Belda Díaz S.

Institució: Servei de Pneumologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

OBJECTIU

Analitzar el diagnòstic final i la influència del tabac en els pacients valorats en un circuit de diagnòstic ràpid (CDR) de càncer de pulmó.

MÈTODE

Estudi prospectiu i descriptiu de 367 pacients consecutius estudiats durant un període de 3 anys en un CDR per la sospita de càncer de pulmó. Es valorà el diagnòstic final i les principals característiques dels pacients, que es varen comparar, segons la situació del tabaquisme, dividits en els següents grups: grup 0 no fumadors (G0), grup 1 fumadors actius (G1) i grup 2 exfumadors (G2).

RESULTATS

Mitjana d'edat: 64 ± 13 anys (21-93 anys); 78% homes, 291 fumadors o exfumadors (79%) i 147 neoplàsies malignes (40%). Fumadors actius de 51 ± 31 paquets/any i exfumadors de 49 ± 30 paquets/any que ho havien deixat feia 13 ± 10 anys. Les principals característiques i etiologies comparades en relació al tabac eren ($p < 0,05$): menys pacients no fumadors (G0 78 casos, 21%; G1 147, 40% i G2 142, 39%), edat inferior al grup 1 (G0 67 ± 14 anys, G1 58 ± 13 i G2 69 ± 10) i menys diagnòstic de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) al grup 0 (G0 3 casos, 4%; G1 79, 54% i G2 88, 62%) amb un FEV1% superior (G0 89 ± 19 , G1 76 ± 25 i G2 69 ± 23). La neoplàsia maligna predominava en fumadors o exfumadors (G0 10 casos, 13%; G1 70, 48% i G2 67; 44%) amb un predomini d'origen pulmonar en relació al tabac (G0 6 casos, 60%; G1 66, 94% i G2 61, 91%) i histologia de carcinoma escamós en 50 casos (34%), adenocarcinoma en 43 casos (29%), carcinoma de cèl·lula petita en 17 (11%), 20 c. indiferenciats (14%) i 2 limfomes, entre d'altres. Els diagnòstics benignes predominaven en no fumadors (G0 68 casos, 87%; G1 77, 52% i G2 75, 53%); destacaren 90 casos inespecífics (24%), 63 granulomes o lesions cicatricials (17%), 20 pneumònies (5%) i 6 casos de tuberculosi (1,6%), entre d'altres.

CONCLUSIONS

- 1) La majoria dels pacients estudiats en el CDR eren fumadors o exfumadors.
- 2) Els pacients tenien una neoplàsia maligna en el 40% dels casos i el predomini era d'origen pulmonar.
- 3) Les neoplàsies malignes predominaven en els exposats al tabac i les lesions benignes en els no fumadors, amb una gran variabilitat de diagnòstics.
- 4) Les neoplàsies malignes no havien disminuït de forma significativa en els exfumadors.

17 DETERMINACIÓN DE RECEPTORES HORMONALES Y HER-2 EN MUESTRAS DE METÁSTASIS GANGLIONARES MEDIASTÍNICAS DE CARCINOMA DE MAMA OBTENIDAS MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL

Autors: Sanz-Santos J, Andreo F, Serra P, Cirauqui B, Margelí M, Castellà E, Llatjós M, Rosell R, Centeno C, Bonet G, Ruiz-Manzano J.

Institució: Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓN

La expresión de receptores hormonales de estrógeno (RE) y progesterona (RP) en muestras de metástasis de carcinoma de mama puede diferir del tumor primario en el 20% de los casos. La ausencia de receptores se asocia a resistencia al tratamiento hormonal. La presencia del protooncogén HER2 también se asocia a resistencia al tratamiento con tamoxifeno. Por este motivo, las guías de tratamiento de carcinoma de mama metastásico recomiendan la determinación de HER2 y de receptores hormonales en muestras de metástasis.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es determinar la validez de las muestras de metástasis ganglionares mediastínicas de carcinoma de mama obtenidas mediante ultrasonografía endobronquial (USEB) para la determinación de RE, RP y HER2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico final de cáncer de mama con metástasis ganglionares mediastínicas diagnosticadas por USEB. Una vez confirmado el diagnóstico de malignidad *in situ*, en la sala de broncoscopias el patólogo procesó el resto de las muestras en forma de bloques celulares para posteriores exámenes en el laboratorio de patología. La determinación de receptores hormonales se llevó a cabo mediante técnicas de inmunohistoquímica utilizando el anticuerpo anti-receptor de estrógeno 6F11 y el anticuerpo anti-receptor de progesterona 5D10 (Novocastra, Newcastle UponTyne, Inglaterra). El umbral de referencia para establecer un resultado de positividad se situó en el 1% de las células tumorales. El HER2 se determinó mediante tinción con *Herceptest* y los casos positivos se confirmaron mediante hibridación *in situ* mediante fluorescencia (FISH).

RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes en el estudio. Los receptores de estrógeno pudieron determinarse en 12 (85,7%) casos, los receptores de progesterona en 8 (57,1%) y el HER2 en 8 (57,1%). En 5 casos no pudieron evaluarse cambios de status respecto al tumor primario al no disponer de información respecto al mismo (4 pacientes procedían de otro centro y una paciente debutó con metástasis mediastínicas). De las otras 7 pacientes, sólo en un caso (14,2%) se produjo un cambio (negativización) en un receptor de progesterona.

CONCLUSIONES

Las muestras de metástasis mediastínicas de carcinoma de mama obtenidas mediante USEB son apropiadas para la determinación de receptores hormonales y HER2.

18 UTILITAT DEL NAS ELECTRÒNIC EN LA DISCRIMINACIÓ DE SUBTIPUS HISTOLÒGICS DE NEOPLÀSIA PULMONAR

Autors: Peñacoba P¹, Giner J¹, Sibila O¹, Merino JL², Pajares V¹, Fiorentino F³, Valera JL³, Cosío BG³, Plaza V¹, Torrego A¹.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ²École Polytechnique Fédérale de Lausanne. Lausana (Suïssa); ³Servei de Pneumologia. Hospital Son Espases. Palma. Mallorca.

INTRODUCCIÓ

El nas electrònic és un dispositiu format per diversos sensors químics que detecten compostos orgànics volàtils (COV) existents en l'aire exhalat humà que creen patrons o "empremtes olfactivas" que podrien discriminar diferents malalties respiratòries.

OBJECTIU

L'objectiu d'aquest treball va ser estudiar la utilitat del nas electrònic en la diferenciació de patrons de COV de l'aire exhalat de pacients afectes de 4 subtipus histològics diferents de neoplàsia pulmonar.

MATERIAL I MÈTODES

Es va analitzar i comparar l'aire exhalat de 70 pacients diagnosticats de càncer de pulmó dels quals: 14 presentaven histologia de carcinoma de cèl·lula gran (edat $65,3 \pm 10,7$; 35,7% fumadors actius), 19 carcinoma escamós (edat $72,3 \pm 9,3$; 47,3% fumadors actius), 25 adenocarcinoma (edat $61,6 \pm 13,8$; 44% fumadors actius) i 12 carcinoma microcític (edat $65,7 \pm 10$; 41,6% fumadors actius). Per recollir l'aire exhalat, cada pacient va respirar durant 3 minuts a través del dispositiu format per una vàlvula unidireccional, un filtre inspiratori NBQ (capaç d'eliminar els compostos químics i biològics de l'aire) i un reservori de sílice per eliminar la humitat. Trascorregut aquest temps, es va recollir en una bossa de Tedlar l'aire expirat després d'una inspiració màxima. Es va exposar aquesta mostra als 32 sensors químics del nas electrònic *Cyranose 320** (Smith Detection, Pasadena, CA). Els patrons de COV resultants foren analitzats estadísticament mitjançant anàlisi discriminant lineal.

RESULTATS

El nas electrònic fou capaç de classificar correctament el 80% dels carcinomes de cèl·lula gran quan foren comparats amb la resta de subtipus histològics així com el 70% dels carcinomes escamosos, el 75% dels microcític i el 69% dels adenocarcinomes, respectivament.

CONCLUSIONS

El nas electrònic sembla tenir major utilitat en la discriminació de patrons de COV dels pacients amb carcinoma de cèl·lula gran entre la resta de subtipus histològics de neoplàsia pulmonar.

19 MUESTRAS CITOLÓGICAS PARA EL ESTUDIO DE MUTACIONES DE EGFR Y KRAS EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA

Autores: Becker C, Carcereny Costa E, Andreo García F, Castellá E, Lletjós Sanuy M, Morán T, Mijangos Basterra T, Sanz Santos J, Centeno Clemente C, Ruiz Manzano J.

Institución: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los avances recientes en el tratamiento dirigido en cáncer de pulmón han obtenido unos resultados espectaculares en enfermedad avanzada. Para la realización de estudios moleculares, generalmente se consideraba que era menos probable que las muestras citológicas fuesen adecuadas para realizar dichos análisis. Para evaluar la validez del uso de las muestras citológicas para la realización de tests moleculares hemos realizado este estudio retrospectivo de muestras citológicas de pacientes con cáncer de pulmón donde se han realizado tests moleculares para determinar la presencia de mutaciones de EGFR y de KRAS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde febrero de 2007 a mayo de 2012, se analizaron 227 muestras para determinar la presencia de mutaciones de EGFR y/o KRAS en pacientes con carcinoma de pulmón de célula no pequeña tratados en nuestro centro. Provenían de líquidos biológicos, punción transtorácica con aguja fina guiada por TAC y punción aspiración guiada por ultrasonografía endobronquial. Se emplearon muestras citológicas para la realización de estudios moleculares cuando no se disponía de biopsias. Las muestras fueron procesadas en el Servicio de Anatomía Patológica como bloques celulares o extensiones en membrana. Posteriormente, las células tumorales eran seleccionadas por microdissección (8-150) y se realizaba la secuenciación del DNA para los exones 18, 19, 20, 21 del gen EGFR y la de los exones 12 y 13 para el gen KRAS en el Laboratorio de Biología Molecular del Servicio de Oncología Médica.

RESULTADOS

Las mutaciones de EGFR se analizaron en 227 muestras y se encontró la mutación en el 8,81% (20/227) de los casos. El rendimiento para la determinación de la mutación de EGFR en muestras citológicas fue del 86,3% (no evaluables 15 muestras, muestra insuficiente en 8, ausencia de tumor en 4 y no se realizó en 4). Las mutaciones de KRAS se analizaron en 41 muestras, con una frecuencia de mutación del 14,6% (6/41). El rendimiento para las mutaciones de KRAS fue del 80,5% (33/41) (2 no evaluables, 3 muestras insuficientes, 1 ausencia de tumor y no se realizó en 2). Se llevaron a cabo 2 técnicas de preparación de las muestras: bloque celular y membrana. El rendimiento para la membrana fue del 91,1% (72/79); no fue posible en 7 casos (4 no evaluables, 2 muestras insuficientes y 1 no realizado). Por otro lado, el rendimiento del bloque celular fue del 83,3% (124/148) y no fue posible en 23 casos (11 no evaluables, 6 muestras insuficientes, ausencia de tumor en 4 y no se realizó en 3).

CONCLUSIONES

Estos resultados muestran que el análisis de las mutaciones de EGFR y KRAS en muestras citológicas es factible y tiene un alto rendimiento. Debe ser una opción a considerar en la práctica clínica habitual donde el estudio anatomopatológico de pacientes con carcinoma de pulmón se puede ver limitado, en muchas ocasiones, a los análisis citológicos.

20 QUIN ÉS EL SIGNIFICAT CLÍNIC DE L'AÏLLAMENT DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN MOSTRES RESPIRATÒRIES DE PACIENTS ADULTS?

Autors: Serra P, Mòdol JM, Bas A, Prat C, Tudela P.

Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

La *Neisseria meningitidis* (NM) no s'inclou entre les causes més comunes d'infecció del tracte respiratori ni de la pneumònia extrahospitalària. En els últims anys hem detectat un increment de mostres respiratòries amb aïllament d'NM.

OBJECTIU

L'objectiu d'aquest estudi és descriure la presentació clínica i intentar establir la rellevància de l'aïllament d'NM en mostres respiratòries de pacients adults.

MÈTODES

Hem revisat les històries clíniques de tots els pacients adults amb aïllament d'NM en mostres respiratòries entre 2006 i 2011 en un hospital universitari amb 600 llits. Només es van incloure mostres d'esput de bona qualitat, d'acord amb els graus de Murray Washington (MW), i amb abundants colònies d'NM.

RESULTATS

Es van detectar 28 mostres positives, corresponents a 28 pacients: 21 en cultius d'esput, 6 en broncoaspirats i 1 en rentat broncoalveolar. El 65,2% pertanyia al grau 5 MW i el 34,8% al grau 4. Només en 3 pacients es van aïllar altres microorganismes potencialment patògens: en 2 *S. pneumoniae* i en 1 *H. influenzae*. Set aïllaments corresponien al serogrup B i 5 al serogrup C. Només hi va haver un hemocultiu positiu. No hi va haver cap pacient amb meningitis. L'11% de les soques va mostrar susceptibilitat disminuïda a la penicil·lina, però totes van ser sensibles a cefotaxima, quinolones i rifampicina. Vint-i-dos pacients eren homes (78,6%) i 6 dones (21,4%). La mitjana d'edat va ser de 70,8 anys (DE $\pm 9,83$). El 82,1% va adquirir la infecció a la comunitat i en el 17,9% dels casos fou nosocomial. El 75% dels pacients estaven afectats de malaltia pulmonar crònica -essencialment malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)-, el 21% de diabetis mellitus, el 14% de tumor sòlid i el 14% de malignitats hematològiques. Globalment, el 39% dels pacients tenia immunosupressió. El 89,3% dels pacients va presentar símptomes d'infecció de vies respiratòries baixes (IVRB) i el 18% tenia pneumònia. El 89,3% va rebre tractament antibiòtic: 19 amb betalactàmics i 6 amb quinolones. L'evolució va ser favorable en el 82% dels casos. En 3 casos (10,7%), la mort del pacient va estar relacionada amb la infecció per NM, essent més freqüent quan NM va ser adquirida a l'hospital (66,7% vs. 12%, p 0,03) i quan hi havia pneumònia (66,7% vs. 12%, p 0,03). Els diagnòstics van ser: exacerbació d'MPOC (54%), pneumònia (14%), IVRB (11%), colonització (11%) i indeterminats (11%).

CONCLUSIÓ

En el nostre estudi es conclou que NM causa principalment exacerbacions agudes i, en menor freqüència, pneumònia en homes d'edat avançada amb MPOC. La mortalitat està al voltant del 10% i s'associa amb l'adquisició nosocomial i la presència de pneumònia. Encara que NM és susceptible als antibiòtics emprats a la pràctica clínica habitual, la importància de detectar-la rau en la possibilitat de transmissió en la comunitat.

21 PREVALENCIA D'INFECCIÓ VÍRICA EN UNA COHORT AMB INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA AGUDA

Autors: Serra Fortuny M, Capilla Rubio S, Gallego Díaz M, Valles Daunis J, Monsó Molas E.

Institució: Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

OBJECTIU

Determinar la prevalença d'infecció per virus respiratoris en una cohort amb insuficiència respiratòria aguda que requereix ingrés hospitalari.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu observacional realitzat en pacients amb insuficiència respiratòria aguda que van requerir ingrés hospitalari entre desembre de 2010 i gener de 2011. En aquests pacients es va obtenir frotis nasal i faringi i es va realitzar l'RT-PCR per a la detecció de virus H1N1 i grip estacional. Es van congelar les mostres a -80 °C per fer anàlisis posteriors mitjançant el mètode nested *multiplex RT-PCR* descrit per Coiras et al. Aquest sistema permet la detecció simultània dels següents virus: parainfluenza (1, 2, 3, 4), coronavirus, rinovirus, virus sincitial respiratori, adenovirus i influenza A, B i C. Es van excloure pacients menors de 18 anys, amb infecció nosocomial i episodis lleus que no complien criteris d'ingrés hospitalari. Es va analitzar les dades demogràfiques, la presència de comorbiditats i el diagnòstic final.

RESULTATS

Es van avaluar 50 pacients (46% dones). L'edat mitjana va ser $54,7 \pm 18$ anys. En 49/50 casos, la radiologia de tòrax mostrava infiltrats pulmonars compatibles amb pneumònia. La gravetat, definida per l'escala FINE, va classificar el 73% de les pneumònies en IV/V. Vint-i-un pacients (42%) van ingressar a la UCI, essent la mortalitat global del 12% (6 casos). Les comorbiditats més freqüents van ser diabetes mellitus (26%), immunodepressió (24%) i comorbiditat respiratòria (22%). En el 40% dels pacients es va diagnosticar una infecció vírica, essent el virus de la grip H1N1 el més freqüent (70%, 14/20). Els restants virus aïllats van correspondre a rinovirus (4 casos) i parainfluenza 4 (2 casos). En el 35% (5/14) dels pacients amb infecció per grip H1N1 es va documentar coinfecció bacteriana. En el grup amb infecció vírica diferent al H1N1 es va diagnosticar coinfecció bacteriana fins al 50% dels casos.

CONCLUSIONS

La prevalença d'infecció vírica de la cohort va ser del 40%. El virus de la grip H1N1 fou el més prevalent (70%).

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA

1. J Med Virol. 72:484-95.

22 EFICÀCIA DE LA TOBRAMICINA NEBULITZADA EN L'ERADICACIÓ DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN PACIENTS AMB BRONQUIÈCTASIS NO DEGUDES A FIBROSI QUÍSTICA

Autors: Hernando Salvador R, Orriols Martínez R, Drobnic ME, Ferrer Marcelles A, Terradas Campanario S, Montoro Ronsano B.

Institucions: Parc Sanitari Sant Joan De Déu. Sant Boi de Llobregat; Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

No existeix evidència que el tractament antibiòtic nebulitzat sigui eficaç en l'eradicació de *Pseudomonas aeruginosa* (Pa) després d'un primer aïllament d'aquest germen en pacients amb bronquièctasis no degudes a fibrosi quística (BQ-no FQ).

MATERIAL I MÈTODES

Assaig clínic pilot, prospectiu, unicèntric, aleatoritzat, paral·lel, amb cegament doble i comparatiu amb placebo. Es van incloure 35 pacients majors de 18 anys diagnosticats de bronquièctasis per TAC en els que es va descartar fibrosi quística i sense evidència prèvia d'infecció bronquial per Pa. Les causes principals d'exclusió van ser al·lèrgia a tobramicina, Pa en esput mucoides i/o resistent a tobramicina, deteriorament de la funció auditiva i insuficiència renal. Tots els pacients van rebre tractament antibiòtic endovenós amb ceftazidima i tobramicina durant 15 dies. Els pacients van ser aleatoritzats en dos grups: un va rebre 300 mg de tobramicina nebulitzada i l'altre un placebo, dues vegades al dia durant 3 mesos. Durant aquests 3 mesos es va realitzar medicació de la gravetat de símptomes, cultiu d'esput quantitatiu i antibiograma mensual, control del nombre d'exacerbacions, nombre de dies de tractament, nombre d'ingressos i dies d'ingrés en cada una de les visites. Posteriorment es van analitzar les mateixes variables una vegada ja havien completat el tractament nebulitzat al 5è, 7è, 9è, 12è i 15è mes. També es va realitzar cultiu d'esput en cas d'exacerbació. Es van analitzar paràmetres de funció pulmonar (FVC, FEV₁) i gasomètrics (pCO₂, i pO₂) a l'inici de l'estudi, al 3er i al 15è mes.

RESULTATS

Set dels pacients no van finalitzar l'estudi: cinc per broncoespasme (grup de tractament amb tobramicina) i dos per abandonament de l'estudi (grup placebo). Després d'analitzar els resultats dels 28 pacients finalment avaluats es va demostrar: a) Disminució estadísticament significativa en el nombre de casos de Pa en el grup tractat amb tobramicina, així com en el retràs d'aparició de Pa en aquest grup. No es van observar resistències farmacològiques a la tobramicina als tres mesos de tractament. b) No es van observar diferències en el volum d'esput. c) Disminució significativa en el nombre d'exacerbacions i ingressos hospitalaris. d) Tendència a l'empitjorament funcional al 3er i 15è mes en el grup tobramicina no estadísticament significatiu, sense canvis en paràmetres gasomètrics. e) Tendència no significativa a la milloria de paràmetres inflamatoris (PCR i VSG) al 3er i 15è mes en el grup de tractament amb tobramicina; no es va observar empitjorament significatiu de la funció renal.

CONCLUSIONS

El tractament nebulitzat amb tobramicina en pacients amb BQ-no FQ i aïllament inicial de Pa va mostrar una disminució significativa en la reparació del nombre de casos de Pa en el grup tractat amb tobramicina així com un retràs d'aparició de la Pa. A més, va comportar una disminució significativa del nombre d'exacerbacions i d'ingressos hospitalaris. La possibilitat de broncoespasmes per aquest tractament va ser apreciable.

23 ALTERACIONS DE LA IMMUNITAT INNATA EN PACIENTS AMB BRONQUIÈCTASIS

Autors: Vendrell M, Fernández P, De Gracia J, Álvarez A, Buxó M, Muñoz G, Sendra S, Eizaguirre S, Fernández Real JM.

Institució: Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

INTRODUCCIÓ

La lectina d'unió a manosa (MBL) i la proteïna del surfactant pulmonar D (SP-D) són components de la immunitat innata. Defectes d'MBL s'han associat amb susceptibilitat a la infecció i els nivells d'SP-D estan augmentats en pacients amb pneumònies, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i fibrosi quística.

OBJECTIU

Investigar alteracions en els nivells sèrics d'MBL i SP-D en pacients amb bronquièctasis (BQ).

MATERIAL I MÈTODES

Estudi observacional prospectiu. Població d'estudi: pacients majors de 15 anys amb bronquièctasis en fase estable controlats en dues consultes especialitzades. Grup control: adults sans sense evidència d'infecció en el mes previ. El dia de l'estudi es varen obtenir: sèrum per a determinació de marcadors d'inflamació sistèmica, MBL i SP-D; l'esput de 24 h prèvia i una mostra per estudi microbiològic. Els nivells d'MBL i SP-D es varen quantificar per ELISA. Es va definir dèficit d'MBL els valors inferiors a 500 ng/ml.

RESULTATS

Es van incloure 181 pacients (edat 57 ± 16 anys) i 159 controls sans (edat 54,9 ± 11,7 anys). No hi havia diferències entre els dos grups en l'edat ni en l'índex de massa corporal. En els pacients hi havia més dones i menor nombre de fumadors, però aquestes variables no estaven en relació lineal amb els nivells d'MBL ni SP-D. No va haver-hi diferències en els nivells mitjans d'MBL entre els dos grups però en el grup pacients hi havia significativament més individus amb nivells d'MBL < 500 ng/dl (43,1% i 26,4%, respectivament, p = 0,001) i més amb nivells < 100 ng/dl, encara que el resultat no va ser significatiu (p = 0,06). Els nivells d'SP-D i els marcadors d'inflamació sistèmica van ser significativament superiors en els pacients (p < 0,001). L'SP-D era superior en els pacients amb esput més purulent (p = 0,049). No hi havia correlació entre els nivells d'MBL i SP-D en el grup control (Rho 0,03 p = 0,787) ni en els pacients (Rho -0,098, p = 0,473).

CONCLUSIONS

Els dèficits d'MBL van ser més freqüents en BQ i podrien contribuir en la seva patogènesi. Els nivells d'SP-D van ser superiors en BQ, especialment quan l'esput era més purulent, i podrien ser marcadors d'inflamació respiratòria.

NOTA

Beca SEPAR, FUCAP, SOCAP 2006. Patrocini SEPAR (PII Bronquiectasias).

24 TUBERCULOSIS CON AFECTACIÓN GANGLIONAR MEDIASTÍNICA: TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ACTUALES

Autors: Sánchez-Martínez E, Cases-Viedma E, Andreo-García F, Briones A, Sanz-Santos J, Moreno R, Domínguez J, Navarro C, Llatjós M, Martínez-Barens C, Ruiz-Manzano J.

Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

En el diagnòstic de tuberculosi ganglionar mediastínica ha sigut imprescindible la realització de tècniques quirúrgiques para la obtenció de muestras.

OBJETIVO

Nuestro propósito ha sido evaluar la utilidad y rendimiento de las diferentes técnicas utilizadas en el diagnóstico de pacientes afectos de tuberculosi con afectación ganglionar mediastínica y/o hilar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente los pacientes diagnosticados de tuberculosi con afectación ganglionar en los hospitales universitarios Germans Trias i Pujol (Badalona), durante 7 años, y La Fe (Valencia), durante 46 meses. Los diagnósticos se confirmaron por microbiología y/o histología por punción aspiración guiada por ultrasonografía endobronquial (PAT-USEB) o ultrasonografía endoscópica con ecobroncoscopio (PAT-USE-B), punción transtraqueal convencional mediante fibrobroncoscopia estándar (FBS) y/o mediastinoscopia.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes diagnosticados de tuberculosi con afectación ganglionar mediastínica y/o hilar. Presentaban una edad media de 47 años; 21 eran hombres; 11 presentaban inmunosupresión (6 VIH). Se trataba de una población predominantemente española (11 extranjeros). En el 59% de casos existía sospecha clínica previa. La prueba de la tuberculina resultó positiva en el 72% (11/19) de los casos, en 2 se realizó QuantiFERON® y fue positivo y todos presentaban adenopatías mediastínicas y/o hiliares. Se había realizado FBS previa en 16 pacientes y el cultivo de micobacterias fue positivo en 2 casos en broncoaspirado. Se practicó punción convencional en 1 caso, USE-B en 1 caso, USEB en 26 casos y mediastinoscopia en 6 de ellos sin USEB-B previa. Se realizó antibiograma en 17 pacientes con 3 casos de resistencias a fármacos de 1ª línea. Durante la PAT-USEB/USE-B se exploraron 62 territorios; los más puncionados fueron: 7, 4R y 10L. Se observó necrosis en 17 casos y granulomas en 14; la baciloscopia de la PA fue positiva en el 24% de los casos y el cultivo en el 47,6%. La endosonografía fue determinante para el diagnóstico de tuberculosi en el 65,6% (21/32) de los casos.

CONCLUSIONES

Actualmente las técnicas de punción guiadas por ecobroncoscopio son determinantes para el diagnóstico de tuberculosi con afectación ganglionar mediastínica en la mayoría de los casos. En los casos en que exista sospecha clínica es recomendable disponer de los resultados de los cultivos de micobacterias antes de la realización de otras técnicas más invasivas dada la baja rentabilidad de la baciloscopia en muestras de punción.

NOTA

Financiación: Beca SEPAR 2010 y "Ajuts Germans Trias Talents. Programa de Talents Fundació Catalunya Caixa 2012".

25 AVALUACIÓ DE L'EXPOSICIÓ A AMIANT MITJANÇANT L'ANÀLISI MINERALÒGICA DEL RENTAT BRONCOALVEOLAR

Autors: Chang-Macchui ELP, Pérez-Muñante CL, Cruz MJ, Untoria MD, Culebras M, Pallero M, Ferrer J.

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

OBJECTIU

L'objectiu d'aquest estudi va ser analitzar la utilitat de l'anàlisi mineralògica del rentat broncoalveolar (RBA) per microscòpia òptica com a mètode per avaluar l'exposició a amiant.

MÈTODES

Es van examinar mostres d'RBA de pacients en els quals s'havia indicat una broncoscòpia amb finalitats diagnòstiques. L'exposició a amiant es va basar en el coneixement del pacient i es va recollir en la història clínica. L'RBA es va efectuar, sempre que va ser possible, de la língula o del lòbul mig contralateral a la lesió. Per a la quantificació dels CA, es va sotmetre mostres de 10 ml d'RBA a digestió química amb hipoclorit sòdic i es van filtrar en filtres de cel·lulosa. La quantificació dels CA es va realitzar mitjançant microscòpia òptica a 500 augmentos. Els valors es van expressar com CA/ml d'RBA.

RESULTATS

Es van incloure 46 pacients (42 homes, edat mitjana 68 anys). Quinze pacients van ser diagnosticats de carcinoma, 9 d'afectació pleural benigna, 6 d'asbestosi, 5 d'atelectasi rodona, 3 de patró intersticial, 2 de tuberculosi i 6 d'altres patologies. Setze pacients referien no tenir coneixement d'exposició a l'amiant, mentre que la resta va referir algun grau d'exposició. El nombre de pacients amb nivells de CA superiors a 1 CA/ml d'RBA va ser de 2 (12%) en el grup de pacients sense exposició referida, un d'ells sense lesió radiològica suggestiva d'exposició. Dels pacients amb exposició referida, 12 (40%) presentaven valors elevats de CA en RBA, 11 dels quals tenien imatge radiològica compatible amb pneumopatia per amiant. Els diagnòstics van ser: asbestosi en 6 casos, atelectasi rodona en 3 i altres diagnòstics en 3. Es va observar una moderada correlació entre els nivells de CA/ml d'RBA i l'antecedent d'exposició (r = 0,4, p = 0,016).

CONCLUSIONS

L'estudi de CA mitjançant RBA aporta una evidència objectiva de l'exposició a amiant, de vegades no coneguda pel pacient. Els falsos negatius de l'RBA en pacients exposats poden atribuir-se a aclariment de l'amiant en el cas del crístitl.

NOTA

Estudi finançat per FUCAP.

26 EVOLUCIÓ DELS SEROTIPS DE *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* AÏLLATS EN MOSTRES INVASIVES EN PACIENTS ADULTS AMB PNEUMÒNIA EN EL PERÍODE 2008-2011

Autors: Galea Y, Martí C, Deudero A, Barbata E.

Institucions: Hospital General de Granollers. Universitat Internacional de Catalunya.

INTRODUCCIÓ

Streptococcus pneumoniae (Sp) és l'agent etiològic principal de les pneumònies. La càpsula polisacàrida és el principal factor de virulència i, alhora, defineix el serotip i és la base del desenvolupament de vacunes. Atenent a l'antigen capsular, s'han identificat més de 92 serotips, que tenen una distribució diferent segons regions geogràfiques i grups d'edat. Actualment disposem d'una vacuna conjugada que cobreix 13 serotips, autoritzada en nens i adults, des de 2010 i 2012, respectivament.

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi és descriure la freqüència dels diferents serotips aïllats en mostres invasives de pacients adults amb pneumònia al nostre hospital i la seva relació amb els serotips presents a la vacuna.

MATERIAL

S'han inclòs en l'estudi tots els pacients majors de 18 anys amb diagnòstic de pneumònia i aïllament d'Sp en mostra invasiva (sang o líquid pleural) entre 2008 i 2011. S'ha determinat el serotip i s'han classificat en 2 grups, segons quedaven o no inclosos a la nova vacuna. S'han analitzat les complicacions (embassament pleural o èxits) en funció del grup al que pertanyien.

RESULTATS

S'han inclòs 103 pacients en l'estudi: 62 homes i 41 dones, amb una mitjana d'edat de 59 anys (± 19). S'han aïllat 29 soques diferents d'Sp, 71 (69%) de les quals eren dels serotips inclosos a la vacuna. Trenta-vuit pacients van presentar embassament pleural i 15 pacients van tenir una evolució fatal. Dels 38 pacients amb embassament pleural, el 68% va ser infectat per serotips vacunals; i dels 15 pacients que van ser èxits, en el 67% es van aïllar soques amb serotips inclosos a la vacuna. La relació de nombre de soques incloses a la vacuna respecte al total de soques, en els diferents anys de l'estudi, va ser: 27/32 (84%) el 2008, 22/30 (73%) el 2009, 13/20 (65%) el 2010 i 9/21 (43%) el 2011 ($p = 0,014$).

CONCLUSIONS

No observem diferències en la virulència dels serotips d'Sp inclosos o no en la vacuna 13 valent, quant a presència d'embassament pleural i evolució fatal. S'observa una reducció del nombre d'episodis de pneumònia pneumocòccica amb malaltia invasiva causades pels serotips inclosos a la vacuna, mentre que sembla augmentar la de la resta de serotips. La introducció de la vacuna conjugada de 13 serotips, amb efecte sobre els portadors d'Sp, aconsella un seguiment periòdic de les soques implicades en malaltia pneumocòccica invasiva.

27 ESTUDIO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

Autors: Eizaguirre S, Vendrell M, Álvarez A, Coluccio E, Muñoz G, Torres D, Culebras M, Obrador A, De Gracia J.

Institucions: Hospital de Girona Doctor Josep Trueta; Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJETIVO

Analizar la mortalidad y sus causas en pacientes con inmunodeficiencia común variable (ICV).

MÉTODOS

Pacientes diagnosticados de ICV controlados en dos servicios de neumología con un protocolo común de seguimiento y tratamiento que incluye: control clínico y analítico cada 6 meses y siempre que se requiere, función pulmonar anual, TC toraco-abdominal bianual y cultivos de esputo y/o coprocultivos si hay clínica asociada. A todos los pacientes se les prescribió tratamiento sustitutivo con gammaglobulinas a las dosis y periodicidad necesarias para mantener niveles valle de IgG sérica ≥ 600 mg/dl.

RESULTADOS

Entre 1983 y diciembre de 2012 han sido diagnosticados y controlados 138 pacientes (74, 53% hombres), con una media de edad al diagnóstico de 36 ± 19 años. Existió un retraso entre la edad de inicio de los síntomas (24 ± 18 años) y la edad de diagnóstico de $12 \pm 12,5$ años. El tiempo medio de control fue de 9 años ($r 2-20$ años). Durante el periodo de seguimiento abandonaron los controles 11 (8%) pacientes (6 hombres) y fallecieron 22 (16%) (12 hombres). Las causas de muerte fueron: insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCA) en 9 (41%) pacientes, neoplasia en 6 (27%) (4 neoplasias sólidas -2 gástricas, 1 de pulmón y 1 de vesícula biliar- y 2 linfomas) y otras causas en 7 pacientes (32%). Entre los pacientes que fallecieron por IRCA y los no fallecidos no existieron diferencias en relación a la edad de inicio de los síntomas (27 ± 12 vs. 22 ± 17 años $p = 0,363$) pero sí en relación a la edad del diagnóstico (51 ± 18 vs. 33 ± 17 años $p = 0,004$) y en el retraso en el diagnóstico (23 ± 15 vs. 11 ± 12 años $p = 0,004$). Todos los pacientes fallecidos por IRCA tenían bronquiectasias en el momento del diagnóstico.

CONCLUSIÓN

La muerte por IRCA secundaria a bronquiectasias parece relacionarse con un retraso en el diagnóstico de ICV y en el inicio del tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas.

28 DISMINUCIÓ DEL GRUIX D'INTERNA-MITJANA CAROTÍDIA COM A RESPOSTA AL TRACTAMENT AMB CPAP EN PACIENTS AMB SÍNDROME D'APNEA HIPOPNEA DEL SON

Autors: Català Pérez R^{1,2}, Cabré Llobet A^{2,3}, Ferré Vallés R^{2,3}, Sangenís Díez S^{1,2}, Teixidó Bruguera A^{1,2}, Hernández Flix S^{1,2}, Masana Marín L^{2,3}.

Institucions: ¹Unitat de Trastorns Respiratoris del Son. Secció de Pneumologia; ²Hospital Universitari Sant Joan. IISPV. Universitat Rovira i Virgili. Reus; ³Unitat de Recerca en Lípids i Arteriosclerosi. CIBERDEM.

INTRODUCCIÓ

La síndrome d'apnea-hipopnea del son (SAHS) està associada amb un major risc cardiovascular. El gruix d'interna-mitjana carotídia (GIMC) és un marcador de l'arteriosclerosi subclínica i és una eina clínica fiable per a la predicció d'esdeveniments cardiovasculars.

OBJECTIU

Avaluar l'efecte de la pressió positiva contínua en la via aèria (CPAP) en els canvis del GIMC dels pacients amb SAHS.

MÈTODES

Es van incloure 85 pacients amb SAHS amb un seguiment de 2,1 (1,6 a 2,4) anys; 50 pacients van ser tractats amb CPAP i 35 no foren tributaris de CPAP (controls). El GIMC es va mesurar a l'inici i al final de l'estudi mitjançant ecografia. L'adherència a la CPAP es va definir com ≥ 4 h/nit, $\geq 75\%$ de les nits d'estudi.

RESULTATS

Els factors de risc cardiovasculars i el GIMC no van ser diferents en ambdós grups. En el grup control, la mitjana del GIMC no va canviar significativament durant el seguiment. En el grup tractat amb CPAP, els pacients amb adherència al tractament ($n = 44$) van mostrar una notable disminució del GIMC (690 vs. $626 \mu\text{m}$, $p < 0,0001$), mentre que els pacients mal complidors ($n = 6$) van presentar un augment del GIMC (599 vs. $671 \mu\text{m}$, $p = 0,046$). En els pacients tractats amb CPAP es va detectar major presència de placa d'ateroma a l'inici de l'estudi (54% vs. 37%). En 9 pacients dels 27 amb arteriosclerosi subclínica del grup tractat amb CPAP es va observar regressió de la placa. Els resultats observats van ser independents dels factors clàssics de risc cardiovascular, dels canvis de tractament farmacològic o el pes.

CONCLUSIONS

El tractament amb CPAP produeix la regressió del GIMC en els pacients amb SAHS independentment d'altres factors de risc cardiovascular. El nostre estudi dona suport a l'eficàcia del tractament amb CPAP sobre la reducció del risc cardiovascular en pacients amb SAHS.

NOTA

Finançament: Beca SOCAP 2009-2010. Beca SEPAR 2009.

INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA I TRASTORNS DEL SON

29 QUALITAT DEL SON I TRASTORNS RESPIRATORIS DEL SON EN DIABÈTICS TIPUS 2 AMB MAL CONTROL GLICÈMIC

Autors: Torrella Marcet M, Sampol Rubio G, Castells Fusté I, Recasens Gracia A, Giménez Pérez G, Simó Guerrero O, Miquel Sotorra M, Castillo Sánchez I, Llargués Rocabruna E, Barbeta Sánchez E.

Institució: Hospital General de Granollers. Granollers.

INTRODUCCIÓ

Estudis experimentals suggereixen que les alteracions del son i la hipòxia intermitent alteren el metabolisme de la glucosa. En pacients diabètics tipus 2 (PxDM2) s'han descrit altes prevalències de mala qualitat subjectiva del son (MCS) i d'apnea-hipopnea del son (AHS), però no s'ha estudiat mai simultàniament. Es descriu la prevalença de trastorns respiratoris del son (TRS) i MCS en PxDM2 amb mal control glicèmic i s'hipotetiza una associació entre MCS i TRS i mal control glicèmic.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi transversal que inclou PxDM2 consecutius de 18-70 anys d'una consulta d'endocrinologia amb fracció A1c de l'hemoglobina (HbA_{1c}) $\geq 7\%$. S'exclouen si destinen al son < 6 hores diàries o dormen en horaris inusuals. Es realitza polsioximetria nocturna i se'n recull l'índex de dessaturacions del 4% per hora (ID4) i la saturació mitjana d'oxihemoglobina (SAOM). Si l'ID4 ≥ 15 es fa poligrafia respiratòria. Es considera no AHS (NOAHS) si ID4 < 5 i AHS significativa (AHSS) si l'índex d'apnea-hipopnea (IAH) ≥ 15 . Un índex global de qualitat del son de Pittsburgh (GSPQI) ≥ 5 defineix MCS i un test d'Epworth > 10 excessiva somnolència diürna (ESD). S'administra l'escala d'ansietat (A-HAD) i depressió (D-HAD) en pacients hospitalaris.

RESULTATS

De 116 PxDM2, 33 (28,4%) tenen ID4 < 5, 42 (36,2%) de 5-14, 26 (22,4%) de 15-29 i 15 (12,9%) ≥ 30 . Es diagnòstica AHSS en 40 (34,4% de la mostra global), de tipus obstructiu tret d'un cas central (IAH 42 \pm 22, 9 amb ESD). S'objectiva MCS en 69 (59,4%). Els grups AHSS i NOAHS no es diferencien en la qualitat subjectiva del son (GSPQI de 6,4 \pm 4,1 enfront 6,0 \pm 3,6, $p = 0,643$). Els PxDM2 amb i sense MCS es diferencien en l'estat d'ànim (A-HAD de 8,5 \pm 4,8 enfront 5,2 \pm 3,2, $p = 0,000$; D-HAD de 7,2 \pm 4,2 enfront 4,0 \pm 3,4, $p = 0,000$) però no en les variables oximètriques (ID4 de 15 \pm 13 enfront 12 \pm 14, $p = 0,216$; SAOM 92,3 \pm 2,1 enfront 92,8 \pm 1,8, $p = 0,215$). Hi ha diferències properes a la significació en els nivells d'HbA_{1c} dels PxDM2 amb i sense MCS (8,7 \pm 1,1 enfront 8,4 \pm 0,9, $p = 0,090$), però no correlació lineal entre l'HbA_{1c} i el GSPQI ($\rho = 0,12$, $p = 0,176$).

CONCLUSIONS

En PxDM2 amb mal control glicèmic, l'estudi oximètric suggereix una alta prevalença de TRS i es confirma almenys un terç de casos amb AHSS. En PxDM2 amb mal control glicèmic, l'MCS és molt freqüent i s'associa amb alteracions anímiques però no amb TRS. No s'ha pogut demostrar una associació d'MCS amb pitjor control glicèmic, encara que s'observa una tendència.

30 DESSATURACIÓ CÍCLICA NOCTURNA D'OXIHEMOGLOBINA I CARACTERITZACIÓ METABÒLICA D'UNA POBLACIÓ AMB DIABETIS TIPUS 2 I MAL CONTROL GLICÈMIC

Autors: Torrella Marcet M, Sampol Rubio G, Castells Fusté I, Recasens Gracia A, Giménez Pérez G, Simó Guerrero O, Miquel Sotorra M, Castillo Sánchez I, Llargués Rocabruna E, Barbeta Sánchez E.

Institució: Hospital General de Granollers. Granollers.

INTRODUCCIÓ

Estudis experimentals suggereixen un paper de la hipòxia intermitent en les alteracions del metabolisme de la glucosa. La prevalença d'apnea-hipopnea del son en diabètics tipus 2 (PxDM2) és molt alta. Els PxDM2 amb mal control glicèmic constitueixen un subgrup d'alt risc cardiovascular que podria agreujar-se en cas d'apnea-hipopnea del son associada. L'objectiu del present estudi és investigar si hi ha associació entre dessaturació cíclica nocturna d'oxihemoglobina (DCO) i pitjor control glicèmic i/o d'altres components de la síndrome metabòlica en PxDM2 amb mal control glicèmic.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi transversal que inclou PxDM2 consecutius de 18-70 anys d'una consulta ambulatoria d'endocrinologia amb fracció A_{1c} de l'hemoglobina (HbA_{1c}) $\geq 7\%$, dels que s'obté l'índex de dessaturacions del 4% per hora (ID4) i la saturació mitjana d'oxihemoglobina (SAOM) d'una polsioximetria nocturna domiciliària. S'exclouen si destinen al son < 6 hores o dormen en horaris inusuals. Les variables HbA_{1c}, colesterol total (CT), fracció HDL del colesterol (C-HDL) i triglicèrids (TG) i la mitjana de 3 xifres de tensió arterial en sedestació es comparen en grups amb nivells creixents de DCO (grup 0 referent de normalitat = ID4 < 5, grup 1 = ID4 5-14, grup 2 = ID4 15-29 i grup 3 = ID4 ≥ 30), i s'analiza la seva correlació amb els descriptors oximètrics ID4 i SAOM.

RESULTATS

S'estudien 116 PxDM2, 33 del grup 0, 42 del grup 1, 26 del grup 2 i 15 del grup 3, que no es diferencien en edat o sexe, però sí en l'índex de massa corporal (IMC), superior en el grup 3 (34,2 \pm 7,2, 31,2 \pm 4,4, 35,0 \pm 6,1 i 38,3 \pm 8,3 kg/m², respectivament, pels grups 0, 1, 2 i 3, $p = 0,004$). L'HbA_{1c} resulta superior en els dos grups amb ID4 ≥ 15 (8,3 \pm 0,8, 8,4 \pm 1,0, 8,7 \pm 0,9 i 9,5 \pm 1,2 mg/dl, respectivament, pels grups 0, 1, 2 i 3, $p = 0,005$). No s'observen diferències significatives en els lípids ni xifres tensionals, tret d'una tendència a nivells superiors de TG en el grup 3 (166 \pm 106, 150 \pm 90, 155 \pm 76 i 219 \pm 120 mg/dl, respectivament, pels grups 0, 1, 2 i 3, $p = 0,089$). L'HbA_{1c} mostra correlació lineal positiva amb l'ID4 ($\rho = 0,28$, $p = 0,001$) i l'IMC ($\rho = 0,28$, $p = 0,001$), i negativa amb la SAOM ($\rho = -0,53$, $p = 0,000$).

CONCLUSIONS

En PxDM2 amb mal control glicèmic, la DCO amb ID4 ≥ 15 s'associa a un pitjor control glicèmic (molt notable amb ID4 ≥ 30), però no de les xifres tensionals o del perfil lipídic.

31 EFECTE DE LES FUITES NO LINEALS EN LA FIABILITAT DEL MONITORATGE EN VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA

Autors: Sogo A, Montanyà J, Luján M, Pomares X, Serra M, Monsó E.

Institució: Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

INTRODUCCIÓ

Els ventiladors comercials d'última generació incorporen la possibilitat de monitorar en línia paràmetres importants com el volum corrent (VT) i les fuites. Fins ara, els estudis que han avaluat la fiabilitat de l'estimació d'aquests paràmetres han utilitzat models de fuga contínua a través d'un orifici calibrat.

OBJECTIU

L'objectiu del present estudi és avaluar la fiabilitat de l'estimació del volum corrent (VT) i de les fuites no intencionals en un estudi experimental que introdueix fuites no lineals durant la inspiració i l'expiració.

MATERIAL I MÈTODES

Es va utilitzar un simulador de pulmó (IngMar Medical 2000 SB) i un sistema extern d'adquisició de senyals (16Sp Powerlab, AD Instruments) juntament amb una electrovàlvula que va permetre la creació d'una fuga en una o altra fase del cicle respiratori (inspiració o expiració). Es van estudiar quatre softwares comercials de diferents fabricants (Puritan Bennett 560, Trilogic 100, Stellar 100 i VIVO 50) i un cinquè de disseny propi (Better Care S. L.) que diferencia fuga inspiratòria d'expiratòria. L'estudi es va realitzar en modalitat de pressió suport i amb dos nivells d'excés de fuga no intencional en fase expiratòria i inspiratòria. Els valors de VT i fuites estimats per a cada un dels softwares es van comparar respiració a respiració amb el VT i la fuga monitorats per dos pneumotacògrafs externs.

RESULTATS

En el model amb excés de fuga inspiratòria, el VT va ser sobreestimat pels quatre ventiladors amb valors entre 18,7 \pm 7,05% i 35,92 \pm 17,7% ($p < 0,001$); la menor desviació es va obtenir amb el software de disseny propi (3,03 \pm 2,6%, $p = ns$). La fuga no intencional va ser subestimada per dos softwares comercials amb valors entre -11,47 \pm 6,32 i -5,9 \pm 0,52 L/min ($p < 0,001$). En el model amb excés de fuga expiratòria, dos softwares (Stellar i Better Care) van sobreestimar el VT i els altres tres el van infraestimar de forma significativa amb valors de desviació entre 10,94 \pm 7,1% i -48 \pm 23,08% ($p < 0,001$). Finalment, els quatre ventiladors comercials van sobreestimar les fuites no intencionals amb valors entre 2,19 \pm 0,85 i 3,08 \pm 0,43 L/min ($p < 0,001$), mentre que el Better Care va presentar una desviació de -0,38 \pm 1,03 L7 min ($p = ns$).

CONCLUSIONS

En un model experimental, la presència de fuites no lineals pot ser una font d'error en l'estimació del VT i de les fuites no intencionals amb els softwares dels ventiladors comercials. Analitzar separatament les fuites durant la inspiració i l'expiració pot reduir aquesta font d'error.

32 COMPLIMENT EN FUNCIÓ DE GÈNERE I EDAT DEL TRACTAMENT AMB CPAP EN LA REGIÓ SANITÀRIA DE BARCELONA

Autor: Castelló Coso V.

Institució: Esteve Teijin. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS) és una malaltia molt prevalent que afecta al 4%-6% dels homes i al 2%-4% de les dones en una relació 2-3/1. Aquesta relació sembla que té tendència a igualar-se en edat menopàusica. En la dona és menys prevalent en molts casos per falta de diagnòstic a causa, sovint, d'una presentació diferent de la clínic. El tractament d'elecció de la SAHS és la pressió positiva contínua en via aèria (CPAP). La majoria d'estudis estan d'acord que un compliment mínim adequat està entre les 3 i 4 hores per nit a pesar que la recomanació és utilitzar-la almenys 6-8 hores. No està clar, però, que el compliment sigui diferent segons el gènere.

MATERIAL I MÈTODES

Estudiem pacients amb tractament actual de CPAP corresponents a la regió sanitària de Barcelona, segons l'actual divisió administrativa, concurs OX/08 de teràpies respiratòries domiciliàries de Catalunya. S'estudia en una mostra de 20.323 pacients si la relació 2-3/1 s'igualava en edat menopàusica i si el compliment és millor o pitjor segons gènere i edat. S'estudia també l'evolució en 2 anys i 4 mesos de teràpia. Dels pacients estudiats, 15.822 són homes (78%) i 4.501 dones (22%). La relació és de 3,5 homes/1 dona; en edat menopàusica (45 a 55 anys) la relació és de 6 homes per cada dona.

RESULTATS

El compliment s'estudia en 5.012 pacients, segons criteris d'inclusió/exclusió; 3.773 són homes (75,3%) i 1.239 dones (24,7%). La relació és 3/1. Els homes complien un mínim de 4 hores/nit, en el 66,8% dels casos i les dones en el 60,5%. En ambdós sexes, les dades de compliment eren millors a partir dels 55 anys en dones i dels 65 en homes.

CONCLUSIONS

En l'estudi de l'evolució de compliment, 132 pacients, dels 200 estudiats, un 66%, homes i dones de totes les edats, no varien el seu compliment en 2 anys i quatre mesos de teràpia, però tampoc l'empitjoren.

33 FACTORS PRONÒSTICS DE SUPERVIVÈNCIA EN PACIENTS AMB ESCLEROSI LATERAL AMIOTRÒFICA TRACTATS AMB VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA

Autors: González Calzada N, Prats Soro E, Giró Bulta E, Angel Ibáñez M, Dorca Sargatal J, Farrero Muñoz E.

Institució: Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

OBJECTIU

L'objectiu del nostre estudi ha estat determinar els factors pronòstics de supervivència en els pacients afectes d'esclerosi lateral amiotròfica (ELA) tractats amb ventilació mecànica no invasiva (VNID).

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu (1999-2012). S'han inclòs tots els pacients amb diagnòstic d'ELA en el moment que inicien la ventilació mecànica. S'han recollit les següents variables: forma d'inici (espinal/bulbar), interval des del diagnòstic a l'inici de la VNID, realització de gastrostomia percutània (PEG), capacitat vital forçada (CVF%), grau d'afectació bulbar, PaO₂, PaCO₂, sexe, edat, CT90 (oximetria nocturna), compliment del tractament (hores/dia) i mesos de supervivència.

ANÀLISI ESTADÍSTICA

a) Anàlisi de supervivència des de l'inici de la ventilació mecànica no invasiva mitjançant anàlisi Kaplan Meier. b) Prova log-rang per a comparar corbes de supervivència. c) Anàlisi univariànt i multivariànt mitjançant model de regressió de Cox per ajustar per covariables potencialment de confusió.

RESULTATS

S'han inclòs 175 pacients; 60,6% homes, mitjana d'edat 63,9 (9) anys. La forma d'inici va ser espinal en el 72% dels casos. PaO₂ mitjana 76,73 (12) mm Hg, PaCO₂ 45,91 (9) mm Hg, CT90 20,46% (27), CVF 52,94% (16), compliment mitjà 9,61 h/dia. Interval de temps des del diagnòstic a l'inici de la ventilació: mitjana 11,4 mesos (mitjana 15,7 mesos). El 34,1% dels pacients tenia afectació bulbar moderada-greu. El 34,7% va requerir PEG. La mitjana de supervivència global va ser de 15,03 mesos (mitjana 20,41 mesos). Les variables analitzades que varen resultar estadísticament significatives en l'anàlisi univariànt van ser: CVF%; HR 0,98, p 0,024, forma d'inici espinal/bulbar; HR 0,627, p 0,032 i afectació bulbar en el moment d'inici de ventilació; HR 0,66, p 0,023. En l'anàlisi multivariànt ajustada per factors de confusió l'única variable que va mostrar ser estadísticament significativa va ser la CVF% HR 0,985; 95% CI: 0,972-0,999; p = 0,032.

CONCLUSIONS

En el nostre estudi la capacitat vital forçada en el moment d'inici de la ventilació mecànica no invasiva és un factor pronòstic independent de supervivència en els pacients amb ELA.

34 L'ÍNDEX D'APNEA-HIPOAPNEA ÉS UN FACTOR INDEPENDENT DE BUFETA HIPERACTIVA EN DONES

Autors: Grau Sanmartí N, Estirado Vera C, Ruiz Cano A, Guardiola Bosch E, Féllez Flor MA, Del Amo Laforja E, Sanjuás Benito C.

Institució: Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

En un estudi previ vàrem descriure l'associació entre la síndrome d'apnea-hipopnea del son (SAHS) i la síndrome de bufeta hiperactiva (BH), que consisteix en urgència per orinar i que es pot acompanyar d'augment de la freqüència, nictúria i incontinència. Aquesta associació entre SAHS i BH podria estar influenciada per factors de confusió concurrents.

OBJECTIU

Determinar, en dones amb sospita de SAHS, l'efecte de l'índex d'apnea-hipopnea (IAH) sobre la puntuació obtinguda en el "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV), ajustant per edat, índex de massa corporal (IMC) i tractament diurètic.

MATERIAL I MÈTODES

Es van estudiar 165 pacients derivades consecutivament a la Unitat de Son per a polisomnografia. No es van incloure pacients diagnosticades de trastorns urogenecològics i neurològics causants de BH. Els pacients van respondre el qüestionari CACV, validat per BH en dones i constituït per 2 escales (Síntomes i Molèstia), de 4 ítems cada una i una puntuació global entre 0 i 12 (puntuacions més altes indiquen BH) i un qüestionari de símptomes, comorbilitats i medicació. Es van recollir dades complementàries a partir de les històries clíniques del centre i/o història clínica compartida (HC3). Les correlacions bivariants entre variables quantitatives es van analitzar mitjançant el coeficient de correlació r de Spearman. Per a la comparació de variables quantitatives entre grups es van aplicar els tests U de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis. Per a explorar el conjunt de factors presumptament implicats en BH, es van elaborar models de regressió múltiple, amb les puntuacions de Síntomes i Molèstia com a variable dependent i l'IAH, l'edat, l'IMC i el tractament diurètic com a variables independents.

RESULTATS

La puntuació de símptomes es va correlacionar significativament amb l'IAH (r = 0,38, p < 0,001), l'edat (r = 0,318, p < 0,001) i l'IMC (r = 0,19, p = 0,017). La puntuació de Molèstia es va correlacionar significativament amb l'IAH (r = 0,294, p < 0,001). Els pacients en tractament diurètic van puntuar significativament més alt en Síntomes (p < 0,001). En els models multivariants, la puntuació de Síntomes es va correlacionar positivament i significativa amb l'IAH (p < 0,001), l'edat (p = 0,004) i l'IMC (p = 0,038), i la puntuació de Molèstia amb l'IAH (p = 0,001).

CONCLUSIÓ

L'IAH és un factor independent de bufeta hiperactiva en dones, després d'ajustar per edat, IMC i tractament diurètic.

35 FREQUÈNCIA RESPIRATÒRIA DE SEGURETAT DURANT L'ADAPTACIÓ A LA VENTILACIÓ MECÀNICA DOMICILIÀRIA: INCIDÈNCIA I SITUACIONS AFAVORIDORES

Autors: Peñacoba P, Cotta G, Puy C, Güell R, Segura M, Calvo R, Madariaga G, Antón A.

Institució: Servei de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Facultat de Medicina. UAB. Barcelona.

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Entre els paràmetres que es poden programar a l'hora d'instaurar la VMD en mode espontani de ventilació hi ha la freqüència respiratòria (fr) de seguretat. És d'esperar que aquesta s'activi únicament quan el pacient presenta una fr espontània per sota del nivell establert. No obstant això, no hi ha estudis que avaluin la incidència d'activació i tampoc la utilitat clínica d'establir aquesta fr de seguretat a la ventilació mecànica domiciliària (VMD).

OBJECTIU

L'objectiu principal d'aquest estudi és avaluar la incidència d'activació de la fr de seguretat durant el període d'adaptació a la VMD en un grup de pacients amb insuficiència respiratòria crònica.

MATERIAL I MÈTODES

Es van analitzar prospectivament 30 pacients amb insuficiència respiratòria crònica estable en període d'adaptació a la VMD. Es van utilitzar respiradors VPAP III i IV (ResMed) que disposen d'un software (ResLink) que permet analitzar i quantificar, entre altres dades, el % d'activacions controlades (fr de seguretat) durant una poligrafia nocturna de ventilació. Es van analitzar les dades a l'inici del període d'adaptació i en finalitzar aquest (2 mesos).

RESULTATS

Dels 30 pacients, 2 van ser exclosos per la necessitat d'adaptació a un mode controlat de ventilació i tres per manca de dades completes. En els 24 pacients restants (10 homes i 14 dones amb mitjana d'edat de 66,67 ± 13,11 anys), la patologia més freqüent va ser la síndrome obesitat-hipoventilació (n = 6), seguida de la síndrome overlap (n = 4), pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) + un altre factor restrictiu (n = 3), cifoscoliosi (n = 2), patologia neuromuscular (n = 2), seqüeles tuberculoses (n = 1), MPOC amb mala resposta a l'oxigen (n = 1), parèsià frènica (n = 1), hipoventilació central (n = 1) i altres patologies (n = 3). Presentaven els següents valors espiromètrics (%): ràtio FEV1/FVC 62,5 ± 18,9; FVC 50,1 ± 20 i FEV1 42,5 ± 19,3, i gasomètrics: pH 7,41 ± 0,03; pO₂ 55,5 ± 9,2 mm Hg i pCO₂ 56,1 ± 6,4 mm Hg. Els paràmetres ventilatoris instaurats van ser: pressió inspiratòria 16,9 ± 1,4 cm H₂O; pressió espiratòria 7,33 ± 1,6 cm H₂O i fr de seguretat 12,25 ± 0,7 rpm. En tots els casos es va utilitzar mascareta nasal. En tots els pacients es va observar l'activació de la fr de seguretat. La mitjana de respiracions controlades (fr de seguretat) que van presentar els pacients amb ventilació mecànica a l'inici de l'adaptació a la VMD va ser de 24,92 ± 15,36%. Als dos mesos, la mitjana es va situar en 26,71 ± 16,42% (p = 0,58).

CONCLUSIONS

En els modes espontanis de ventilació la fr de seguretat s'activa en tots els pacients –en la majoria d'ells en un percentatge de cicles considerable– sense canvis en el temps. La programació d'una fr de seguretat en un mode espontani de ventilació sembla una mesura aconsellable durant l'adaptació a VMD.

Agraïments: Estudi finançat parcialment per ResMed®.

36 EXPERIÈNCIA D'UNA UNITAT DE SON CONJUNTA ENTRE L'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA I L'HOSPITALÀRIA

Autors: Obrador Lagares A, Soledad Torres D, Haro Estarriol M, Martín Forero M, Mota Casals S, Casamitja Sot MT, Eizaguirre Antón S.

Institució: Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

INTRODUCCIÓ

Les alteracions respiratòries durant el son (ARS) són un dels motius més freqüents de consulta en els serveis de pneumologia. L'elevada prevalença de les ARS genera importants llistes d'espera en les unitats de son hospitalàries (USH).

OBJECTIU

Valorar la utilitat de subunitats de son en els centres d'assistència primària (AP) relacionades amb una USH. Pot ser un protocol aconsellable per millorar l'atenció d'aquests pacients (p) i disminuir costos d'assistència?

MATERIAL I MÈTODES

De juny de 2006 a novembre de 2012, 1.531 p (997 ♂ i 534 ♀) van acudir a 6 centres d'AP per sospita d'ARS. El metge d'AP va realitzar la 1a visita amb un formulari preestablert (F) d'ARS, que va enviar per la intranet sanitària a la USH. A la USH es va programar una poligrafia domiciliària (PD) després de rebre l'F. Després de realitzar la PD es va indicar la pauta a seguir segons els protocols: 1) Si a F i PD el pacient tenia un IAH ≥ 30/h, o un treball de risc i/o somnolència greu amb IAH ≥ 5/h, es titulava i s'indicava tractament amb CPAP; posteriorment es remetia a la consulta de la USH per valorar el tractament indicat. 2) Si no es complien els criteris del protocol 1r, l'estudi era deficient, el pacient no havia dormit o si estant inclòs en el protocol 1r requerien més exploracions de son, acudia a la consulta de la USH per determinar els estudis i el tractament a realitzar.

RESULTATS

Dels 1.531 p valorats en AP, es van realitzar 1.361 PD. Segons el 1r protocol es va indicar tractament amb CPAP en 559 p (58 p no ho van acceptar). El 2n protocol es va aplicar en 802 p:

1) en 490 p (257 roncadors i 233 amb síndrome d'apnea son (SAS) lleu/moderada) no es van realitzar més exploracions de son, ni es va indicar tractament amb CPAP i es van remetre al seu metge d'AP per al seu control. 2) 312 p van ampliar les exploracions de son (polisomnografia, test de latència múltiple) i es van diagnosticar 12 p amb moviments periòdics de les cames, 9 p amb alteracions del ritme cardíac, 9 p amb narcolepsia, 10 p amb hipersòmia primària, 21 p roncadors i 251 p amb ARS (12 RAVAS [4 CPAP], 239 SAS [189 CPAP]).

CONCLUSIONS

1) Les subunitats de son en AP relacionades amb una USH podrien resoldre i tractar un percentatge important de pacients (73%-37%) que consulten per ARS. 2) Les USH podrien disminuir la seva càrrega assistencial i atendre un major nombre de pacients amb un cost menor, al coordinar-se amb subunitats de son de l'AP, així com dedicar la seva activitat als pacients amb ARS més complexa, amb problemes d'adaptació al CPAP o alteracions del son no relacionades amb ARS.

37 ALTERACIÓ DELS MEDIADORS INFLAMATORIS EN ELS PACIENTS AMB SÍNDROME D'APNEA HIPOPNEA DEL SON

Autors: Lapuente A, Barreiro B, Alsina M, Heredia JL, Lozano L, Juanola J.
Institució: Hospital Universitari Mútua Terrassa.

OBJECTIU

L'alteració dels mediadors inflamatoris (IL-6, TNF- α , adiponectina) a les malalties cardiovasculars ha estat àmpliament estudiada. L'objectiu del nostre estudi va ser conèixer la relació entre alguns mediadors inflamatoris, la síndrome d'apnea-hipopnea del son (SAHS) i la síndrome metabòlica (SM).

MATERIAL I MÈTODES

Es van incloure 140 pacients amb sospita clínica de SAHS entre gener de 2007 i gener de 2008. En tots els casos es van recollir dades antropomètriques, tractament habitual i història de tabaquisme. La somnolència diürna es va mesurar amb l'escala d'Epworth. A tots els pacients se'ls va realitzar una polisomnografia convencional i es va considerar el diagnòstic de SAHS si IAH ≥ 10 . Al dia següent de la polisomnografia es va realitzar una analítica amb determinació de glicèmia, colesterol total, colesterol HDL, triglicèrids, IL-6, TNF- α i adiponectina (ELISA).

RESULTATS

Dels 140 pacients, 104 (74,3%) van ser diagnosticats de SAHS (72,1% SAHS greu, 19,2% SAHS moderada i 9,6% SAHS lleu). El 74,3% eren homes i la mitjana d'edat fou de $54,8 \pm 11,7$ anys. Un total de 85/140 (60%) pacients tenien SM (73 al grup de SAHS i 12 al no SAHS). No es van observar diferències significatives en els nivells d'IL-6, TNF- α i adiponectina entre els pacients amb SAHS i no SAHS. Tot i així, dins del grup de SAHS, els pacients amb SM tenien nivells d'IL-6 significativament més elevats que els pacients sense SM ($p = 0,01$). Els nivells d'IL-6 es van correlacionar significativament amb l'IAH ($r = 0,3$, $p = 0,01$), no així els nivells d'adiponectina ni els de TNF- α .

CONCLUSIÓ

En la nostra població, la SAHS no s'associa a alteracions en els nivells de mediadors inflamatoris (IL-6, TNF- α , adiponectina). Tot i així, la coexistència d'SM incrementa el procés inflamatori en la SAHS.

38 FISTULOPLASTIA SECUNDÀRIA Y COLOCACIÓ DE PRÓTESIS FONATORIA GUIADA POR BRONCOSCÒPIA FLEXIBLE

Autors: Sanz-Santos J, Andreo F, Vergues J, Bonet G, Pollán C, Palau M, Stojanovic Z, Viña C, Becker C, Ruiz-Manzano J.

Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

Las opciones de rehabilitación de la voz tras laringectomía total son la erigmofofonia, el uso de vibradores (electrolaringes) o la colocación de dispositivos valvulares mecánicos (prótesis fonatoria). La inserción de las prótesis fonatorias requiere la creación de fistula traqueoesofágica que suele realizarse en quirófano, con anestesia general y mediante el uso de esofagoscopia rígida. Este procedimiento está relacionado con complicaciones graves como la perforación esofágica y la mediastinitis. Presentamos los resultados de un nuevo método de fistuloplastia secundaria y colocación de prótesis fonatoria mediante el kit *ProvoxPuncture Set*[®] y guía broncoscópica por vía esofágica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron seis pacientes con laringectomía total. Mediante tubo orotraqueal y broncoscopia flexible se canalizó el esófago. Una vez localizado el punto de punción en la pared posterior de la tráquea, mediante transluminación con el broncoscopio, se procedió a la punción de la misma con el trócar del set. Con visualización directa mediante el broncoscopio se introdujo la guía a través del trócar. Una vez aparece un extremo de la guía por la boca a través del tubo orotraqueal se retira el trócar y el tubo orotraqueal. Por el extremo caudal de la guía se fija el sistema dilatador-prótesis hasta introducirlo en el punto de punción. Mediante tracción de la guía se ubica la prótesis en la fistula y se retira la guía.

RESULTADOS

La fistuloplastia secundaria y la colocación de prótesis fonatoria se produjo con éxito en todos los pacientes, con obtención de voz inmediatamente tras la finalización del procedimiento. No se presentaron complicaciones inmediatas durante el procedimiento salvo dolor local. El tiempo empleado en cada procedimiento fue inferior a 10 minutos en todos los casos; la realización del mismo se efectuó en la sala de bronoscopias en régimen ambulatorio.

CONCLUSIONES

La fistuloplastia primaria y la colocación de prótesis fonatoria guiada por broncoscopia flexible mediante *ProvoxPuncture Set*[®] es un método eficaz y rápido que evita hospitalización, quirófano y anestesia general.

39 COMPARACIÓ ENTRE LA CITOLOGIA OBTINGUDA AMB AGULLA D'ASPIRACIÓ DE 21G I DE 22G EN ECOBRONCOSCÒPIA (EBUS)

Autors: Bermudo Peloché G, Palacio Arteaga L, Montón Soler C, Gallego Díaz M, Combalia Soriano N, Serra Fortuny M, García Pérez T, Monsó Molas E.

Institució: Corporació Sanitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell.

INTRODUCCIÓ

L'ecobroncoscòpia (EBUS) és un procediment mínimament invasiu que permet el mostreig citològic del gangli mediastínic en temps real. Per a l'obtenció de mostres citològiques s'utilitza una agulla d'aspiració de 22G, i més recentment s'ha utilitzat una agulla de major diàmetre (21G).

OBJECTIU

Identificar l'avantatge d'utilitzar una agulla aspirativa de major diàmetre en ecobroncoscòpia en la que es refereix a la cel·lularitat recuperada amb la punció.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi prospectiu observacional comparatiu amb cegament, amb inclusió de pacients amb indicació diagnòstica d'EBUS, en què es realitza aspiració amb agulla de 22G (*NA-2015X-4022*, Olympus Optical Co Ltd.) i amb agulla de 21G (*NA-2015X-4021*, Olympus Optical Co Ltd.), amb tres aspiracions sobre cada gangli mostrejat. Es recullen les dades segons l'edat, el diagnòstic final i la regió ganglionar puncionada. Es valora semiquantitativament el resultat citològic de la punció ganglionar en cel·lularitat a l'extensió i presència d'hematies (escassa, moderada o abundant). Es comparen els resultats obtinguts amb les dues agulles utilitzades (test del khi quadrat).

RESULTATS

S'han estudiat 6 pacients amb una mitjana d'edat de 53 (DE 2) anys. Els diagnòstics finals van ser: 4 sarcoïdosis, 1 limfoma i 1 adenocarcinoma. Es van comparar les puncions aspiratives realitzades en 11 ganglis mediastínics, 3 adenopaties de regió 4R (27%) i 8 de regió subcarinal (73%). La cel·lularitat recuperada amb l'agulla 22G va ser moderada en 3 casos (27%) i abundant en 3 casos (27%); i amb l'agulla de 21G fou moderada en 4 casos (36%) i abundant en 2 casos (18%) ($p = 0,25$). Amb l'agulla de 22G la presència de sang va ser moderada en 7 casos (64%) i abundant en 0 casos (0%); i amb l'agulla de 21G va ser moderada en 4 casos (37%) i abundant en 3 casos (27%) ($p = 0,31$).

CONCLUSIONS

La utilització de l'agulla aspirativa de 21G en ecobroncoscòpia no aporta avantatge sobre l'ús d'agulla de 22G quant al contingut cel·lular de la mostra recuperada a l'extensió citològica. Els resultats citològics obtinguts amb agulla de 22G i de 21G en ecobroncoscòpia es poden considerar equivalents.

NOTA

Estudi finançat per FIS P509/01612.

MISCEL·LÀNIA

40 EPID CRÒNICA EN TREBALLADORS DE LA NETEJA

Autors: Villar-Gómez A, Ricardo B, Montero MA, Pallisa E, Morell F, Orriols R.
Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La possible relació de productes de neteja amb EPID crònica és pràcticament desconeguda. L'objectiu d'aquest treball és la descripció de les característiques i evolució d'una sèrie de 5 pacients que únicament havien treballat en tasques de neteja i que van ser diagnosticats d'EPID centrada a la via aèria amb metaplàsia bronquial per biòpsia pulmonar a celobert.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu des de maig de 2008 a novembre de 2010. Els pacients van ser estudiats en un mateix servei de pneumologia d'un hospital universitari terciari. Es van excloure de manera explícita els casos aguts ocasionats després d'accidents d'inhalacions massives o concentracions molt elevades, i també aquells en què la biòpsia va ser suggestiva d'alguna entitat específica, com alveolitis al·lèrgica extrínseca. Es va realitzar una entrevista directa i/o via telefònica sobre exposició a tòxics i, específicament, a productes de la neteja, mitjançant un qüestionari expressament creat per als treballadors de la neteja. L'estudi funcional respiratori, la broncoscòpia i l'obtenció dels seus productes es van realitzar d'acord amb les recomanacions de l'*European Respiratory Society*. Les anomalies de la TAC van ser valorades segons criteris modificats de Warrick et al. (*J Rheumatol*. 1991;18:1520-8). La biòpsia pulmonar quirúrgica es va practicar per toracotomia mínima en 4 pacients i per videotoracotomia en 1 pacient.

RESULTATS

La mitjana d'edat va ser de 64 (53-74) anys i 4 van ser dones. Les exposicions més freqüents van ser al salfamant i el lleixiu, i cap dels pacients va utilitzar protecció adequada. En dos pacients va existir relació temporal entre l'exposició i les manifestacions de la malaltia. La dispnea va estar present en tots els pacients. Tots els pacients van presentar progressió de la seva malaltia fins a la insuficiència respiratòria. Quatre van presentar trastorn ventilatori restrictiu i un obstructiu. Tots els pacients van presentar a la tomografia axial computada d'alta resolució signes d'afectació de les vies aèries, a més d'alteracions en els espais alveolintersticials. La citologia del rentat broncoalveolar va ser inespecífica. Les troballes histològiques van evidenciar inflamació limfocitària i fibrosi intersticial i de la via aèria de predomini centrolobulillar amb metaplàsia peribronquiolar.

CONCLUSIONS

La descripció d'aquesta sèrie de casos d'EPID crònica en treballadors de la neteja suposa el plantejament d'una hipòtesi causal: els productes de neteja.

42 OXIGENOTERÀPIA EN MALALTIA PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: DADES DES DEL REGISTRE CATALÀ DEL GRUP CRAMPID

Autors: Martín I, Balcells E, Moreno A, Vicens V, Villar A, Marín S, Cano E, Robles A, Xaubert A, Morell F, Castillo D, Molina M.

Institució: Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

L'oxigenoteràpia, a la malaltia pulmonar intersticial difusa (MPID), no està estandarditzada i els requeriments específics no estan ben definits.

OBJECTIU

Avaluació de pacients afectats d'MPID que requereixen oxigenoteràpia domiciliària.

METODOLOGIA

Es van avaluar 107 pacients amb MPID portadors d'oxigen ambulatori. Es van incloure dades clíniques, radiològiques i funcionals, prova de la marxa dels 6 minuts (PM6M) i existència d'hipertensió pulmonar (HP).

RESULTATS

La prescripció d'oxigen es va realitzar a partir d'una PM6M al 40% dels casos. Els pacients portadors d'oxigen només a l'esforç van presentar una alteració lleu-moderada del FVC% ($62,1 \pm 19$) i DLCO ($49 \pm 14,4$) mentre que els pacients que van presentar insuficiència respiratòria (PaO_2 $51,9 \pm 6,7$) van presentar una reducció moderada del FVC% ($56,8 \pm 15,6$), però un deteriorament molt greu del DLCO% ($31,67 \pm 12$). L'HP va ser avaluada en la meitat dels casos i fou evident en el 60,8% d'ells.

CONCLUSIONS

Encara que no hi ha un factor predictiu de dessaturació a l'esforç, els resultats apunten més sensibilitat predictiva amb DLCO < 50%. La prevalença d'HP associada a MPID és elevada i varia en funció del grau de dessaturació. L'heterogeneïtat d'aquests pacients i la limitació de les dades retrospectives fins ara publicades podrien emmascarar els beneficis potencials de l'oxigenoteràpia en MPID.

41 PNEUMONITIS PER HIPERSENSIBILITAT D'ORIGEN OCUPACIONAL: 22 PACIENTS EN 8 ANYS

Autors: Villar-Gómez A, Morell F, Cruz MJ, Muñoz X.

Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

En l'etiologia de les pneumonitis per hipersensibilitat (PH), molts agents han estat descrits com potencialment causants de la malaltia, i s'ha trobat agents d'exposició domèstica i agents ocupacionals. En general, es poden dividir en tres categories: microorganismes (bacteris, fongs i amebes, inclosos), proteïnes animals i agents químics de baix pes molecular. Els estudis poblacionals realitzats mostren gran varietat de dades; la prevalença de les PH dins de les malalties intersticials oscil·la entre el 2% i el 14% segons les diferents sèries.

MATERIAL I MÈTODES

S'estudiaren els 444 pacients afectats de malaltia pulmonar intersticial (MPI) seguits a les consultes externes del nostre centre des de 2004 fins a 2011, en els quals durant el procés diagnòstic es va realitzar anamnesi exhaustiva d'exposicions al llarg dels últims 10 anys, determinació d'IgG específiques enfront d'aus i fongs, i d'altres agents segons exposició, estudi de funció pulmonar i fibrobroncoscòpia amb rentat broncoalveolar (RBA). En els casos en què els estudis de funció pulmonar ho van permetre, es va realitzar fins i tot estudi anatomopatològic i prova de provocació bronquial específica (PPBE) enfront l'antigen sospitós.

RESULTATS

El diagnòstic de PH es va realitzar en 128 pacients i va poder ser atribuït un origen ocupacional en 22 casos: *metall working fluid* (4), Ni cèl·lules gegants/metalls durs (4), *PH-Chaciner's lung* (2), PH per productes de neteja (2), planxadora (3), espartosi (2), isocianat (1), cannabinosi (1), pulmó del granger (1), forner (1) i dentista (1). El diagnòstic de seguretat a l'agent etiològic es va establir en 4 casos a través de PPBE positiva a l'agent causal (TDI, 1; *Penicillium*, 3). Es va obtenir el diagnòstic anatomopatològic en 14 pacients en què es va objectivar un patró compatible amb PH subaguda en 6/14, compatible amb PH en 3/14, NINE 2/14 i suggestiu de pneumònia intersticial de cèl·lules gegants en 3/14 pacients.

CONCLUSIONS

La PH laboral és freqüent. El seu diagnòstic es realitza moltes vegades en un estadi avançat, en fase de fibrosi pulmonar establerta. A vegades, exposicions mínimes, però constants, a un agent poden ser suficients per al desenvolupament de la malaltia.

43 EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE CINCO MODELOS DE SEDACIÓN DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ECOBRONCOSCOPIA

Autores: Centeno C, Fernández-Navamuel I, Sanz-Santos J, Briones A, Bonet G, Flandes J, Andreo F, Cases E, Ruiz-Manzano J.

Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

La ecobroncoscopia es una tècnica diagnòstica en desenvolupament amb enorme repercussió clínica. Precisa, per su complejidad, de sedación para disminuir su dificultad y mejorar sus resultados y la tolerancia de los pacientes.

OBJETIVO

Valorar la seguridad de distintos modelos de sedación durante la realización de la ecobroncoscopia (USEB).

MATERIAL Y MÉTODO

En el estudio participaron tres centros: Hospital Universitario y Politécnico La Fe (n = 95), Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (n = 78) y Hospital Fundación Jiménez Díaz (n = 75). La sedación fue controlada por un anestesiista o por el neumólogo que realizaba la prueba a personal de enfermería y auxiliar de apoyo. Los modelos de sedación fueron: A) midazolam en bolo, B) propofol en perfusión, C) midazolam en bolo y propofol en perfusión, D) propofol en perfusión y remifentanilo en perfusión y E) midazolam en bolo y fentanilo en bolo. Los pacientes fueron monitorizados; se registraron: ECG, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, SaO_2 , CO_2 transcutáneo y nivel de conciencia con el índice bispectral (BIS) y/o por escala visual de sedación (EVS). Estas variables se anotaron antes de iniciar la prueba (basal), al iniciar la sedación (inicial) y cada 10 minutos. Se registraron también las indicaciones y complicaciones.

RESULTADOS

Se analizaron 263 USEB consecutivas, de las que se excluyeron 15 por estar incompletos los datos. De los 248 pacientes restantes, 190 (76,6%) eran hombres. La media de edad fue de 63 años (rango 29-85 años) en los hombres y de 59 años (rango 37-85) en las mujeres. La duración media de las exploraciones fue de $44,23 \pm 16,85$ minutos (rango 10-90). Los motivos de estudio fueron: estudio de adenopatías, 126; estadiación, 84; estudios de masa mediastínica, 19; estudio de masa hilar, 12 y otros, 7. Los modelos A, C y E no utilizaron anestesiista. El nivel de sedación de todos los pacientes fue controlado por al menos un sistema; el más frecuente fue el EVS (62,1%). El modelo C fue el único controlado con BIS. Todas las complicaciones se resolvieron con medidas terapéuticas sencillas en la misma unidad de endoscopias. La hipotensión resultó ser la complicación más frecuente en el modelo B y D (27,7% y 30,2%); sólo se presentó parada respiratoria en 2 pacientes del grupo D.

CONCLUSIONES

1) El midazolam en bolo con el fentanilo en bolo fue el modelo que menos complicaciones presentó. 2) La presencia de anestesiista se asocia a una técnica de sedación que puede comportar más complicaciones. 3) Las complicaciones son de fácil tratamiento.

44 ÉS ÚTIL LA BIÒPSIA PULMONAR TRANSBRONQUIAL AMB CRIOSONDA A LES MALALTIES PULMONARS INTERSTICIALS DIFUSES?

Autors: Barril S, Pajares V, Puzo MC, Castillo D, Rodríguez-Arias JM, Lerma E, Montero MA, Gil de Bernabé MA, Franquet T, Burrel C, Plaza V, Torrego A.
Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

A les malalties pulmonars intersticials difuses (MPID), la biòpsia pulmonar transbronquial (BPTB) mitjançant criosonda augmenta el rendiment diagnòstic respecte a l'ús de pinces de biòpsia convencional.

OBJECTIU

Determinar la utilitat clínica de les BPTB realitzades amb criosonda en comparació amb la tècnica convencional.

MATERIAL I MÈTODES

Postanàlisi dels subjectes participants en un assaig clínic aleatoritzat per a la realització de BPTB amb pinça convencional (*BiopsyForceps Boston*®, Ref: 1556 i Olympus®, Ref: FB-19E) i criosonda (*Erbokryo*® CA, Ref: 20426-032). Es va definir com útil la biòpsia el resultat de la qual va permetre una decisió clínica o farmacològica específica. Es van classificar les intervencions clíniques en: inici de tractament farmacològic, abstenció de tractament o retirada d'al·lèrgens o altres tòxics. Es va definir com BPTB no útil quan el seu resultat no va condicionar cap intervenció terapèutica perquè no va permetre establir un diagnòstic i/o van ser necessaris altres procediments.

RESULTATS

Es van analitzar els resultats de les BPTB amb criosonda (n = 38) enfront de les realitzades amb pinça convencional (n = 37). La BPTB amb criosonda va resultar útil en el 60,5% dels pacients, mentre que la BPTB amb pinça convencional va ser útil en el 29,7% (p = 0,011).

CONCLUSIONS

La millora en la rendibilitat diagnòstica de la BPTB realitzada amb criosonda en les MPID augmenta la utilitat clínica de la biòpsia transbronquial i ajuda en la presa de decisions.

45 RENDIMENT DIAGNÒSTIC DE LA BIÒPSIA PULMONAR TRANSBRONQUIAL MITJANÇANT CRIOSONDA EN LES MALALTIES PULMONARS DIFUSES: ESTUDI ALEATORITZAT

Autors: Pajares V, Puzo C, Castillo D, Lerma E, Montero A, Ramos D, Amor O, Gil de Bernabé A, Franquet T, Plaza V, Sanchis J, Torrego A.

Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La utilització de criosonda per a la realització de la biòpsia pulmonar transbronquial (BPTB), en l'estudi de les malalties pulmonars difuses, permet l'obtenció de mostres pulmonars de major grandària i qualitat histològica que les obtingudes mitjançant el mètode convencional.

OBJECTIU

L'objectiu del present estudi va ser determinar el rendiment diagnòstic i la seguretat de la BPTB mitjançant criosonda enfront de la BPTB amb pinça de biòpsia convencional.

PACIENTS I MÈTODES

Estudi clínic prospectiu de 75 pacients amb malaltia pulmonar difusa. Els pacients van ser aleatoritzats per a la realització de la BPTB en dos grups: grup A (pinça convencional) i grup B (criosonda). Dos patòlegs van avaluar les mostres i en van analitzar les característiques histològiques i la seva classificació diagnòstica. Es va registrar el temps de durada dels procediments, les complicacions observades i la tolerància.

RESULTATS

Les mostres obtingudes amb pinça de biòpsia convencional van presentar una àrea tissular mitjana de $3,2 \pm 4,1$ mm² enfront de $14,9 \pm 10,9$ mm² de les mostres obtingudes amb criosonda (p < 0,001). El diagnòstic histològic es va aconseguir en el 32,4% dels casos del grup A enfront del 73,7% dels casos del grup B (p < 0,001). El 35,1% dels pacients del grup A va presentar hemorràgia moderada mentre que en el grup B es va observar en el 59,5% dels pacients (p = 0,65). L'aparició de pneumotorax es va produir en el 5,4% dels pacients del grup A enfront del 7,9% del grup B.

CONCLUSIONS

La realització de la BPTB amb criosonda augmenta el rendiment diagnòstic en l'estudi de les malalties pulmonars difuses sense un augment significatiu de complicacions en comparació amb el mètode convencional.

46 VENTILACIÓ MECÀNICA DOMICILIÀRIA EN TRASPLANTAMENT DE PULMÓ

Autors: Silveira MG, Martí S, Chang-Machiu P, Pérez C, Ramón MA, Pallero M, Rodríguez E, Berastegui C, Román-Broto A, Ferrer J.
Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La ventilació mecànica domiciliària (VMD) ha demostrat ser efectiva en el tractament de la insuficiència respiratòria hipercàpnica crònica. En pacients trasplantats de pulmó no s'ha reportat experiència del seu ús.

OBJECTIU

Descriure les causes d'indicació de VMD en pacients trasplantats de pulmó i l'evolució a llarg termini.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu dels pacients trasplantats de pulmó en un centre des de 1991 fins a juliol de 2012 (n = 642) que han requerit VMD. S'han revisat les bases de dades de trasplantament i de VMD i històries clíniques. Anàlisi descriptiva de les característiques basals en el moment d'indicació de la ventilació i anàlisi de l'evolució mitjançant corbes de Kaplan-Meier. Tancament del seguiment: en el moment de la retirada de la ventilació, mort l'octubre de 2012.

RESULTATS

Es va indicar VMD en 17 pacients trasplantats (2,6%): edat (mitjana \pm DE) 49 ± 16 anys, 10 dones (59%), 15 trasplantaments bipulmonars (88%). Indicacions: 10 paràlisi frènica (59%), 6 rebuig crònic (35%) i 1 malàcia bronquial-estenosi de sutura (6%). En el grup de paràlisi frènica, en 8 pacients es va instaurar VMD com ajuda al *weaning* de la ventilació invasiva. Mode ventilatori: 15 pressió (88%). Accés a la via aèria: 10 nasal (59%), 6 facial (35%) i 1 per traqueostomia (6%). En el grup amb paràlisi frènica es va poder retirar la ventilació en 9 pacients (90%) (mitjana 5,5 mesos; P25-P75 3,8-6,9) després de la instauració. En el grup amb rebuig crònic van morir 3 pacients (50%) als 1,5, 2 i 28 mesos de l'inici de la ventilació. Tres continuaven amb VMD als 6, 13 i 26 mesos del seu inici. El pacient afecte d'estenosi de sutura ha estat sotmès a dilatacions repetides i continuava amb VMD als 4 mesos del seu inici.

CONCLUSIONS

1) En pacients trasplantats de pulmó, la presència de paràlisi frènica amb dificultat de *weaning* o el rebuig crònic amb fallada ventilatòria poden ser indicació de ventilació domiciliària. 2) En pacients amb paràlisi frènica, la recuperació de la funció diafragmàtica permet la retirada de la ventilació en la major part dels pacients.

47 TOLERABILIDAD DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL POR PARTE DE LOS PACIENTES CON DISTINTOS MODELOS DE SEDACIÓN

Autores: Stojanovic Z, Ferrando JR, Álvarez S, Serra P, Vila P, Flandes J, Andreo F, Ruiz-Manzano J, Cases E.
Institució: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

INTRODUCCIÓ

La dificultat en la realització de una ultrasonografia endobronquial (USEB) i el rendiment diagnòstic depenen en part de la tolerància de los pacientes a la exploración. Además, la desazón que puede producir dificulta la aceptación de una repetición de la USEB.

OBJETIVO

Conocer el grado de aceptación por los pacientes de la USEB realizada con distintos modelos de sedación.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el estudio participaron tres centros: Hospital Universitario y Politécnico La Fe (n = 95), Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (n = 78) y Hospital Fundación Jiménez Díaz (n = 75). La sedación fue controlada por un anestesista o por el neumólogo que realizaba la prueba con personal de enfermería y auxiliar de apoyo. Los modelos de sedación fueron: A) midazolam en bolo, B) propofol en perfusión, C) midazolam en bolo y propofol en perfusión, D) propofol en perfusión y remifentanilo en perfusión y E) midazolam en bolo y fentanilo en bolo. Treinta minutos después de finalizada se entregó un cuestionario de 12 preguntas de respuestas múltiples con una escala tipo Likert (1 = muy poco, 2 = poco, 3 = algo, 4 = bastante y 5 = mucho) relacionadas con: grado de recuerdo de la exploración; dolor, tos o disnea durante su realización; el peor momento y la sensación de duración de la prueba; grado de miedo y nerviosismo antes de la USEB; si tuviera que repetirla, el grado de miedo, nerviosismo e indiferencia; y el grado de angustia e incomodidad que ocasionó la prueba. Y dos preguntas más, una sobre el peor momento y otra sobre si se repetiría la exploración. La comparación de las variables se realizó con el test de ANOVA y pruebas *post-hoc*.

RESULTADOS

Se analizaron 263 encuestas de USEB consecutivas, de las que se excluyeron 23 por incompletas. Los pacientes fueron sedados con el modelo A (23 pacientes), B (34), C (84), D (27) y E (72). La valoración de los modelos de sedación expresada como media \pm desviación estándar fue: A = $1,82 \pm 1,12$; B = $1,53 \pm 0,74$; C = $1,55 \pm 0,85$; D = $1,64 \pm 0,8$; E = $2,27 \pm 1,16$. Se encontraron diferencias significativas en cada parámetro analizado por modelos de sedación. Las pruebas *post-hoc* para la percepción de la tos, el dolor, la disnea y el recuerdo mostraron dos grupos homogéneos formados por los modelos de sedación A y E y los modelos B, C y D; para el resto de parámetros se obtuvieron otros dos grupos formados por el modelo E frente al grupo A, B, C y D. El 46,6% de los pacientes no encontró ningún momento malo y los peores momentos fueron los relacionados con el momento de la anestesia (17,5%) y la entrada del ecobroncoscopio (15,4%). El 89,6% de los pacientes repetiría la exploración si fuera necesario.

CONCLUSIONES

1) La USEB es bien tolerada con los cinco modelos de sedación. 2) Los modelos A y E son los que controlan peor los síntomas según los recuerdos de los pacientes.

48 HIPERTENSIÓ PULMONAR EN UNA UNITAT DE PNEUMOLOGIA

Autors: Tomás Chaume L¹, Barbeta Viñas ER², Tàrrega Camarasa J^{1,2}, Barbeta Sánchez E^{1,2}.

Institucions: ¹Unitat de Pneumologia. Hospital General de Granollers; ²Universitat Internacional de Catalunya. Sant Cugat del Vallès.

INTRODUCCIÓ

La hipertensió pulmonar (HP) es presenta associada a diferents malalties, algunes d'origen pulmonar i cardiovascular, cada vegada més prevalents.

OBJECTIU

Descriure les característiques dels pacients estudiats per hipertensió pulmonar (HP) en una unitat de pneumologia.

MÈTODES

S'incloueren tots els pacients consecutius remesos per estudi a la nostra unitat amb pressió arterial pulmonar (PAP) estimada > 30 mm Hg per ecocardiografia Doppler. Es descriu la procedència, les característiques clíniques, les exploracions realitzades i el diagnòstic final. Els pacients es van agrupar en els 5 grups de la classificació de *Dana Point* 2008.

RESULTATS

S'ha estudiat un total de 40 pacients (14 homes i 26 dones), mitjana d'edat de 66 anys. Han estat remesos des de cardiologia (14 pacients), medicina interna (10), pneumologia (6), urgències (4), reumatologia (2), hematologia (2), geriatria (1) i digestiu (hepatologia) (1). Els símptomes més freqüents han estat la dispnea (26 pacients, 65%) i el síncope (7; 17%). Es van objectivar edemes en 13 pacients (32%) i fibril·lació auricular també en 13 (32%). Seguint la classificació de *Dana Point* es van classificar en: Grup 1, 7 pacients (2 amb hipertensió portal, 2 connectivopaties, 1 infecció VIH i VHC, 1 CIA + grip A i 1 HTP primària); Grup 2, 13 pacients (tots amb IC amb funció sistòlica preservada); Grup 3, 9 pacients (2 MPOC, 1 MPOC + SAHS, 4 hipoventilacions [3 per obesitat i 1 fibrotòrax], 1 AAE i 1 FPI); Grup 4, 4 pacients (malaltia tromboembòlica crònica); Grup 5, 4 pacients (2 mielomes, 1 tumor carcinoide, 1 drenatge anòmal de les venes pulmonars.). En 3 pacients es va descartar HP. En els grups 1 i 5 tots els pacients van ser dones i en el 2 van predominar els homes 9/4. La mitjana d'edat del grup 1 va ser de 55 anys en front de 69 de la resta. No hi va haver diferències significatives en el grau de dispnea ni en l'IMC dels diferents grups. Dels 13 pacients en fibril·lació auricular, 10 eren del grup 2 i els altres 3 del grup 3. El grup 1 va tenir la mitjana de PAP més elevada tant per cateterisme com estimada per ecocardiografia 99/85 mm Hg, respectivament, i el grup 2 les més baixes, 65/37 mm Hg.

CONCLUSIONS

La cardiopatia esquerra és la causa més freqüent d'HP, amb una major prevalença de fibril·lació auricular i uns valors de PAP estimada menys elevats que en els altres grups. L'HP secundària a malaltia respiratòria és el segon grup més nombros de pacients. La hipertensió arterial pulmonar (Grup 1) és la tercera causa més freqüent; els pacients d'aquest grup són més joves i amb una PAP més elevada.

49 HISTIOCITOSI X I TRASPLANTAMENT. EXPERIÈNCIA D'UN CENTRE

Autors: Ojanguren Arranz I, Llor Reyes K, Berastegui C, Barrecheguren Fernández M, Ojanguren Arranz A, Riera Ave H, Sáez Jiménez B, López Meseguer M, Monforte V, Bravo Masgoret C, Morell Brotad F, Román Broto A.

Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La histiocitosi de cèl·lules de Langerhans pulmonar primària forma part d'una entitat patològica multisistèmica, amb diversos perfils clínics segons edat i grau d'extensió de la proliferació de les cèl·lules de Langerhans i les característiques de la malaltia. El pronòstic és variable ja que la malaltia pulmonar pot resoldre's espontàniament, romandre estable o progressar cap a una fibrosi pulmonar evolucionada. El trasplantament pulmonar és una opció terapèutica vàlida en casos evolucionats.

PACIENTS I MÈTODES

Estudi retrospectiu de 12 pacients trasplantats bipulmonars adults (9 homes, 3 dones; mitjana d'edat: 40 anys, rang 27-57) realitzats en l'Hospital Universitari Vall d'Hebron en el període comprès entre 23/10/1995 i 30/11/2012.

RESULTATS

Entre 1995 i 2012 es varen realitzar 642 trasplantaments. En 12 casos (1,86%) la indicació fou histiocitosi X. Previ al trasplantament, el 18% (N = 2) presentava classe funcional II i el 82% (N = 9) classe funcional III; caminaven una mitjana de 263 metres i 3 metres en el *walking test* (DE ± 155 m). El 58% dels pacients (N = 7) havia presentat alteracions estructurals de la paret toràcica requerint pleuròdesi prèvia al trasplantament. El 40% dels pacients presentava hipertensió pulmonar i el 54% va requerir circulació extracorpòria durant la intervenció quirúrgica. Tots els trasplantaments foren bipulmonars. La supervivència a 1, 3 i 5 anys fou del 100%, 76% i 63% respectivament. S'observaren diferències significatives en relació a la supervivència a 1, 3 i 5 anys respecte a tots els pacients trasplantats per malaltia pulmonar intersticial (p: 0,037).

CONCLUSIONS

1) El TP és una opció terapèutica vàlida per a pacients seleccionats amb histiocitosi X. 2) Els pacients amb histiocitosi X sotmesos a trasplantament de pulmó viuen significativament més temps (p: 0,037) que els pacients trasplantats de pulmó per altres malalties pulmonars intersticials, probablement perquè és un subgrup de pacients més joves.

50 EVOLUCIÓ DE LA INCIDÈNCIA DE LES MALALTIES OCUPACIONALS RESPIRATÒRIES A CATALUNYA DE 2003 A 2011 I ANÀLISI PER PROVÍNCIES

Autors: Costa R¹, Orriols R², Albertí C³, Campà MT⁴, Casas X⁵, Castejon J⁶, Cortés I⁷, Esplugas J⁸, Espuga M², Faig N⁹, Ferré L¹⁰, Ferrer J², Lleal F¹¹, Madrid F¹², Magaroles R¹³, Marquès L¹⁴, Millet JP², Montero MA², Morell F², Muñoz X², Panadés R¹⁵, Perich D¹⁶, Porcel E¹⁷, Ramírez L¹⁸, Rodríguez-Bayarri MJ², Rubirà N¹⁹, Sos A²⁰, Tomás M²¹, Valero A²², Grup MOR.

Institucions: ¹H. Mútua Terrassa; ²H. Vall Universitari d'Hebron; ³CAM; ⁴FREMAP; ⁵H. Sant Boi; ⁶USL Costa de Ponent; ⁷Agència de Salut Pública de Barcelona; ⁸H. Sant Joan de Déu de Martorell; ⁹Torraspapel S. A.; ¹⁰H. Sant Joan de Déu de Manresa; ¹¹EGARSAT; ¹²ASEPEYO; ¹³H. Joan XXIII; ¹⁴H. Arnau de Vilanova; ¹⁵Centre de Seguretat i Salut Laboral de Barcelona; ¹⁶H. General de Manresa; ¹⁷USL Catalunya Central; ¹⁸USL Badalona; ¹⁹Clínica Plató; ²⁰USL Girona; ²¹USL Sabadell; ²²H. Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'objectiu de l'estudi va ser determinar l'evolució de la incidència i característiques de les malalties ocupacionals respiratòries (MOR) notificades en el registre voluntari de Catalunya i les diferències per províncies.

MATERIAL I MÈTODE

Es van recollir els casos de MOR notificats durant 9 anys (2003-2011) per al·lèrgics, metges del treball i pneumòlegs en el registre voluntari que existeix a Catalunya. La notificació es va realitzar de manera bimestral en línia; es van detallar les característiques dels casos, entre elles l'ocupació, l'agent causal i la població on treballava en aquell moment o havia treballat.

RESULTATS

Durant 9 anys es van notificar 3.359 nous casos. La notificació es va mantenir estable, entre 338 i 420 nous casos cada any. Per províncies, el 84% dels casos treballava a Barcelona, mentre que el 6% a Girona, el 5% a Lleida, el 4% a Tarragona i l'1% a altres llocs. La MOR més incident, de manera global, cada any i a totes les províncies, va ser l'asma ocupacional (AO) amb una mitjana total de 154 casos/any, que representa el 41% del total de casos diagnosticats. Girona va ser la província amb un percentatge major, arribant quasi al 60%. Els agents causals més freqüents d'AO, excepte RADS, van ser globalment els isocianats, amb 171 casos (14%), les farines amb 159 (13%), els persulfats amb 113 (9%) i els productes de neteja amb 107 (9%). Per províncies, els percentatges a Barcelona van ser similars als globals, però els isocianants a Girona van representar el 29% dels casos, mentre a Lleida i Tarragona el percentatge va ser molt menor. En canvi, a Lleida els agents causals més freqüents van ser les proteïnes animals amb el 23% del total, mentre que a les altres tres províncies aquestes van representar un màxim del 3%. A Tarragona les farines van ser l'agent més freqüent, produint el 15% dels casos, amb percentatge similar a totes les províncies. Així com la incidència de rinitis es va mantenir estable en el temps, amb una mitjana de 51 casos nous/any (14% del total), es va observar un descens en la notificació d'AO, inhalacions agudes i RADS. En aquestes dues últimes malalties la incidència en els últims anys va ser al voltant de la meitat respecte als primers. Per províncies, a Lleida es va observar una notificació important de casos de rinitis i a Tarragona d'inhalacions agudes, representant el 32% i el 26% dels casos totals de la província, respectivament. Les segones MOR més freqüents de manera global van ser les relacionades amb l'asbest, amb una incidència mitjana de 60 casos/any, tot i que la gran majoria de casos es va notificar a Barcelona, on van representar el 18% del total, mentre a les altres províncies van representar del 3% al 9%. Es va observar un augment en la notificació de mesoteliomes, de 29 casos entre 2003 i 2005 a 67 casos entre 2009 i 2011, mentre que la incidència d'asbestosi es va mantenir estable, amb una mitjana de 19 casos nous/any.

CONCLUSIONS

a) Entre 2003 i 2011 la notificació global de MOR a Catalunya es va mantenir estable amb una mitjana anual de 373 nous casos. b) LAO va ser la MOR més incident de manera global i a totes les províncies, representant el 40% del total i a Girona quasi el 60%. c) Les malalties relacionades amb l'asbest van ser les segones de manera global però sobretot a Barcelona, on representen quasi el 20% dels casos, mentre que a Lleida va ser la rinitis i a Tarragona les inhalacions agudes. d) Mentre els agents causals més implicats en l'AO de manera global, a Barcelona i a Girona van ser els isocianats, a Lleida van ser les proteïnes animals i a Tarragona les farines. e) Així com en les inhalacions agudes i en el RADS s'observa una tendència a disminuir, en el mesotelioma succeeix el contrari.

51 ÉS LA RESISTÈNCIA A L'APOTOSSI UNA CARACTERÍSTICA ÚNICA DELS FIBROBLASTS DE FIBROSI PULMONAR IDIOPÀTICA?

Autors: Vicens Zygmunt V, Olvera G, Cruz A, Mendoza C, Montaña M, Ramos C, Romero Y, Molina-Molina M, Pardo A, Selman M.

Institucions: Institut Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) - Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

La fibrosi pulmonar idiopàtica (FPI) és una malaltia complexa caracteritzada per la formació i persistència de focus de fibroblasts. S'ha suggerit que la persistència de fibroblasts/miofibroblasts és causada per la resistència a l'apoptosi. No obstant això, l'evidència és dèbil i la comparació amb fibroblasts obtinguts d'altres malalties pulmonars intersticials difuses (MPID) és escassa. Amb aquest motiu, l'objectiu d'aquest estudi fou comparar l'apoptosi i l'autofàgia, tant espontània com induïda, de fibroblasts fibròtics (FPI) amb altres MPID.

METODOLOGIA

Els fibroblasts s'obtingueren de biòpsies pulmonars de pacients amb FPI, pneumonitis per hipersensibilitat i MPID associada a malaltia autoimmunitària (pneumònia intersticial no específica/pneumònia organitzativa o patrons UIP-like). Els fibroblasts control s'adquiriren d'àrees de lobectomies macroscòpicament normals i de línies ATCC. Els fibroblasts foren sortejats d'acord amb la seva mida cel·lular per citometria de flux. L'apoptosi i l'autofàgia foren induïdes amb TNF α -IFN γ -Fas i H $_2$ O $_2$ i la resposta dels fibroblasts fou estudiada mitjançant citometria de flux, amb un kit de gens d'apoptosis en humans ('antibody-array') i per transferència Western (Western blot) (conversió d'LC3). Es determinà l' α -sma (de les sigles en anglès, *alpha smooth muscle actin*) per citometria de flux i immunofluorescència. La morfologia d'ultraestructura s'estudià mitjançant microscòpia electrònica.

RESULTATS

S'observaren dos tipus de fibroblasts tant en els controls com en totes les entitats d'MPID analitzades: petits (principalment en forma de fus) i grans (de morfologia estrellada, pràcticament tot miofibroblasts). Independentment del tipus d'MPID, els fibroblasts grans eren significativament més resistents a la mort que els petits. Així, la combinació de TNF α -IFN γ -Fas induí una mitjana d'aproximadament el 40% d'apoptosis en els fibroblasts petits en comparació amb el 10%, aproximadament, en els grans, els quals presentaven reduïda, a més a més, l'activitat autofàgica. L'apoptosi induïda per H $_2$ O $_2$ mostrà resultats similars, no obstant això, la diferència entre fibroblasts grans i petits fou menys evident. Els fibroblasts sortejats mostraren una expressió proteica diferent de gens apoptòtics/antiapoptòtics. Els fibroblasts grans d'FPI no-estimulats mostraren una sobreexpressió significativa d'alguns gens antiapoptòtics (XIAP i HMOX-1) i infraexpressió d'algunes proteïnes proapoptòtiques relacionades amb TNF α (TNFR1, TRAIL) en comparació amb els fibroblasts petits d'FPI. Després de l'estimulació amb TNF α -IFN γ -Fas, els fibroblasts grans d'FPI exhibiren la sobreexpressió d'algunes proteïnes antiapoptòtiques (HSP70, HSP27 i Claspin), antioxidants (catalasa), però també d'algunes proteïnes proapoptòtiques (procaspasa 3 i FADD) en comparació amb els fibroblasts petits d'FPI estimulats. La morfologia cel·lular d'ultraestructura després de l'estimulació amb TNF α -IFN γ -Fas mostrà abundants mitocondries en els fibroblasts d'FPI grans, mentre que en els fibroblasts petits d'FPI s'observaren múltiples cossos apoptòtics.

CONCLUSIONS

No s'observaren diferències en la susceptibilitat/resistència a l'apoptosi entre les diferents entitats d'MPID estudiades. Independentment del tipus d'MPID, els fibroblasts grans (probablement miofibroblasts) expressaren diverses proteïnes antiapoptòtiques que confereixen resistència a la mort cel·lular. Per tant, l'aparent resistència a la mort dels fibroblasts d'FPI no és una característica d'aquesta malaltia però pot estar relacionada amb un elevat percentatge de cèl·lules amb un fenotip de miofibroblasts.

NOTA

Amb el suport de: SMNyCT, SEPAR, SOCAP, FUCAP & PAPIIT IN214612.

52 ASSOCIACIÓ DE L'ÒXID NÍTRIC NASAL AMB FENOTIPS INFLAMATORIS I VARIABLES CLÍNiques EN PACIENTS AMB RINOCONJUNTIVITIS PERSISTENT

Autors: Garriga Baraut T, Giner Donaire J, Granel Tena C, Mateus Medina EF, Montserrat Gili JR, Gras Cabrerizo JR, Torrejón Lázaro M, Belda Soler A, Bigorra Rodríguez T, Sibila Vidal I, Torrejón Fernández A, Crespo Lessman A, Plaza Moral V.

Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La rinoconjuntivitis és una malaltia de la fisiopatogènia de la qual es basa en la inflamació. L'òxid nítric nasal (nNO) sembla ser un bon marcador d'inflamació nasal. Per altra banda, la identificació de diferents fenotips inflamatoris podria ser útil per millorar l'estratègia diagnòstica i terapèutica dels pacients diagnosticats de rinoconjuntivitis. L'objectiu d'aquest estudi va ser determinar la possible associació entre fenotips inflamatoris nasals, nivells d'nNO i paràmetres clínics i funcionals en aquests pacients.

MATERIAL I MÈTODES

S'estudiaren 30 pacients diagnosticats de rinoconjuntivitis persistent moderada en què es va excloure el diagnòstic d'asma. De cadascun d'ells es recolliren variables antropomètriques i demogràfiques i característiques clíniques i funcionals de la rinoconjuntivitis. A tots ells, el mateix dia, se'ls va realitzar la determinació de l'nNO i de la fracció exhalada d'òxid nítric (FeNO), un estudi al·lèrgològic (*prick-test*), determinació d'hemograma, IgE total i IgE específiques en sang perifèrica i avaluació objectiva nasal mitjançant rinometria acústica i endoscòpia nasal. Durant la realització de l'endoscòpia nasal s'obtingueren mostres de mucosa dels cornets inferiors utilitzant la tècnica de raspallat de s'obsc nasal. Les mostres obtingudes foren processades i analitzades per citometria de flux.

RESULTATS

S'estudiaren 42 malalts (16 ♂ i 26 ♀) amb una mitjana d'edat de 38 (valors límit 19-49) anys. El 48% (n = 20) dels pacients eren atòpics. Els nivells mitjans d'nNO i FeNO van ser: 3.355 (1.134) i 36 (30) ppb, respectivament. Es va objectivar una bona associació (r) entre els nivells d'nNO i FeNO (r = 0,53, p = 0,005). També es va trobar una associació estadísticament significativa entre els nivells d'nNO i el percentatge d'eosinòfils (r = 0,57, p < 0,01) i una correlació inversament proporcional entre els nivells d'nNO i el percentatge de neutròfils de la mucosa nasal (r = -0,44, p < 0,05). D'altra banda, les dones i els malalts diagnosticats de rinoconjuntivitis al·lèrgica (clínica compatible amb malaltia al·lèrgica juntament amb *prick-test* positiu i determinació d'IgE específiques positives) van presentar uns nivells d'nNO significativament més elevats que els homes i els pacients no atòpics (p = 0,01 i p < 0,05, respectivament).

CONCLUSIONS

El fenotip eosinofílic s'associa a nivells elevats d'nNO. Per contra, els malalts amb fenotip neutrofílic tenen nivells més baixos d'nNO. Els nivells d'nNo es correlacionen amb els del FeNO, l'atòpia i el sexe femení.

53 ANÀLISI DE L'HÀBIT TABÀQUIC EN METGES INTERNS RESIDENTS DE PRIMER ANY A L'HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA

Autors: Lapuente Torrents A, Esteban Tejero L, Juanola Pla J, Costa Solà R, Barreiro López B, Lozano Bailen L, Heredia Budó JL.

Institució: Hospital Universitari Mútua Terrassa.

OBJECTIUS

Avaluar la prevalença del tabaquisme i l'actitud envers el mateix en els metges interns residents (MIR) que inicien la seva formació especialitzada al nostre centre.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu observacional en el que s'incloueren MIR en el seu primer any de formació des de maig de 2010 a maig de 2012. Mitjançant una enquesta anònima es van recollir dades en relació a: edat, sexe, especialitat, procedència geogràfica, hàbit i consum tabàquic, tipus de recompensa en fumadors i exfumadors i fase d'abandonament. També es va interrogar sobre la importància de l'efecte del tabaquisme en els seus pacients, el paper del metge com a model, la utilitat del consell mínim i la definició de tabaquisme.

RESULTATS

Es van analitzar les enquestes de 101 MIR de primer any (32 homes i 69 dones) amb una mitjana d'edat de 27,6 \pm 5 anys. Eren estrangers 29 (28,7%). El 60% iniciava especialitats mèdiques, el 13% quirúrgiques, l'11% maternoinfantil i el 12% serveis centrals. Eren no fumadors 68 (67,3%), fumadors 20 (19,8%) i exfumadors 13 (12,9%). La mitjana de consum entre fumadors va ser de 7,8 \pm 7 cigarrets/dia durant 7,5 \pm 4,6 anys. D'entre els fumadors, 13 (65%) fumaven per recompensa positiva, 5 (25%) per recompensa negativa i 2 (10%) per ambdós motius. El 50% afirmava estar en fase de preparació, el 40% en fase contemplativa i el 10% en fase precontemplativa. El 21,8% (22) dels MIR considerava que el tabac era poc o gens perjudicial per als seus pacients. Entre ells, el 59,1% eren d'especialitats mèdiques i el 22,7% de quirúrgiques; essent 7 (31,8%) fumadors i 5 (22,7%) exfumadors. Defenien la figura del metge com a model el 91,1% (92), així com la utilitat del consell mínim. La concepció del tabaquisme com un hàbit prevalia sobre la de malaltia (50,5% vs. 34,65%).

CONCLUSIONS

La prevalença de tabaquisme en els MIR del nostre centre, tot i que més baixa que en la població general, segueix essent alta. La majoria de MIR fumadors està disposada a l'abandonament del tabac. És preocupant que el 21,8% consideri que el tabac és poc perjudicial per als seus pacients. La majoria defèn el paper modèlic del metge i creu en la importància del consell mèdic.

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

55 DISCRIMINACIÓ DEL FENOTIP INFLAMATORI DE L'ASMA AMB LA MESURA DE LA TEMPERATURA DE L'AIRE EXHALAT

Autors: Giner Donaire J, Crespo Lessmann A, Mateus Medina E, Torrejón Lázaro M, Belda Soler A, Torrego Fernández A, Garriga Baraut T, Granel Tena C, Plaza Moral V.
Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

El mètode habitual per identificar el fenotip inflamatori bronquial en pacients asmàtics és el recompte cel·lular en l'espüt induït. Aquest procediment és complex, car i el resultat s'obté en diferit. Recentment s'ha proposat la temperatura de l'aire exhalat (TAE) com un marcador no invasiu de la inflamació bronquial, basat en l'increment de la temperatura ocasionat per la major vascularització que habitualment acompanya la inflamació. L'objectiu d'aquest estudi va ser valorar si la TAE és capaç de discriminar el fenotip inflamatori en els pacients diagnosticats d'asma.

MATERIAL I MÈTODES

Es va estudiar un grup de 36 pacients amb diagnòstic d'asma (GEMA 2009) als quals es va realitzar en un mateix dia una espirometria, un recompte de cèl·lules inflamatòries en espüt induït, una determinació dels fenòmens i d'IgE total en sang. La determinació de la TAE es va realitzar amb l'equip *X-Halo*® (Delmedica, Singapur), seguint les recomanacions de Popov 2008. El fenotip inflamatori es va determinar mitjançant el recompte cel·lular de l'espüt induït.

RESULTATS

No es varen observar diferències estadísticament significatives en l'edat, sexe, ús de corticoides orals en l'últim any, rinitis, % FEV₁, FEV₁/FVC i fenòmens. Per contra, les diferències observades en la IgE entre els diferents fenotips, eosinofílic, neutrofílic i paucigranulocític, sí varen ser estadísticament significatives 167 ± 173, 36 ± 11 i 310 ± 279 UI/ml (p: 0,034) així com la TAE 34,31 ± 0,24, 34,77 ± 0,69 i 33,99 ± 0,86 °C (p: 0,048), respectivament. Els majors valors de la TAE (observats en el grup neutrofílic) coincideixen amb un major hàbit tabaquic.

CONCLUSIONS

Tot i que una TAE elevada podria ser un simple marcador de tabaquisme, aquests resultats preliminars podrien orientar cap a la possible utilitat de l'esmentada tècnica per discriminar els diferents fenotips inflamatoris de l'asma, en particular l'asma neutrofílica. Tanmateix, calen nous estudis amb una població mostral major per confirmar aquestes troballes.

54 VALIDACIÓ I FIABILITAT DEL QÜESTIONARI DE TOS LEICESTER COUGH QUESTIONNAIRE EN ESPANYOL EN PACIENTS ADULTS AMB BRONQUIËTASIS NO SECUNDÀRIES A FIBROSI QUÍSTICA

Autors: Muñoz Castro G, Oliveira Fuster C, Martínez-García MA, Giron Moreno R, De Gracia Roldan J, Álvarez Fernández A, Polverino E, Buxó Pujolràs M, Vendrell Relat M.
Institució: Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona.

INTRODUCCIÓ

La tos és un dels símptomes principals dels pacients amb bronquièctasis (BQ). El *Leicester Cough Questionnaire* (LCQ) és un qüestionari anglès que ha estat validat en pacients adults amb BQ sense fibrosi quística (FQ). L'objectiu d'aquest estudi va ser crear i validar una versió espanyola de l'LCQ en pacients adults amb BQ no secundàries a fibrosi quística (BQ no FQ).

MATERIAL I MÈTODES

Disseny de l'estudi: traducció mitjançant protocol validat i validació en un estudi prospectiu multicèntric longitudinal. Població d'estudi: pacients amb BQ no FQ diagnosticats per TACAR, en fase estable, majors de 18 anys, amb estudi de funció pulmonar recent (< 1,5 anys). Criteris d'exclusió: fumadors, coexistència de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) amb VEMS < 60%, asma, aspergil·losi broncopulmonar al·lèrgica, tuberculosi, resectió pulmonar, incapacitat de contestar qüestionaris. Es va analitzar: la fiabilitat comparant les puntuacions en la visita inicial i als 15 dies (en fase estable); la validesa comparant les puntuacions de l'LCQ en la visita inicial amb les del qüestionari Saint Georges (SGRQ) i variables clíniques; i la sensibilitat al canvi comparant les puntuacions en la visita inicial i en la primera agudització (en els primers 6 mesos després de la inclusió).

RESULTATS

Dos-cents cinquanta-nou pacients (59,5% dones, mitjana d'edat 58 ± 18 anys) inclosos entre abril de 2011 i abril de 2012 en 6 hospitals espanyols. Fiabilitat: alfa de Cronbach de 0,94 (físic), 0,93 (psicològic), 0,93 (social) i 0,91 (total). Resultats de consistència interna excel·lents. Validesa: la correlació entre les puntuacions de l'LCQ i l'SGRQ mitjançant el coeficient de correlació intraclasse va ser moderada (CCI -0,696). Les anàlisis multivariants de Bonferroni per les variables volum d'espüt, color de l'espüt, colonització, VEMS i dispnea van donar resultats significatius (diferència de la puntuació total de l'LCQ > 1,3). Sensibilitat al canvi: la diferència de les mitjanes de les puntuacions en l'LCQ entre la fase estable i la primera agudització va ser significativa (15,140 vs. 12,2638, p < 0,0001).

CONCLUSIONS

S'ha obtingut una versió espanyola de l'LCQ que s'ha demostrat que és una eina fiable, vàlida i sensible al canvi per monitorar la tos en pacients amb BQ no secundàries a FQ. Aquesta versió pot ser útil juntament a altres variables en l'avaluació de futurs tractaments o intervencions en aquests pacients.

56 OPINIÓ, ACTITUDS I CONEIXEMENT SOBRE LA TERÀPIA INHALADA EN INFERMERIA (OPTIM-INFERMERIA)

Autors: Giner Donaire J, Torrejón Lázaro M, Peiró M, 1 Murio Pujol C, Plaza Moral V.
Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; 1 Chiesi España.

INTRODUCCIÓ

Diversos estudis indiquen les deficiències en la utilització, per part dels pacients, de la teràpia inhalada. Entre d'altres, un dels motius pot ser el coneixement i les actituds que els professionals sanitaris tenen sobre teràpia inhalada i, en concret, en infermeria, que és un col·lectiu molt implicat en la formació dels pacients que la utilitzen (Plaza 2011). Aquest estudi preliminar té com objectiu avaluar l'enquesta sobre les actituds i coneixements de la via inhalatòria i les tècniques d'inhalació en una primera mostra d'infermers i infermeres.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi transversal descriptiu. Enquesta modificada de Plaza et al. (*J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2012 Feb;25(1):16-22) amb 20 preguntes d'opció múltiple distribuïda per correu electrònic (Google-Drive) i per correu convencional a tota Espanya entre els membres de l'Àrea d'Infermeria de SEPAR, demanant que la reenviessin a d'altres professionals coneguts tant d'àmbit hospitalari com d'Atenció Primària, durant setembre i octubre de 2012. L'enquesta va recollir les característiques demogràfiques, les preferències i coneixements dels dispositius existents, qüestions relacionades amb el coneixement de la seva utilització i aspectes d'ensenyament i control sobre dispositius i tècnica d'inhalació. L'enquesta va ser voluntària, individual i anònima.

RESULTATS

Es van rebre 203 respostes. Els coneixements sobre teràpia inhalada han estat adquirits majoritàriament (44%) en sessions de societats científiques. Els inhaladors de pols seca van ser els preferits, en general, i el Turbuhaler®, en particular. La identificació de les passes més importants en els dispositius pressuritzats (MDI) sense i amb càmera d'inhalació (MDIc) i dels dispositius de pols seca (DPI) va mostrar que el 60%, el 62% i el 54%, respectivament, coneixia la resposta correcta (inspiració lenta en els MDI i MDIc i enèrgica en el DPI). La formació dels pacients en la utilització dels dispositius d'inhalació recau en infermeria (48%) i en infermeria i el metge (48%); el 14% dels enquestats diu que la realitza sempre i el 43% en la majoria dels casos; el 6% diu que realitza controls posteriors de forma teòrica, el 35% de forma pràctica i el 39% de forma teòrica i pràctica.

CONCLUSIONS

El coneixement sobre les tècniques d'inhalació segueix essent pobre entre el personal d'infermeria espanyol. Aquest desconeixement pot ser un dels motius de la mala utilització per part dels pacients. Cal desenvolupar millors estratègies educatives entre els professionals.

NOTA

Estudi patrocinat per Chiesi España®.

57 ÉS EFICAC INTERVENIR EN TABAQUISME EN PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA DURANT EL SEU INGRÉS HOSPITALARI?

Autors: Peiró Fàbregas M, Alonso León A, Blanco Valle JM, Calpena Irisari M, Casajuana López de Pablo M, Gutiérrez Rouco M, López Suárez S, Diez Martínez S, Safar Samaan A, Peiró Pinto M, Palacín Calderón S.

Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

Segons estudis recents, el 20% de pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) ingressats en un hospital segueixen fumant. Fumar està associat a estances hospitalàries més llargues i a major nombre de complicacions i de futures hospitalitzacions.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu longitudinal dissenyat amb l'objectiu de determinar l'eficàcia d'un programa de deshabituació tabàquica (PDT) per a pacients ingressats amb MPOC a l'Hospital de Sant Pau de Barcelona. El període d'inclusió va ser d'octubre de 2011 a juny de 2012. La detecció del pacient fumador durant el seu ingrés va ser a càrrec del personal d'infermeria d'hospitalització prèviament format i una infermera experta en tabaquisme va oferir una intervenció intensiva per a aquells que voluntàriament van acceptar tractament durant l'ingrés i a l'alta, finançat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. El seguiment va consistir en 5 visites presencials en consultes externes amb suport psicològic fins a l'any d'abstinència contínua pel mateix professional, validada de forma objectiva per cooximetria.

RESULTATS

Es van detectar 67 pacients; d'aquests, 20 van quedar exclosos, 3 van ser èxits i la resta, 18, no van complir criteris d'inclusió i 2 no van acceptar. Es van incloure 44 pacients amb una mitjana d'edat de 64,2 (11) anys, 31 (70,5%) eren homes, 34 (77,3%) diagnosticats d'MPOC Gold 3 i 4, amb una mitjana de FEV1 %: 43,83 (19,26) i FVC %: 68,73 (19,64), 7 (15,9%) portadors d'ODC amb un test de Fagerström abreviat de 4,45 (1,6), una mitjana de 34,26 cig/dia (18,4) i amb una edat d'inici en el consum de 16,6 (7). La majoria, 36 (87,7%) amb més d'un intent previ d'abandonament, amb una mitjana de dies d'abstinència en intents previs de 134,9 (245,7) i quasi la meitat, 20 (46,5%), amb entorn fumador. El tractament farmacològic administrat va ser: vareniclina 12 (28,6%), teràpia substitutiva de nicotina 28 (66,7%) o sense cap tractament 2 (4,8%). Les taxes d'abstinència al mes respecte a l'inici de la intervenció van ser del 86%, als 3 mesos del 71,4% i als 6 mesos del 57,9%. No es va observar diferències significatives de l'abstinència en relació a la resta de variables.

CONCLUSIONS

1) La intervenció del tabaquisme durant l'ingrés del pacient amb MPOC és acceptada per quasi la majoria dels pacients. 2) El PDT gestionat i implementat pel personal d'infermeria descrit obté taxes d'abstinència similars a altres programes intensius tot i ser un grup de fumadors amb especials dificultats per a deixar de fumar per les seves característiques d'alta dependència i alt consum, entre d'altres.

58 LA DESINFECCIÓ EN BRONCOSCOPIA. MÉTODO MANUAL O MÉTODO AUTOMÁTICO

Autors: Olmo Muñoz AR¹, Hernández Espigares R², Rosell Gratacós A², Martínez Berian MJ², Martín Ropero A², Torns Olmo A².

Institucions: ¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

La broncoscopia flexible (BF) es una tècnica diagnòstica mínimament invasiva. La probabilitat de contaminació de los BF se incrementa con su uso y su desinfección. En la actualidad hay dos métodos de desinfección de alto nivel en nuestro centro: el automatizado (servicio B) y el manual (servicio Q). Para comprobar cuál de los dos métodos es más eficaz, se realizó este estudio y se planteó una intervención para mejorar los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta sobre el método de lavado/desinfección. Se analizaron los registros de cultivos microbiológicos mensuales de los instrumentos (método descriptivo) de ambos servicios de enero de 2009 hasta enero de 2011, ambos inclusive. Se realizó una intervención consistente en instilar alcohol de 70° por los canales del BF después de cada lavado los meses de febrero a abril del 2011 (método analítico de cohortes). Se compararon las incidencias acumuladas (IA) del sistema de lavado automatizado en relación al manual y, posteriormente, el efecto de la desinfección con alcohol, para cada uno de los grupos.

RESULTADOS

Durante el periodo de enero de 2009 hasta enero de 2011 inclusive, el servicio B ha realizado 2.695 exploraciones. Se han practicado 160 cultivos, de los cuales 18 resultaron positivos (IA = 11,25%). El servicio Q ha realizado en el mismo periodo 345 exploraciones, llevándose a cabo 77 cultivos, de los cuales 9 fueron positivos (IA = 11,68%) (p > 0,05). Después de la intervención durante 3 meses (febrero, marzo y abril) de 2011 con alcohol de 70° tras cada desinfección, no se ha obtenido ningún cultivo positivo de los 19 cultivos realizados en el servicio B (IA = 0%) y de los 13 cultivos en el servicio Q (IA = 0%), habiéndose practicado 364 exploraciones en el servicio B y 46 en el servicio Q (p = 0). Se está a la espera de la evaluación de los cultivos realizados hasta la fecha.

CONCLUSIONES

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas de la IA entre ambos sistemas de lavado en un periodo de 25 meses. Sin embargo, la instilación de alcohol posterior al lavado reduce drásticamente la IA hasta conseguir la esterilidad en todos los cultivos realizados en 3 meses. Queda pendiente la evaluación de los resultados hasta el día de hoy.

59 VALORACIÓ DELS ESTUDIS REALITZATS PER A DESCARTAR INFECCIÓ LATENT TUBERCULOSA A UNA CONSULTA D'INFERMERIA ESPECÍFICA D'UN HOSPITAL GENERAL

Autors: Vicedo Rodríguez S¹, Casas García X², González Cuevas A³, Díaz de Brito V⁴, Sánchez Torrent L, Gallardo Ordoñez P⁵, Llorens Obradors L².

Institucions: ¹Infermeria Pneumologia; ²Servei de Pneumologia; ³Servei de Microbiologia; ⁴Unitat d'Infeccions. Servei de Medicina Interna; ⁵Servei de Pediatria. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

La consulta d'infermeria de la Unitat de Tuberculosi (TB) existeix en el nostre hospital des de l'any 2007. Les seves funcions són el diagnòstic de la infecció latent i el control de l'adherència al tractament.

OBJECTIUS

Descriure les característiques dels pacients derivats a la consulta d'infermeria de TB per a descartar una infecció latent i analitzar els resultats de les tècniques diagnòstiques utilitzades i les decisions derivades de totes elles.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi descriptiu retrospectiu durant un període de dos anys (2011-2012). S'han analitzat tots els pacients derivats a la nostra consulta: servei de procedència, motiu de derivació, tècnica diagnòstica, resultats de totes les proves i decisions mèdiques derivades dels resultats. S'han utilitzat dues tècniques, la prova de la tuberculina (PPD) i els IGRA (*Quantiferon*® -TB *Gold* in-tube) segons el protocol del nostre hospital.

RESULTATS

S'han obtingut dades de 245 pacients, dels quals 129 (53%) venen de l'estudi de contactes; 65 (25%) ho fan derivats de diversos serveis per fer teràpia biològica (antiTNF) i 51 (21%) com ajuda complementària per a descartar TB. S'ha realitzat la tècnica de *Quantiferon*® en 50 casos: estudi de contactes, 13 (26%); antiTNF, 35 (70%); i per descartar TB, 2 (4%). La concordança global entre PPD i IGRA va ser del 70% (kappa = 0,40); IC del 95% de 0,12 a 0,68). De tots els individus amb PPD(+), el *Quantiferon*® va ser negatiu en 12 casos, i dels individus amb PPD(-), només un *Quantiferon*® va ser positiu. A teràpia biològica, s'ha efectuat tractament de la infecció latent en 13 casos, dels quals tots han completat tractament amb rifampicina + isoniazida 3 mesos, sense complicacions rellevants. Del total de pacients de l'estudi de contactes, s'ha pautat tractament a 24 pacients (21%). Amb isoniazida (9,37%) i rifampicina (4,16%), i pauta combinada (H + R) (11,46%). Han completat tractament (20,83%) i hi ha hagut abandonaments (4,16%). La causa d'abandonament d'una pacient va ser per efectes secundaris del tractament i en 3 no es coneix, per discontinuació de les seves visites.

CONCLUSIONS

Més de la meitat dels casos derivats a una consulta d'infermeria específica de TB ho són per a estudi de contactes, tot i que descartar una infecció latent prèvia indicació de teràpia biològica és un motiu de derivació que va en augment. La tècnica de *Quantiferon*® és utilitzada més en els casos de pacients amb teràpia biològica, donada la situació d'immunosupressió dels pacients; existeix una bona concordança amb la tuberculina en els casos negatius. La pauta de 3 mesos (H + R) és la més utilitzada en l'actualitat per al tractament de la infecció latent, sense identificar més efectes adversos que a la pauta clàssica amb isoniazida 6 mesos. Tots els pacients derivats per teràpia biològica compleixen el tractament de forma correcta; en canvi, el 16% de l'estudi de contactes no finalitza el tractament.

60 NIVEL EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Autors: Calpena Irisari M, Pereira González M, Palacín Calderón S, Laborda C, Gich Saladich I.

Institució: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es muy común la presencia de ansiedad y depresión o la presencia simultánea de ambas, que afecta a la calidad de vida y el funcionamiento psicológico, social y recreativo. La EPOC produce una limitación en las actividades de la vida diaria (AVD) y tiene un impacto importante en su familia, en el ámbito social y en el curso y evolución de su enfermedad.

OBJETIVOS: 1) Conocer el nivel emocional (ansiedad y depresión) en los pacientes con EPOC. 2) Medir el impacto de la EPOC en la vida del paciente de manera objetiva. 3) Ver si hay relación entre su nivel emocional y el tratamiento con oxígeno y ventilación no invasiva (VNI), nivel de GOLD y FEV₁, y si hay relación entre Goldberg y CAT.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo de todos los pacientes con EPOC, que ingresen en la sala de hospitalización durante el periodo comprendido entre octubre de 2011 y diciembre de 2013 y que quieran participar en el estudio. A todos ellos se les pasará un cuestionario general de elaboración propia que contiene datos acerca de: comorbilidad, situación familiar, si llevan tratamiento con O₂ o VNI, y dos cuestionarios validados:

1) Cuestionario de salud general de Goldberg 01: se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididos en 4 subescalas: A (mide síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social), D (depresión grave). El punto de corte es 56 (mínimo: 0 - máximo: 112); 0-53: no patológico; 54-55: riesgo de padecer psicopatologías; 56-74: psicopatología leve; 75-92: psicopatología moderada y 93-112: psicopatología grave.
2) Cuestionario CAT (COPD Assessment Test): cuestionario validado para medir el impacto de la EPOC en la vida diaria de un paciente de manera objetiva. Tiene 8 preguntas con una escala del 0-5 (0: sin impacto, 5: impacto muy grave), la puntuación total tiene un máximo de 40 puntos: a mayor puntuación peor estado de salud, < 10 impacto bajo; 10-20 impacto medio; 21-30 alto; > 30 muy alto.

RESULTADOS: La muestra es de 51 pacientes; M: 37 (72,5%); F: 14 (27,5%); edad: 75 ± 6 (57-89) años; FEV1: 42% ± 91 (29%-60%); escala de disnea MRC: grado 2, 12 (23,5%); grado 3, 33(65%); grado 4, 24 (47%). GOLD: grado 2, 7 (14%); grado 3, 20 (39%); grado 4, 24 (47%). Número de ingresos el año anterior: 1, 19 (37%); 2, 13 (25%). Nivel de estudios: primarios, 19 (37%); medios, 134 (25%). Comorbilidad: HTA, 43 (84%); diabetes, 30 (59%); cardiopatía isquémica, 24 (47%). Disponen de ayuda familiar o cuidador: 50 (98%). Llevan O₂ domiciliario: 32 (64%); VNI: 7(33%) con O₂, flujo de 2lx'. Goldberg: 75 ± 7 (59-88). CAT: 30 ± 5 (18-41). Observamos relación entre Goldberg y portadores de O₂ domiciliario; p = 0,072 y relación entre FEV₁-portadores de O₂, p = 0,055 y entre GOLD-O₂, p = 0,005. No hemos encontrado relación entre Goldberg portadores de VNI ni entre CAT-portadores de VNI. Hemos encontrado relación entre Goldberg-CAT, p = 0,000.

CONCLUSIONES: Los pacientes de nuestro estudio tienen un Gold de estadio 4 grave, alta comorbilidad y disponen de apoyo familiar. Tienen un Goldberg que indica psicopatología moderada y unas puntuaciones de CAT que indican alto impacto de la enfermedad en su vida diaria. Hemos observado que los pacientes portadores de O₂ domiciliario tienen puntuaciones más altas de Goldberg y un FEV1 menor siendo la relación estadísticamente significativa; hay correlación entre Goldberg y CAT.

61 ADHERÈNCIA I EFECTIVITAT EN EL CONTROL D'EXACERBACIONS EN PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA GREU EN TRACTAMENT AMB COLIMICINA INHALADA (PROMIXIN) EN DISPOSITIU I-NEB

Autors: Manuel MJ, Muñoz-Ezquerre M, López-Sánchez M, Huertas D, Losada M, Fàbregas A, Dorca J, Santos S.

Institució: Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

Les infeccions són la causa més freqüent d'exacerbació en la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). En pacients amb malaltia greu, la *Pseudomonas aeruginosa* (PA) pot tenir un paper rellevant, colonitzant el tracte respiratori i afavorint les exacerbacions recurrents. La *Colimicina* inhalada és un tractament emprat en la infecció bronquial crònica en pacients amb bronquiectàsia i l'i-neb (*Philips Respironic*) és un dels dispositius utilitzats per a la inhalació de *Colimicina*. No hi ha estudis sobre l'adherència al tractament i la seva efectivitat en pacients amb MPOC.

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi va ser analitzar l'adherència al tractament i la seva efectivitat en el control de les exacerbacions, en una població de pacients amb MPOC greu i exacerbacions recurrents.

MATERIAL I MÈTODES

La població d'estudi va ser un grup de pacients diagnosticats d'MPOC greu (FEV1 < 50%), amb més de 3 exacerbacions l'any previ i cultius d'esput positius per bacils gramnegatius, controlats en un hospital de dia. Se'ls va proporcionar educació específica sobre l'ús del nebulitzador. Es van recollir dades clíniques, així com el nombre d'exacerbacions l'any posterior al tractament i dades d'adherència al fàrmac obtinguts del nebulitzador mitjançant un software específic (*I-nebsight*).

RESULTATS

Es va analitzar 18 pacients, amb una mitjana d'edat de 71 ± 9 anys, 17 homes, amb FEV1 35 ± 7%, FEV1/FVC 43 ± 11%, DLCO 42 ± 21%. El 88% (n = 16) presentava cultius positius per a PA i 2 casos per a *E. Coli* i *P. mirabilis*. En el 72% (n = 13) dels casos es va associar tractament amb azitromicina quinzenal. La mitjana de temps de tractament va ser de 10,6 ± 4,5 mesos. En el 94% (n = 17) dels pacients l'adherència del fàrmac va ser del 80 ± 25%, amb una durada per inhalació de 8 ± 4 minuts. Comparant el període de seguiment amb l'any previ, la mediana (rang interquartil) del nombre d'exacerbacions va ser de 2 (1-4) vs. 5 (4-6) (p < 0,05) i de consultes a urgències va ser d'1 (0-2) vs. 3 (2-4) (p < 0,05), sense presentar variacions en els dies d'hospitalització. Es va suspendre el tractament en un cas per broncospasma.

CONCLUSIONS

Els pacients amb MPOC mostren bona adaptació, tolerància i adherència al tractament amb *Colimicina* mitjançant el dispositiu d'inhalació i-neb. A la nostra població de pacients amb MPOC greu i exacerbacions recurrents es va observar una reducció en el nombre de exacerbacions i visites a urgències després d'iniciar el tractament amb el fàrmac.

NOTA

Estudi finançat per SEPAR i FUCAP.

63 RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN Y REGISTRO DE CONSTANTES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ECOBRONCOSCOPIA

Autors: Setó L, Ruiz A, García Aunión AM, Pérez Gómez JA, Bonilla D, Villanueva A, Sanchis F, Manjón J, Álvarez S.

Institucions: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; Hospital La Fe, València; Fundació Jiménez Díaz, Madrid.

INTRODUCCIÓ

La ecobroncoscopia (USEB) és una exploració que, per la seva dificultat en la realització i mala tolerància, se realitza amb sedació. La sedació millora el rendiment diagnòstic i facilita la acceptació de una segona exploració en el cas de ser necessària. La monitorització durant l'exploració pot realitzar personal de infermeria.

OBJETIVO

Valorar los beneficios de la monitorización de constantes y nivel de conciencia durante la realización de la USEB.

MATERIAL Y MÉTODO

En el estudio participaron tres centros: Hospital Universitario y Politécnico La Fe (n = 95), Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (n = 78) y Hospital Fundación Jiménez Díaz (n = 75). Se monitorizó: ECG, TA, frecuencia cardíaca y respiratoria, SaO₂, CO₂, transcutáneo y nivel de conciencia con el índice bispectral (BIS) y/o por escala visual de sedación (EVS). Estas variables se anotaron antes de iniciar la prueba (basal), al iniciar la sedación (inicial) y cada 10 minutos hasta los 30 minutos de finalizar la prueba en una hoja diseñada especialmente para este fin. Se registraron las complicaciones.

RESULTADOS

Se analizaron 263 USEB consecutivas, de las que se excluyeron 15 por estar incompletos los datos. De las 248 restantes, 190 (76,6%) eran hombres con media de edad de 63 años (rango 29-85 años) y de 59 años (rango 37-85) en las mujeres. La duración media de las exploraciones fue de 44,23 ± 16,85 minutos. Durante este tiempo se registraron 128 complicaciones de las que 20 (15,6%) fueron por desaturación, 21 (16,4%) hipertensiones, 27 (21,1%) hipotensiones, 3 (2,3%) taquicardias, 19 (14,8%) bradipneas, dos (1,6%) paradas respiratorias, 23 (17,9%) tos y 13 (10,1%) otras. El BIS se utilizó para el control del nivel de conciencia en 93 pacientes (37,5%), la EVS en 154 (62,1%) y el nivel de CO₂ en 82 (33,06%). Todas las complicaciones se resolvieron con medidas terapéuticas sencillas en la misma unidad de endoscopias.

CONCLUSIONES

1) La monitorización cada 10 minutos permitió un control estrecho de los pacientes y el diagnóstico de las complicaciones. 2) La monitorización con los distintos métodos del nivel de conciencia permite conocer el grado de sedación durante una exploración larga e incómoda. 3) Estos controles permiten tomar decisiones para el mejor control y sedación de los pacientes.

62 LA FISIOTERÀPIA EN EL POSTOPERATORI IMMEDIAT I TARDÀ EN LA CIRURGIA DE L'OBESITAT MÒRBIDA: INCIDÈNCIA D'ATELÈCTASI

Autors: Mateu G, Rabasa P, Luna A, Espuela H.

Institució: Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

OBJECTIU PRINCIPAL

Comparar la incidència de l'atelectàsia entre els pacients amb obesitat mòrbida (OM) intervinguts de cirurgia bariàtrica entre novembre de 2007 i desembre de 2011, comparant dos moments d'inici de la fisioteràpia respiratòria: en el postoperatori immediat (< 3 hores) i el postoperatori tardà (> 18 hores).

OBJECTIU SECUNDARI

1) Estimar la prevalença de pneumònia en els casos d'atelectàsia; 2) Analitzar factors relacionals en els casos d'atelectàsia.

MATERIAL I MÈTODES

Disseny de l'estudi: estudi retrospectiu de cohorts per avaluar la incidència d'atelectàsia entre grups d'intervenció fisioterapèutica immediata o tardana. Selecció de pacients: tots els pacients intervinguts de cirurgia bariàtrica de l'Hospital Parc Taulí que van realitzar el Protocol de Fisioteràpia Respiratòria Preoperatori i Postoperatori entre novembre de 2007 i desembre de 2011. El protocol preoperatori consta de 5 sessions de fisioteràpia respiratòria ambulatoria en què s'inclouen: valoració de l'estat respiratori de les vies aèries, mesures educatives del procés preoperatori, entrenament en l'inspiròmetre d'incentiu model *coach*, exercicis ventilatoris, tècniques de drenatge de secrecions i tos autoassistida. El protocol postoperatori és el mateix i el realitzen cada dia durant l'ingrés hospitalari fisioterapeutes experts. Criteris d'exclusió: no haver realitzat el protocol preoperatori i postoperatori adequatament. Dels pacients seleccionats, es formaren dos grups: el grup A, els que van rebre fisioteràpia postoperatoria tardana (> 18 hores) i el grup B, els que van rebre fisioteràpia postoperatoria immediata (< 3 hores). Les dades han estat recollides de la història clínica del pacient. Variables estudiades: edat, sexe, IMC, hàbit tabàquic, alteració ventilatòria obstructiva (AVO) o no obstructiva (AVNO), SAHOS, CPAP, dies transcorreguts entre l'última sessió de fisioteràpia respiratòria preoperatoria i la cirurgia (USFR), tipus de cirurgia, diagnòstic d'atelectàsia per radiologia, diagnòstic de pneumònia per febre d'origen respiratori i dies d'ingrés hospitalari.

RESULTATS

Total de pacients estudiats: 86; exclosos 13 (15%); inclosos: 73; 59 dones (80,8%) i 15 homes (19,2%); mitjana d'edat 42,36 anys; IMC 46,76; 15,1% fumadors; 4,1% amb AVO i 9,6% amb AVNO; 37% SAHOS i CPAP; USFR 7,22 dies; tècnica quirúrgica: 51 *bypass* i 22 *sleeve gastrectomy*; dies d'ingrés 5,84. Total d'atelectàsia diagnosticades per radiologia: 22 (30,1%); 15 (38,5%) al grup A i 7 (20,6%) al grup B. Total de pneumònies: 4 (5,5%); 3 (13,6%) dins les atelectàsis vs. 1 (2%) en què no hi havia atelectàsia. Analitzant la tècnica quirúrgica, trobem un 37,3% d'atelectàsia en el *bypass* gàstric vs. un 13,6% en el *sleeve gastrectomy*.

CONCLUSIONS

Realitzar la fisioteràpia en el postoperatori immediat en la cirurgia bariàtrica (grup B) redueix considerablement la incidència d'atelectàsia (50%). No han sortit resultats estadísticament significatius amb la mostra. Es necessitaria incloure 54 unitats experimentals en cada grup totalitzant 108 unitats experimentals en l'estudi. Es continuarà treballant amb l'estudi per poder oferir resultats significatius.

64 IMPACTE DE LA INTERVENCIÓ INFERMERA EN LA DESHABITUACIÓ TABÀQUICA

Autors: Pérez Escanilla Y, Biosca Marce M, Serrat Tarraco I, Manuel García MJ, Valencia Muntala L, Bachs Salvador A.

Institució: Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011, tres de cada deu persones de 15 anys i més són fumadores (29,5%). L'hàbit de fumar és una de les principals causes evitables de malaltia i mort. Deixar de fumar és un acte de salut. La intervenció infermera, donant informació sobre els recursos que tenim a l'abast, i fer educació sanitària és cabdal perquè una persona avanci en aquest procés.

OBJECTIU

Valorar l'impacte d'una intervenció infermera a través de l'anàlisi del canvi de conducta tabàquica basal i als 4 mesos de la intervenció.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi descriptiu dirigit a individus fumadors identificats a Consultes Externes de l'Hospital Universitari de Bellvitge el dia 29 de maig de 2012 als que es va aplicar la intervenció infermera per mitjà de la realització d'una espirometria, una coximetria, així com una enquesta que incloïa les següents variables: dades demogràfiques, història tabàquica, grau de motivació, fase del canvi segons Prochaska i di Clemente i motiu per deixar de fumar. A més, es va oferir consell sobre els hàbits saludables i es va facilitar informació sobre els recursos sanitaris existents. Posteriorment, als 4 mesos es va reavaluar els pacients per mitjà d'una enquesta telefònica en la qual es recollia les següents variables: abandonó de l'hàbit tabàquic, ús dels recursos sanitaris, fase del canvi, consum de cigarretes i percepció de la utilitat de la intervenció. Per recollir les dades es va utilitzar la base de dades Excel i es van tractar amb el paquet estadístic *Statcrunch*.

RESULTATS

En la primera fase de la intervenció, la mostra fou de 54 individus, dels quals 27 eren dones (50%) i 27 homes (50%) amb una mitjana d'edat de 44 anys (21-75). El consum mitjà era de 17,96 cigarretes/dia (± 11,75), essent l'edat d'inici 17,6 anys. Del total d'individus, 30 (55,5%) es trobaven en la fase precontemplativa i 24 (44,4%) en la fase contemplativa. Als 4 mesos la mostra va ser de 46 individus (8 pèrdues). D'aquests, 7 (15,22%) es trobaven en fase precontemplativa, 8 (17,39%) en fase contemplativa, 14 (30,43%) en fase de preparació, 14 (30,43%) en fase d'acció i 3 (6,52%) en fase de recaiguda. El consum diari de cigarretes havia disminuït en 14 casos, havia desaparegut en 14 i en els 18 casos restants s'havia mantingut o augmentat. La intervenció infermera va ser considerada com útil per 38 individus (82,60%). El 63,4% va utilitzar els recursos sanitaris recomanats durant la intervenció.

CONCLUSIONS

Tenint en compte els resultats obtinguts, considerem que aquesta intervenció comunitària ha tingut un gran impacte sobre la població mostra de l'estudi ja que a dia d'avui hi ha 14 persones més sense fumar.

ENTITATS PATROCINADORES I COL·LABORADORES

XXXI DIADA PNEUMOLÒGICA

El Comitè Organitzador de la XXXI Diada Pneumològica i la Junta Directiva de la Societat Catalana de Pneumologia volen agrair molt especialment la participació i la col·laboració en l'organització d'aquesta diada a les següents entitats:

ENTITATS PATROCINADORES

ALMIRALL, S. A.
BOEHRINGER INGELHLIM
CHIESI ESPAÑA, S. A.
ESTEVE TEIJIN HEALTHCARE
GLAXO SMITH KLINE

ENTITATS COL·LABORADORES

ACTELION
ABELLÓ LINDE GASES INDUSTRIALES
ASTRA ZENECA FARMACÉUTICA SPAIN
COVIDIEN
ESTEVE
GASMEDI
GRIFOLS S. A. / MOVACO
GRUPO MENARINI
INTERMUNE SPAIN, S. L.
NOVARTIS FARMACÉUTICA, .S. A
OXIGEN SALUD HEALTHCARE
PFIZER, S. L. U.
PHILIPS HEALTHCARE
RESMED
TAKEDA FARMACÉUTICA ESPAÑA

A tots ells, gràcies.

