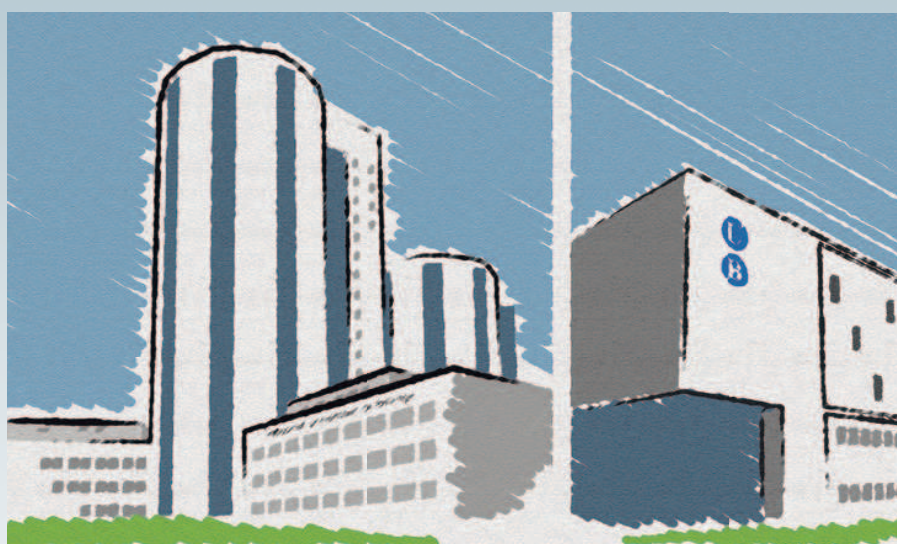


VOLUM 98 | SUPLEMENTS 2 | ABRIL 2015

SUPLEMENTS *dels* ANNALS DE MEDICINA

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



XXXIII Diada Pneumològica



L'Hospitalet - Barcelona
17 i 18 d'abril de 2015
Hospital Universitari de Bellvitge

www.socapnet.org



Annals de Medicina

Publicació de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Raó d'ésser: *Annals de Medicina* pretén ser, principalment, un vehicle de formació i comunicació entre els socis de l'Acadèmia, i entre aquests i l'entorn social i sanitari més proper. Per això, posarà un èmfasi especial en els aspectes de formació continuada, de divulgació, de debat, de síntesi, d'ètica, d'interdisciplinarietat i de sensibilitat sanitàries que més i millor poden ajudar a assolir aquells objectius. *Annals* ha de reflectir l'esperit plural, 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 Sanchez
Xavier de Balanzó Fernández

Consell Editorial

Monder Abu-Suboh Abadia
Antònia Andreu Domingo
Jorge Andreu Soriano
Lluís Anglada Tort
Montserrat Antonín Martín
Josep Arimany Manso
Armengol Sáez, Salvador
Nancy Babio Sánchez
Joan Josep Bargay Lleonart
Ferran Barranco Peña
Glòria Bassets Pagès
Antoni Bayés Genís
Manuel Bernal Sprekelsen
Joan Birbe Foraster
Jordi Blanch Andreu
Juli Busquets Barenys
Josep Maria Campistol Plana
Carles Camps Planas
Josep A. Capdevila Morell
Maria Elena Carreras Moratonas
Montserrat Casamitjana Abella
Manuel Castellà Pericàs
Elena Català Puigbó
Manel Cerdà Vila
Pere Clavé Civit
Joan Costa Pagès
Ramon Dalmau Alcalde
Joan Manuel Díaz Gómez
Rosa Dinarès Solà
Miquel Domènech Mestre
Montserrat Estorch Cabrera
Francisco Fernández Dorado
María Ferrándiz Mach
María Dolors Forés García
Antoni Furriols Solà
José M^a Fusté Alis
María Magdalena García Bonafé
Juan N. García-Nieto Portabella
Pere Genaró Jornet
M. Àngels Gil Bernabé Sala
Joan Girós Torres
Núria Guañabens Gay
Jordi Guardiola Capón
Lluís Antoni Guerrero Sala
Manel Honrado Eguren

Clara Izard Gavarro
Cándido Juárez Rubio
Jerzy Krupinski
Antoni Llovet Brugué
Pedro E. López de Castro Alojes
Anna María Lucas Martín
Àngels Mach Buch
Narcís Macià Guilà
Jordi Maeso Lebrun
Sonia Magán Muñoz
Alex Marcas Vila
Pere Marco Aznar
Luís Manuel Marco Estarreado
Josep M. Marcos Bruguera
Lluís Marquès Amat
Julio Martínez Cutillas
Javier Martínez Osorio
Àngela Martínez Picó
Hildegard Mausbach Reisen
Llorenç Miralles Serrano
Óscar Miró Andreu
Rafael Molina Porto
Ferran Alfons Moraga Llop
Xavier Muñoz Gall
Alfons Nadal Serra
Salvador Navarro Soto
Montse Nuevo Gayoso
Anna Oliveras Serrano
Francisco Javier Ortega Allué
Montserrat Pàmias Massana
Artur Pereira Saavedra
Mónica Povedano Panadés
Ramon Pujol Vallverdú
Magí Raich Brufau
Sílvia Ramón Rona
Jordi Recasens Robert
Josep Reig Vilallonga
Josep M. Ribera Santasusana
Wifredo Ricart Engel
Pere-Manuel Rimbau Muñoz
Manuel Romaní Olivé
Domingo Ruiz Hidalgo
José M^a Sánchez Colom
Jordi Saus Sarrias
Jordi Carles Schlaghecke Gras
Joan Solà Aznar
Roser Solans Laque
Ferran Tognetta Arena
Joaquim Torné Cachot
Pere Vallribera Rodríguez
César Vargas Blasco
Àngel Vidal Milla
Ernest Vinyoles Bargalló

Director: Xavier Bonfill

Coordinació editorial

Marta Gorgues
Centre Cochrane Iberoamericà
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Pavelló 18, planta baixa, despatx 14
Sant Antoni M. Claret, 167 – 08025 Barcelona
Tel. 935 565 578 – Fax 935 537 809
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. 932 031 050 – Fax 934 188 729
Adreça electrònica: academia@academia.cat
Pàgina web: <http://www.academia.cat>

Distribució

Annals es distribueix gratuïtament als socis de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut 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.1514-1958
ISSN-2013-7109
Disseny i maquetació: Josep Maria Vallbona

XXXIII DIADA PNEUMOLÒGICA

L'Hospitalet de Llobregat, 17 i 18 d'abril de 2015

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCAP

President	Xavier Muñoz Gall
Vicepresidenta	Antònia Llunell Casanovas
Secretària	Júlia Tàrrega Camarasa
Tresorera	Salud Santos Pérez
Vocals	Sílvia Fernàndez Serrano Núria Grau Sanmartí
Vocal del grup de treball d'Infermeria i Fisioteràpia Respiratòria	Andrea Valiente Planas

COMITÈ ORGANITZADOR

DIRECTORA

Susana Padrones Sánchez

VOCALS

Samantha Aso González
Ana Córdoba Izquierdo
Noelia Cubero de Frutos
Jordi Dorca i Sargatal
Mercè Gasà Galmes
Marta López Sánchez
Rosa López Lisbona
Maria Molina Molina
Carme Monasterio Ponsa
Enric Prats Soro
Jesús Ribas Solà
Toni Rosell Gratacòs
Neus Salord Oleo
Salud Santos Pérez
Vanesa Vicens Zygmunt

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Anna Bachs Salvador
Anna Fàbregas Lorenzo
Cristina Esquinas López
Lluís Mateu Gómez

CURS PRECONGRÉS PER A ATENCIÓ PRIMÀRIA

Susana Padrones
M. José Manuel
Sandra Albamonte
Carmen González Martínez

COMITÈ CIENTÍFIC

MÈDIC

M. Jesús Cruz Carmona
Oriol Sibila Vidal
Eva Farrero Muñoz
Ramon Marrades Sicart
Concepción Montón Soler
Bienvenido Barreiro López
José Sanz Santos

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Andrea Valiente Planas
Anna Bachs Salvador
Lluís Mateu Gómez

SECRETARIA TÈCNICA



L'Acadèmia

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

Enric Clarella
Departament d'Activitats i Congressos
C/ Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona

Tel. 932 030 716 – Fax 932 031 485
enricclarella@academia.cat
www.socapnet.org

ÍNDIX GENERAL

SALUTACIÓ

XAVIER MUÑOZ GALL

President de la Societat Catalana de Pneumologia..... S2-3

PRESENTACIÓ

JORDI DORCA I SARGATAL

SUSANA PADRONES SÁNCHEZ

Comitè Organitzador de la XXXIII Diada Pneumològica S2-4

PROGRAMA DE MEDICINA S2-5

PROGRAMA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA S2-8

CURS D'ACTUALITZACIÓ EN PNEUMOLOGIA PER A ATENCIÓ PRIMÀRIA..... S2-11

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

COMUNICACIONS/PÒSTERS

ASMA I MPOC (1-20)..... S2-15

INFECCIONS I ONCOLOGIA (21-27)..... S2-20

INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA I TRASTORNS DEL SON (28-32)..... S2-22

MISCEL·LÀNIA (33-45) S2-24

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA (46-51) S2-27

Salutació

Estem davant d'una nova Diada Pneumològica, la XXXIII.

Abans de res voldria agrair l'esforç realitzat pels directors de la Diada i per tot el seu equip per tal que aquest esdeveniment sigui un èxit. No tinc cap dubte que ho serà! També vull agrair el suport econòmic que hem rebut per part de la indústria i, sobretot, us vull agrair a tots vosaltres la vostra participació. Com ja us comentava l'any passat, les vostres col·laboracions en forma de ponències, debats, moderacions, presentacions de comunicacions o pòsters ens enriqueix a tots, ens aporten nous coneixements i fan viva la nostra Societat.

L'activitat científica i formativa que es du a terme durant el nostre Congrés és molt bona. I tan important com aquestes activitats, ho és també la convivència entre tots els membres que formen part de la SOCAP. La combinació d'aquests tres aspectes segur que ens ajuda a millorar com a especialistes i això probablement acaba traduint-se en beneficis per als pacients pneumològics, que en definitiva són la nostra raó de ser com a professionals.

També voldria aprofitar per fer un reconeixement a l'activitat que al llarg de tot aquest any han dut a terme la Comissió Docent i el Comitè Científic. L'esforç de la Comissió Docent ha estat notable, generant el Curs de residents de preparació de l'Hermes, que tant èxit està tenint de moment. Així mateix agraeixo també al Comitè Científic totes les seves aportacions per millorar la qualitat de la investigació dins de la nostra Societat. A més, s'ha creat una Comissió Institucional que vetllarà per la visualització de la SOCAP en diferents àmbits. A tots els membres que han acceptat formar part d'aquesta Comissió els dono el meu més sincer agraiment.

De nou, no voldria acabar sense fer una crida a tots els socis, no sols a participar de les activitats que es generen, sinó també a aportar-nos idees i suggeriments per tal de millorar el nostre rendiment. No cal dir que tots els membres que formem la Junta estem a la vostra disposició.

Molt bona Diada!

Xavier Muñoz Gall

President

Societat Catalana de Pneumologia

PRESENTACIÓ

Benvolguts companys i benvolgudes companyes,

Els dies 17 i 18 d'abril de 2015 celebrarem la XXXIII Diada Pneumològica a l'Hospital de Bellvitge, a l'Hospitalet. Per a nosaltres és un plaer convidar-vos i poder gaudir de la vostra presència durant aquests dos dies.

Fa molts anys que el nostre hospital no organitza una Diada i és per això que ens fa especial il·lusió tornar-nos-hi a posar. Aquest any continuarem amb la realització del Curs d'Actualització en Pneumologia per a Atenció Primària, peça clau en la continuïtat assistencial dels nostres pacients. Aquestes trobades no només permeten millorar el coneixement i l'atenció de les malalties respiratòries, sinó que també són un important acte social que permet retrobar-nos amb amics i companys, compartir un cafè o un dinar, establir nous contactes, obrir portes a nous projectes i col·laboracions.

Esperem que el programa d'aquest any, força clínic i assistencial, sigui del vostre interès. Volem reconèixer i agrair la col·laboració dels ponents i dels moderadors i el seu interès per aquesta Diada. Tanmateix, agraïm a la indústria farmacèutica el seu recolzament a la pneumologia catalana, el qual és imprescindible per desenvolupar molts dels projectes de la nostra Societat.

Com veureu és molt fàcil arribar fins a l'Hospitalet, per mar, terra o aire... per tant, no teniu cap excusa per no ser-hi. Us hi esperem.

Jordi Dorca i Sargatal

Susana Padrones Sánchez

Comitè Organitzador de la XXXIII Diada Pneumològica

PROGRAMA DE MEDICINA

Divendres, 17 d'abril

- 08.30 - 09.00 REGISTRE I LLIURAMENT DE LA DOCUMENTACIÓ
- 09.00 - 10.00 AVENÇOS EN EL TRACTAMENT DEL CÀNCER DE PULMÓ
Moderadors: **Sergi Call**. Hospital Universitari Mútua Terrassa.
José Sanz. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
- CIRURGIA MÍNIMAMENT INVASIVA EN EL TRACTAMENT DEL CP PER TORACOSCÒPIA
Ponent: **Ricard Ramos**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- RADIOTERÀPIA ESTEROTÀCTICA COM A TRACTAMENT RADICAL DEL CP EN EL PACIENT NO QUIRÚRGIC. LIMITACIONS
Ponent: **M. Dolors Arnaiz**. Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat.
- BIOMARCADORS I NOUS FÀRMACS EN EL TRACTAMENT DELS PACIENTS AMB CÀNCER DE PULMÓ
Ponent: **Ramon Palmero**. ICO de l'Hospitalet.
- 10.00 - 10.30 NOVES TÈCNiques EN EL DIAGNÒSTIC ENDOSCÒPIC DEL NÒDUL PULMONAR PERIFÈRIC
Moderador: **Albert Sánchez Font**. IMIM - Hospital del Mar. Barcelona.
Ponent: **Antoni Rosell**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- 10.30 - 11.00 Descans - cafè
- 11.00 - 12.15 TAULA EPOC-ACOS (*ASTHMA - COPD OVERLAP SYNDROME*):
Moderador: **Jaume Ferrer**. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
- ACOS: EXISTEIX UN CONSENS EN EL DIAGNÒSTIC?
Ponent: **Nestor Soler**. Hospital Clínic de Barcelona.
- EXISTEIXEN BASES FISIOPATOLÒGIQUES DIFERENCIALS EN AQUESTA SÍNDROME QUE CONDICIONIN UN MANEIG CLÍNIC DIFERENT?
Ponent: **Christian Domingo**. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
- NOUS TRACTAMENTS BIOLÒGICS PER A L'ASMA, PODRIEN ESTAR INDICATS TAMBÉ PER A L'MPOC?
Ponent: **David Ramos**. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- 12.15 - 13.00 NOUS FÀRMACS EN EL TRACTAMENT DE LA MALALTIA TROMBOEMBÒLICA
Moderador: **Joan Ruiz Manzano**. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Ponent: **Pere Domènech**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- 13.00 - 13.30 ACTE INAUGURAL
- 13.30 - 15.00 DINAR DE TREBALL

- 15.00 - 16.15 FPI: DIFERENCIEM I TRACTEM
Moderadores: **Amalia Moreno**. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
Karina Portillo. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
- EL DIAGNÒSTIC RADIOLÒGIC: DETALLS DE LA TCAR QUE PODEN LIMITAR EL DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL
Ponent: **Tomàs Franquet**. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- PUNTS CANDENTS EN EL DIAGNÒSTIC HISTOLÒGIC: QUAN FER BIÒPSIA QUIRÚRGICA? ES POT DIAGNOSTICAR PER CRIOBÌPSIA TRANSBRONQUIAL?
Ponents: **Josep Ramírez**. Hospital Clínic de Barcelona.
Diego Castillo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- ACTITUD TERAPÈUTICA
Ponent: **Maria Molina**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- 16.15 - 17.00 TRASTORNS RESPIRATORIS DEL SON EN LA INSUFICIÈNCIA CARDÍACA: COM ELS TRACTEM?
Moderadora: **Patricia Lloberes**. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Ponent: **M. José Masdeu**. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
- 17.00 - 17.30 Descans - cafè
- 17.30 - 18.15 ECOGRAFIA TORÀCICA. IMPLICACIONS DIAGNÒSTIQUES I TERAPÈUTIQUES DE L'ECOGRAFIA TORÀCICA EN EL PACIENT PNEUMOLÒGIC
Moderadora: **Ingrid Solanes**. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Ponent: **Andrés Briones Gómez**. Hospital Universitari La Fe de València.
- 18.15 - 19.00 EL PULMO I L'ALTA MUNTANYA. FISIOPATOLOGIA EN SITUACIONS D'HIPÒXIA I ESTRÈS
Moderador: **Xavier Muñoz**. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Ponent: **Antoni Ricart**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- 19.00 - 21.30 ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA
- 21.30 SOPAR DE LA DIADA

PROGRAMA DE MEDICINA

Dissabte, 18 d'abril

09.00 - 10.30 SESSIÓ DE PÒSTERS

MPOC

Moderadors: **Pilar Ortega.** Hospital de Mataró.
Joan Anton. Hospital de Viladecans.

ASMA

Moderadors: **Salvador Perelló.** Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
Ricard Pifarré. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

EPID

Moderadors: **Vanesa Vicens.** Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Ramon Orriols. Hospital de Girona Doctor Josep Trueta.

MISCEL·LÀNIA

Moderadors: **Elisabeth Arellano.** Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.
Enric Barbeta. Hospital General de Granollers.

10.30 - 11.00 Descans - cafè

11.00 - 12.30 PRESENTACIÓ DE COMUNICACIONS I PROJECTES DE RECERCA FINALITZATS I DOTATS PER LA SOCAP

Moderadores: **Antònia Llunell.** Consorci Sanitari de Terrassa.
Andrea Valiente. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

12.30 - 14.00 REPTES EN EL TRACTAMENT DE L'ELA (sessió conjunta)

Moderadors: **Lluís Mateu.** Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Eva Farrero. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA PRECOÇ: COM, QUAN, TÉ SENTIT?

Ponent: **Antoni Anton.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

MANEIG DE LES SECRECIIONS RESPIRATÒRIES, EL PROBLEMA DE L'AFECTACIÓ BULBAR

Ponent: **Júlia Estela Esteve.** Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

EL PAPER DE SUPORT PSICOLÒGIC EN LA PRESA DE DECISIONS

Ponents: **Mariona Riera.** Fundació Miquel Valls.
Núria Sala. Fundació Miquel Valls.

14.00 CLOENDA

PROGRAMA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Divendres, 17 d'abril

- 08.30 - 09.00 REGISTRE I LLIURAMENT DE LA DOCUMENTACIÓ
- 09.00 - 09.45 ASMA BRONQUIAL
Moderadora: **Carme Josep**. Hospital de Mataró.
- MONITORATGE DEL PACIENT ASMÀTIC. DETECCIÓ PRECOÇ DE LES DESCOMPENSACIONS
Ponent: **Íñigo Ojanguren**. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
- L'EDUCACIÓ SANITÀRIA I ELS BONS HÀBITS DE VIDA EN EL CONTROL DE L'ASMA
Ponent: **Montse Torrejón**. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- 09.45 - 10.30 IMPACTE DE LES PATOLOGIES RESPIRATÒRIES CRÒNIQUES EN LES AVD
Moderadora: **M. José Manuel**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Ponents: **Coral Navarro**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Eva Rodríguez. IPSalut - Institut de Psicologia de la Salut. Barcelona.
- 10.30 - 11.00 Descans - cafè
- 11.00 - 12.00 PAPER D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA EN LES ASSAIGS CLÍNICS
Moderadora: **Cristina Esquinas**. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
- ROL INVESTIGADOR: INFERMERIA I FISIOTERÀPIA COM A INVESTIGADOR PRINCIPAL (IP)
Ponent: **Gerard Muñoz Castro**. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.
- INFERMERIA I FISIOTERÀPIA COM A COL·LABORADORS EN LA INVESTIGACIÓ
Ponent: **Núria Seijas**. Hospital Clínic de Barcelona.
- 12.00 - 13.00 ATENCIÓ AL FINAL DE LA VIDA EN LA MALALTIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA
Moderadora: **Adela Gejo**. PADES Delta del Llobregat. ICS.
- ASPECTES ÈTICS, PRESA DE DECISIONS, INTERVENCIONS
Ponent: **Núria Codorniu**. ICO de l'Hospitalet.
- ASPECTES CLÍNICS
Ponent: **Dolors Torremorell**. Consorci Sanitari de Terrassa.
- 13.00 - 13.30 ACTE INAUGURAL
- 13.30 - 15.00 DINAR

15.00 - 17.00	TALLERS: TALLERS I: APARELLS I UTILLATGE DE LA VNI Ponents: Esther Giró. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Dani Martí Romeu. Hospital Clínic de Barcelona. TALLERS II: MANEIG DELS DRENATGES TORÀCICS Ponents: Francisco Rivas. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Maria Ferrés. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. TALLERS III: MANEIG DE LES SECREIONS I DE LA TOS ASSISTIDA EN PACIENTS RESTRICTIUS Ponents: Ana Balañá. Hospital del Mar. Barcelona. Lluís Mateu. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
17.00 - 17.30	Descans, cafè i visita als estands
17.30 - 18.15	OXIGENOTERÀPIA EN EL PACIENT AMB IRA/IRC HOSPITALITZAT: "L'OXIGEN COM A MEDICACIÓ" Moderadora: Isabel Díaz. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. EFFECTES BENEFICIOSOS I DELETERIS DE L'OXIGENOTERÀPIA Ponent: Manel Luján. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. DISPOSITIUS PER A L'ADMINISTRACIÓ D'OXIGEN (QUINS, QUAN I COM?) Ponent: José M. Vázquez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
18.15 - 19.00	CURES D'INFERMERIA A LES BRONCOSCÒPIES: SEDACIÓ, PREPARACIÓ DEL PACIENT (DEJÚ), INTIMITAT I TÈCNiques INVASIVES PER BRONCOSCÒPIA (VÀLVULES, CRIOBÌOPSIA) I MANIPULACIÓ DE LES MOSTRES Moderadora: Laia Setó. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Ponents: Ana Galera. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Meritxell de la Hera. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
19.00 - 21.30	ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA
21.30	SOPAR DE LA DIADA

PROGRAMA D'INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

Dissabte, 18 d'abril

- 09.00 - 10.30 SESSIÓ DE PÒSTERS
Moderadores: **Antònia Lluell.** Consorci Sanitari de Terrassa.
Andrea Valiente. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
- REUNIÓ DEL GRUP D'INFERMERIA I FISIOTÈRÀPIA DE LA SOCAP; DISCUSSIÓ D'ESTRATÈGIA DE FUTUR
- 10.30 - 11.00 Descans, cafè i visita als estands
- 11.00 - 12.30 PRESENTACIÓ DE COMUNICACIONS I PROJECTES DE RECERCA FINALITZATS I DOTATS PER LA SOCAP
Moderadores: **Antònia Lluell.** Consorci Sanitari de Terrassa.
Andrea Valiente. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
- 12.30 - 14.00 REPTES EN EL TRACTAMENT DE L'ELA (sessió conjunta)
Moderadors: **Lluís Mateu.** Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Eva Farrero. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA PRECOÇ: COM, QUAN, TÉ SENTIT?
Ponent: **Antoni Anton.** Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
- MANEIG DE LES SECRECIIONS RESPIRATÒRIES, EL PROBLEMA DE L'AFECTACIÓ BULBAR
Ponent: **Júlia Estela Esteve.** Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
- EL PAPER DE SUPORT PSICOLÒGIC EN LA PRESA DE DECISIONS
Ponents: **Mariona Riera.** Fundació Miquel Valls.
Núria Sala. Fundació Miquel Valls.
- 14.00 CLOENDA

CURS D'ACTUALITZACIÓ EN PNEUMOLOGIA PER A ATENCIÓ PRIMÀRIA

Dijous, 16 d'abril

- 14.30 - 15.00 REGISTRE I LLIURAMENT DE LA DOCUMENTACIÓ
- 15.00 - 15.15 PRESENTACIÓ
- 15.15 - 16.00 TUBERCULOSI. MANEIG DELS CASOS AMB DIAGNÒSTIC DE TUBERCULOSI I DELS CASOS SOSPITOSOS
Moderadora: **Lucía González**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Ponent: **Xavier Casas**. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.
- 16.00 - 17.00 RADIOLOGIA DEL TÒRAX. SESSIÓ CLÍNICA-RADIOLÒGICA
Moderadora: **Raquel Pascual**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Ponents: **Fernando Ferrer**. ABS Prat de Llobregat.
Patricio Luburick. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- 17.00 - 17.30 Descans, cafè i visita als estands
- 17.30 - 18.00 ADHESIÓ A LA TERÀPIA INHALADA: UNA ASSIGNATURA PENDENT?
Moderadora: **Estefania Sanjuan**. CAP Maria Bernades. Viladecans.
Ponent: **Salvador Hernández**. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
- 18.00 - 19.00 MODELS ORGANITZATIUS PER A L'ATENCIÓ DE L'MPOC FRÀGIL
Moderadora: **Salud Santos**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- VISIÓ DES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
Ponent: **Pere Simonet**. ABS El Prat de Llobregat-2, Sant Cosme i Sant Damià.
- ATENCIÓ D'INFERMERIA A PACIENT MPOC FRÀGIL A PRIMÀRIA
Ponent: **Carmen González**. ABS Hospitalet Centre.
- 19.00 - 20.00 SEGUIMENT DEL SAOS EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA
Moderadors: **Elisabeth Serra**. ABS L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat.
Tomás Brinquis. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- SAOS: UNA MALALTIA CRÒNICA
Ponent: **Carme Monasterio**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- COM ASSEGURAR L'EFICÀCIA DEL TRACTAMENT AMB CPAP
Ponent: **Carme Rodríguez Morales**. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- SUPORT DE LES EMPRESES SUBMINISTRADORES DE CPAP A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA
Ponent: **Inmaculada Ramos**. Linde Healthcare.

LLISTA DE PONENTS I MODERADORS

MEDICINA

Dra. M. Dolors Arnaiz Fernández. Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Andrés Briones Gómez. Hospital Universitari La Fe. València.
Dr. Sergi Call Caja. Hospital Universitari Mútua Terrassa.
Dr. Diego Castillo Villegas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Pere Domènech Santasusana. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Christian Domingo Ribas. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
Dr. Jaume Ferrer Sancho. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Dr. Tomàs Franquet Casas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. Patrícia Lloberes Canadell. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Dra. M. José Masdeu Margalef. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
Dra. Maria Molina Molina. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Amalia Moreno Gómez de Bonilla. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
Dr. Xavier Muñoz Gall. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Dr. Ramon Palmero Sánchez. ICO de l'Hospitalet.
Dra. Karina Portillo Carroz. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Dr. Josep Ramírez Ruz. Hospital Clínic de Barcelona.
Dr. David Ramos Barbón. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Ricard Ramos Izquierdo. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Antoni Ricard Mesones. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Antoni Rosell Gratacòs. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Joan Ruiz Manzano. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Dr. Albert Sánchez Font. IMIM - Hospital del Mar. Barcelona.
Dr. José Sanz Santos. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Dra. Ingrid Solanes Garcia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dr. Nestor Soler Porcar. Hospital Clínic de Barcelona.

PÒSTERS

Dra. Elisabeth Arellano Marcuello. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.
Dr. Enric Barbeta Sánchez. Hospital General de Granollers.
Dr. Joan Anton Lloret Queraltó. Hospital de Viladecans.
Dr. Ramon Orriols Martínez. Hospital de Girona Doctor Josep Trueta.
Dra. Pilar Ortega Castillo. Hospital de Mataró.
Dr. Salvador Perelló Aragonès. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.
Dr. Ricard Pifarré Teixidó. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.
Dra. Vanesa Vicens Zygmunt. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

BEQUES

Dr. Antoni Anton Albisu. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
D. U. F. Júlia Estela Esteve. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
Dra. Eva Farrero Muñoz. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Antònia Lluell Casanovas. Consorci Sanitari Terrassa.
D. U. F. Lluís Mateu Gómez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Sra. Mariona Riera Munt. Fundació Miquel Valls.
Sra. Núria Sala. Fundació Miquel Valls.
D. U. F. Andrea Valiente Planas. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

D. U. F. Ana Balañá Corberó. Hospital del Mar. Barcelona.
D. U. I. Núria Codorniu Zamora. ICO de l'Hospitalet.
D. U. I. Isabel Díaz Martos. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. F. Cristina Esquinas López. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
D. U. I. Maria Ferrés Prat. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. I. Ana Galera Inverno. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
D. U. I. M. José Manuel García. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. I. Adela Gejo Bartolomé. PADES Delta de Llobregat. ICS.
D. U. F. Esther Giró Bulta. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. I. Meritxell de la Hera. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. I. Carme Josep Candelich. Hospital de Mataró.
Dr. Manel Luján Torné. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.
D. U. F. Dani Martí Romeu. Hospital Clínic de Barcelona.
D. U. F. Lluís Mateu Gómez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. F. Gerard Muñoz Castro. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.
D. U. F. Coral Navarro. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Íñigo Ojanguren Arranz. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Dr. Francisco Rivas Doyague. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Eva Rodríguez Bruzos. IPSalut - Institut de Psicologia de la Salut. Barcelona.
D. U. I. Núria Seijas Babot. Hospital Clínic de Barcelona.
D. U. I. Laia Setó Gort. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
D. U. I. Montse Torrejón Lázaro. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.
Dra. Dolors Torremorell Balagué. Consorci Sanitari Terrassa.
D. U. I. José M. Vázquez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

PÒSTERS

Dra. Antònia Lluell Casanovas. Consorci Sanitari de Terrassa.
D. U. F. Andrea Valiente Planas. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

ATENCIÓ PRIMÀRIA

- D. U. I. Tomás Brinquis Pérez.** Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dr. Xavier Casas Garcia. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.
Dr. Fernando Ferrer Keyser. ABS Prat de Llobregat.
D. U. I. Lucía González Luquero. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Carmen González Martínez. ABS Hospitalet Centre.
Dr. Salvador Hernández Fliz. Hospital Universitari San Joan de Reus.
Dr. Patricio Luburick Hernaiz. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Carme Monasterio Ponsa. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Raquel Pascual Cascón. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Inmaculada Ramos García. Linde Healthcare.
Dra. Carme Rodríguez Morales. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Estefania Sanjuan Sanchis. CAP Maria Bernades. Viladecans.
Dra. Salud Santos Pérez. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Dra. Elisabeth Serra Sbert. ABS Hospitalet Centre.
Dr. Pere Simonet Aineto. ABS El Prat de Llobregat-2, Sant Cosme i Sant Damià.

ASMA I MPOC

01 DESENVOLUPAMENT I VALIDACIÓ D'UN NOU QÜESTIONARI ESPECÍFICAMENT DISSENYAT PER A ESTABLIR L'ADHESIÓ I ELS PATRONS D'INCOMPLIMENT DELS PACIENTS AMB ASMA I MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA AMB ELS INHALADORS. EL TEST D'ADHESIÓ ALS INHALADORS

Autors: Fernando Gutiérrez-Pereyra¹, Vicente Plaza¹, Concepción Fernández-Rodríguez², Carlos Melero³, Borja G. Cosío⁴, Rosa Palomino⁵, Eduard Tarragona⁶, Luis Pérez de Llano⁷, Luis Manuel Entrenas⁸, Antolin López-Viña⁹.

Institucions: ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. IIB-Sant Pau. Barcelona; ²Facultat de Psicologia. Universidad de Oviedo; ³Instituto de Investigación. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid; ⁴Hospital Son Espases-IdiSPA. Palma. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES); ⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba; ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid; ⁷Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo; ⁸Chiesi Spain. L'Hospitalet de Llobregat; ⁹GOC Networking. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

En la pràctica clínica habitual no hi ha eines vàlides, fàcils d'utilitzar i barates per establir amb fiabilitat i especificitat l'adherència i el patró d'incompliment dels pacients respiratoris amb els seus inhaladors.

OBJECTIUS

Desenvolupar i validar un qüestionari de 12 ítems específicament dissenyat per a determinar el nivell d'adhesió i el tipus d'incompliment dels pacients amb asma i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) amb els seus dispositius inhaladors: el test d'adhesió als inhaladors (TAI).

MÈTODE

Estudi multicèntric transversal i observacional que va incloure 1.009 pacients amb asma o MPOC. En altres 99 asmàtics l'adhesió als inhaladors es va determinar electrònicament (mitjançant dispositius *Smart-inhaler*) (adherència electrònica); en aquests malalts es va establir un bon nivell d'adhesió quan va ser $\geq 80\%$ de les preses. El TAI està format per 10 ítems autocomplimentats pel pacient, que proporcionen una puntuació que oscil·la entre 10 i 50 punts: els ítems 1 a 5 valoren l'incompliment «erràtic» i del 6 al 10, el «voluntari»; a més, hi ha dos ítems (11 i 12), avaluats pel professional sanitari, que identifiquen l'incomplidor «involuntari». Es va avaluar la validesa de constructe (anàlisi factorial amb rotació Varimax), la validesa interna (Cronbach α , correlacions test-retest), validesa de criteri (associacions entre l'adherència autoreferida i l'electrònica), les corbes ROC i l'àrea sota la corba (AUC). Així mateix es va utilitzar com a comparador suplementari l'adhesió determinada mitjançant el test de Morisky-Green.

RESULTATS

L'anàlisi factorial va demostrar dos factors: el factor 1 coincidí amb els ítems de l'1 al 10 del TAI i el factor 2, amb els factors 11 i 12. La correlació α Cronbach va ser de 0,860 i la fiabilitat del test-retest, 0,883. La puntuació del TAI es va correlacionar amb l'adherència electrònica ($r = 0,293$, $p = 0,01$). D'acord amb el millor punt de tall observat en el TAI (50; AUC: 0,7), 569 (62,5%) pacients van ser classificats com incomplidors. Els patrons d'incompliment van ser: «erràtics», 527 (57,9%); «voluntaris», 375 (41,2%); i «involuntaris» 242 (26,6%). Comparat amb el test de Morisky-Green, el TAI va demostrar una lleugera, però significativa, millor correlació amb l'adherència electrònica (0,247 vs. 0,293, respectivament).

CONCLUSIONS

El TAI és un qüestionari homogeni i fiable per identificar fàcilment la manca d'adhesió i el tipus d'incompliment dels pacients amb asma i MPOC amb els inhaladors en la pràctica clínica habitual.

02 PREVALENCIA E INFRAIDIAGNÒSTIC DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEMOSTRADA POR CORONARIOGRAFÍA. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

Autors: Annie Navarro Rolón¹, Ana María Lapuente Torrents¹, Julia Pareja², Ángela Barrera Roa², Sergi Yun³, Alejandro de la Sierra⁴, José Luis Heredia¹, Pere Almagro⁵.

Institucions: ¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Unidad de Geriatria de Agudos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

INTRODUCCIÓ

Tanto la cardiopatía isquémica (CI) como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) comparten mecanismos etiopatogénicos comunes. Estudios retrospectivos han descrito un peor pronóstico de la CI en los pacientes diagnosticados previamente de EPOC, aunque en estos trabajos el diagnóstico de EPOC se basa en los antecedentes por historia clínica, sin confirmación espirométrica. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la prevalencia e infradiagnóstico de EPOC, confirmado por espirometría, en pacientes diagnosticados de CI por coronariografía y su influencia en el pronóstico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de cohortes, prospectivo. Durante 6 meses se estudiaron los pacientes con CI confirmada por coronariografía. Al mes del cateterismo coronario se citó a los pacientes para realizar espirometría con prueba broncodilatadora y determinaciones de biomarcadores y se les realizó un cuestionario en el que se recogían factores de riesgo vascular y antecedentes de enfermedad respiratoria. Se analizó la mortalidad y una variable combinada (mortalidad e ingreso por causa cardiovascular o respiratoria durante el seguimiento) utilizando la regresión logística de Cox y las curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se estudiaron 133 pacientes, tras excluir 38 de los 171 incluidos inicialmente, con una media de edad de 63 (10) años, con predominio de hombres (75%). La prevalencia de EPOC fue del 24,8%, de los que el 79% no había sido diagnosticado previamente. El infradiagnóstico de EPOC fue del 90% en los pacientes con EPOC moderada de acuerdo con la clasificación GOLD y del 100% en aquellos con EPOC leve. El diagnóstico cardiológico que motivó la coronariografía fue de angina estable en el 41% de los pacientes, de síndrome coronario agudo sin elevación del ST en el 43% y de síndrome coronario agudo con elevación del ST en el 16%. Los pacientes con EPOC eran más ancianos (68 vs. 62 años; $p < 0,003$), tenían más comorbilidad (I. Charlson 2,55 vs. 1,55; $p < 0,03$), más microalbuminuria ($p < 0,03$) y PCR más alta ($p < 0,05$). La media de seguimiento fue de 898 días (RIQ 25-75: 659-1.178). Fallecieron 8 pacientes; 6 de ellos con EPOC (HR 9,4; IC 95%: 1,9-46,8; $p = 0,006$). Al estudiar la variable combinada (muerte más ingreso hospitalario por causa cardiovascular o respiratoria), los pacientes con EPOC presentaron significativamente más eventos ($p = 0,037$; HR 1,8; IC 95%: 1,04-3,33).

CONCLUSIONES

Los pacientes con CI tienen una alta prevalencia y un elevado grado de infradiagnóstico de EPOC. Los pacientes con CI y EPOC presentan peor pronóstico en el seguimiento.

03 ANÀLISI COMPARATIVA DE LES CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques DELS PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA GREU ATEOS A HOSPITALS DE DIA PNEUMOLÒGICS DE CATALUNYA: EFICÀCIA I EFICIÈNCIA DEL MODEL ASSISTENCIAL PEL CONTROL DE LES AGUDITZACIONS

Autors: Daniel Huertas¹, Concepción Montón², Alicia Marín³, Xavier Pomares⁴, Ingrid Solanes⁴, Laura Sebastián⁵, Mariana Muñoz-Esquerre⁶, Jordi Dorca⁷, Salud Santos⁸.

Institucions: ¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat; ²Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ³Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona; ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓ: Les aguditzacions dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) comporten un elevat nombre d'ingressos hospitalaris; això implica un mal control de la malaltia i un augment de la despesa sanitària. En els darrers anys s'han implementat a Catalunya diferents models d'assistència integral per a pacients amb MPOC greu i aguditzacions recurrents, que giren al voltant d'un dispositiu d'hospital de dia, on els pacients acudeixen tant de forma urgent com programada i que són atesos directament per pneumòlegs.

OBJECTIUS: Analitzar les característiques clíniques específiques dels pacients amb MPOC greu atesos a hospitals de dia pneumològics en centres de tercer nivell assistencial i comparar l'eficàcia del model assistencial específic implementat a cada centre pel control de les aguditzacions.

MÈTODES: Estudi multicèntric retrospectiu realitzat a l'Hospital Universitari de Bellvitge (HUB), Hospital Corporació Sanitària Parc Taulí (HPT), Hospital Germans Trias i Pujol (HGTP) i Hospital de Sant Pau (HSP). Es van incloure de manera consecutiva pacients amb MPOC atesos a l'hospital de dia per agudització des de gener de 2013. Es van recollir variables clíniques i funcionals dels pacients i variables d'eficàcia i eficiència en el control de les aguditzacions (nombre d'ingressos i de reingressos, estada mitjana, dies acumulats d'estada hospitalària i mortalitat) i es van comparar els diferents centres, durant un any de seguiment.

RESULTATS: Es van incloure a l'anàlisi preliminar 95 malalts (52,6% HUB, 26,3% HPT, 21,1% HGTP), el 95,8% dels quals eren homes, amb una mitjana d'edat de $69,9 \pm 8,2$ anys. Presentaven un VEMS del $37,8 \pm 14,3$, dispnea (mediana) de 3 (2-3), índex BODE 5 (4-6) i un índex de comorbiditat de Charlson modificat de $4,6 \pm 1,6$. El 50,5% dels malalts tenia indicació d'oxigenoteràpia domiciliària. Només es van trobar diferències estadísticament significatives entre els pacients dels diferents centres en l'índex de Charlson i en el grau de dispnea basal. Pel que fa a les variables d'eficàcia i eficiència en el control d'aguditzacions, de les 364 consultes per agudització que van realitzar els pacients ($3,8 \pm 2,2$ per pacient), en el 76,1% de les ocasions es van realitzar a l'hospital de dia dels diferents centres i van precisar ingrés hospitalari el 22% dels casos; aquesta dada contrasta amb el 77,4% d'ingressos en les aguditzacions ateses en els mateixos pacients al servei d'urgències. La mediana total d'ingressos en aquests malalts va ser de 1 (0-2), amb una estada mitjana de $11,6 \pm 10,5$ dies. El total de reingressos va ser del 20,4% i la mortalitat global va ser de l'11,6%, amb diferències significatives entre els centres, associada a una major comorbiditat (mesurada per l'índex de Charlson modificat).

CONCLUSIONS: Els pacients controlats als hospitals de dia van presentar un elevat nombre de consultes per agudització; destaca una mitjana baixa d'ingressos per pacient. La mortalitat en els pacients és variable entre els centres i s'associa fonamentalment a la comorbiditat. El model assistencial per a pacients amb MPOC més greu al voltant de l'hospital de dia representa una mesura eficaç i eficient pel control de les aguditzacions d'aquests pacients.

NOTA: Finançat per SOCAP i Laboratoris Menarini.

04 DIFERÈNCIES ENTRE ELS PACIENTS AMB ASMA I MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA EN EL NIVELL D'ADHESIÓ I EN ELS TIPUS D'INCOMPLIMENT ALS INHALADORS OBSERVADES AMB EL TEST D'ADHESIÓ ALS INHALADORS

Autors: Fernando Gutiérrez-Pereyra¹, Vicente Plaza¹, Antolín López-Viña², Luis Manuel Entrenas³, Concepción Fernández-Rodríguez⁴, Carlos Melero⁵, Luis Pérez de Llano⁶, Eduard Tarragona⁷, Rosa Palomino⁸, Borja G. Cosío⁹.

Institucions: ¹Departament de Medicina Respiratòria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Institut d'Investigació. Barcelona; ²Departament de Pneumologia. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda; ³Departament de Pneumologia. Hospital Reina Sofía. Córdoba; ⁴Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo; ⁵Departament de Pneumologia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid; ⁶Departament de Pneumologia. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo; ⁷Departament Mèdic. Chiesi Spain. L'Españet de Llobregat; ⁸Àrea de investigación aplicada. GOC Networking. Barcelona; ⁹Departament de Medicina Respiratòria. Hospital Son Espases. Palma. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

INTRODUCCIÓ

D'acord amb les diferents característiques sociodemogràfiques existents entre els pacients amb asma i amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), l'adhesió als fàrmacs inhalats i el patró d'incompliment també podria ser diferent. No obstant això, hi ha pocs estudis que hagin analitzat aquestes possibles diferències en àmplies sèries de pacients d'ambdues malalties en el mateix estudi i amb un mètode fiable.

OBJECTIU

Determinar les diferències entre els pacients amb asma i MPOC en el nivell d'adherència i el tipus d'incompliment a la teràpia inhalada mitjançant el Test d'Adhesió als Inhaladors (TAI).

MÈTODES

Estudi multicèntric transversal i observacional que va incloure 1.009 pacients respiratoris crònics: 500 (55%) amb asma i 410 (45%) amb MPOC. De tots ells es van recollir dades sociodemogràfiques, del nivell cultural i característiques clíniques de l'asma o de l'MPOC; van emplenar el qüestionari TAI, el de Morisky-Green i l'*Asthma Control Test* (ACT) els pacients amb asma, i el *COPD Assessment Test* (CAT) els pacients amb MPOC. A tots se'ls va efectuar una espirometria.

RESULTATS

Els pacients asmàtics van ser significativament més joves, amb una major proporció de dones, tenien un major nivell cultural, una major proporció de situació laboral activa, eren menys fumadors, la seva malaltia estava més controlada i cursaven amb una millor funció pulmonar que els pacients amb MPOC. No obstant això, van presentar una significativa major proporció de casos amb mala adhesió, 140 (28%) vs. 201 (49%), respectivament, i incompliment "erràtic" (46,4% vs. 34,9%) i "deliberat" (66,8% vs. 47,1%). Per contra, els pacients amb MPOC van cursar amb una significativa major proporció d'incompliment "involuntari" (31,2% vs. 22,8%).

CONCLUSIONS

Tot i que els pacients amb asma tenen unes característiques sociodemogràfiques i clíniques més favorables, són pitjors complidors amb la teràpia inhalada que els pacients amb MPOC. Així mateix, mostren un patró diferent de tipus d'incompliment. Aquestes diferències haurien de ser considerades en els respectius programes d'educació de cada malaltia, que haurien d'incorporar mesures correctores específiques per a cada tipus d'incompliment i malaltia.

05 HALLAZGOS FIBROBRONCOSCÓPICOS EN ASMA BRONQUIAL GRAVE Y RELACIÓN CON ASPECTOS CLÍNICOS Y FISIOPATOLÓGICOS EN ESTOS PACIENTES

Autores: Estefanía Sánchez Martínez¹, Carlos Martínez Rivera¹, Felipe Andreo García¹, Marisa Rivera Ortún¹, Carmen Centeno Clemente¹, Gloria Bonet Papell, David Ramos Barbón¹, Anna Plana Bonamaisó², Nadia S. Brienza³, Pere Serra Mitja⁴, Joan Ruiz Manzano¹.

Institucions: ¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona; ²Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial grave es una enfermedad en la que la fibrobroncoscopia ayuda a descartar otras enfermedades respiratorias. Hay algunos trabajos, pero aún son pocos, que hablan de hallazgos objetivados en dicha prueba y los correlacionan con hallazgos clínicos. El objetivo de este estudio fue relacionar hallazgos en la fibrobroncoscopia con aspectos clínicos, fisiológicos, microbiológicos, de inflamación sistémica, de vía aérea y de pared bronquial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal donde se realizaron, por indicación clínica, 39 fibrobronoscopias a pacientes con asma bronquial grave. A los pacientes se les recogió datos de clínica, función pulmonar, atopia (IgE, *prick test*, eosinófilos periféricos), de laboratorio, cuestionarios de síntomas y de calidad de vida. Se recogieron las exacerbaciones en el último año y el tratamiento que precisaban. En la fibrobroncoscopia se realizó biopsia bronquial que se remitió al biobanco del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; se recogió lavado broncoalveolar, catéter telescópico para cultivo y celularidad. Se evaluó la presencia de traqueobroncomalacia, colapso traqueobronquial, mucosa inflamatoria, secreciones, estenosis bronquial y anomalías anatómicas. Se comparó los grupos con/sin colapso traqueobronquial y con/sin mucosa inflamatoria mediante U de Man-Whitney ($p < 0,05$ significativa).

RESULTADOS

De los 39 pacientes, 30 eran mujeres; el FEV₁ medio fue de 63%, el ACT medio 15,7 y la media de edad de 56 años. Siete de los 39 pacientes tuvieron colapso traqueal, 18 colapso traqueobronquial y 19 mucosa inflamatoria. Se comparó, en los 3 casos, pacientes con/sin hallazgos. En cuanto a datos de mucosa inflamatoria, se vio que los que tenían mucosa inflamatoria requerían más tandas de corticoides (4,2 vs. 1,8; $p = 0,048$), requerían mayor dosis de corticoides inhalados (1.750 vs. 1.294 µg; $p = 0,076$), estaban más sintomáticos por ACT (13,8 vs. 17,6; $p = 0,022$) y disnea según escala MRC (1,42 vs. 0,83; $p = 0,039$).

CONCLUSIONES

Un porcentaje significativo de pacientes con asma bronquial grave presenta hallazgos patológicos en la fibrobroncoscopia. Los que presentan mucosa inflamatoria son más sintomáticos y requieren mayores dosis de tratamiento con corticoides sistémicos e inhalados. Los que presentan colapso traqueal están colonizados, especialmente por *Pseudomonas*, requieren más asistencia en urgencias y corticoides orales. Estos hallazgos obligan a pensar en el papel del tratamiento con corticoides y en la colonización en lesiones de pared bronquial en asma grave.

06 INFLUENCIA DE LAS TEMPERATURAS AMBIENTALES EN LAS HOSPITALIZACIONES POR EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Autores: Annie Navarro Rolón¹, Pere Almagro², Ana María Lapuente Torrents¹, Carmen Hernández³, Pablo Martínez Cambor⁴, Ricard Treserras⁵, Joan Escarabill⁶, Grupo de trabajo del Pla d'Atenció a les Malalties Respiratòries (PDMAAR)⁷.

Institucions: ¹Servicio de Neumología. Hospital Universitari Mútua Terrassa; ²Unidad de Geriatria de Agudos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua Terrassa; ³Unidad de Atención Integral. Hospital Clínic. Barcelona; ⁴Universidad Autónoma de Chile. Chile; ⁵Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; ⁶Programa de Atención a las Enfermedades Crónicas. Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El aumento de las exacerbaciones en los meses de invierno es bien conocido. Sin embargo, no existen estudios que relacionen directamente las hospitalizaciones por exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con la temperatura ambiental. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la influencia de la temperatura en el número de hospitalizaciones por EPOC en un área geográfica bien definida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron todas las hospitalizaciones entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2009 registradas en la base de datos del Departament de Salut de Cataluña. De ellas, se seleccionaron los códigos de alta correspondientes a ingreso por exacerbación de EPOC como diagnóstico principal usando la clasificación internacional de enfermedades (ICD9-CM). Las comorbilidades se recogieron a partir de los códigos de alta secundarios, utilizando el índice de Charlson-Deyo. Dada la diversidad climática en Cataluña, y para homogeneizar la muestra, se seleccionaron únicamente las hospitalizaciones pertenecientes a Barcelona y su área metropolitana (600 km² y 3.000.000 de habitantes).

RESULTADOS

De un total de 18.548 altas hospitalarias en Cataluña, con diagnóstico principal de exacerbación de EPOC, 9.804 (53,2%) fueron en el área metropolitana de Barcelona. El número de hospitalizaciones semanales osciló entre 89 y 459 con una media de 188,5 (80,2). Los pacientes fueron predominantemente hombres (75,4%) con una media de edad de 74,9 (10,5) años y una estancia media de 6,5 (6,1) días. El número más alto de ingresos -3.644 (37,2%) - ocurrió durante el invierno, seguido por el otoño con 2.367 (24,1%), la primavera 2.347 (23,9%) y el verano con 1.466 (14,7%) ($p < 0,001$). Las temperaturas máximas, mínimas y medias se asociaron de forma similar con el número de hospitalizaciones. En promedio, por cada grado centígrado de descenso de temperatura media semanal, los ingresos hospitalarios aumentaron en un 5,04% ($r^2 = 0,591$; $p < 0,001$). Después de ajustar por el porcentaje de humedad, contaminación ambiental, precipitaciones y síndromes gripales, únicamente las temperaturas medias mantenían diferencias estadísticamente significativas con un aumento promedio de 4,7% de las admisiones semanales por cada grado de descenso de la temperatura ($r = 0,599$, $p < 0,001$).

CONCLUSIONES

El descenso de las temperaturas medias semanales se asocia de forma independiente con el número de hospitalizaciones por EPOC, tras ajustar por humedad, comorbilidades, precipitaciones, contaminación ambiental y síndromes gripales.

07 ASMA OCUPACIONAL COM A CAUSA D'ASMA GREU

Autors: Beatriz Gálvez Martínez¹, María Jesús Cruz^{2,3}, Iñigo Ojanguren², Mónica Sánchez-Ortiz^{2,3}, Susana Gómez-Ollés^{2,3}, Xavier Muñoz^{2,3,4}.

Institucions: ¹Hospital Morales Meseguer. Múrcia; ²Servici de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES); ⁴Departament de Biologia, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

OBJECTIU

L'objectiu del present estudi va ser conèixer, en pacients amb asma ocupacional (AO) diagnosticats mitjançant una prova de provocació bronquial específica (PPBE), quin percentatge tenen asma greu i si existeix alguna variable que pugui predir la gravetat de l'asma.

MATERIAL I MÈTODES

Es van estudiar tots els pacients diagnosticats d'AO amb PPBE positiva entre 2006 i 2013. Es van analitzar característiques antropomètriques, estat atòpic, tipus d'agent causal, diferents temps de latència, proves de funció pulmonar, resultats de la PPBE i inflamació en l'esput induït. Les dades s'expressen com mitjana (rang).

RESULTATS

Es van analitzar 83 pacients (44 homes, mitjana d'edat 43 ± 10 anys), dels quals 62 (75%) varen ser classificats com asma "no greu" (intermitent, lleu o moderada) i 21 (25%) com asma greu. Els pacients amb asma greu eren més grans [49 [27 - 61]] anys i tenien més exacerbacions amb una mitjana mensual de 0,12 [0-1,67] en comparació amb els pacients amb asma no greu, que tenien una edat de 41 [22-65] anys, i una mitjana mensual d'exacerbacions de 0,01 [0-0,27] ($p = 0,009$; 0,0001, respectivament). El FEV₁ i la FVE dels pacients amb asma greu també va ser menor: FEV₁ 78% (53-109) i FVC 81% (55-114), en comparació amb els pacients amb asma no greu: FEV₁ 92% (63-124) i FVC 92% (670-122) ($p = 0,003$ i 0,005, respectivament). Finalment, els malalts amb asma greu presentaven un major percentatge d'eosinòfils [1 [0 - 24]] a l'esput induït, comparat amb els pacients amb asma no greu [0 [0 - 55]] ($p = 0,04$). Una anàlisi de regressió logística va evidenciar que l'edat en el moment del diagnòstic i el nombre d'exacerbacions mensuals eren les úniques variables predictores de la gravetat de l'asma (oportunitat relativa [Odds ratio] 0,93 i 0,2, $p = 0,046$ i 0,004, respectivament).

CONCLUSIONS

Un de cada quatre pacients amb AO pot tenir asma greu. A diferència de les sospites reportades a la literatura, el tipus d'agent i el temps de latència dels símptomes no semblen influir en la gravetat dels pacients amb AO.

08 EVALUACIÓN BRONCOSCÓPICA DE LAS VÍAS AÉREAS INFERIORES EN PACIENTES CON ASMA PERSISTENTE GRAVE

Autors: Carmen Centeno¹, Carla Torres¹, Felipe Andreo¹, Carlos Martínez Rivera¹, David Ramos Barbón², Gloria Bonet Papell¹, Pere Serra¹, Anna Plana Bonamaisó², José Sanz Santos¹, Juan Ruiz Manzano¹.

Institucions: ¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona; ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La broncoscopia es útil en pacientes con asma de difícil control para descartar enfermedades relacionadas con el asma. Existen pocos estudios que hagan referencia a lesiones o hallazgos encontrados en estos pacientes. El objetivo fue describir hallazgos broncoscópicos en pacientes con asma grave.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en 39 pacientes con asma grave sometidos a broncoscopia desde enero de 2011 a noviembre de 2014. Se usó el broncoscopio terapéutico. En todos los pacientes se utilizó lidocaína local. A 15 (38,5%) se les realizó la prueba bajo sedación con propofol y remifentanyl. En el resto se administró midazolam, atropina y propofol en combinaciones variables. Los pacientes fueron clasificados como asma persistente grave de acuerdo a la guía GEMA 2009. Se excluyó del estudio pacientes con EPOC u otra patología respiratoria y fumadores activos. En todos se realizó catéter telescópico, biopsia bronquial, lavado bronquioalveolar y aspirado bronquial. El colapso dinámico patológico de la vía aérea se definió como la reducción de la luz mayor al 50% durante la espiración, debido a una laxitud de la pared membranosa posterior, al contrario de lo que sucede en la traqueomalacia, donde la afectación está en la porción cartilaginosa. La mucosa inflamatoria se evaluó en todos sus aspectos: engrosamiento, edema y eritema.

RESULTADOS

De los pacientes seleccionados, 29 (77%) fueron mujeres, con una media de edad de 57 ± 11 años. En el momento del estudio, el 72% de los pacientes tenía una espirometría con patrón obstructivo con un VEF medio de 62% (± 17). El 13% (5 pacientes) de las broncoscopias fueron normales. En las patológicas (87%), los hallazgos más frecuentes fueron mucosa inflamatoria difusa en el 49% (19 pacientes) de los casos, colapso bronquial en el 41,03% (16 pacientes), estenosis bronquial en el 41% (16 pacientes), secreciones mucosas difusas en el 38% (15 pacientes), mucosa friable en el 31% (12 pacientes) y colapso traqueal en el 15,38% (6 pacientes). Con menor frecuencia se observaron anomalías anatómicas (13%; 5 pacientes), secreción mucopurulenta difusa y engrosamiento mucoso local. Sólo en un paciente se diagnosticó traqueobroncomalacia (2,6%). La tráquea en sable, la protrusión bronquial y la traqueal fueron infrecuentes.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con asma grave presenta anomalías en la broncoscopia. La mucosa inflamatoria difusa, la presencia de secreciones difusas y el colapso dinámico de la vía aérea son los hallazgos más frecuentes. Sólo se ha visto un paciente con traqueomalacia.

10 RELACIÓN ENTRE EL REMODELADO VASCULAR DE ARTERIAS PULMONARES Y SISTÉMICAS EN PACIENTES CON TRAQUEOBRONCOMALACIA

Autores: Mariana Muñoz-Esquerre, Marta López-Sánchez, Ignacio Escobar, Daniel Huertas, Rosa Penín, María Molina-Molina, Ana Montes, Frederic Manresa, Jordi Dorca, Salud Santos.

Institucions: Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat.

OBJETIVOS

El principal objetivo del estudio fue evaluar la correlación existente entre el remodelado vascular (engrosamiento de la íntima) de las arterias pulmonares y las arterias sistémicas de un grupo de pacientes con y sin enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Otros objetivos fueron realizar comparaciones entre grupos (controles, fumadores y pacientes con EPOC) y describir los factores clínicos (metabólicos, inflamatorios y de rigidez vascular) asociados a dicho engrosamiento de la íntima.

MÉTODOS

Se incluyeron 48 pacientes (controles = 13, fumadores = 15 y EPOC = 20) en los que se practicó una resección pulmonar como tratamiento de una neoplasia de pulmón. Las muestras recogidas incluyeron secciones de la arteria intercostal posterior (5º espacio intercostal), tejido pulmonar sano obtenido de la pieza resecada y sangre venosa para la determinación de los parámetros metabólicos e inflamatorios. Se realizaron mediciones morfológicas de las arterias musculares pulmonares (100-500 micras) y de las arterias intercostales, siguiendo las láminas elásticas interna y externas. Se determinó las áreas correspondientes a la capa íntima, media y lumen (expresadas como % del área total). Para definir la presencia de engrosamiento sistémico de la íntima, se tomó como punto de corte la mediana del área de la capa íntima de toda la muestra. Además, como medida no invasiva de rigidez vascular, se realizó el análisis de la velocidad de la onda de pulso (carotídeo-femoral) medida por tonometría y expresada en m/s.

RESULTADOS

Se observó una correlación entre el engrosamiento de la íntima de las arterias pulmonares y sistémicas (Rho de Spearman = 0,46, p = 0,008) del total de la muestra. En el análisis por grupos, las arterias pulmonares de los pacientes con EPOC presentaron un mayor engrosamiento de la íntima, respecto a fumadores sin EPOC (38,8% [32,2-42,8] vs. 30,5% [21,6-35,1], p = 0,012). Sin embargo, en el caso de las arterias sistémicas no hubo diferencias entre los 2 grupos (16,4% [10,6-18,1] vs. 13,4% [11,1-19,2], p = 0,655). Dentro de los factores clínicos, metabólicos e inflamatorios, sólo la presencia de enfisema pulmonar valorado por TC de tórax se asoció al engrosamiento de la íntima en arterias sistémicas (OR = 4,1, IC 95%: 1,1-15,0, p = 0,034).

CONCLUSIONES

En el presente estudio se demuestra una correlación entre el remodelado vascular de las arterias pulmonares y sistémicas de un grupo de pacientes con y sin EPOC, lo que sugiere la existencia de mecanismos subyacentes comunes que producirían cambios tanto en la circulación pulmonar como en la sistémica.

09 CARACTERITZACIÓ FENOTÍPICA DE L'ASMA AMB HIPERSECRECIÓ BRONQUIAL. EXPRESSIÓ DE LES MUCINES I DELS RECEPTORS DE TIPUS TOLL

Autors: Astrid Crespo, Eder Mateus, Montserrat Torrejón, Jordi Giner, Alicia Belda, Lorena Soto, Cándido Juárez, Sílvia Vidal, Oriol Sibila, Vicente Plaza.

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

INTRODUCCIÓ

L'asma amb hipersecreció bronquial constitueix una variant de la malaltia insuficientment caracteritzada. Probablement, la seva patogènia estigui relacionada amb una alteració de la immunitat innata en la que participen els receptors de tipus Toll (*Toll-like receptors*) (TLR) i les mucines secretores. No obstant, la informació disponible sobre aquesta associació és escassa.

OBJECTIUS

1) Determinar el fenotip inflamatori dels asmàtics hipersecretores. 2) Quantificar i comparar el tipus de mucines presents en l'esput induït (EI), així com l'expressió dels TLR 2 i 4 en els leucòcits de sang perifèrica dels asmàtics hipersecretores (H) i no hipersecretores (NH).

MÈTODE

Es van estudiar 43 asmàtics (19 H i 24 NH). Es va definir com asmàtic H aquell que expectorava diàriament més de 3 cops, des d'almenys dos anys abans. A tots els pacients es va realitzar/determinar: espirometria, FENO, prova de la punxada (*prick test*), IgE total, PCR, fibrinogen i albúmina en sang. En l'EI es va determinar el fenotip inflamatori i el tipus de mucina (MUC2, MUC5AC, MUC5B, MUC1) mitjançant la tècnica d'ELISA. Es va establir l'expressió dels TLR2 i TLR4 en els leucòcits de sang perifèrica mitjançant citometria de flux. El nivell de control de l'asma es va determinar mitjançant el qüestionari ACT i la qualitat de vida es va avaluar mitjançant el qüestionari MiniAQLQ.

RESULTATS

La mitjana d'edat del grup H va ser de 62,6 (10,7) anys; 14 (74%) eren dones i el fenotip inflamatori que va predominar en l'EI va ser l'eosinofílic (47%). En comparació amb el grup NH, els asmàtics H van cursar significativament amb: major gravetat (asma p. greu 94,7% vs. 29,2%; p = 0,000), major us d'altres dosis d'esteroïdes inhalats (47,4 % vs. 20,8%; p = 0,047), major proporció de poliposi nasal (36,8% vs. 8,3%; p = 0,022), pitjor control de l'asma (73,7% vs. 8,3%; p = 0,000), pitjor puntuació en el MiniAQLQ (4,04 vs. 1,95; p = 0,023), major nombre de visites a urgències en l'any previ (índex per pacient/any de 3,6 vs. 1,5; p = 0,02), major necessitat de cicles curts de glucocorticoides orals en l'any previ (4,2 vs. 0,75; p = 0,001) i major proporció d'asma amb prova de la punxada negativa (68,4% vs. 16,6%; p = 0,001). No es van observar diferències significatives en l'expressió de les mucines en l'EI ni en l'expressió de TLR en sang perifèrica entre ambdós grups. En ambdós grups d'asmàtics es va observar un augment de l'expressió de MUC1 i de les MUC 2.

CONCLUSIONS

L'asma amb hipersecreció bronquial crònica cursa amb una major gravetat i pitjor control i qualitat de vida, així com amb un fenotip inflamatori eosinofílic no al·lèrgic. Dintre dels mecanismes que involucren aquestes diferències no sembla que les mucines i les TLR juguin un paper important.

11 VALORACIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA AMB EL QÜESTIONARI CRQ-SAS EN PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA DESPRÉS D'UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓ DOMICILIÀRIA PRECOÇ

Autors: Luis Adolfo Urrelo, Laura Vigil, María José Masdeu, Natalia Martínez, Roser Coll, Héctor Prados, Júlia Estela, Eduard Monsó.

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

INTRODUCCIÓ

La importància de l'exacerbació de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) greu ha justificat el desenvolupament d'estratègies de rehabilitació respiratòria precoç, dirigides a la recuperació de la capacitat funcional del pacient després d'un ingrés hospitalari. L'objectiu de l'estudi ha estat avaluar l'impacte d'un programa d'aquestes característiques, aplicat als dos mesos immediats de l'alta, sobre la qualitat de vida i la funció pulmonar.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi longitudinal i prospectiu d'una cohort de pacients diagnosticats d'MPOC greu que inicien un programa de rehabilitació domiciliària immediatament després de l'alta i durant 8 setmanes. Es va utilitzar el "Cuestionario Respiratorio Crónico" (en versió autoadministrada (CRQ-SAS)) a l'alta, al finalitzar el programa de rehabilitació i a les 24 setmanes, per valorar l'impacte del programa sobre la qualitat de vida percebuda. També es van realitzar: espirometria forçada, gasometria arterial, prova de la marxa dels 6 minuts i mesura de la força muscular mitjançant dinamometria en els mateixos períodes. Els resultats obtinguts es van comparar amb els resultats basals obtinguts a l'alta.

RESULTATS

S'han avaluat 19 pacients (18 homes i 1 dona) amb una mitjana d'edat de 74 ± 8 anys diagnosticats d'MPOC greu (FEV₁ % 47 ± 11). A la Taula s'observen els valors corresponents a les variables de qualitat de vida, funció pulmonar i força muscular.

	Basal	8 setmanes	24 setmanes
Dispnea	4,77 ± 1,33	5,54 ± 0,88*	5,19 ± 1,98
Fatiga	3,48 ± 1,02	4,27 ± 0,90*	4,13 ± 1,73
Emoció	3,49 ± 1,06	4,67 ± 0,99*	4,40 ± 1,80
Domini	3,91 ± 0,99	5,13 ± 0,73*	4,62 ± 1,94
6MWT	279 ± 89,70	344,2 ± 0,73*	344,7 ± 59,3
Dinamometria D	13,03 ± 2,60	13,81 ± 2,36	15,41 ± 2,93*
Dinamometria E	12,71 ± 2,20	14,05 ± 2,47*	15,38 ± 2,63*
PaO ₂	64,66 ± 7,78	71,26 ± 9,42*	74,18 ± 12,36*

*p < 0,05

La qualitat de vida percebuda va millorar significativament després de la rehabilitació i mostrà una disminució progressiva fins als sis mesos. Es va observar diferències estadísticament significatives en la pressió parcial d'oxigen, en la distància recorreguda en la prova de la marxa i en la dinamometria de les extremitats inferiors.

CONCLUSIONS

Després d'un programa de rehabilitació s'observa una millora estadísticament significativa en els quatre dominis del qüestionari CRQ-SAS, que s'atenueja a les 24 setmanes. La força muscular de les extremitats inferiors, la distància recorreguda en la prova de la marxa i la PaO₂ s'incrementen de forma paral·lela durant el programa de rehabilitació, millora que es manté a les 24 setmanes excepte en la prova de la marxa.

12 ESTANDARDITZACIÓ D'UN MODEL MURÍ D'ASMA PER INHALACIÓ DE SOJA: MODEL MURÍ D'ASMA PER SOJA

Autors: Daniel Álvarez-Simón¹, Susana Gómez-Ollés^{1,2}, Xavier Muñoz^{1,2}, María Dolores Untoria^{1,2}, Marta Olle Monge^{1,2}, María Jesús Cruz^{1,2}.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

INTRODUCCIÓ

L'exposició a al·lèrgens de soja s'ha relacionat amb l'aparició de brots epidèmics d'asma i casos d'asma ocupacional. Els models murins convencionals generen una resposta al·lèrgica mitjançant l'administració d'al·lèrgen juntament amb un adjuvant per via intraperitoneal; per tant, estan limitats pel seu propi disseny per estudiar el mecanisme immunològic de l'asma per soja.

OBJECTIU

L'objectiu del present estudi és l'estandardització d'un model murí d'asma induït per inhalació d'al·lèrgen de soja i estudiar l'efecte en la via aèria de l'exposició a aquest al·lèrgen.

MATERIAL I MÈTODES

Es van emprar ratolins femella BALB/c que van rebre instil·lacions intranasals d'una solució de 5 mg proteïna/ml d'extracte de closca de soja o sèrum salí 5 dies consecutius durant 5 setmanes. Es va realitzar una prova de provocació bronquial amb metacolina als següents temps després de l'última inhalació: 1, 4, 8 i 24 hores. En aquests mateixos intervals es va avaluat la inflamació pulmonar en el rentat broncoalveolar i els nivells d'IgE total en sèrum.

RESULTATS

En els ratolins que van inhalar soja es va observar un augment significatiu de la hiperresposta bronquial en tots els temps. També es va observar un increment significatiu, i sostingut en el temps, del percentatge d'eosinòfils en el rentat broncoalveolar amb valors de 24%, 17%, 17% i 22% després d'1, 4, 8 i 24 hores, respectivament. Es va observar un increment significatiu i sostingut dels nivells d'IgE total. Aquest increment ja s'observa una hora després de l'última exposició.

CONCLUSIONS

El model murí descrit reproduceix de forma més natural la inducció d'asma per soja i demostra que l'exposició continuada a al·lèrgen de soja produeix un augment significatiu de la hiperresposta bronquial i una inflamació eosinofílica de la via aèria.

NOTA

Estudi parcialment finançat per CP12/03101 (Institut de Salut Carlos III) i FUCAP.

13 DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA: IDENTIFICACIÓN DE CARENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Miriam Barrecheguren¹, Mónica Monteagudo², Cristina Esquinas¹, Esther Rodríguez¹, Pere Simonet¹, Carles Llor¹, Jaume Ferrer¹, Marc Miravittles¹.

Instituciones: ¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²IDIAP Jordi Gol. Barcelona; ³Centro de Atención Primaria Viladecans 2; ⁴Centro de Atención Primaria Jaume I. Tarragona.

INTRODUCCIÓN

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es todavía una enfermedad infradiagnosticada a pesar de las iniciativas desarrolladas para incrementar el conocimiento de la misma. El infradiagnóstico es un reto, especialmente en el ámbito de la atención primaria (AP), donde se atiende a la mayoría de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El objetivo de este estudio fue describir la situación actual del diagnóstico del DAAT en AP en Cataluña.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico y poblacional con datos obtenidos del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria (SIDIAP), base de datos que contiene información de 5,8 millones de habitantes (aproximadamente el 80% de la población de Cataluña). Se recogió el número de determinaciones realizadas en AP durante 2 periodos (2006-2007, 2010-2011) y los valores obtenidos y se describieron las características de los individuos estudiados así como el manejo de los sujetos con valores deficitarios (alfa-1 antitripsina [AAT] < 100 mg/dl).

RESULTADOS

Durante estos 2 periodos se realizaron 12.409 determinaciones séricas de AAT (1.335 en niños; 10,8%) sin diferencias significativas en el número de determinaciones realizadas por año. La media de edad fue de 52,6 años (SD 16,3) y 4,6 (4,1) años en niños. Como posible indicación para realizar la determinación de AAT, 3.195 (28,9%) de los adultos y 393 (29,4%) de los niños tenían un diagnóstico previo de una enfermedad relacionada con el DAAT (en adultos: EPOC 13,7%, enfermedad hepática 8,4%; en niños: asma 22,3% y enfermedad hepática 0,5%). En total, en 663 (5,3%) individuos se detectó un DAAT intermedio (entre 50 y 100 mg/dl) y en 24 (0,2%) se diagnosticó un déficit grave (< 50 mg/dl), 2 de los cuales eran niños. Nueve (41%) de los adultos con DAAT tenían un diagnóstico previo de EPOC o enfisema y otros 4 (16,7%) fueron diagnosticados de EPOC durante los 6 meses siguientes al diagnóstico. Durante los 6 meses de seguimiento, a 2 de los pacientes con déficit grave (8,3%) se les realizó una espirometría y ambos fueron diagnosticados de EPOC. Sólo 3 pacientes (12,5%) fueron derivados a servicios de neumología y otro fue derivado al de medicina interna durante el seguimiento.

CONCLUSIÓN

El número de determinaciones de AAT en AP es bajo y no se ha incrementado en los últimos años. La determinación de AAT se realiza 10 veces más en adultos que en niños y el motivo de la determinación no siempre es claro. Tras la determinación, no todos los pacientes con DAAT grave son derivados a un especialista.

NOTA

Estudio financiado por una beca no restrictiva de Grifols y por becas de la Fundació Catalana de Pneumologia (FUCAP) y SEPAR.

14 INFLUÈNCIA DE L'AMBIENT EN LA PREVALENCIA I ETIOLOGIA DE L'ASMA D'INICI EN L'EDAT ADULTA: ESTUDI EPIDEMIOLÒGIC

Autors: Xavier Muñoz^{1,2,3}, Thais Pereira-Veiga¹, Silvia Molina⁴, Josep Manel Laliena⁴, Dolores Perpinyà⁴, María Jesús Cruz^{1,2}.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES); ³Departament de Biologia, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona; ⁴Hospital de Campdevànol, Campdevànol.

INTRODUCCIÓ

En l'etiologia de l'asma d'origen a l'edat adulta, a més del possible origen al·lèrgic, similar al que podria ser l'asma d'inici en l'edat pediàtrica, està implicada l'exposició a contaminants ambientals.

OBJECTIU

L'objectiu principal del present estudi va ser comparar, en 2 grups de població amb diferents exposicions ambientals, el percentatge de símptomes compatibles amb asma en l'edat adulta.

MATERIAL I MÈTODES

Es van estudiar dues poblacions. La primera població estava formada per 516 individus majors de 18 anys d'una població rural (població 1) i la segona per una mostra de 522 habitants majors de 18 anys d'una població urbana amb alts índex de contaminació (població 2). Es va contactar, mitjançant una carta personalitzada o telefònicament, amb tots els individus que conformaven les dues poblacions amb la finalitat d'administrar un qüestionari validat¹ per establir quins individus podien estar afectes d'asma bronquial.

RESULTATS

La prevalença de símptomes respiratoris va ser del 33% i el 29% per a les poblacions 1 i 2, respectivament. L'hàbit tabaquic va ser similar en ambdues poblacions. La mitjana (DS) d'edat de la població 1 va ser de 58 (19) anys. En aquesta població, el 15% dels individus tenia símptomes d'asma, el 18% de bronquitis crònica, el 12% rinitis i el 13% dermatitis. La mitjana (DS) d'edat en la població 2 va ser de 63 (17) anys. En aquesta població, l'11% dels individus tenia símptomes d'asma, el 18% de bronquitis crònica, el 14% rinitis i el 14% dermatitis. No es van observar diferències significatives en l'edat, percentatge de símptomes d'asma, de bronquitis crònica, rinitis o dermatitis en ambdues poblacions.

CONCLUSIONS

Basant-nos en el qüestionari validat administrat en el present estudi, el lloc de residència dels individus estudiats no sembla tenir influència en la prevalença de símptomes d'asma i bronquitis crònica.

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA

1. Espuga M, Muñoz X, Plana E, Ramon MA, Morell F, Sunyer J, et al. Prevalence of possible occupational asthma in hairdressers working in hair salons for women. Int Arch Allergy Immunol. 2011;155(4):379-88.

NOTA

Estudi parcialment finançat per SOCAP, FUCAP, Fis CP12/03101.

15 GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

Autores: Cristina Esquinas¹, Miriam Barrecheguren¹, Esther Rodríguez¹, María Suzena, Sandra Fernández², Marc Miravittles¹.

Instituciones: ¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²Grifols. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) sigue siendo una enfermedad muy infradiagnosticada a pesar de las recomendaciones de organismos y guías de práctica clínica. Esto puede ser debido al escaso conocimiento de la enfermedad y de los métodos diagnósticos, lo que conlleva un retraso en la realización de la determinación de alfa-1 antitripsina (AAT). El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos sobre el DAAT de los especialistas de España y Portugal.

MÉTODO

Estudio observacional de tipo transversal. Se seleccionaron de forma aleatoria 376 especialistas (atención primaria [AP], medicina interna [MI] y neumología) de España y Portugal y se realizó una encuesta en línea anónima que consistía en 15 preguntas para evaluar su conocimiento sobre el DAAT y otras enfermedades respiratorias.

RESULTADOS

Se incluyeron 376 encuestas (58,8% de España), realizadas a especialistas de neumología (26,6%), AP (46,8%) y MI (26,6%). El 63% de los encuestados eran hombres con una media de edad de 46,7 años (SD 9,6). El 14% afirmó "saber mucho" sobre el DAAT y usar como fuentes de información libros (79,7%) y artículos científicos (73,5%). El 18,1% solicita determinaciones de AAT regularmente frente al 52,4% que lo hace ocasionalmente y al 29,5% que no lo solicita nunca, con una frecuencia mayoritaria de 1-5 pruebas al mes (73,6%). De éstos, sólo el 15,8% realiza el estudio a todos los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) mientras que el 84,2% lo hace únicamente en los pacientes con EPOC jóvenes. El motivo para no realizar cribado es la "derivación a especialistas" (39,9%), el "coste alto de la prueba" (39%) el "tiempo hasta la recepción de resultados" (12%) y la "no existencia de un tratamiento disponible" (7,8%). El 54,8% de los médicos entrevistados desconoce el umbral de valor diagnóstico de los niveles de AAT. El 28,5% refiere no haber tratado con terapia aumentativa los casos detectados de DAAT. En general, los neumólogos mostraron un mayor conocimiento de la enfermedad, al compararlos con médicos de MI y de AP.

CONCLUSIONES

El conocimiento respecto al DAAT es bajo y tan solo el 16% de especialistas sigue la recomendación de determinar la AAT en todos los pacientes con EPOC.

16 UTILIDAD DEL ÍNDICE CODEX EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE MORTALIDAD Y REINGRESOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA GRAVE

Autores: Annie Navarro Rolon¹, Roser Costa Sola¹, Mauricio Martínez², Ana María Lapuente Torrents¹; Carmen Viñas¹, José Luis Heredia¹, Pere Almagro³.

Instituciones: ¹Servicio de Neumología; ²Unidad de Geriátria de Agudos. Servicio de Medicina Interna; ³Medicina de Familia. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

INTRODUCCIÓN

Los índices multicomponente han demostrado mejorar la fiabilidad pronóstica del FEV₁ en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). De ellos, el más validado es el índice BODE, aunque la incorporación del test de la marcha puede limitar su uso en algunos pacientes, por lo que se han propuesto otros índices como el BODEx. Más recientemente, una evolución de los 2 anteriores (el índice CODEX), en que se sustituye el índice de masa corporal por una escala de comorbilidad, ha demostrado su utilidad en la predicción a corto y medio plazo de los pacientes hospitalizados por EPOC.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue validar el índice CODEX en una cohorte de pacientes con EPOC grave atendidos en una unidad de atención específica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes con EPOC atendidos en la unidad funcional de pacientes respiratorios del Hospital Universitari Mútua Terrassa. Se calcularon los índices BODEx y CODEX y su capacidad pronóstica para mortalidad, ingresos hospitalarios por EPOC y una variable combinada de ambos. El análisis estadístico se realizó utilizando la regresión logística de COX, y las curvas de Kaplan-Meier y las curvas ROC para comparar los índices.

RESULTADOS

Se incluyeron 80 pacientes (90% hombres), con una media de edad de 73,4 (8,9) años y un FEV₁ medio post-PBD del 39% (16). Las medias del índice de Charlson fueron de 2,96 (1,7) y de 4,9 (1,9) tras ajustar por edad; 5,77 (1,69) en el CODEX y 5,1 (1,6) en el BODEx. No se pudo realizar el test de la marcha en el 62% de los pacientes por limitación funcional. La media de seguimiento de los pacientes fue de 656 días, con un rango intercuartil 25%-75% de 417-642. Fallecieron 12 pacientes (15%), mientras que 57 (71,3%) requirieron hospitalización por EPOC durante el seguimiento. El índice CODEX se asoció significativamente a la mortalidad ($p < 0,01$; HR 1,73; IC 95%: 1,14-2,62), a los ingresos hospitalarios ($p < 0,01$; HR 1,35; IC 95%: 1,13-1,62) y a la variable combinada ($p < 0,03$; HR 1,32; IC 95%: 1,1-1,58). El área bajo la curva fue, respectivamente, de 0,73, 0,69 y 0,7. El índice BODEx no se asoció con la mortalidad ($p = 0,17$), aunque sí con los reingresos y la variable combinada. La comparación de las curvas ROC fue significativamente mejor para el CODEX en la predicción de mortalidad y similar entre CODEX y BODEx respecto a ingresos y la variable combinada.

CONCLUSIONES

Tanto el índice BODEx como el CODEX son útiles para predecir el riesgo de reingresos por EPOC en nuestra cohorte, aunque el CODEX es superior en la predicción de mortalidad.

17 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS I IMPACTE DE LA SENSIBILITAT ANTIBIÒTICA EN LES AGUDITZACIONS DE LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA DE GÈNES A PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Autors: Ana Rodrigo-Troyano¹, Guillermo Suárez-Cuartin¹, Meritxell Peiró¹, Ingrid Solanes¹, Diego Castillo¹, Fernando Sánchez-Reus¹, James D. Chalmers², Vicente Plaza¹, Oriol Sibila¹.

Institucions: ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ²Ninewell's Hospital. Dundee. Gran Bretanya.

INTRODUCCIÓ

Les aguditzacions de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (AMPOC) degudes a *Pseudomonas aeruginosa* (PA) s'associen a pitjor pronòstic. El tractament de la PA depèn de la seva sensibilitat antibiòtica per la seva capacitat per a crear resistències. Les característiques clíniques i l'impacte pronòstic de les AMPOC per PA en funció de la seva sensibilitat antibiòtica no són conegudes.

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi és determinar el perfil clínic dels pacients amb AMPOC per PA en funció de la seva sensibilitat antibiòtica i estudiar el seu impacte pronòstic.

MATERIAL I MÈTODES

Es tracta d'un estudi retrospectiu multicèntric de pacients hospitalitzats per AMPOC amb cultiu d'esput positiu per PA a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona i al Ninewell's Hospital de Dundee (Escòcia) durant el període 2012-2013. Es va definir com a PA sensible (PA-S) aquells casos en què l'antibiograma mostrava sensibilitat davant de tots els fàrmacs antipseudomones testats. En cas de presentar ≥ 1 resistències es va considerar com a resistent (PA-R).

RESULTATS

Es van incloure 57 pacients, la majoria eren homes (61%) amb una mitjana d'edat de 75 anys (SD 9,25) i un FEV₁ mitjà de 37% (SD 13,9). La mortalitat de la mostra als 30 dies va ser del 14% (8/57) i als 90 dies del 23% (13/57). En 31 pacients (54%) es va aïllar PA-S i en 26 pacients (46%) PA-R. Els pacients amb PA-R presentaven un FEV₁ més baix (30% vs. 44%, $p = 0,01$) i havien rebut més tractament esteroide (81% vs. 41%, $p = 0,01$) i antibiòtic (54% vs. 26%, $p = 0,03$) els 3 mesos previs. En els casos en què es va completar tractament antibiòtic durant 10 dies segons antibiograma i es va recollir cultiu d'esput posterior ($n = 31$), la PA-S va ser eradicada en el 72% dels casos, a diferència de la PA-R que va ser eradicada només en el 30% ($p = 0,01$). No obstant això, en els pacients amb PA-S es va observar una major mortalitat als 30 dies (25% vs. 0%, $p = 0,005$) i als 90 dies (35% vs. 7%, $p = 0,01$).

CONCLUSIONS

L'AMPOC per PA afecta pacients amb MPOC greu. La presència de PA-R s'associa a un menor FEV₁ i a l'ús previ d'antibiòtics i corticoides. La PA-S s'eradica amb més freqüència que la PA-R després d'un correcte tractament antibiòtic. No obstant això, la presència de PA-S s'associa a més mortalitat. Aquests resultats poden suggerir que la PA-S infecta de manera aguda a aquests pacients mentre que la PA-R els colonitza de forma crònica.

18 ESTUDI DE VALIDACIÓ DE LA VERSIÓ EN CATALÀ I LA SEVA EQUIVALÈNCIA LINGÜÍSTICA AMB LA VERSIÓ EN CASTELLÀ DEL QÜESTIONARI COPD ASSESSMENT TEST (CAT)

Autors: Beatriz Velasco¹, Alvar Agustí², Alberto Capelastegui³, Alberto Fernández-Villar⁴, Manuel García Losa⁵, Guadalupe Sánchez¹.

Institucions: ¹Departamento Médico. GlaxoSmithKline. Tres Cantos. Madrid; ²Institut del Tòrax. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universitat de Barcelona i Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Madrid; ³Servicio de Neumología. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao; ⁴Servicio de Neumología. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo. IBIV. Vigo; ⁵HEOR. IMS Health. Barcelona.

OBJECTIUS

Avaluar la validesa i equivalència lingüística de la versió en català (CAT-C) amb la versió validada en castellà (CAT-E) del qüestionari COPD Assessment test (CAT) en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) capaços d'empirar indiferentment el català i el castellà. Avaluar les propietats de mesura, la fiabilitat, la validesa discriminant i la validesa convergent del CAT-C.

MÈTODES

Estudi epidemiològic, transversal i multicèntric amb 48 pacients bilingües castellà-català amb MPOC. La meitat dels pacients va completar primer el CAT-C seguit del CAT-E i l'altra meitat va procedir en ordre invers.

RESULTATS

En dos centres d'atenció primària de Catalunya es van incloure 48 pacients amb mitjana d'edat (DE) de 71,6 (9,3) anys; el 89,6% eren homes, el 44% fumadors i la resta exfumadors. El 41,7% tenia estudis secundaris o universitaris i feia 5,6 (4,7) anys des del diagnòstic d'MPOC. El valor mitjà de FEV₁ respecte el teòric va ser de 60,1% (12,4) i el 87,6% estaven classificats com a GOLD I o II. La puntuació mitjana del qüestionari SGRQ va ser de 27,6 (20,5) i el 76,6% presentava nivells 2 o 3 de dispnea segons MRC. La concordança entre CAT-C i CAT-E va resultar alta, amb diferència entre les puntuacions de 0,3 (1,8) i un coeficient de correlació intraclass de 0,963. La fiabilitat (alfa de Cronbach) va ser de 0,796 per a CAT-C i 0,799 per a CAT-E. La validesa discriminant va ser elevada, amb puntuacions d'11,5 (5,9) i de 22,0 (8,5) en pacients sense i amb exacerbació, respectivament, igual que la validesa convergent al correlacionar amb el nivell de dispnea de l'escala MRC ($p = 0,003$) i amb la puntuació de l'SGRQ ($p < 0,001$).

CONCLUSIONS

Les puntuacions obtingudes pels pacients amb CAT-C van ser similars a les de CAT-E i es va observar una alta correlació i concordança entre elles. Els resultats obtinguts mostren l'equivalència entre ambdues versions. Per tant, ambdues poden ser utilitzades indiferentment amb individus capaços d'empirar castellà i català; CAT-C pot ser utilitzada en pacients la llengua principal dels quals sigui el català.

19 RENDIBILITAT DE LA PROVA DE PROVOCACIÓ BRONQUIAL AMB MANITOL PEL DIAGNÒSTIC D'ASMA EN UN ESTUDI DE VIDA REAL

Autors: José Anibal Díaz-Tantaleán, Alexa Núñez-Dubón, Íñigo Ojanguren Arranz, María Jesús Cruz Carmona, Xavier Muñoz Gall.

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

INTRODUCCIÓ

La hiperresposta bronquial és una troballa comuna en asma. Per a estudiar aquesta hiperresposta existeixen proves de provocació bronquial (PPB) directes i indirectes, essent, respectivament, les proves de metacolina i manitol unes de les més utilitzades actualment.

PACIENTS I MÈTODES

Estudi descriptiu, retrospectiu i observacional de 100 pacients en els quals es va realitzar la PPB amb metacolina i manitol com a part de l'algorisme diagnòstic d'asma, durant el període de gener de 2011 a novembre de 2014.

RESULTATS

La mitjana d'edat va ser de 37,2 (r: 17-69) anys. Trenta-quatre pacients (34%) eren homes. Les espirometries van mostrar una mitjana d'FVC de 88,1% (r: 46-126), FEV₁ de 97,3% (r: 60-130), FEV₁/FVC de 88,4% (r: 42-131). Cinquanta-un (51%) pacients tenien atòpia associada. La PPB amb manitol i metacolina va resultar positiva en 57 (57%) i 62 (62%) pacients, respectivament. La FENO es va realitzar en 65 (65%) pacients. 45 dels quals (69,2%) van tenir un valor de FENO ≥ 30 i 20 (30,3%) un valor de FENO < 30 . Finalment, 75 (75%) pacients van ser diagnosticats d'asma. D'aquests, 10 (13,3%) tenien asma intermitent, 32 (42,7%) asma persistent lleu, 25 (33,3%) asma persistent moderada i 7 (9,3%) asma persistent greu. Del total de pacients asmàtics, 55 van tenir un resultat positiu amb la PPB manitol (sensibilitat [S] 73,3%) i 57 en la PPB amb metacolina (S 76%). En els 25 (25%) pacients no asmàtics, 23 van tenir resultat negatiu en la PPB amb manitol (especificitat [E] 92%) i 20 en la PPB amb metacolina (E 80%). La PPB manitol va tenir un valor predictiu positiu (VPP) de 96,5% i un valor predictiu negatiu (VPN) de 53,5%. La PPB metacolina va tenir un VPP de 91,9% i un VPN de 52,6%.

CONCLUSIONS

A la nostra sèrie, la PPB amb manitol té una alta E i VPN, similar al que està descrit a la literatura. A més, podem dir que les PPB amb manitol i metacolina es complementen en l'estudi diagnòstic de l'asma.

20 AVALUACIÓ DE PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA AMB VENTILACIÓ MECÀNICA NO INVASIVA DOMICILIÀRIA DEL SERVEI DE PNEUMOLOGIA DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

Autors: Tatiana Guadalupe Castañeda Matto, Ricard Pifarre Teixidó, Manel Vilà Justribó, Marina Lumbierres Burgues, Montserrat Martínez Alonso, Marina Florés Paredes, Sílvia Gómez Falguera, José Miguel Duran Alamà, Ferran Barbé Illa.

Institució: Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

OBJECTIUS

1) Descriure les característiques epidemiològiques i clíniques i el funcionalisme respiratori dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i ventilació mecànica no invasiva domiciliària (VMNID). 2) Avaluat l'efecte de la VMNID respecte als reingressos hospitalaris en pacients amb MPOC.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu observacional de pacients amb MPOC i VMNID durant el període 2002-2013. Es van avaluar dades epidemiològiques (edat, sexe), antropomètriques (IMC), funció respiratòria (FEV₁, FVC), reingressos hospitalaris i pH, pCO₂, pO₂ arterials, els 6 mesos previs, a l'inici i als 6 mesos de la VMNID.

RESULTATS

Es van estudiar 21 pacients, 12 homes (57%) i 9 dones (43%), amb una mitjana d'edat de 67 anys (DE ± 10). Del total de pacients amb MPOC, 12 també estaven diagnosticats de síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHOS). En tota la població estudiada hi havia un efecte significatiu respecte a la disminució de reingressos hospitalaris (95% pre VMNID i 38% post VMNID; p = 0,00134). L'efecte de la VMNID sobre els reingressos hospitalaris és similar per als pacients del grup MPOC + SAHOS vs. el grup EPOC sense SAHOS (p = 0,64). El FEV₁ basal fou de 40,6% de mitjana (± 13 DE). En relació al PH (p = 0,55), pO₂ (p = 0,41) i pCO₂ (p = 0,42) dels grups MPOC vs. MPOC + SAHOS i l'ús de la VMNID, no diferiren significativament. Segons la gravetat de l'MPOC (FEC₁), es va observar després dels 6 mesos de VMNID una millora significativa en el pH en el grup més greu (FEV₁ < 35%), amb una mitjana d'augment de 0,08 (p = 0,0031). En tots els estadis d'MPOC va millorar la pO₂ (p < 0,0001) i la pCO₂ (p < 0,0001) després dels 6 mesos de VMNID.

CONCLUSIONS

1) En tota la població hi ha una disminució significativa dels reingressos hospitalaris després dels 6 mesos de VMNID, no havent-hi diferències entre els grups (MPOC sense SAHOS i MPOC + SAHOS). 2) L'ús de la VMNID està relacionat amb la millora dels paràmetres gasomètrics (pH, pO₂, pCO₂) en tota la població estudiada, no havent-hi diferències entre els grups (MPOC sense SAHOS i MPOC + SAHOS). 3) En relació a la gravetat de l'MPOC i l'ús de la VMNID, la pO₂, i la pCO₂ milloren de manera significativa, no havent-hi diferències entre els graus de gravetat, a diferència del pH en el qual s'observa una millora significativa a l'MPOC molt greu.

INFECCIONS I ONCOLOGIA

21 EXPRESIÓN Y VALOR PRONÓSTICO DE LAS PROTEÍNAS PIWI EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS

Autores: Jorge Moisés¹, Rut Tejedo², Alfons Navarro², Adela Saco¹, Anna Cordeiro², Nuria Viñolas¹, Marina Paradela¹, Laureano Molins¹, José Ramírez¹, Carlos Agustí¹, Mariano Monzo², Ramón Marrades¹.

Instituciones: ¹Hospital Clínic. Barcelona; ²Universitat de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los PiwiRNA (piRNA) son pequeños RNA no codificantes (24-32nt) que se creía que estaban expresados exclusivamente en líneas germinales, pero se sabe que también se expresan en células somáticas y células tumorales. Los piRNA son dicer independientes; su biogénesis es mediada por las proteínas PIWI, una subfamilia de las proteínas Argonaute. Nuestro grupo ha examinado el valor pronóstico de las proteínas en pacientes intervenidos por cáncer de pulmón de células no pequeñas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se cuantificó la expresión de cuatro proteínas PIWI (PIWIL 1-4) en muestras tumorales y tejido normal de 71 pacientes intervenidos de cáncer de pulmón mediante RT-PCR y técnicas de inmunohistoquímica. Los datos se relacionaron con variables clínicas y evolutivas.

RESULTADOS

La cuantificación de mRNA de las cuatro proteínas PIWI no detectó expresión de PIWIL 1 en tejido normal, pero sí se identificó en los tumores de 11 pacientes, que mostraron una menor supervivencia libre de enfermedad (DFS) (20 vs. 50 meses; p = 0,0078) y una menor supervivencia global (SG) (32 vs. 61 meses; p = 0,0076). No se observó expresión de PIWIL 3 en tejido normal ni tumoral. Se detectó PIWIL 2 y PIWIL 4 en todas las muestras, tanto normales como tumorales, y se observó que su expresión estaba disminuida en tejido tumoral en comparación con tejido normal (p < 0,001). Cabe destacar que la menor expresión de PIWIL 4 se asoció a un menor DFS (28 vs. 51 meses; p = 0,034) y SG (36 vs. 62 meses; p = 0,033).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados indican que la determinación de la expresión de PIWI 1 y 4 podría tener utilidad pronóstica en pacientes intervenidos por cáncer de pulmón de células no pequeñas.

22 PAPER DE LES MUCINES EN LA COLONITZACIÓ BRONQUIAL DE PACIENTS AMB BRONQUIÈCTASIS NO ASSOCIADA A FIBROSIS QUÍSTICA

Autors: Guillermo Suárez-Cuartin¹, Ana Rodrigo-Troyano¹, Thomas C. Fardon², Simon Finch², Eder Freddy Mateus¹, Laia Garcia-Bellmunt¹, Ferran Sánchez-Reus¹, Sílvia Vidal¹, James D. Chalmers², Oriol Sibila¹.

Institucions: ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ²Tayside Respiratory Research Group. Dundee. Gran Bretanya; ³University of Dundee. Ninewells Hospital. Dundee. Gran Bretanya.

INTRODUCCIÓ

Les mucines són glicoproteïnes del moc que juguen un paper clau en la defensa de la via aèria enfront d'agents infecciosos. La seva relació amb la infecció bronquial en pacients amb bronquièctasis no associada a fibrosi quística (no-FQ) no ha estat estudiada.

OBJECTIUS

Determinar la relació entre els nivells de mucines i la presència de bacteris potencialment patògens (BPP) a la via aèria de pacients amb bronquièctasis no-FQ en fase d'estabilitat clínica.

MATERIALS I MÈTODES

Es van estudiar 50 pacients amb bronquièctasis no-FQ clínicament estables de manera prospectiva en dos centres (Hospital de Sant Pau de Barcelona i Ninewells Hospital de Dundee, Escòcia). Els pacients amb altres malalties pulmonars van ser exclosos. A tots els pacients es va realitzar cultiu microbiològic d'esput i determinació de nivells de mucines MUC2, MUC5AC i MUC5B en el sobrenedant de l'esput mitjançant ELISA.

RESULTATS

Del total de pacients inclosos, 20 (56%) eren dones, amb una mitjana d'edat (DE) de 65 (± 12) anys i una mitjana de FEV₁ del 69% (± 25) del valor predit. Es van identificar BPP a les mostres d'esput de 30 pacients (60%), amb *Pseudomonas aeruginosa* (n = 10) i *Haemophilus influenzae* (n = 10) com les BPP més comunes. No hi va haver diferències en les característiques demogràfiques, en les comorbiditats i en els tractaments rebuts prèviament entre els pacients colonitzats i no colonitzats; però, els pacients colonitzats per BPP van presentar nivells més alts de MUC2 en l'esput (76,8 ± 53,1 vs. 40,6 ± 34,9 ng/ml, p = 0,01). No es va trobar diferències en els nivells de MUC5AC entre grups, mentre que els nivells MUC5B van ser indetectables. Els pacients amb *P. aeruginosa* van expressar els nivells més alts de MUC2 (87,2 ± 60,7 vs. 71,6 ± 49,7 ng / ml, p = 0,02).

CONCLUSIONS

Els nivells de MUC2 són més alts en els pacients amb bronquièctasis colonitzats per BPP en comparació amb els no colonitzats, especialment en aquells casos de colonització per *P. aeruginosa*. Aquestes troballes poden suggerir un paper de les mucines, especialment la MUC2, en la patogènesi de la infecció bronquial en les bronquièctasis no-FQ.

23 ESTUDI DEL CONTINGUT PULMONAR D'AMIAN EN PACIENTS AFECTATS DE CÀNCER BRONCOPULMONAR EN DIFFERENTS COMUNITATS AUTÒNOMES ESPANYOLES. ESTUDI AMCANES: RESULTATS PRELIMINARS

Autors: Daniel Álvarez-Simón¹, María Jesús Cruz^{1,2}, Roser Costa³, Annie Navarro³, María Encarnación Barroso⁴, María Belén Marín², Jaume Ferrer^{1,2}.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES); ³Hospital Mútua Terrassa; ⁴Hospital General de Alicante; ⁵Complejo Hospitalario de Navarra; ⁶Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓ

L'objectiu del projecte AMCANES és estudiar una mostra representativa de pacients amb càncer de pulmó a Espanya amb la finalitat d'identificar si l'amiant està implicat com a factor causal. En aquesta comunicació es presenten les dades preliminars obtingudes a l'inici de l'estudi.

MATERIAL I MÈTODES

Es presenten les dades dels primers 18 pacients consecutius diagnosticats de càncer de pulmó en 3 centres: Barcelona (n = 11), Alacant (n = 6) i Navarra (n = 1), sotmesos a cirurgia de resecció pulmonar (14 lobectomies, 2 bilobectomies, 1 segmentectomia i 1 pneumectomia). A tots els pacients se'ls va administrar de forma personal un qüestionari específic d'exposició a amiant que incloïa valoracions laborals, ambientals i/o domèstiques. En cada centre es va obtenir, a més, dades clíniques i radiològiques. En tots els individus es va recollir mostres de teixit pulmonar de 2 cm³ a una distància igual o superior a 5 cm del tumor. Per a l'anàlisi de cossos d'amiant (CA), les mostres de pulmó van ser sotmeses a digestió química amb hipoclorit sòdic. El recompte de CA es va fer mitjançant microscòpia òptica. Els valors obtinguts es van expressar com CA/g teixit sec.

RESULTATS

Es van estudiar 15 homes i 3 dones, amb una mitjana d'edat (DS) de 65 (8) anys. Hi havia tabaquisme en 16 pacients i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) diagnosticada en 7. El tumor estava localitzat al lòbul inferior esquerre (5), superior dret (5), mig (4), lingüla (1), inferior esquerre (1) i inferior dret (2). El càncer de pulmó va correspondre a adenocarcinoma (9), escatós (5) i carcinòide (4). Vuit pacients van referir algun grau d'exposició laboral a l'amiant. En 13 pacients es van trobar CA en pulmó, però només en un pacient, amb antecedents de exposició laboral, el número va superar els 1.000 (1.589) CA/g teixit sec. La mitjana (rang) de CA/g teixit sec va ser de 120 (r: 0 – 430) i 449 (r: 0 – 1.589) pels individus no exposats i exposats, respectivament (p < 0,001).

CONCLUSIONS

Els resultats preliminars apunten a un alt percentatge d'exposició a l'amiant per qüestionari en els pacients espanyols afectats de càncer de pulmó. En la majoria de casos existeix un dipòsit pulmonar d'amiant, amb un percentatge de dipòsit amb valor diagnòstic que s'haurà d'establir amb un nombre més gran de casos.

NOTA

Estudi finançat per SEPAR i FUCAP. Estudi presentat en nom dels investigadors del projecte AMCANES.

24 BRONCOSCÒPIA AMB NARROW BAND IMAGING AL CÀNCER DE PULMÓ

Autors: Carles Grima, Guadalupe Bermudo, Luis Adolfo Urrelo, Miguel Gallego, Conchita Montón, Neus Combalia, Carmen Blázquez, Eduard Monsó.

Institució: Hospital Parc Taulí. Sabadell.

INTRODUCCIÓ

La broncoscòpia amb narrow band imaging (NBI) permet visualitzar la xarxa vascular de l'arbre bronquial. L'objectiu del nostre estudi és definir patrons vasculars identificables per NBI que aportin informació a la proporcionada per llum blanca (LB) al càncer de pulmó (CP).

MATERIAL I MÈTODES

Mitjançant el broncoscopi (Olympus EXERA III) es va examinar la mucosa bronquial amb LB i NBI en una bifurcació bronquial on es va efectuar la biòpsia. Es van classificar les imatges d'LB com a: mucosa normal, mucosa anormal amb baixa sospita de CP (atròfia o engruïment llis) i mucosa irregular amb sospita de CP. Amb NBI es van identificar 3 tipus d'anomalies vasculars: estructura vascular de distribució complexa (C), puntejat vascular (P) i vascularització espiral o tortuosa (T). L'anomalia vascular es va considerar com a extensa quan afectava més del 50% de la longitud a la de l'esperó més pròxim. Es va valorar el grau d'associació entre les anomalies observades i CP, es van identificar les anomalies amb màxima sensibilitat (S) i especificitat (E) i es va determinar el valor afegit de la imatge d'NBI a la informació obtinguda per LB.

RESULTATS

Es van estudiar 43 pacients amb una mitjana d'edat de 65 (DE 13) anys. El patró vascular de la superfície examinada va ser valorat com a extens a C (25 casos, 58%), a P (17, 39%) i a T (12, 28%). La biòpsia bronquial va mostrar CP en 17 pacients (39%). Tots els patrons vasculars extensos van ser més prevalents en zones amb CP (C 13 [76%] vs. 12 [46%]; P 14 [82%] vs. 3 [11%]; T 10 [59%] vs. 2 [8%]), amb diferències estadísticament significatives pels patrons P i T (p < 0,001). El patró extens a P i/o T (PT) es va identificar en la totalitat dels CP (17, 100%) i només en 5 lesions no CP (19%) (p < 0,001), amb una S del 100% i una E del 80% per a CP. En 13 pacients (30%), la broncoscòpia amb LB va revelar un tumor bronquial i/o una mucosa irregular i en 30 (70%) una imatge de baixa probabilitat de CP (mucosa normal, 9; atrofica, 6; engruïda llisa, 15). Es va observar un patró PT en 9 dels 30 pacients amb imatge d'LB de baixa probabilitat de CP i la biòpsia bronquial va confirmar CP en 4 de aquests casos (S 100%).

CONCLUSIÓ

El patró amb puntejat vascular i/o vasos tortuosos en l'endoscòpia amb NBI quan és extens té una S molt elevada per a identificar CP, superior a la imatge d'LB i incrementa la identificació de neoplàsia per LB en més d'un 30%.

25 UTILITZACIÓ DE β-LACTÀMICS ANTIPSEUDOMÒNICS EN EL TRACTAMENT EMPÍRIC DE LA PNEUMÒNIA EXTRAHOSPITALÀRIA

Autors: Núria Angrill Sellés¹, Miguel Gallego Díaz^{1,5}, Anisio Morón Besolí², Jordi Vallés Daunis^{3,5}, Julio Font Rocabayera⁴, Eduard Monsó Molas^{1,5}.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí; ²Servei de Farmàcia. Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí; ³Àrea de Crítics. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí; ⁴Servei d'Urgències de l'Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí; ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

OBJECTIUS

Avaluar la utilització d'antibiòtics β-lactàmics amb cobertura antipseudomònica en el tractament empíric de la pneumònia extrahospitalària i els factors associats a la seva prescripció.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi observacional d'episodis consecutius de pneumònia extrahospitalària en adults atesos al Servei d'Urgències entre setembre de 2009 i juliol de 2010. Es van recollir dades demogràfiques, comorbiditats, ús d'antibiòtics prèviament i antibiòticoteràpia inicial, així com l'estratificació de la gravetat (escala de FINE), ingress en la unitat de cures intensives (UCI) i mortalitat. També es va avaluar si complien criteris de pneumònia associada a les cures sanitàries (HCAP). Es va considerar tractament empíric amb cobertura antipseudomònica qualsevol pauta que inclogués un β-lactàmic antipseudomònic (β-APS): carbapenems, piperacil·lina-tazobactam o cefepima.

RESULTATS

Es van incloure 705 episodis (670 pacients), 550 dels quals van requerir ingress. El 65% eren homes, amb mitjana d'edat de 71 (SD 16) anys i índex de Charlson 2,5 (SD 2,3). La mortalitat global va ser del 9,5%. Es va establir tractament amb β-APS en 78 dels 550 (14,2%), amb una microbiologia positiva en 188 (34,2%). *S. pneumoniae* va ser el microorganisme més freqüentment aïllat (66,5%) i *P. aeruginosa* es va identificar en 11 episodis (5,9%), dels quals només un havia rebut β-APS. Es van observar diferències significatives entre els que incloïen cobertura antibiòtica amb β-APS i la resta, en relació amb FINE (133 SD 36 vs. 104 SD 36, p < 0,001), ingress a UCI (35,6% vs. 11,6%, p < 0,001), antibiòticoteràpia prèvia (23,8% vs. 9,9%, p < 0,001), immunodepressió (27% vs. 10,4%, p < 0,001), hepatopatia (29,5% vs. 12,8%, p = 0,002), HCAP (25,4% vs. 8,7%, p < 0,001) i oxigenoteràpia crònica domiciliària (OCD) (30,3% vs. 13,2%, p = 0,006). A l'anàlisi multivariant, ingress a UCI (OR 8,3 IC 95%: 3,8-18), OCD (OR 3,2 IC 95%: 1,3-7,9), HCAP (OR 3 IC 95%: 1,5-6,1), immunodepressió (OR 2,5 IC 95%: 1,4-4,4), antibiòticoteràpia prèvia (OR 2 IC 95%: 1,04-4) i FINE V (OR 2,5 IC 95%: 1,1-5,6) van ser factors independents associats a la utilització de β-APS.

CONCLUSIONS

1) La gravetat de l'episodi, la necessitat d'OCD, la immunodepressió, l'ús d'antibiòtics prèviament i complir criteris d'HCAP van ser factors determinants per a la utilització de β-APS. 2) Únicament el 9% dels episodis produïts per *P. aeruginosa* van rebre cobertura antipseudomònica, la qual cosa implica la necessitat d'una redefinició dels criteris terapèutics actualment utilitzats.

26 CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I TERAPÈUTIQUES DELS PACIENTS MORTS PER PNEUMONITIS PER RADIACIÓ: ESTUDI PILOT

Autors: David Yabar¹, Susana Padrones^{1,2}, Arturo Navarro^{1,3}, Felipe Cardenal^{1,3}, Jordi Dorca^{1,2}, Samantha Aso^{1,2}.

Institucions: ¹Hospital Universitari de Bellvitge; ²Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge-IDIBELL; ³Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

La principal limitació de la radioteràpia (RT) en el tractament radical del càncer de pulmó és el desenvolupament de pneumonitis per radiació (PR) en fins al 30% dels pacients, amb una mortalitat del 15%. Els factors de risc inclouen la localització del tumor, l'alteració funcional pulmonar prèvia a l'RT, l'edat, V20, la dosi mitjana de radiació i l'ús d'agents sistèmics.

OBJECTIU

L'objectiu d'aquest estudi és descriure les característiques clíniques i del tractament rebut en pacients morts per PR i intentar identificar algun factor que pogués estar relacionat amb la mortalitat.

MATERIALS I MÈTODES

Estudi descriptiu de 14 pacients candidats a quimioradioteràpia (QT-RT) radical, RT exclusiva o RT paliativa visitats a la Unitat Funcional de Pulmó de l'Hospital Universitari de Bellvitge que van morir a causa de PR en el lapse d'un any (2013-2014). Es van avaluar les característiques clíniques, funcionals i el tractament rebut. Per classificar la gravetat de la PR es va utilitzar l'escala del *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG). La relació lineal entre variables quantitatives es va realitzar mitjançant el test no paramètric de Spearman.

RESULTATS

A la mostra estudiada, la mitjana d'edat va ser de 69,9 ± 9,8 anys. El 85,8% (n = 12) eren homes i el 100% tenia un hàbit tabaquic > 10 paq/any. Vuit pacients (57,1%) eren hipertensos, 2 (14,3%) diabètics i 5 (35,7%) tenien vasculopaties. La mitjana del valor relatiu de l'FVC va ser del 87,4%, 73% per a la FEV₁ i 63,8% per a la DL_{CO}. La histologia predominant va ser adenocarcinoma (n = 5; 35,7%), seguida de carcinoma escamós (n = 4; 28,6%). El 61,6% (n = 8) es trobaven en els estadis IIIA i IIIB. La localització més freqüent va ser l'LSI (n = 7, 50%). Pel que fa al tractament, 12 pacients van rebre QT-RT radical, 1 pacient RT exclusiva i 1 pacient va fer RT paliativa. S'exposaran les característiques pel que fa al tractament rebut. En el moment del diagnòstic, 6 pacients (42,9%) van desenvolupar pneumonitis grau 2 i 8 (87,2%) pneumonitis grau 3-4. Es mostraran les tendències entre variables del tractament i el grau de pneumonitis.

CONCLUSIONS

En el present estudi pilot, s'observa una tendència a què els pacients amb pneumonitis grau 3 i 4 tinguin un major V20 en comparació amb els pacients de grau 2. El desenvolupament i mort per pneumonitis no es va associar a cap característica clinicodemogràfica, valors previs del funcionalisme respiratori, característiques del tumor, ús de QT, dosi d'RT rebuda o volum pulmonar total irradiat.

27 TUBERCULOSI CUTÀNIA: EXPERIÈNCIA A LA CONSULTA MONOGRÀFICA DE TUBERCULOSI D'UN HOSPITAL DE BARCELONA

Autors: José Anibal Díaz-Tantaleán¹, Asunción Seminario Ruiz^{1,2}, Nuria Saborit Bracerós¹, Malu De Souza Galvão^{1,2}, Ana Villar Gómez¹.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unitat de Tuberculosi de Drassanes. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

La tuberculosi cutània (TC) constitueix una petita proporció de les tuberculosis extrapulmonars, amb una presentació clínica variable. Entre elles, la presentació més freqüent en el nostre medi són les anomenades tuberculides: reaccions d'hipersensibilitat a *Mycobacterium tuberculosis* (MT) en pacients immunocompetents. L'eritema indurat de Bazin (EIB), anomenat també tuberculosi nodular profunda o vasculitis nodular, és una d'aquestes formes.

PACIENTS I MÈTODES

Estudi retrospectiu, descriptiu i observacional de 10 pacients diagnosticats de TC a la consulta monogràfica de tuberculosi de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron entre febrer de 2009 i juliol de 2014.

RESULTATS

La mitjana d'edat va ser de $49,2 \pm 13$ (r. 31-68) anys. Hi va haver 8 (80%) de dones i 2 (20%) homes. Quatre (40%) eren immigrants de països endèmics. El temps de malaltia va ser de $4 \pm 2,5$ (r. 2-10) anys. Un pacient (10%) havia fet tractament d'infecció tuberculosa latent i un altre (10%) havia fet tractament d'EIB 5 anys abans. Tots van tenir PPD positiu i 3 (30%) IGRA positiu (només es va analitzar en 3 pacients). L'estudi microbiològic d'esput (BK i cultiu) va ser negatiu en tots els pacients. La lesió predominant va ser el nòdul eritematos/violaci en 7 (70%) i el nòdul ulcerat/supuratiu en 3 (30%) pacients. La localització va ser només en extremitats en 6 (60%) pacients, en extremitats i tòrax/abdomen en 3 (30%) pacients i només en mama en un (10%) pacient. A més, un pacient (10%) tenia adenopaties mediastíniques amb cultiu positiu per a MT (PCR negativa) i un altre (10%) adenopatia axil·lar amb cultiu negatiu i nòdul pulmonar. L'estudi anatomopatològic de les lesions va mostrar panniculitis lobulillar necrotitzant o no necrotitzant, amb o sense vasculitis, i vasculitis nodular compatible amb EIB en tots els pacients. L'estudi microbiològic de les lesions (BK, tinció de Ziehl-Neelsen i cultiu) va ser negatiu en tots els pacients. Només es va estudiar PCR de biòpsia cutània en 3 casos: 2 van ser negatives i 1 positiva per *Acinetobacter iwoffii*. Els pacients van seguir diferents pautes de tractament. Nou (90%) pacients van finalitzar el tractament i, d'ells, 8 (88,9%) no van tornar a presentar lesions i 1 (11,1%) va presentar només recurrència transitòria de les lesions en els primers 6 mesos. Un pacient està actualment en tractament i no presenta lesions.

CONCLUSIONS

A la nostra sèrie totes les lesions van tenir estudi microbiològic negatiu per a MT i estudi anatomopatològic compatible amb EIB. En el seguiment va haver-hi escassa recurrència de lesions.

28 EFICÀCIA DE LA VENTILACIÓ NO INVASIVA DOMICILIÀRIA PRECOÇ EN PACIENTS AFECTES D'ESCLEROSI LATERAL AMIOTRÒFICA: RESULTATS PRELIMINARS D'UN ESTUDI CONTROLAT ALEATORITZAT

Autors: Nuria González Calzada¹, Enric Prats Soró¹, José Miguel Rodríguez González Moro², Sergi Martí Beltran³, Manel Lujan Torné⁴, Antonio Antón Albisu⁴, Myriam Calle Rubio⁴, Jordi Dorca Sargatal¹, Eva Farrero Muñoz¹.

Institucions: ¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat; ²Hospital Gregorio Marañón. Madrid; ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; ⁴Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell; ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona; ⁶Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

OBJECTIU

Avaluar l'efecte de la ventilació mecànica no invasiva domiciliària (VND) iniciada de forma precoç en la progressió de la debilitat de la musculatura respiratòria en pacients amb esclerosi lateral amiotròfica (ELA).

MÈTODE

Assaig clínic multicèntric, aleatoritzat i controlat. S'han inclòs pacients amb diagnòstic d'ELA en el moment en què la seva capacitat vital forçada (CVF) va assolir el llindar del 75% del valor teòric. Es van aleatoritzar en dos grups. Grup 1: VND precoç que inicia el tractament just després de l'aleatorització; grup 2: VND estàndard que inicia el tractament quan $CVF < 50\%$ i/o presència d'ortopnea i/o hipercàpnia ($PaCO_2 > 45$ mm Hg). El seguiment dels pacients es va realitzar cada 3 mesos. Es van analitzar variables antropomètriques, dades de la malaltia i variables de funció respiratòria (espirometria, proves de força muscular respiratòria, gasometria arterial i pulsioximetria nocturna).

RESULTATS

S'han analitzat 35 pacients (21 pacients en el grup VND estàndard i 14 en el grup VND precoç). El 48% eren homes, amb una mitjana d'edat de 59 (11) anys; en el 91% dels casos l'inici de la malaltia va ser espinal. No es van trobar diferències quant a les variables antropomètriques, dades de la malaltia, funcionalisme pulmonar, gasometria arterial o pulsioximetria nocturna en el moment de la inclusió. Durant el seguiment (3 i 6 mesos), s'observà un descens progressiu i significatiu de la CVF en el grup VND estàndard, mentre que es va mantenir o només presentà una lleugera disminució significativa als 6 mesos en el grup VND precoç (Taula 1). També es va trobar diferències significatives en la CVF entre els dos grups als 3 i 6 mesos de seguiment.

TAULA 1. Evolució de la CVF (%) en els dos grups

	VND estàndard	VND precoç	p
Basal	68 (4)	69 (4)	NS
3 mesos	54 (13)	67 (7)	0,004
6 mesos	47 (19)	62 (6)	0,003
p (basal - 3 mesos/3 mesos - 6 mesos)	0,000/0,004	0,29/0,025	

CONCLUSIONS

Els resultats preliminars del nostre estudi mostren un alentiment significatiu de la caiguda progressiva de la CVF en els pacients amb ELA que inicien la VND de forma precoç.

INSUFICIÈNCIA RESPIRATÒRIA I TRASTORNS DEL SON

29 IMPACTE DE LA CIRURGIA BARIÀTRICA EN LA GRAVETAT DE LA SÍNDROME D'APNEES-HIPOPNEES DEL SON I EN LA FUNCIÓ PULMONAR

Autors: Luis Adolfo Urrelo, Laura Vigil, María José Masdeu, Daniel Ross Monserrate, Raquel Tirado, Pere Rebas, Alexis Luna, Assumpta Caixàs, Sandra Montmany.

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

INTRODUCCIÓ

Existeix una forta relació causal entre l'obesitat i la síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHS). En pacients amb obesitat mòrbida, la pèrdua de pes mitjançant cirurgia bariàtrica ha mostrat una reducció significativa de l'índex d'apnea-hipopnea (IAH), i en molts casos fins i tot ha curat la malaltia. Al nostre territori hi ha pocs estudis que hagin avaluat l'efecte de la cirurgia bariàtrica en obesos mòrbids sobre la gravetat de la SAHS i la funció pulmonar; aquest és l'objectiu del nostre estudi.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi longitudinal i prospectiu d'una cohort de pacients diagnosticats d'obesitat mòrbida que han estat sotmesos a cirurgia bariàtrica, als quals se'ls va realitzar una polisomnografia convencional, una espirometria simple forçada i una gasometria arterial. Es van documentar les variables demogràfiques i les comorbiditats cardiovasculars. Es va definir la SAHS com un IAH > 5 episodis/hora. Les variables es van analitzar prèviament a la cirurgia i als 12 mesos.

RESULTATS

Es van avaluar 106 pacients (23 homes i 83 dones) amb una mitjana d'edat de $44,7 \pm 10,5$ anys i amb un índex de massa corporal (IMC) previ a la cirurgia de $46,39$ kg/m². El 57% dels pacients presentava hipertensió arterial, el 32% diabetis 2, el 40% dislipèmia i el 4% cardiopatia isquèmica. Es va confirmar el diagnòstic de SAHS en 96 pacients (90,5%); d'aquests, 23 eren lleus (24%), 17 moderats (18%) i 56 greus (58,3%). Després de la cirurgia, l'IMC va mostrar millora significativa ($29,75 \pm$ kg/m²) així com el temps total de son, l'eficiència de son i l'índex de microdespertars.

TAULA 1.

Variables respiratòries de la polisomnografia

	Abans de la cirurgia	Després de la cirurgia
IAH	$43,23 \pm 32,16$	$11,62 \pm 10,56^*$
IDH3 (%)	$41,34 \pm 30,45$	$9,78 \pm 8,73^*$
IDH4 (%)	$30,23 \pm 28,77$	$5,12 \pm 5,85^*$
SpO2 (mitjana)	$92,96 \pm 2,62$	$95,34 \pm 1,49^*$
CT 90	$11,71 \pm 18,09$	$1,35 \pm 4,03^*$

* p < 0,05

TAULA 2.

Variables de funció pulmonar

	Abans de la cirurgia	Després de la cirurgia
FVC	$3,42 \pm 0,92$	$3,72 \pm 1,04^*$
FEV1	$3,25 \pm 4,07$	$3,03 \pm 0,86$
FEV1/FVC	$82,00 \pm 5,33$	$81,78 \pm 6,85$
PaO2	$85,94 \pm 9,79$	$92,03 \pm 9,86^*$
PaCO2	$39,60 \pm 3,14$	$39,95 \pm 3,91$

Després de la cirurgia, 58 pacients mantenien el diagnòstic de SAHS lleu-moderada. Es va observar també millora significativa de l'FVC i la PaO_2 .

CONCLUSIONS

L'estudi ha mostrat que la cirurgia bariàtrica presenta un efecte positiu en la gravetat de la SAHS, amb una disminució significativa de l'IAH, millora de la qualitat del son i de la hipoxèmia associada als episodis respiratoris obstructius durant el son. Els paràmetres de funció pulmonar també han mostrat una millora significativa.

30 IMPACTE DEL TRACTAMENT AMB ENDOBARRIER SOBRE LA SÍNDROME D'APNEES-HIPOPNEES DEL SON

Autors: Marta Díez Ferrer, Esther López Cadena, Neus Salord Oleo, Mercè Gasa Galmes, Lydia Luque Chacón, Núria Vilarrasa García, Amador García Ruiz de Gordejuela, Carmen Monasterio Ponsa.
Institució: Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

Recentment s'estan utilitzant innovadores tècniques terapèutiques endoscòpiques per al maneig de l'obesitat. Una d'aquestes és l'*Endobarrier* (GI Dynamics, Inc., MA, EUA), un dispositiu endoluminal amb finalitats malabsorbtives. Amb aquest tractament s'ha reportat una millora en el control de la diabetis mellitus (DM).

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi és valorar l'impacte de l'*Endobarrier* sobre la síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHOS), al cap d'un any de la seva col·locació.

MATERIAL I MÈTODES

Es van estudiar els pacients consecutius candidats a *Endobarrier* (IMC entre 30 i 40 kg/m² i amb DM amb mal control glucèmic a pesar de tractament dietètic i farmacològic) mitjançant poligrafia respiratòria (PR), independentment de si tenien símptomes de síndrome d'apnees-hipopnees del son (SAHOS). Un cop retirat l'*Endobarrier*, aproximadament al cap d'un any, es va repetir novament la PR per a valorar si existia millora en la gravetat de la SAHOS mesurada per l'índex d'apnea-hipopnea (IAH). Es van analitzar els resultats mitjançant el programa SPSS, aplicant proves no paramètriques.

RESULTATS

Es va iniciar l'estudi en 12 pacients, 8 dels quals han completat ja el control a l'any, i mostrem els resultats preliminars. El 50% eren homes amb una mitjana d'edat de 54 ± 8,5 anys. El pes mitjà era de 90,5 ± 9,3 kg amb un IMC mitjà de 33,2 ± 2,6 kg/m². Els resultats de la PR mostraven un IAH mitjà de 29 ± 7 esdeveniments/h, rang 9-59 esdeveniments/h. El CT90 mitjà era de 9,5 ± 15%. Tots els pacients presentaven un IAH > 5; el 50% eren SAHOS greu (IAH > 30) i el 25% SAHOS moderada. La puntuació mitjana en l'escala d'Epworth (EE) era de 9,7 ± 4,7 punts. Després de la retirada de l'*Endobarrier*, al cap d'un any, el pes mitjà era de 77,2 ± 11,4 kg, IMC mitjà de 28,6 ± 2,6 kg/m², IAH mitjà de 12,7 ± 9,1 esdeveniments/h i CT90 mitjà de 1,7 ± 2,2% (amb diferències significatives respecte als valors basals en totes les variables, p < 0,05). La gravetat de la SAHOS va disminuir globalment: el 25% dels pacients van normalitzar completament l'IAH i en cap cas va persistir una SAHOS greu, passant a ser lleu-moderada.

CONCLUSIONS

És destacable que tots els pacients candidats a col·locació d'*Endobarrier* estudiats presentaven SAHOS (IAH > 5) i el 50% una SAHOS greu. Queda per aclarir el possible impacte d'aquestes SAHOS no diagnosticades en el mal control de la DM. L'*Endobarrier* va provocar una pèrdua de pes estadísticament significativa; l'impacte sobre la SAHOS va ser significatiu; es va observar una millora en l'IAH global i una reducció dels pacients greus. Calen estudis més amplis i a llarg termini per a constatar la persistència de la millora.

31 EVOLUCIÓ I SUPERVIVÈNCIA DELS PACIENTS AMB DISTRÒFIA MUSCULAR DE DUCHENNE I VENTILACIÓ MECÀNICA DOMICILIÀRIA

Autors: Enric Prats Soro¹, Eva Farrero Muñoz², Núria González Calzada¹, Esther Giró Bulta¹, Ana Córdoba Izquierdo¹, Jordi Dorca Sargatal¹, Lluís Mateu Gómez².

Institucions: ¹Servei de Pneumologia; ²Servei de Rehabilitació. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

OBJECTIU

Conèixer l'evolució dels pacients amb distròfia muscular de Duchenne (DMD) amb ventilació mecànica no invasiva (VMNI) i analitzar l'impacte del canvi a ventilació mecànica invasiva (VMI) en la supervivència.

METODOLOGIA

Estudi retrospectiu en pacients amb DMD que han iniciat la ventilació mecànica no invasiva en el nostre hospital (1992-2014). S'han analitzat les variables següents: edat, característiques clíniques, motiu de l'inici de la ventilació, pacients que han requerit canvi a VMI (temps transcorregut des de l'inici de la VMNI i temps transcorregut des del canvi a VMI fins a la mort), supervivència dels dos grups (VMNI i VMI) i causes de la mort. Anàlisi estadística: estudi descriptiu de les variables i anàlisi de la supervivència mitjançant les corbes de Kaplan-Meier.

RESULTATS

S'han estudiat 32 pacients. L'edat d'inici de la VMNI va ser de 21 ± 4 anys. La situació basal va ser: PaO₂ 78 ± 14 mm Hg, PaCO₂ 54 ± 15 mm Hg i FVC 777 ± 270 ml. En el 62% dels casos la ventilació es va iniciar després d'una descompensació aguda. Durant el seguiment, 13 pacients (40%) van canviar a VMI amb un temps transcorregut des de l'inici de la VMNI de 3,7 ± 3 anys i una supervivència mitjana a partir d'aquest moment de 6,1 ± 5 anys. Les corbes de supervivència del grup amb VMNI (supervivència mediana 29 anys) i del grup amb VMI (supervivència mediana 30 anys) estan representades en gràfiques complementàries. Les causes més freqüents d'èxitus dels dos grups han sigut: patologia cardíaca/mort sobtada (8), insuficiència respiratòria (4) i ili paralític (4).

CONCLUSIONS

Durant els darrers anys, els pacients amb DMD que han necessitat d'un canvi a VMI han estat excepcionals. Tot i això, la supervivència ha sigut molt similar entre el grup de pacients que s'han mantingut amb VMNI i els que realitzaven la VMI. En aquells casos en els quals va ser necessari un canvi a VMI, la supervivència mitjana a partir d'aquest moment va ser de 6 anys. La patologia cardíaca i les complicacions abdominals són una causa freqüent de mortalitat i, per tant, s'han de considerar en el maneig global d'aquests pacients d'igual manera que les complicacions respiratòries.

32 EFECTES DEL TRACTAMENT AMB CPAP EN DIABÈTICS TIPUS 2 AMB APNEA-HIPOPNEA DEL SON MODERADA O GREU I MAL CONTROL GLICÈMIC

Autors: Marta Torrella Marcet¹, Gabriel Sampol Rubio³, Ignasi Castellés Fusté¹, Gabriel Giménez-Pérez², Assumpta Recasens Gracia¹, Inmaculada Castillo Sánchez², Montserrat Miquel Sotorra², Olga Simó Guerrero¹, Enric Barbeta Sánchez².

Institucions: ¹Hospital General de Granollers; ²Hospital de Sant Celoni; ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJECTIU

Investigar si el tractament amb CPAP millora el control glucèmic i/o analític global en pacients amb diabetis tipus 2 (DM2) mal controlada i apnea-hipopnea del son moderada o greu.

MÈTODE

Es van incloure en l'estudi 50 pacients de 18-69 anys amb DM2 en tractament estable, HbA_{1c} igual o superior a 7% i IAH igual o superior a 20; 46 procedien de cribratge al Servei d'Endocrinologia i 4 foren remesos per símptomes al de Pneumologia. Passat un període d'observació de 14 setmanes, obviat en els casos més simptomàtics, s'inicià CPAP a pressió individualitzada. S'analitzà la diferència de pes, HbA_{1c}, glucosa, colesterol total, colesterol-HDL i triglicèrids en sang i el quocient albúmina/creatinina en orina abans i a les 14 i 56 setmanes de CPAP, en el grup global i en el subgrup de bons complidors del tractament (4 o més hores/dia).

RESULTATS

Van completar el seguiment a 14 setmanes 48 pacients amb una mediana d'edat de 60 (13) anys, IMC 35,5 (6,1) kg/m², IAH 37 (28), Epworth 7 (5) i mitjana (DE) d'HbA_{1c} 9 (1,1) %. En 11 casos s'obvià el període d'observació. A les 14 setmanes, 32 (64%) eren bons complidors i hi va haver 8 baixes de CPAP. A les 56 setmanes, hi havia 26 (52%) bons complidors i 7 noves baixes de CPAP (1 de seguiment). Tant en la mostra global com en el subgrup de bons complidors no hi va haver canvis significatius en cap de les variables estudiades ni en el període d'observació, ni a les 14 ni a les 56 setmanes de CPAP.

CONCLUSIÓ

En pacients amb DM2 mal controlada i apnea-hipopnea del son moderada o greu, el tractament amb CPAP no millora, ni a curt ni a llarg termini, el control glucèmic, el perfil lipídic ni l'albúminúria.

MISCEL·LÀNIA

34 COMPARACIÓ DE DOS MODELS MURINS DE PNEUMONITIS PER HIPERSENSIBILITAT AGUDA I CRÒNICA A SÈRUM DE COLOM

Autors: Mónica Sánchez Ortiz^{1,2}, Xavier Muñoz^{1,2,3}, María Dolores Untoria Corral^{1,2}, Marta Ollé-Monge^{1,2}, Ferran Morell^{1,2}, María Jesús Cruz^{1,2}.

Institucions: ¹Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; ²Centre de Investigació Biomèdica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES); ³Departament de Biologia, Fisiologia i Immunologia, Universitat Autònoma de Barcelona.

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi va ser la comparació d'un model murí de pneumonitis per hipersensibilitat (PH) aguda i crònica, per tal d'utilitzar-lo com a eina futura per a l'estudi de l'etiopatogènia d'aquesta patologia.

MATERIAL I MÈTODES

Es van fer servir ratolins C57BL/6. En va administrar 2 injeccions intraperitoneals de 100 µL de sèrum de colom comercial (200 µg proteïnes/ml) o de sèrum salí, separades 48 h entre elles. Posteriorment, es van realitzar instil·lacions intranasals de 40 µL de sèrum de colom (200 µg proteïnes/ml) o de sèrum salí, 3 dies a la setmana durant 3 setmanes en el model agut i 3 dies a la setmana durant 12 setmanes al crònic. Es va avaluar la inflamació pulmonar en el rentat broncoalveolar (RBA), la funció pulmonar i els valors d'IgG específica en sèrum 24 hores, 7 dies i 14 dies després de l'última exposició.

RESULTATS

El nombre de cèl·lules totals a l'RBA va ser significativament més alt després de 24 h postinhalació en el model crònic (mitjana $\pm$ DE [cèl·lules $\times 10^3$] = $5,21 \pm 2,84$) en comparació amb el model agut (mitjana $\pm$ DE [cèl·lules $\times 10^3$] = $2,73 \pm 1,51$), $p = 0,006$. Respecte a la funció pulmonar, s'observà una disminució de la TLC, que al model agut es recuperà als 14 dies, però que al model crònic es mantingué en el temps, $p < 0,001$. S'observà un increment d'IgG específica sèrica mesurada en densitat òptica 450 nm en ambdós models, essent major al model crònic (mitjana a les 24 h = 1,90 i 2,68, al model agut i crònic respectivament, $p = 0,003$).

CONCLUSIONS

El model de PH crònica descrit presenta una major inflamació i afectació de la funció pulmonar. Els models animals descrits poden servir com a eina per a futurs estudis sobre l'etiopatogènia de les PH.

NOTA

Estudi finançat per FUCAP i SEPAR.

33 FACTORS PREDICTORS D'ESCURÇAMENT TELOMÈRIC EN FIBROSI PULMONAR

Autors: Lurdes Planas Cerezales¹, Rosario Perona Abellón², Elena García-Arias Salgado³, Ana Montes⁴, Irene Martín¹, Vanesa Vicens Zygmunt¹, Virginia Leiró², Julio Cortijo², Ernest Sala², Cristina Esquinas⁵, Jordi Dorca Sargatal¹, Maria Molina Molina¹.

Institucions: ¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ²Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz, Madrid; ³Advanced Medical Projects; ⁴IDIBELL-Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ⁶Universitat de València; ⁷Hospital Universitari Son Espases, Palma; ⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

INTRODUCCIÓ

En la patogènesi de la fibrosi pulmonar s'han descrit alteracions relacionades amb l'envelliment cel·lular-tissular com ara l'escurçament telomèric. Pacients amb fibrosi pulmonar idiopàtica esporàdica (FPI) i familiar (FPF) poden presentar aquesta alteració, associada recentment amb una pitjor evolució.

OBJECTIU

L'objectiu de l'estudi és identificar factors clínics associats a les alteracions telomèriques per rendibilitzar aquesta prova diagnòstica.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi descriptiu transversal. Es van incloure pacients diagnosticats d'FPI-FPF a la Unitat d'Interstici Pulmonar de l'Hospital Universitari de Bellvitge durant els anys 2013 i 2014. Es van recopilar dades epidemiològiques, immunològiques, hematològiques i signes d'envelliment prematur. El DNA es va obtenir a través del raspallat de cèl·lules epitelials de la mucosa jugal. Els familiars de primer grau de casos amb escurçament telomèric greu ($< 10\%$) foren també avaluats. El càlcul de la longitud telomèrica es va realitzar mitjançant Z-score (mitjana $\pm$ DS) de controls sans de la mateixa edat. Estadísticament es va utilitzar un model de regressió logística multivariant.

RESULTATS

Es van incloure 132 casos; 62 FPI, 36 FPF i 34 familiars sense afectació pulmonar. La mitjana d'edat va ser $58,3 \pm 16,3$ anys i 81 (61,4%) eren homes. Cinquanta-sis (42,42%) subjectes eren fumadors actius. Seixanta-un (46,2%) casos van presentar escurçament telomèric. Els pacients amb FPI van ser més grans ($64,8 \pm 11,9$ anys) que els pacients amb FPF ($59,6 \pm 12,9$ anys) o els familiars de primer grau ($44,2 \pm 18$ anys) ($p < 0,001$). La presència d'escurçament telomèric es va observar en 28 casos d'FPF (77%) i en 19 casos d'FPI (30%). Sis casos d'FPF van presentar malaltia subclínica; 4 havien estat inicialment diagnosticats d'esporàdics. Els pacients amb FPF van presentar major risc d'escurçament telomèric (OR = 7,92). Les alteracions hematològiques i/o immunològiques inespecífiques s'associaren significativament amb escurçament telomèric. Un model predictiu, que incloïa com a variables independents agregació familiar, alteracions hematològiques i immunològiques va presentar un elevat poder discriminatiu, amb una àrea sota la corba de 0,76 (IC 95% = 0,66-0,86; $p < 0,001$).

CONCLUSIONS

L'agregació familiar i la presència d'alteracions immunològiques i/o hematològiques inespecífiques augmenta la probabilitat de presentar escurçament telomèric en fibrosi pulmonar, la qual cosa permet identificar millor els pacients susceptibles d'estudi. L'anàlisi d'aquestes alteracions presenta implicacions clíniques (pronòstic, seguiment i consell familiar) i, en un futur, possiblement terapèutiques.

35 ALTERACIÓ DEL SISTEMA AGES/RAGES EN FIBROSI PULMONAR IDIOPÀTICA

Autors: C. Machua¹, A. Montes-Worboys^{1,2}, R. Llatjós³, I. Escobar⁴, L. Planas^{1,2,3}, J. Dorca^{1,2,3}, M. Molina-Molina^{1,2,3}, V. Vicens-Zygmunt^{1,2}.

Institucions: ¹Laboratori de Pneumologia Experimental, Grup de Recerca Pneumològica, IDIBELL, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ²Unitat Funcional d'Interstici Pulmonar, Servei de Pneumologia, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ³Centre de Investigació Biomèdica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES).

INTRODUCCIÓ

Recents estudis suggereixen una relació del receptor dels productes finals de la glicació (RAGE), immunoglobulina expressada principalment a cèl·lules epitelials alveolars (CEA), amb la fisiopatologia de la fibrosi pulmonar. Tanmateix, els resultats són controvertits, possiblement depenent del teixit avaluat, i els mecanismes implicats desconeguts.

OBJECTIUS

Estudiar l'expressió i localització del RAGE en teixit pulmonar sà i de pulmons amb fibrosi pulmonar idiopàtica (FPI), així com la presència dels productes finals de la glicació (AGE), productes finals de reaccions no enzimàtiques tissulars, associats a l'envelliment cel·lular accelerat.

MATERIAL I MÈTODES

El teixit pulmonar fibròtic ($n = 16$) es va obtenir durant l'estudi diagnòstic de pacients amb malaltia pulmonar intersticial difusa (MPID) mitjançant biòpsia pulmonar. La histologia mostrà un patró de pneumònia intersticial usual (PIU) segons els criteris establerts pel consens de l'ATS/ERS. El teixit pulmonar control ($n = 9$) es va obtenir de la zona sana distal al càncer pulmonar resectionat mitjançant lobectomia. L'expressió i detecció proteica dels RAGE i AGE dels homogenats dels teixits es va analitzar mitjançant PCR i immunotransferència, respectivament. La seva localització tissular es va avaluar mitjançant immunohistoquímica.

RESULTATS

L'expressió proteica dels RAGE es va observar disminuïda en les mostres de pacients amb FPI respecte a les mostres control ($p < 0,01$). La mateixa disminució s'obtingué en analitzar la seva expressió gènica. La immunolocalització dels RAGE al teixit pulmonar es restringí a les CEA, endoteli i macròfags. Quant als AGE, tant la densitometria de les transferències Western com les immunotincions mostraren major presència d'AGE al teixit fibròtic que al teixit control, localitzant-se a la membrana plasmàtica de les CEA i a les fibres de col·làgena. La relació RAGE/AGE estava significativament disminuïda en pulmons amb FPI.

CONCLUSIONS

S'observa una disminució clara en l'expressió dels RAGE i una major presència d'AGE al teixit pulmonar fibròtic respecte al control, el qual podria estar relacionat amb l'envelliment accelerat i el dany per estrès tissular implicat en l'FPI, essent el sistema RAGE/AGE una possible futura diana terapèutica.

36 CRITERIS DIAGNÒSTICS I SUPERVIVÈNCIA DE LA PNEUMONITIS PER HIPERSENSIBILITAT AGUDA I CRÒNICA PER EXPOSICIÓ A EDREDÓ DE PLOMES: SÈRIE DE 33 CASOS

Autors: Ana Villar, Íñigo Ojanguren, María Antonia Ramón, María Jesús Cruz, Xavier Muñoz, Ferran Morell.
Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'exposició a proteïnes aviàries és una causa freqüent de pneumonitis per hipersensibilitat (PH)¹. La sensibilització a aquestes proteïnes pot ocórrer sense una exposició directa a les aus. En el present estudi es descriu una sèrie de PH secundàries a l'exposició a edredó de plomes (EEP) i l'evolució a llarg termini d'aquests pacients. Es proposen, a més, els criteris diagnòstics d'aquesta entitat.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu de pacients avaluats en el Programa de Malaltia Pulmonar Intersticial seguits al nostre centre entre 2004 i 2013. Durant el procés diagnòstic es van analitzar IgG específiques (slgG) davant d'aus i fongs, PFR, TCAR, rentat broncoalveolar, criobiòpsia/biòpsia pulmonar quirúrgica, cultiu microbiològic de les plomes i prova de provocació bronquial específica (PPBE). El diagnòstic de PH es va establir seguint els criteris de Schumacher *et al.*². La causalitat es va atribuir a l'EEP utilitzant els següents criteris: 1) Diagnòstic definitiu quan la PPBE va ser positiva davant aus o fongs*. 2) Diagnòstic probable quan les slgG van ser positives davant aus o fongs*. 3) Diagnòstic possible quan les slgG van resultar negatives davant d'antígens aviaris o quan la PPBE, tot i ser positiva davant fongs, no existia aïllament d'aquest en el cultiu de les plomes. En cap cas existia antecedent d'exposició a un agent conegut productor de PH.

* Amb aïllament del fong en el cultiu de les plomes.

RESULTATS

Es van estudiar 653 pacients, 127 dels quals van ser diagnosticats de PH. D'aquests, la causalitat es va atribuir a l'EEP en 33 pacients. La mitjana de supervivència des de l'inici dels símptomes va ser de 12,6 (5,8) anys, amb una taxa acumulada de 70,9% (IC 95%: 52,3-89,5) als 10 anys. L'anàlisi estratificada d'acord amb la fase de diagnòstic va mostrar que les PH agudes/subagudes tenien una taxa de supervivència 35,9% (IC 95%: 8,7-63,0) superior que els pacients en fase crònica. L'anàlisi estratificada d'acord amb el patró radiològic (PIU-No PIU) no va mostrar diferències significatives en les proporcions de supervivència als 10 anys (16,3%; IC 95%: 0,0-64,4).

CONCLUSIONS

Les PH consecutives secundàries a EEP poden ser la causa d'un gran percentatge de PH i el seu diagnòstic s'ha de realitzar utilitzant un protocol que inclogui les proves esmentades.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Medicine (Baltimore). 2008;87:110-30.
2. Chest. 1997;111:534-6.
3. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183:788-824.
4. Lancet Respir Med. 2013;1:685-94.

NOTES

FIS PI 13/01377.

38 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES SISTÉMICOS EN LA EXACERBACIÓN AGUDA DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Autores: Sandra Cuerpo, Jorge Moisés, Fernanda Hernández-González, Marcelo Sánchez, Antoni Xaubet, Jacobo Sellarés.

Institució: Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las exacerbaciones agudas de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) tienen una gran importancia en el pronóstico de la enfermedad debido a su alta mortalidad. El objetivo del estudio fue realizar una revisión de pacientes con FPI que han requerido ingreso hospitalario por empeoramiento agudo durante 10 años y evaluar el tratamiento con corticoides sistémicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio pacientes con FPI ingresados en el Hospital Clínic durante los años 2003 a 2012 por agudización de su enfermedad y se clasificaron en 3 grupos según si reunían criterios de exacerbación aguda de FPI, sospecha de exacerbación o deterioro agudo por causa específica¹. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron datos sobre sus características basales, datos relativos al ingreso hospitalario y datos sobre la necesidad de cuidados paliativos y oxigenoterapia así como reingresos en los siguientes 6 meses y mortalidad al alta.

RESULTADOS

De los 170 pacientes con código diagnóstico de neumopatía intersticial que habían requerido ingreso, 34 de ellos fueron FPI que ingresaron por empeoramiento agudo: 6 (18%) con criterios de exacerbación aguda, 11 (32%) con sospecha de exacerbación y 17 (50%) por deterioro agudo por causa específica. Durante su ingreso, el 94% de ellos recibió tratamiento con corticoides y el 54% antibióticos. La mortalidad global a los 30 días fue del 52%. Los pacientes que fallecieron durante los 30 días tras el ingreso presentaban una menor FVC basal ($48 \pm 15\%$ vs. $64 \pm 23\%$, $p = 0,05$) y menor PaO₂/FIO₂ al ingreso (231 ± 79 vs. 296 ± 80 , $p = 0,03$), y recibieron una mayor dosis de corticoides sistémicos ($0,69 \pm 0,23$ mg/kg/día vs. $0,47 \pm 0,24$ mg/kg/día, $p = 0,01$) en relación con los que sobrevivieron.

CONCLUSIONES

En la mayoría de pacientes con FPI que ingresan por empeoramiento agudo de causa respiratoria se identifica una causa desencadenante. A pesar de ello, todos reciben corticoides sistémicos, aunque los datos no objetivan una mejoría clara en la supervivencia, ya que incluso los que fallecieron en los 30 días posteriores al ingreso recibieron dosis más altas de corticoides.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Collard HR, Yow E, Richeldi L, Anstrom KJ, Glazer C, IPFnet investigators. Suspected acute exacerbation of idiopathic pulmonary fibrosis as an outcome measure in clinical trials. Respir Res. 2013 Jul 13;14:73.

37 SET ANYS D'HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA PNEUMOLÒGICA A SANT BOI DE LLOBREGAT

Autors: Teresa Pascual Pape, Elisabeth Arellano, Xavier Casas, Rosana Hernando, Montserrat Ríos, Noelia Gómez, Luis Llores.

Institució: Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.

INTRODUCCIÓ

Des de 2006, el nostre Servei de Pneumologia disposa d'una unitat d'hospitalització domiciliària (HAD) formada per infermeria (torns de matí i tarda) i un pneumòleg. Hi ingressen pacients procedents de la planta d'hospitalització amb una evolució clínica favorable. També hi ingressen pacients des d'urgències, de l'hospital de dia o de consultes externes que presenten una patologia assumible en el domicili.

MATERIAL I MÈTODES

A part de l'estabilitat clínica i l'acceptació del pacient, per ingressar a l'HAD els pacients han de complir altres requisits: tenir un cuidador que assumeixi les cures necessàries, tenir telèfon al domicili i residir en una població no llunyana del centre. Els pacients disposen d'un número de telèfon on poden contactar directament amb infermeria en l'horari de 8 a 20 h. Fora d'aquest horari, en cas de necessitat truquen al servei d'atenció urgent (061). Els pacients són visitats diàriament per infermeria per reforçar l'educació sanitària (nebulitzador, pauta d'insulina), recollir constants, valorar l'evolució i administrar el tractament EV quan es requereix. El metge visita els pacients segons l'estat clínic i l'evolució.

RESULTATS

Les dades que aquí es presenten corresponen als 7 anys 2007-2013. En total ingressaren 1.443 pacients, amb una mitjana d'edat de 68,8 anys; 445 (30,8%) eren dones. Les patologies més prevalents foren: malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), 587 casos (39,8%); NEH, 312 (21,6%); asma, 197 (13,7%); bronquiectàsis/infecció per *P. aeruginosa*, 35 (2,4%); i tuberculosi, 27 (1,9%). L'estada mitjana a l'HAD fou de 6,8 dies, amb una estada hospitalària prèvia de 3,37 dies. En comparació amb l'estada mitjana del nostre servei (4,52 dies) significà una reducció d'1,15 dies. Dels 1.443 pacients, el 39,8% havia ingressat prèviament a l'HAD, percentatge que ha anat augmentant cada any: el primer any va ser el 17,6% i l'últim el 48,9%. Això permet inferir que es tracta d'una modalitat d'ingrés satisfactòria, tant per al pacient com per al cuidador.

CONCLUSIONS

L'evolució dels pacients en HAD ha estat favorable. Només en 96 casos (6,7%) ha estat necessari reingressar el pacient a l'hospital. En 112 casos (10,3%) el pacient ha estat valorat a urgències o HDD per a exploracions complementàries i ha tornat posteriorment al domicili. Només hi ha hagut 2 casos d'èxits de pacients en l'HAD. L'ingrés a HAD és una opció satisfactòria per als pacients i per al servei. És segura i una bona alternativa que ajuda a disminuir l'estada mitjana a l'hospital.

39 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DIAGNÓSTICO Y COMITÉ MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSAS: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

Autores: Jacobo Sellarés¹, Fernanda Hernández-González², Pilar Brito-Zerón³, Carmen Lucena⁴, Sandra Cuerpo¹, Marina Paradela⁵, Sergio Prieto³, Gerard Espinosa², Josep Ramirez³, Marcelo Sánchez⁴, Antoni Xaubet¹.

Instituciones: ¹Servei de Pneumologia; ²Servei de Malalties Autoimmunes i Sistèmiques; ³Servei d'Anatomia Patològica; ⁴Servei de Radiologia; ⁵Servei de Cirurgia Toràcica. Hospital Clínic. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que la valoración multidisciplinar de los pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) por un comité con experiencia puede mejorar el pronóstico¹. El objetivo del estudio fue valorar la eficacia de un programa diagnóstico que incluye la valoración por un comité multidisciplinar en el diagnóstico de EPID en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes incluidos en el programa diagnóstico de EPID durante un periodo de 2 años. El programa incluye una primera visita en la que se realiza una anamnesis y exploración física con cuestionario específico, análisis de sangre con marcadores de autoinmunidad y precipitinas, pruebas funcionales respiratorias y test de la marcha. Los resultados son presentados al comité de EPID que incluye especialistas en neumología, radiología, anatomía patológica, endoscopia respiratoria, cirugía torácica y enfermedades autoinmunes sistémicas. En el comité se decide la necesidad y localización de una biopsia pulmonar (ya sea por endoscopia respiratoria, criobiopsia o cirugía videoasistida); el resultado de anatomía patológica es evaluado por el comité y se consensua el diagnóstico. Se analizaron variables clínicas, diagnósticas y asistenciales para el estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 132 pacientes. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas de la EPID hasta la primera visita en el programa fue de 816 ± 1.001 días y el periodo medio hasta tener un diagnóstico fue de 71 ± 82 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron EPID asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas (29%), fibrosis pulmonar idiopática (13%), neumonitis por hipersensibilidad (7%), sarcoidosis (7%), neumonía intersticial no específica (5%), neumonía organizativa criptogénica (4%) y otros diagnósticos (19%). En el 16% de los casos no se pudo clasificar la EPID. De los 86 pacientes que acudieron a nuestro centro con un diagnóstico previo de sospecha de una EPID, se cambió el diagnóstico por otra en el 48% de los casos.

CONCLUSIONES

La implantación de un programa diagnóstico y de un comité multidisciplinar es efectiva en el diagnóstico de las EPID. Aun así, es necesario optimizar los programas de detección precoz de EPID, teniendo en cuenta el retraso en la derivación de estos pacientes y el beneficio del tratamiento precoz.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Flaherty KR, King TE Jr, Raghu G, Lynch JP 3rd, Colby TV, Travis WD, et al. Idiopathic interstitial pneumonia: what is the effect of a multidisciplinary approach to diagnosis? Am J Respir Crit Care Med. 2004 Oct 15;170(8):904-10.

40 UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN PROGRAMA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES

Autors: Fernanda Hernández-González¹, Pilar Brito-Zerón², Marcelo Sánchez², José Ramírez⁴, Carles Agustí¹, Carmen María Lucena¹, Marina Paradelo³, Sergio Prieto³, Gerard Espinosa², Antoni Xaubet¹, Àlvar Agustí¹, Jacobo Sellarés¹.

Institucions: ¹Servicio de Neumología. Institut del Torax; ²Departamento de Enfermedades Autoinmunes; ³Servicio de Radiodiagnóstico; ⁴Servicio de Anatomía Patológica; ⁵Servicio de Cirugía Torácica. Institut del Torax. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Aunque se recomienda la búsqueda de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en el diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), las estrategias utilizadas para la detección de las EPID asociadas a EAS (EAS-EPID) no están bien establecidas. El objetivo del presente estudio fue determinar la utilidad de la evaluación sistemática en la detección de EAS-EPID durante un protocolo diagnóstico de EPID.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 115 pacientes, recogidos de forma prospectiva y consecutiva durante el diagnóstico de EPID. Se les evaluó diferentes características clínicas de EAS y varios anticuerpos específicos de EAS: ANA, factor reumatoide, anti-Ro, anti-La, anti-SM, anti-RNP, anti-topoisomerasa I, anticentrómero, anti-RNA polimerasa III, anti-dsDNA, anti-PM-Scl, anti-tRNA sintetasa (Jo-1, PL7, PL12, EJ y OJ), ANCA (immunofluorescencia y ELISA-PR3/MPO-), anti-CCP y niveles de complemento. Todos los casos fueron discutidos en nuestro comité interdisciplinar de EPID en el que se incluyó una evaluación por un especialista en EAS. Se definieron las EAS según los criterios establecidos por las guías internacionales. Las EAS no clasificables fueron definidas como aquellas con presencia de cualquier anticuerpo específico y de un síntoma o signo de EAS.

RESULTADOS

De los 115 pacientes, 11 (7%) cumplieron criterios para las siguientes EAS: síndrome de Sjögren (n = 5), esclerosis sistémica (n = 4) y artritis reumatoide (n = 2); 2 pacientes presentaron vasculitis asociada a ANCA. Ninguno de los pacientes tenía historia previa de EAS. Del resto de pacientes, se detectó síntomas o signos de EAS en 36 pacientes (35%), mientras que 60 de ellos (59%) presentaban al menos un autoanticuerpo específico positivo. En 27 casos (23%) se realizó un diagnóstico inicial de EAS no clasificable. De éstos, tras la discusión multidisciplinar, 8 pacientes fueron finalmente diagnosticados de otras EPID como sarcoidosis (n = 3), neumonitis por hipersensibilidad (n = 3), asbestosis (n = 1) y enfisema-fibrosis (n = 1).

CONCLUSIONES

La evaluación sistemática de las características clínicas específicas de EAS y de anticuerpos específicos en un programa diagnóstico de EPID puede ser útil en la detección precoz de EAS. Por otro lado, son necesarios estudios que evalúen el curso y pronóstico en las EAS no clasificables.

41 PATRÓ RADIOLÓGIC DE LA MALALTIA PULMONAR INTERSTICIAL EN L'ARTRITIS REUMATOIDE COM A PREDICTOR DE SUPERVIVÈNCIA

Autors: Alexa Núñez, Íñigo Ojanguren, Gabriela Àvila, Xavier Muñoz, María Jesús Cruz, Ferran Morell, Ana Villar.

Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

L'artritis reumatoide (AR) és una malaltia autoimmunità sistemica amb una incidència de 0,2 a 3/1.000 persones-any, en què l'afectació pulmonar és la forma més freqüent d'afectació extraarticular. Aquesta afectació és variada, essent la prevalença de la malaltia pulmonar intersticial associada a AR (AR-EPI) de 4%-50% segons les diferents sèries. L'objectiu del present estudi és determinar si el patró radiològic de l'AR-EPI pot definir el pronòstic d'aquests pacients.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu de pacients avaluats en el programa de malaltia pulmonar intersticial (EPI) del nostre centre entre els anys 2004 i 2013 amb diagnòstic d'AR-EPI. Es va avaluar el patró radiològic present al TCAR al diagnòstic segons la presència (AR-PIU) o no (AR-No PIU) de patró de pneumònia intersticial usual (PIU). Es va estudiar la supervivència mitjana dels pacients.

RESULTATS

Es van estudiar 653 pacients; en 21 es va obtenir diagnòstic d'AR-EPI. Quinze (71%) eren dones. La mitjana d'edat va ser de 65 anys (DE $\pm$ 8,423). El 33% dels pacients eren fumadors amb una mitjana de factor d'exposició tabaquic d'11 paquets-any. L'FVC (%) mitjana al moment del diagnòstic va ser de 64% i la DL_{CO} mitjana de 45%. Dels 21 pacients, 9 (42%) presentaven patró radiològic de PIU, 1 (4%) possible PIU i 11 (52%) no PIU (1 bronquiectàsia, 7 pneumònia intersticial no específica). No es va objectivar diferències significatives en relació a les característiques epidemiològiques encara que l'exposició tabaquica va ser inferior en el grup de pacients amb AR-PIU (p = 0,761). Les manifestacions articulars van ser més freqüents en el grup d'AR-No PIU (57%) (p = 0,044). Tampoc es van objectivar diferències en els factors pronòstics estudiats entre els dos grups, si bé el valor mitjà del factor reumatoide en el grup AR-PIU va ser superior. La supervivència mitjana va ser de 89 mesos; l'anàlisi estratificada en funció de l'afectació radiològica va mostrar una supervivència més gran en el grup AR-No PIU (107 mesos) que en el grup AR-PIU (72 mesos) tot i que aquesta diferència no va ser estadísticament significativa. En el grup AR-PIU, 4 de 9 pacients van morir (1 d'ells va ser trasplantat) i en el grup AR-No PIU, dels 11 pacients va rebre trasplantament pulmonar i un va morir.

CONCLUSIONS

El patró radiològic de l'afectació pulmonar intersticial de l'AR pot ser un factor pronòstic en l'evolució d'aquests pacients. Serien necessaris més estudis per determinar possibles factors pronòstic associats a aquesta entitat.

42 EL RITUXIMAB COM A OPCIÓ TERAPÈUTICA PER AL TRACTAMENT DE LA PNEUMONITIS PER HIPERSENSIBILITAT

Autors: Íñigo Ojanguren, Ana Villar, María Antonia Ramón, María Jesús Cruz, Xavier Muñoz, Ferran Morell.

Institució: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓ

A la forma crònica de pneumonitis per hipersensibilitat (PH), malgrat adoptar les mesures terapèutiques pertinents, la malaltia, usualment, avança. El rituximab és un anticòs monoclonal quimèric murí/humà pan-B que s'uneix específicament a l'antigen de membrana CD20. Encara que tradicionalment s'ha considerat que l'infiltrat inflamatori a la PH està predominantment causat pels limfòcits T, es considera que els limfòcits B autoreactius, per mediació dels limfòcits T, també juguen un paper determinant en la reacció inflamatòria.

OBJECTIUS

Anàlitzar l'efecte del rituximab sobre la capacitat vital forçada (FVC) i el test de transferència del CO (DL_{CO}). Com a objectiu secundari, avaluar l'efecte del rituximab en la distància recorreguda a la prova de la marxa de 6 minuts (6MWT).

MATERIAL I MÈTODES

Es van administrar de forma compassiva dues dosis d'1 g de rituximab subcutani, amb un interval de 2 setmanes, en 5 pacients diagnosticats de PH. Es van realitzar controls de l'FVC, DL_{CO} i 6MWT als 15 dies i als 1, 3, 6 i 11 mesos. Els 5 pacients havien estat tractats amb corticosteroides orals durant almenys un any i presentaven una FVC i una DL_{CO} < 60%. Tots els pacients havien experimentat una caiguda d'almenys un 10% en la DL_{CO} en els últims dos anys. Les dades evolutives es van comparar a posteriori amb una cohort paral·lela de 5 pacients amb PH tractats segons la pràctica clínica habitual amb esteroïdes.

RESULTATS

La mediana (p25-p75) d'edat dels pacients tractats amb rituximab va ser de 72 (72-73) anys. Tots eren homes. La mediana de l'FVC i de la DL_{CO} fou de 59% (35,0-63,0) i 31% (19,3-40,3), respectivament. Van caminar una mediana de 396 (324-463) metres a la 6MWT. Deu mesos després de l'administració de rituximab, presentaven una caiguda mitjana a l'FVC del 9,3% (-11,8-3,2) i del 2,2% (-8,4 - -1,7) en la DL_{CO}. Els pacients de la cohort amb PH que es van tractar segons la pràctica habitual tenien una mediana d'edat de 65 (63-80) anys i una FVC i una DL_{CO} del 59% (51,0-68,0) i 53% (31,0-53,7), respectivament. Després d'11 mesos van presentar una caiguda del 4,4% (-8,5-1,0) en l'FVC i del 5,4% (-6,0 - -3,4) en la DL_{CO}. Respecte als canvis en la 6MWT, els pacients tractats amb rituximab van caminar una mediana de +72 (-252-213) m; els pacients amb PH tractats amb els tractaments habituals van caminar -27 (-99-27) m. Aquestes diferències no van arribar a la significació estadística. No es van evidenciar efectes adversos en els pacients tractats amb rituximab.

CONCLUSIÓ

El rituximab pot ser una alternativa terapèutica vàlida en un subgrup de pacients amb PH. Serien necessaris més estudis amb un nombre de pacients més gran per a determinar el paper del rituximab en la PH.

43 LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO (FENO) NO PARECE SER DE UTILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD

Autores: Íñigo Ojanguren, María Jesús Cruz, Ana Villar, Ferran Morell, Xavier Muñoz.

Institución: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Hay muy poca evidencia de la utilidad de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) en la patología intersticial y la mayoría está relacionada con enfermedades del tejido conectivo. Un estudio reciente mostró que los pacientes con neumonitis por hipersensibilidad (NH) presentaban niveles de FeNO significativamente más altos que los pacientes que recibieron un diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial de otra etiología.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue investigar los valores de FeNO antes y después de la exposición antigénica mediante la prueba de provocación bronquial específica (PPBE) en pacientes con NH y valorar su potencial utilidad para el diagnóstico de NH y como marcador de positividad de la PPBE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de 25 pacientes remitidos para estudio por sospecha de NH, 11 de los cuales fueron diagnosticados de NH por exposición a antígenos aviarios, hongos u otros a partir de la historia clínica, pruebas funcionales respiratorias, IgG, TACAR, lavado broncoalveolar y biopsia. Se recogieron muestras de FeNO antes y después de la realización de la PPBE.

RESULTADOS

Se estudiaron 25 pacientes. De éstos, 11 pacientes fueron diagnosticados de NH, de los cuales 6 habían estado expuestos a proteínas aviarias y 5 a agentes fúngicos. No se observaron diferencias en los valores de FeNO antes y después de la exposición antigénica mediante el SIC en los pacientes diagnosticados de NH. Tampoco se objetivaron diferencias en cuanto a los valores basales de FeNO en los pacientes diagnosticados de NH respecto a los pacientes que recibieron diagnósticos alternativos.

CONCLUSIÓN

La FeNO no parece ser de utilidad para el diagnóstico de la NH, si bien serían necesarios estudios con mayores muestras de pacientes.

44 CARACTERÍSTIQUES I SEGURETAT DE LA SEDACIÓ PROFUNDA EN L'ECOBRONCOSCÒPIA. ESTUDI COMPARATIU ENTRE LA VIA RESPIRATÒRIA I LA VIA ESOFÀGICA

Autors: Eli Nancy Pérez Rodas¹, Felipe Andreu García¹, Enrique Cases Viedma², Pere Vila Caral¹, José Sanz Santos¹, Carmen Centeno Clemente¹, Andrés Briones Gómez¹, Carlos Martínez Rivera¹, Pere Serra Mitjà¹, Raquel Martínez Tomás², Juan Ruiz Manzano¹.

Institucions: ¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona; ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València.

INTRODUCCIÓ

La punció aspiració guiada per ultrasonografia endoscòpica amb ecobroncoscopi (PAF-USE-B) és una tècnica que podria constituir una alternativa en exploracions d'alt risc o contraindicades per ultrasonografia endobronquial (PAT-USEB). En aquest estudi comparem les dosis requerides de fàrmacs sedants, el nivell de sedació assolit i les complicacions en pacients als que es va realitzar USE-B i USEB.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi prospectiu observacional. Es van incloure 38 pacients sedats amb propofol i remifentanil en perfusió i controlats per anestesia. Es van establir 2 grups: grup A (EUS-B) de 19 pacients i grup B (EBUS) amb una cohort de 19 pacients amb temps de durada de la prova similar. Es va monitorar la tensió arterial (PA), la freqüència cardíaca i respiratòria, la saturació d'oxigen i la profunditat de sedació amb l'escala visual per a la sedació (EVS). Els pacients van rebre oxigen suplementari amb FIO₂ del 50%. Es van recollir les complicacions que es van presentar durant l'exploració. La comparació es va realitzar mitjançant la prova U de Mann Whitney per a les variables quantitatives i la khi quadrat per a les variables qualitatives. Es va considerar $p < 0,05$ significativa.

RESULTATS

Quan es van comparar els dos grups no es va observar diferències estadísticament significatives entre les variables basals. Es va observar diferències significatives en les dosis totals administrades de propofol: 279 mg vs. 401 mg ($p = 0,003$) i de remifentanil: 83 mcg vs. 139 mcg ($p = 0,002$), en les dosis ajustades per pes i temps: propofol 6,6 vs. 8,2 mg/kg/h ($p = 0,029$) i remifentanil 0,03 vs. 0,04 mcg/kg/min ($p = 0,009$) i en la mitjana de l'escala visual per a la sedació: 8,75 vs. 9,56 ($p = 0,020$). Les complicacions, com l'apnea i la dessaturació, van ser menys freqüents en el grup d'EUS-B respecte al d'EBUS: 1 vs. 3 ($p = 0,290$) i 0 ($n = 18$) vs. 5 ($p = 0,039$). La PAS es va reduir més d'un 25% de la basal en el 74% dels pacients del grup A i al 79 del grup B i es va observar un cas de PAS > 25% de la basal en un pacient del grup d'USEB. En el grup A es van produir 4 complicacions que van requerir tractament farmacològic (hipotensió) i al B 3 (2 hipotensions i 1 dessaturació que va precisar CPAP de Boussignac).

CONCLUSIONS

Els pacients als que es va realitzar USE-B van requerir menys dosis de fàrmacs sedants, profunditat de sedació menor i van presentar menys complicacions respiratòries; això dona suport a la utilitat de la USE-B com a alternativa en un subgrup de pacients amb alt risc de complicacions respiratòries amb la USEB.

45 CARACTERÍSTIQUES I EVOLUCIÓ DELS PACIENTS AMB EMBASSAMENT PLEURAL EN UN HOSPITAL GENERAL

Autors: Júlia Tàrraga, Marc Moreno, Judit Padrós, Yassir Oujja, Jorge García, Enric Barbeta.

Institució: Hospital General de Granollers. Granollers.

OBJECTIUS

Descriure les característiques dels pacients amb embassament pleural (EP) atesos en un hospital general en els darrers 4 anys.

MÈTODE

Estudi retrospectiu on s'inclouen tots els pacients amb toracocentesi diagnòstica realitzada des de l'1 de gener de 2010 fins al 31 de desembre de 2013 al nostre centre. S'han revisat les històries clíniques atenent als diagnòstics clínics, les característiques del líquid pleural i la mortalitat.

RESULTATS

S'han analitzat 728 pacients (442 homes i 286 dones), amb una mitjana d'edat de 67 ± 19 anys. En el 43% dels casos, l'EP era dret i en el 21% bilateral. Etiologia dels EP: infecciosa no TB 213 (29%), insuficiència cardíaca (IC) 189 (26%), neoplàstica 157 (21%), tuberculosi 23 (3%), altres diagnòstics 110 (15%); en 30 pacients (4%) es va etiquetar d'idiopàtic. Es va obtenir un cultiu positiu d'LP únicament en 80 (37%) dels EP de causa infecciosa i els gèrmens aïllats van ser: 42 bacteris aerobis, 5 anaerobis, 3 fongs, 1 *Listeria* i 1 *Nocardia*. Entre els EP malignes, la citologia del líquid pleural va ser positiva en 91 pacients (58%); els tumors primaris pleurals (mesotelioma) representaren el 10% del total, i entre els metastàsics el més freqüent van ser el de pulmó (42% del total). El 46,5% dels pacients amb IC tenien unes proteïnes d'LP > 2,5 g/dl i en el 39% dels 103 en què es va determinar l'LDH aquesta era superior a 200 µL. El 23% dels pacients amb EP de causa infecciosa tenien proteïnes a LP < 2,5 g/L i el 18% en què es va determinar l'LDH, aquesta era < 200 U/L. El 9,5% dels EP malignes tenia una xifra de proteïnes d'LP < 2,5 g/L i en el 17% dels 96 en què es va determinar, l'LDH era < 200 U/L. El 46% dels pacients havien estat èxits a 31 de desembre de 2014, amb una supervivència mitjana de 205 ± 286 dies. La mortalitat segons etiologies ha estat del 79% en els malignes, del 58% en les IC, i del 32% en les de causa infecciosa. Cap pacient amb TB va ser èxitus.

CONCLUSIONS

1) La presència d'EP s'associa a una elevada mortalitat. 2) En els EP de causa infecciosa no TB només s'aïlla el germen causant en poc més d'1/3 dels casos. 3) En els EP de causa maligna, la citologia de l'LP aporta el diagnòstic en menys del 60% dels casos i requereix la implementació d'altres procediments diagnòstics. 4) La determinació aïllada de proteïnes i LDH al líquid pleural no és útil per discriminar entre els EP de causa exsudativa i transsudativa donada l'elevada proporció de falsos positius en els EP de pacients amb IC.

46 DRENATGE DE SECRECIIONS EN LA MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA: ESTUDI COMPARATIU DE DUES TÈNIQUES DE MODULACIÓ DEL FLUX EXPIRATORI

Autors: Inmaculada Castillo Sánchez, Cristina Ruiz Herrero, Laura Benesenes López, Maria Matito Guerrero, Enric Barbeta Sánchez.

Institució: Hospital General de Granollers. Granollers.

INTRODUCCIÓ

Dintre del tractament de la fisioteràpia respiratòria existeixen diferents tècniques de drenatge de secrecions en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) amb hipersecreció bronquial. No s'ha realitzat cap estudi comparatiu sobre quines tècniques són més efectives. En el nostre estudi, es compara dues tècniques, molt utilitzades en pacients amb MPOC, de modulació del flux expiratori: lent: espiració lenta total a glòtis oberta en decúbit lateral (ETGOL) vs. drenatge autògen (DA). La nostra experiència suggereix que la tècnica de DA pot ser més efectiva perquè permet modular el flux expiratori a diferents nivells ventilatoris mentre que la tècnica ETGOL s'inicia a nivell de capacitat residual funcional fins a volum residual en decúbit infralateral.

OBJECTIUS

Comparar la tècnica de DA respecte la tècnica ETGOL en pacients amb MPOC estables amb hipersecreció bronquial en termes d'estat clínic, retenció de secrecions, permeabilitat de la via aèria i qualitat de vida relacionada amb la salut.

MATERIAL I MÈTODE

S'han inclòs 10 pacients amb MPOC estables amb hipersecreció bronquial, segons el test de SEVA (Score d'évaluation de l'encombrement des voies aériennes) superior a 3. Van ser aleatoritzats per un programa informàtic en dos grups de tractament. Al grup DA ($n = 5$) es va realitzar la tècnica de drenatge de secrecions DA en sedestació, mentre que al grup ETGOL ($n = 5$) es va realitzar la tècnica de drenatge ETGOL. L'estudi va constar de 4 sessions, 1 dia per setmana (durada 20 minuts) de tractament en total. S'han analitzat les següents variables: retenció de secrecions (test de SEVA), paràmetres de funció pulmonar (MEF₂₅, FEV₁, FVC) i qualitat de vida relacionada amb la salut mitjançant el test COPD assessment test (CAT) a la visita inicial i a la visita final de l'estudi.

RESULTATS

Es van incloure 10 pacients, el 28,5% eren dones i el 71,5% homes, amb una mitjana d'edat de $70 \pm 9,91$ anys. IMC: $21,34 \pm 1,61$ kg/m². FEV₁: $29,29 \pm 17,38\%$. FVC: $42,95 \pm 23,92\%$. FEV₁/FVC: $40,39 \pm 21,09\%$. Encara que no hi havia diferències estadísticament significatives entre les dues tècniques ($p = 0,225$), la presència de retenció de secrecions va ser menor en el grup DA ($p = 0,06$) que en el grup ETGOL ($p = 0,09$). Tampoc es van trobar diferències significatives en les variables de funció pulmonar estudiades, en el grup DA: FVC $p = 0,51$, FEV₁ $p = 0,17$, MEF₂₅ $p = 0,14$, i en el grup ETGOL: FVC $p = 0,75$, FEV₁ $p = 0,68$, MEF₂₅ $p = 0,43$, però sobrava una tendència a la millora en el grup G-DA. A nivell de qualitat de vida no hi va haver tampoc diferències significatives entre les dues tècniques ($p = 0,28$). Sí que es van trobar resultats estadísticament significatius referits a l'anàlisi individual dels tests CAT realitzats a cada grup, G-DA ($p = 0,009$) i G-ETGOL ($p = 0,03$).

CONCLUSIONS

En la nostra sèrie s'observa una millora clínica i de qualitat de vida en les tècniques de drenatge de secrecions aplicades, amb superioritat de la DA en termes tant d'estat clínic com de funció pulmonar i qualitat de vida en el pacient amb MPOC estable.

INFERMERIA I FISIOTERÀPIA

47 VALORACIÓ DEL CONEIXEMENT DE LES TÈCNiques INHALATÒRIES EN ELS PACIENTS QUE INGRESSEN EN UN SERVEI DE PNEUMOLOGIA

Autors: Javier Burgos Lozano, Nuria Romero Navarrete, Manuel Luna Segovia, Isabel Diaz Martos, Maria Ferres Prats, Maite Cantos Santamaria, M. Angeles Muñoz Barea, Ángela Baqué Mariné, Enric Prats Soro.
Institució: Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

INTRODUCCIÓ: El tractament principal d'una gran part de les malalties respiratòries com l'asma o la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és la teràpia inhalada. L'efectivitat d'aquest tractament requereix d'una correcta realització de la tècnica inhalatòria.

OBJECTIU: Valorar el grau de coneixement dels sistemes d'inhalació de fàrmacs en pacients ingressats en un servei de pneumologia i veure l'impacte d'una actuació dirigida per millorar la realització correcta d'aquestes tècniques.

METODOLOGIA: Estudi prospectiu en el qual s'han avaluat de forma consecutiva tots els pacients que ingressaven al Servei de Pneumologia durant el període maig-octubre de 2014 i que prèviament estaven utilitzant algun tipus de teràpia inhalada. Una infermera especialitzada valorava la realització de la tècnica inhalatòria amb un qüestionari realitzat específicament per a l'estudi i on es recollien els diferents passos per a l'ús dels inhaladors. En funció d'aquesta avaluació s'obtenia el següent resultat: 1) correcte, 2) deficient però sense errors crucials i 3) deficient amb errors crucials. Posteriorment es realitzava l'educació de les tècniques i una nova valoració en el moment de l'alta hospitalària. Es va analitzar les següents variables: edat, sexe, patologia de base, tipus d'inhaladors i temps d'utilització i ingressos l'any previ. Anàlisi estadística: anàlisi descriptiva de les variables, factors que poden influir en el coneixement i comparació del grau de coneixement de les tècniques a l'ingrés i a l'alta (prova khi quadrat).

RESULTATS: S'han avaluat 124 pacients, edat 66 ± 13 anys (70% homes). La patologia de base més freqüent va ser l'MPOC (60%), seguida per l'asma (20%). Els tipus d'inhaladors foren: ICP 41%, IPS (multidosi) 35% i IPS (unidosi) 24%. El temps mitjà d'utilització d'inhaladors era de 7 ± 9 anys. Els dos errors més freqüents varen ser: no expulsar l'aire abans de la inhalació (45%) i realitzar més d'una inhalació (12%). La comparació entre la realització de la tècnica inhalatòria en la primera valoració i l'alta és la següent (taula):

Resultat	Valoració a l'inici	Valoració a l'alta
Correcte (n)	57	97
Deficient sense errors crucials (n)	56	22
Deficient amb errors crucials (n)	11	5

$P < 0,0001$ (khi quadrat)

L'edat més avançada s'ha relacionat amb la dificultat per a realitzar les tècniques però no el temps d'utilització dels inhaladors ni els reingressos previs.

CONCLUSIONS: Un percentatge significatiu de pacients no realitzen de forma correcta les tècniques inhalatòries tot i haver seguit aquest tractament durant diversos anys. Durant un ingrés hospitalari pot ser un bon moment per monitorar el coneixement de les tècniques i millorar d'aquesta manera la seva realització mitjançant una intervenció dirigida per una infermera especialitzada.

48 IMPACTE D'UN PROGRAMA DE SEGUIMENT DOMICILIARI EN PACIENTS AMB MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA: QUALITAT DE VIDA I REPERCUSSIÓ ECONÒMICA

Autors: Adriana Pascuas González¹, Júlia Tàrraga Camarasa², Cristina Ruiz Herrero¹, Antonio Hellin Aguilar¹, Xavier Pablo Delgado¹, Enric Barbeta Sánchez².

Institucions: ¹Esteve Teijin Healthcare; ²Hospital General de Granollers.

INTRODUCCIÓ

S'ha demostrat que l'atenció de les exacerbacions en els pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) suposa una despesa econòmica important per a la sanitat; per tant, cal crear estratègies que permetin tenir millor control d'aquests pacients. Una d'elles és la implementació de programes de seguiment que incloguin educació i que permetin implicar el pacient en la gestió de la seva malaltia i fomentar un paper actiu en l'autocura.

OBJECTIU

Avaluar l'impacte d'un programa de seguiment domiciliari en pacients amb MPOC i oxigenoteràpia continuada domiciliària (OCD) en termes de qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS), adherència al tractament d'oxigenoteràpia, nombre d'ingressos hospitalaris i visites a urgències.

PACIENTS I MÈTODES

Es tracta d'un estudi d'intervenció on es van incloure 45 pacients amb MPOC i OCD controlats per la Unitat de Pneumologia de l'Hospital General de Granollers, als quals es va realitzar durant 3 mesos un seguiment domiciliari i un programa estructurat d'educació amb sessions quinzenals. Es va avaluar la QVRS i l'adherència a l'oxigenoteràpia abans i després del programa, així com els ingressos hospitalaris i les visites a urgències en el període en què es va realitzar el programa (febrer a abril de 2014) comparant-los amb els registrats en el mateix període de l'any 2013.

RESULTATS

Es va evidenciar una millora significativa en la QVRS mesurada amb el qüestionari CAT (*COPD assessment test*) abans i després del programa, que va obtenir una diferència per sobre de 3 punts, que es considera clínicament rellevant. Pel que fa a la freqüentació dels serveis sanitaris, es va observar un descens en les visites a urgències per exacerbació d'MPOC que van passar de 0,93 a 0,64 visites per pacient; els ingressos hospitalaris van disminuir de 0,88 a 0,56 ingressos per pacient. El percentatge de pacients amb un compliment de l'OCD major o igual a 15 hores/dia va augmentar del 37,14% al 51,43%.

CONCLUSIONS

El seguiment domiciliari en pacients amb MPOC i OCD que es realitza de forma multidisciplinària i coordinada, on es considera l'educació al pacient com a pilar fonamental, aconsegueix millorar l'adherència al tractament d'oxigenoteràpia, millora la QVRS i permet estalviar en costos d'atenció sanitària.

49 SITUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN LA SALA DE NEUMOLOGÍA

Autores: Montserrat Calpena Irisarri, Susana Palacín Calderón, Mar Pereira González, Amelia Romero Merlos, Ana Alonso León, Rafael Calvo Oyon, Marta Gutiérrez Rouco, Charo Laborda, Ignasi Gich Saladich.
Institución: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida que se caracteriza por la pérdida progresiva de neuronas motoras. Se afectan tanto las neuronas motoras inferiores, lo que conduce a debilidad, atrofia y fasciculaciones de toda la musculatura voluntaria, como las superiores, lo que produce espasticidad e hiperreflexia. Es frecuente la disfagia, que ocasiona riesgo de desnutrición, deshidratación y broncoaspiraciones.

OBJETIVOS: **Objetivo principal.** Valorar el estado nutricional en los pacientes que ingresan con enfermedad de la neurona motora tipo ELA. **Objetivos secundarios.** 1) Valorar el riesgo nutricional mediante el método de cribado *Nutritional Risk Screening* (NRS) 2002. 2) Relacionar el NRS 2002 con el tiempo de inicio de los síntomas y observar si hay relación entre el tiempo de inicio de los síntomas y la *Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale* (ALSFRS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes que ingresaron con enfermedad de la neurona motora tipo ELA en la sala de hospitalización de neumología, durante el periodo comprendido entre octubre de 2012 y octubre de 2014. A todos ellos se les pasó el cuestionario NRS 2002, la ALSFRS, la valoración del estado nutricional mediante la pérdida de peso en el tiempo (a los 3 y 6 meses), albúmina y un cuestionario de elaboración propia con las siguientes variables: edad, sexo, tiempo desde el inicio de los síntomas, con quién conviven, disponibilidad de casa adaptada, si están en seguimiento por un dietista-nutricionista, si llevan ventilación mecánica domiciliar (VMD), gastrostomía percutánea (GP), tipo de dieta, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), ionograma (Na, K, Ca, P), función renal (urea, creatinina), hemograma, proteínas totales y colesterol.

RESULTADOS: Se estudiaron 24 pacientes: 11 hombres (46%), 13 mujeres (54%); la media de edad fue de 67 ± 11 (38-87) años. Tiempo desde el inicio de los síntomas: $2,5 \pm 2$ (0,4-5) años. NRS 2002: 67% leve, 29% moderado y 4% grave. Quince (62,5%) presentaban pérdida de peso: 68,4% de los pacientes, $5,0 \pm 4,1$ en 3 meses y $8,5 \pm 5,2$ en 6 meses. ALSFRS: 15 ± 10 (3-39). Albúmina en sangre: 34 ± 10 (10-43) g/l. Relación NRS-tiempo de inicio de los síntomas: $p = 0,063$. Relación inicio síntomas-ALSFRS: $r = 0,073$.

Otras variables. Comorbilidad: 14 (58%) hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, 7 (29%) osteoporosis y dislipemia, 3 (12%) artrosis. Con quién convive: 15 (68%) esposo, 6 (25%) hijos, 3 (12,5%) cuidador. El 100% disponía de apoyo familiar. El 67% tenía la casa adaptada. Portadores de VMD: 87,5%; 6/21 con O₂, flujo 2-3 litros, nº horas: 15 ± 7 (4-24); portadores de traqueostomía: 1 (4%). Tipo de dieta: basal, 75%; hiposódica, 25%; textura, 7%; normal, 14%; fácil masticación, 21,4%; modificada mecánicamente, 57%; triturada, 92%. Presentan disfagia: 83% a líquidos y sólidos con afectación de la seguridad (12,5%) o eficacia (8,3%) o ambas (75%). Todos están en seguimiento con un dietista-nutricionista. Dieciséis son portadores de GP: 6 (37,5%) endoscópicas y 8 (50%) radiológicas. IMC: 22 ± 5 (12-38).

Datos de laboratorio. Proteínas (g/l): 61 ± 20 (17-81); Na (mmol/l): 138 ± 5 (126-145); Ca (mmol/l): $2 \pm 0,3$ (1,24-2,55); fósforo (mmol/l): $1 \pm 0,2$ (1-1,4); urea (mmol/l): $7,6 \pm 0,4$ (3,5-21,2); creatinina (mmol/l): 66 ± 70 (31-329); glucosa (mmol/l): 6 ± 1 (4,2-7,5); colesterol (mmol/l): 4 ± 1 (3,4-5,4); K (mmol/l): 4 ± 2 (3,2-6); saturación de O₂ (%): 95 ± 4 (86-99).

CONCLUSIONES: Los pacientes de nuestro estudio tienen un NRS 2002 moderado-grave (68,4%). El 33,3% de los pacientes sin GP y el 100% de los pacientes con GP han presentado pérdida ponderal en 3 y/o 6 meses, el 26,3% se corresponde con desnutrición calórica grave. Los valores de albúmina corresponden a un estado proteico correcto o desnutrición leve-moderada. No encontramos relación entre NRS 2002 y tiempo de inicio de los síntomas. Encontramos correlación entre ALSFRS y tiempo de inicio de los síntomas.

50 ATENCIÓ AL PACIENT CRÒNIC COMPLEX RESPIRATORI: EXEMPLE D'ATENCIÓ COORDINADA

Autors: Luis Llores¹, Gemma Fusté², Nuria Gutiérrez³, Rosana Hernando⁴, Elisabet Arellano⁵, Xavier Martret¹, Jesús Antonio Vaquero⁶, Xavier Casas¹, Teresa Pascual¹, Isabel Santos², Isabel García¹, Elena Fernández¹.

Institucions: ¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat; ²Equip d'Atenció a la Cronicitat Baix Llobregat Centre.

INTRODUCCIÓ

Seguint les directrius del Pla de Salut del Departament sobre l'atenció dels pacients crònics complexos (PCC) i amb malaltia avançada (MACA), l'any 2013 a la nostra àrea es va a reorganitzar tant l'atenció primària com l'hospitalària. Fins llavors aquests pacients amb patologia respiratòria, en molts casos presentaven una elevada taxa de visites a urgències, d'ingressos i de reingressos hospitalaris.

MATERIAL I MÈTODES

Es va crear les figures de les gestores de casos i dels coordinadors mèdics, tant en l'atenció primària com en l'hospitalària. Es va iniciar sessions conjuntes amb periodicitat mensual entre els dos equips assistencials per identificar i consensuar pacients amb criteris de PCC i MACA, per adequar els tractaments de forma individualitzada, per fixar els objectius amb els pacients i les seves famílies i elaborar un pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC). Es facilitava l'accés d'aquests pacients a l'hospital de dia i es potenciava la possibilitat de visites domiciliàries realitzades per part de l'atenció primària. Aquestes visites es realitzaven de forma coordinada.

RESULTATS

S'han comentat 181 casos en aquestes sessions i s'han solucionat problemes de coordinació de forma directa i senzilla; s'han completat el 100% dels PIIC proposats i aquesta informació s'ha compartit amb el centre de salut de referència per al pacient mitjançant una visita virtual amb les conclusions de la sessió per a cada pacient. Tant les visites a l'hospital de dia, realitzades pels serveis de pneumologia i medicina interna, com les visites a domicili fetes per l'atenció primària van augmentar considerablement, aconseguint disminuir, per dos anys consecutius, en més del 50% tant els ingressos hospitalaris com les visites a urgències.

CONCLUSIONS

La coordinació entre els diferents nivells assistencials que eren en contacte amb els PCC mitjançant les reunions periòdiques i els sistemes d'informació és un bon mètode per al correcte seguiment i tractament que redunda en un benefici tant per al pacient com per als sistemes sanitaris involucrats. L'increment de les visites coordinades domiciliàries i a l'hospital de dia es correspon amb una disminució significativa dels ingressos i de les visites a urgències.

51 ATENCIÓN CONTINUADA ESPECIALIZADA DE LA PERSONA CON PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Autores: M. Pérez Isern, A. Vila Mola, E. Martínez Cartañá, X. Matas Bolet, M. J. Gimeno Toribio.

Institución: Oximesa, S.L., Grupo Praxair.

PLANTEAMIENTO

La atención continuada de enfermería y de fisioterapeutas de una empresa proveedora de terapias respiratorias a domicilio (TRD) como nexo entre el equipo asistencial prescriptor y la administración pública.

OBJETIVOS ASISTENCIALES

1) Colaborar con el sistema sanitario en la reducción de las estancias hospitalarias y frecuentación de servicios de urgencias, en los pacientes con buena tolerancia al tratamiento domiciliario y como consecuencia de los efectos adversos derivados de la estancia hospitalaria. 2) Monitorizar el cumplimiento y la adhesión al tratamiento. 3) Dar herramientas para la anticipación a eventos no deseados y orientación ante la exacerbación. 4) Aumentar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores en relación a los cuidados para la salud y el fomento de la autonomía.

DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Seguimiento del tratamiento prescrito: manejo adecuado del equipo y material requerido para la terapia, mantenimiento y limpieza de equipos; gestión eficaz del suministro de material fungible complejo y variable; control de la adhesión al tratamiento; refuerzo de conceptos sobre el manejo de la enfermedad, terapia y hábitos saludables; y fomento del autocuidado y la autonomía.

Soporte emocional: nexos de confianza y empatía y herramientas para prevenir incidentes.

Nexo entre el sistema sanitario y la Administración: optimización de circuitos administrativos y asistenciales, reducción de la variabilidad en la prescripción y cumplimiento de guías y protocolos.

RESULTADOS

Descripción y comparativa de la actividad asistencial en el periodo 2011-2014.

CONCLUSIONES

El equipo asistencial de la empresa proveedora de TRD es una figura consolidada en la actuación en el domicilio del paciente mediante la atención presencial y telefónica (susceptible de ampliar su actividad en procesos de atención en remoto), basa su actividad en los protocolos y guías establecidos por la Administración y los equipos de salud, y aporta continuidad y valor a la atención multidisciplinar y coordinada entre niveles asistenciales.

ENTITATS COL·LABORADORES

XXXIII DIADA PNEUMOLÒGICA

El Comitè Organitzador de la XXXIII 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:

ACTELION

AIR LIQUID / GASMEDI

ASTRAZENECA

BOEHRINGER

CHIESI

ESTEVE

GASMED

GSK

GRIFOLS

LINDE

MENARINI

MUNDI PHARMA

NOVARTIS

OXIGEN SALUT

OXIMESA

PFIZER

PHILIPS

PRAXIS / ZAMBON

ROCHE

TAKEDA

TEVA

VIVSOL

A totes elles, gràcies.



L'Acadèmia

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



*Societat Catalana
de Pneumologia*