

Volum 21 n°5

octubre 2003

Editorial	Editor Confidencialitat.	122
Treballs Originals	Varia el risc coronari en dones hipertenses si apliquem les taules de la NCEP proposades a l'ATP-III?	123
Entrevista a...	Sebastià Juncosa.	126
Revisions	Síndrome del budell irritable: un repte diagnòstic.	128
Casos Clínics	Anticonceptius orals: Un nou factor de risc cardiovascular?.	131
La imatge	Lactant de 3 mesos d'edat.	133
Jornada d'MPOC	Epidemiologia de l'MPOC.	134
	Abstracts presentats en el congrés.	149
Fulls d'Informació per a Pacients de l'scmfic	Refredat comú.	173
	Resfriado común.	174

Butlletí editat per:

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Portaferrissa 8, pral. 1a. / 08002 Barcelona • Tel.: 933 011 777 • Fax: 933 181 001

e-mail. scmfic @ scmfic.org

© scmfic Reservats tots els drets

Junta Permanent:

President: Ramon Morera i Castell
Vice-presidents: Antoni Peris i Grao
 M. Dolors Forés i García
Secretari: Daniel Ferrer-Vidal i Cortella
Vice-secretària: Mireia Sans i Corrales
Tresorer: Ramon Velayos i Balcells
Vocals: Sandra Pons i Cuevas
 Mònica Papiol i Rufias
Gerent Fundació d'AP: Santiago Rico de Ros

Comitè Editorial:

Director: Joan Lozano i Fernández
C. Editorial: Carles Llor i Vilà
 Rosa Pou i Vila
 Ramon Morera i Castell
 Xavier Bria i Ferré
 Ernest Vinyoles i Bargalló
 Mènci Benítez Camps
 Mireia Sans i Corrales
 Miquel Àngel Martínez i Adell
 Ester Duran i Navarro
 Raül Bonich i Juan
Secretària: Mercè Déu i Martínez

Seccions:

Recerca: Jesus Pujol i Salud
Docència: Feliu Aliaga i Felma
Comunicació: Josep Lluís Ballvé i Moreno
Residents: Isabel Ortiz i García

Vocalies territorials:

Anoia: Josep Alins i Presas
Girona: Pascual Solanas i Saura
Lleida: Gisela Galindo i Ortego
Maresme: Pere Torán i Monserrat
Osona: Antoni Iruela i López
Tarragona: Josep Basora i Gallissà
Terres de l'Ebre: Francesc Arasa i Panisello
Vallès Occidental: Ferran Galí i Gorina
Vallès Oriental: Eulàlia Cladellas i Oliveras

Enllaços amb el Butlletí:

Acreditació Activitats: Marta Piró i Ibáñez
Adolescència: Rosario Jiménez i Leal
Alcohol: Rosa Freixedas i Casaponsa
Anticoagulació oral: Jordi Altirriba i Vives
APOC: Isabel Montaner i Gomis
Asma: Anna Moretó i Reventós
ATDOM: Antonio Aranzana i Martínez
Comitè de prova: Elisenda Florensa i Claramunt
Comunicació i salut: Josep Massons i Cirera
Cooperació internacional
 (COCCOPSI): Maria José Llorens i Morales
Dermatologia: Raül Bonich i Juan
Diabetis (GEDAPS): Pilar Roura i Olmeda
Dislipèmies: César Asenjo i Vázquez
Exercici Físic i Salut: Óscar Peda i Chimenis
Farmàcia: Julio González i Algas
Gent gran: Mònica Papiol i Rufiàs
Hipertensió arterial: Joan Bayó i Llibre
Infecçioses
 (GERMIAP): Isabel González i Saavedra
Malalties del cor: Valeria Pacheco i Huergo
MBE: Mènci Benítez i Camps
Osteoporosi: Cristina Carbonell i Abella
Patologia digestiva: Gerard Martínez i Sánchez
Patologia prostàtica: Elisenda Sant i Arderiu
Qualitat: Miquel Reguant i Fosas
Reumatologia: Xavier Mas i Garriga
Risc Cardiovascular: Josep Franch i Nadal
Salut mental: Albert Grau i Ruvireta
Tabaquisme
 (GRAPAT): M. Carmen Cabezas i Peña
Urgències: Pedro Cabrero i Sobrino
VIH: José Manuel Castillejo i Medina

Producció:*Realització:* Javaloyes*Publicitat:* **Fundació d'Atenció Primària***Impressió:* PT Graf S.L.

Tel. 933 011 777 • Fax 933 181 001

D.L. B-17664-1988 Suport vàlid

Editorial

Editor Confidencialitat

De vegades no ens adonem que un dels elements distintius de l'exercici de la nostra professió és l'exquisit respecte amb què hem de tractar la informació que fa referència als nostres pacients. La nostra Societat té com a valor que la informació relacionada amb la salut pertany exclusivament a l'àmbit privat. Tots tenim ple dret que allò referent a la nostra salut sigui estrictament confidencial. Aquest dret garanteix la defensa de la intimitat.

Per a nosaltres, els metges de família, respectar la confidencialitat de la informació sobre els nostres pacients ha de seguir essent un principi ètic no negociable, no devaluable, imprescindible en una bona relació metge-pacient. La confidencialitat ens permet obtenir la informació necessària per a una bona atenció i afavoreix la confiança del pacient.

La premissa bàsica és que la informació sobre la salut pertany al pacient i, sempre que sigui possible, és ell qui l'ha d'administrar. Això cal aplicar-ho fins i tot amb els familiars o amics. De vegades no som prou rigorosos i atenem la demanda d'informació de tercers sense tenir en compte si el pacient estaria d'acord a compartir aquesta informació amb altres persones. Comentar informacions sanitàries amb companys o en espais públics de forma no anònima és posar en risc la intimitat del pacient. Cal tenir-ho en compte també, quan atenem, com a pacients, altres companys de professió.

La centralització de dades mèdiques informatitzades pot ser una nova amenaça que posa en risc la custòdia de les dades confidencials. Però fer accessible la informació clínica amb finalitats assistencials no justifica que es vulneri el dret del ciutadà a la confidencialitat de les seves dades mèdiques.

La nostra Societat, a través del Grup d'Ètica, us ofereix el document sobre confidencialitat. Es tracta d'una reflexió rigorosa sobre com hem de tractar la informació en diverses situacions de la pràctica diària, en què hem de ser conscients que podem posar en perill la confidencialitat. Respectar tots els drets dels pacients és imprescindible per mantenir la seva confiança.

Ramon Morera i Castell
President de l'SCMFIC

Varia el risc coronari en dones hipertenses si apliquem les taules de la NCEP proposades a l'ATP-III?

Daniel Martínez Laguna,

Araceli Ríos Maré,

M.Carme Martínez García,

Sandra Lumbreras Garuz,

Anna Farrán Aragonés,

Montse Delgado De la Cruz

Unitat Docent EAP Chafarinas

Resum

Objectius: Conèixer com es modifica el risc coronari (RC) si tenim en compte les taules de l'ATP-III de l'NCEP.

Tipus d'estudi: Descriptiu transversal de base poblacional

Emplaçament: Població adscrita en una Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: 286 hipertenses no diabètiques d'un estudi de prevalença de RC en població femenina entre 45 i 74 anys realitzat en el nostre centre l'any 2001.

Mesuraments i intervencions: S'estudien les hipertenses no diabètiques procedents d'un estudi de RC realitzat en el nostre àmbit que inclogué 813 dones. Es recollí informació sobre la presència d'hipercolesterolèmia, diabetis mellitus, tabaquisme, hipertròfia ventricular esquerra i si prenién tractament hipotensor i/o hipolipemiant; calculant el RC amb la taula clàssica de Framingham (RC1) i amb la taula proposada pel *National Cholesterol Education Program* (NCEP) a l'*Adult Treatment Panel III* (RC2). S'utilitzen intervals de confiança del 95%.

Resultats: El 75,3% de les hipertenses no diabètiques prenen tractament hipotensor. El 52,4% d'aquestes són hipercolesterolèmiques i un 36,7% prenen tractament hipolipemiant. El 3,1% tenen un RC1 > 20% (alt); el 42% RC1 10-20% (moderat); i el 54,9% RC1 < 10% (baix). Un 1% tenen un RC2 > 20%; un 24,8% RC2 10-20%; i un 74,1% RC2 < 10%. Cap dona amb RC2 > 20% és dislipèmica i, per tant, cap pren hipolipemiant. El 29,2% de les dislipèmiques finals amb RC2 10-20% i el 40,6% amb RC2 < 10% prenen hipolipemiant.

Conclusions: Contràriament al que pensàvem, quan apliquem les noves taules de la NCEP observem una disminució del risc coronari.

Introducció

La malaltia cardiovascular és una de les principals causes de morbiditat en el nostre medi¹⁻². Malgrat que trobem una elevada prevalença de factors de risc coronari en la nostra població la taxa de mortalitat coronària difereix de la resta de països³⁻⁴.

Es defineix risc coronari (RC) com la possibilitat de patir un episodi coronari en un període de temps determinat, generalment 10 anys. El risc coronari constitueix una eina necessària per a la presa de decisions terapèutiques en pacients hipertensos i/o dislipèmics. En l'actualitat disposem de diverses taules per al càlcul del risc, des de la clàssica de Framingham fins a les taules de les Societats europees. La taula que actualment recomana el PAPP-SEM-FYC (Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària) per al càlcul del risc coronari és la taula d'Anderson⁵ que es basa en l'estudi de Framingham.

Darrerament, el *National Cholesterol Education Program* (NCEP) ha proposat uns canvis en el seu tercer informe (*Adult Treatment Panel III*)⁶ respecte a l'informe previ. Considera la diabetis com a un equivalent de risc coronari; és a dir, amb un risc absolut de coronariopatia semblant als quadres coronaris en persones amb malaltia coronària prèvia. Modifica els valors òptims de colesterol-LDL i colesterol-HDL. A més, a més, afegeix puntuació si el pacient rep tractament antihipertensiu donat que la hipertensió comporta un risc afegit. L'elevada freqüentació de la població femenina en el nostre centre i l'alta prevalença d'HTA han motivat que volguéssim comprovar si les noves propostes de la NCEP a l'ATP-III suposaven o no un important canvi de la predicció del RC respecte a les taules clàssiques.

Material i mètodes

Estudi transversal descriptiu realitzat sobre població femenina hipertensa no diabètica d'edat entre 45 i 74 anys. La mostra s'obté a partir de l'estudi poblacional de prevalença de risc coronari realitzat en el nostre medi en el 2001. La captació del subjectes es realitzà inicialment durant els primers sis mesos a través de la consulta de cadascun dels metges del centre i posteriorment en aquelles dones amb les que no s'havia pogut contactar a la consulta se cità a través del telèfon, considerant com a perdudes les persones que no van respondre a la tercera trucada, o a través de carta, considerant com a perdudes quan no hi va haver resposta a la segona carta. Els factors d'exclusió van ser els següents: antecedents de malaltia cardiovascular, pacients institucionalitzats, persones amb deteriorament cognitiu sever i pacients amb malaltia neoplàstica disseminada i/o expectativa de vida curta.

De les 813 dones de l'estudi inicial se seleccionaren les hipertenses no diabètiques quedant una mostra de 286 dones. Es recollí la informació de les següents variables: edat, valor de tensió arterial sistòlica (TAS), valor de colesterol total, valor de colesterol-HDL, presència d'hipertrofia de ventricle esquerre, antecedent de tabaquisme, antecedent d'hipertensió i si prenia o no tractament antihipertensiu, antecedent d'hipercolesterolèmia i si prenia o no hipolipemians, risc coronari segons les taules de Framingham (RC1), definit com a alt (RC > 20%), moderat (RC 10-20%) i baix (RC < 10%). Amb aquestes variables i aplicant les noves taules de RC proposades per la NCEP es recalculà el risc coronari obtenint la nova variable corresponent al risc coronari modificat (RC2) definit com a alt (RC > 20%), moderat (RC 10-20%) i baix (RC < 10%).

Per als valors de TA i colesterol en el cas d'haver-hi diferents valors es tria la xifra més elevada del darrer any de la data d'inclusió. Es defineix com a hipertensió arterial la determinació de tres preses de TA superiors o iguals a 140 mm Hg (TAS) i/o 90 mm Hg (TAD). Com a hipercolesterolèmia s'entén la presència de dues determinacions separades entre sí entre 2-3 setmanes amb valor superior o igual a 250 mg/dl. Per al diagnòstic de diabetis mellitus es considera necessària la presència de dos valors de glicèmies en dejú superior o igual a 126 mg/dl. Per valorar l'existència d'hipertrofia ventricular esquerra es recollia, si es disposava, la informació de l'ecocardiograma i en cas de no disposar-la, s'utilitzaren els criteris electrocardiogràfics de Cornell o Sokolov. S'utilitzà una base de dades Access i l'anàlisi estadística es realitzà amb el paquet estadístic SPSS. Es presenten les dades com a estimacions amb el seu interval de confiança del 95%.

Resultats

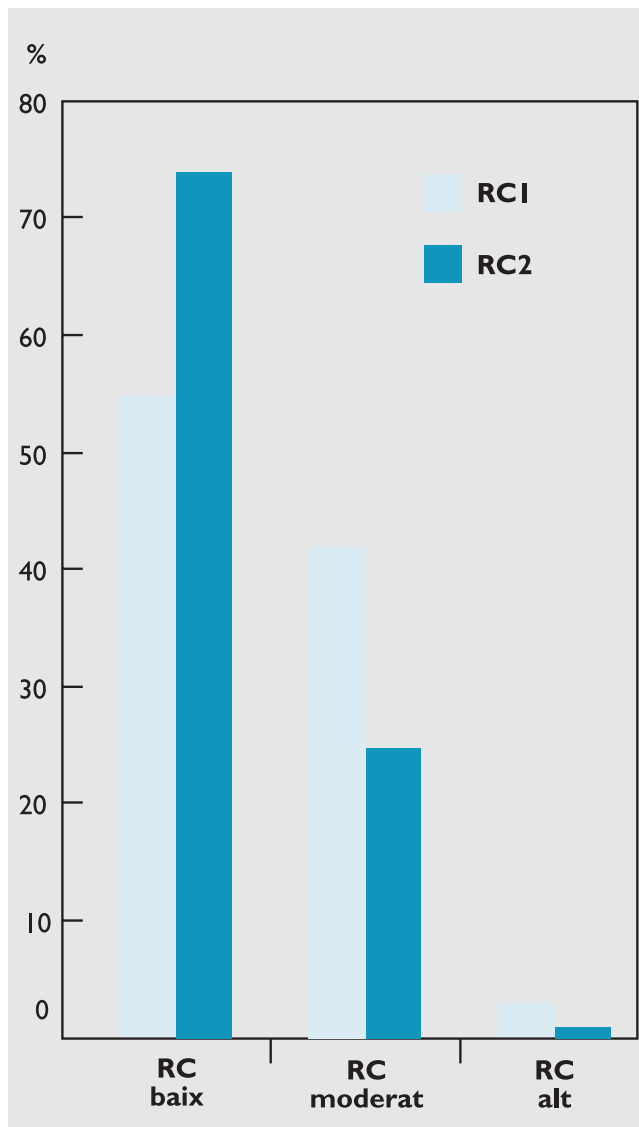
L'edat mitjana de la mostra va ser de 63,7 anys (DE: 7,4 anys). La distribució per l'edat era: el 16,1% (11,8-20,3) entre 45-54 anys, el 28,7% (23,4-33,9) entre els 55-64 anys i el 55,2% (49,5-61) entre 65-74 anys. Un 87,8% ja estaven diagnosticades d'HTA i d'aquestes un 75,3% prenia tractament antihipertensiu. Un 12,2% varen diagnosticar-se per primera vegada. Reben antihipertensius un 13,8% (8,8-18,7) de les dones entre 45-54 anys, el 28% (21,6-34,4) de les de 55-64 anys i el 58,2% (51,2-65,2) de les de 65-74 anys. Un 52,4% (46,7-58,2) són dislipèmiques i d'aquestes un 36,7% (29-44,4) prenen hipolipemians. Un 6,3% (3,7-9,7) presenten criteris d'hipertrofia ventricular esquerra i un 4,2% (2,2-7,2) són fumadores.

La mitjana del RC1 era del 10,3% als 10 anys (DE: 5,1). La distribució del RC1 va ser: RC1 alt 3,1% (0,2-5,8), RC1 moderat 42% (36,2-49,7) i RC1 baix 54,9% (49,1-60,7). La mitjana del risc coronari segons les taules de la NCEP-ATP III (RC2) fou del 7,1 (DE: 4,7) i es distribuï de la següent manera: RC2 alt 1% (0,2-3); RC2 moderat 24,8% (18,9-29,8) i RC2 baix 74,1% (69,1-79,2). (Figures 1 i 2). De les dones amb RC2 baix un 47,6% són dislipèmiques i d'aquestes el 40,6% (31-50,2) prenen hipolipemians; de les de RC2 moderat un 67,6% ho són i d'aquestes el 29,2% (16,9-44,1) prenen hipolipemians. Cap dona amb RC2 alt és dislipèmica (Taula 1).

Discussió

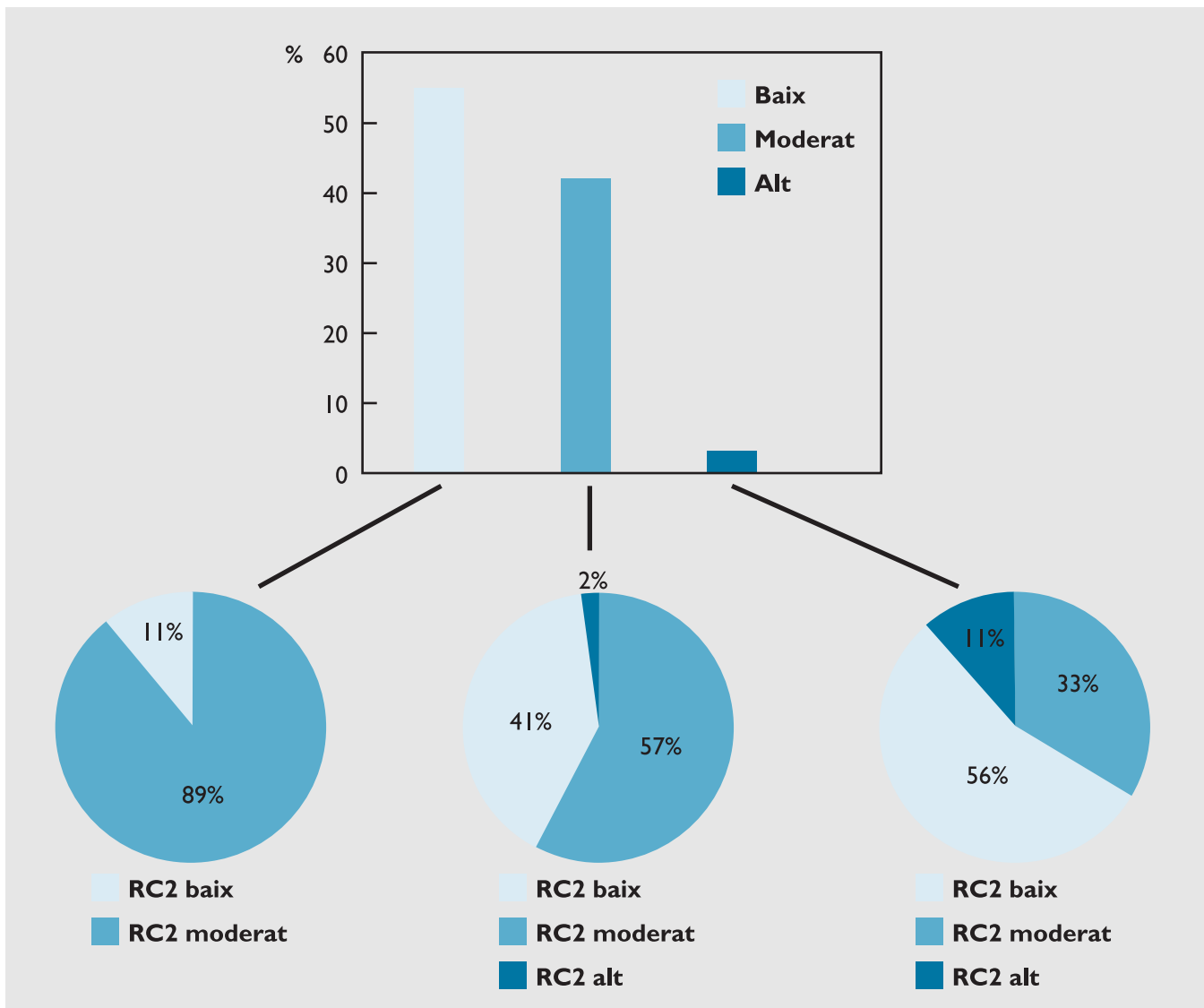
Conèixer el risc coronari real de la nostra població és un repte. En l'actualitat disposem de diverses taules de

Figura 1 Distribució del risc coronari segons les taules de Framingham (RC1) i segons les taules de la NCEP-ATP-III (RC2).



risc obtingudes de poblacions molt diferents a la nostra i, a més, acostumem a aplicar-les a persones que ja reben tractament farmacològic. Una altra qüestió que dificulta la interpretació de les taules és el fet de considerar les xifres de tensió arterial i colesterol amb el mateixa puntuació tant si estan rebent o no tractament farmacològic. La publicació de les taules de la NCEP ens va donar l'oportunitat de comparar el risc coronari de la nostra població hipertensa no diabètica amb l'obtingut fent servir les taules que utilitzem habitualment. Les noves taules, a diferència de les taules clàssiques, consideren la diabetis com a equivalent de risc coronari i, per tant, no calcula el risc coronari en les dones diabètiques. Tampoc consideren la hipertrofia ventricular esquerra en el càlcul del RC (D'Agostino et al⁷) varen observar una relació independent entre el RC i la hipertrofia ventricular. A més, assignen diferent puntuació a les xifres de tensió arterial en funció de si prenen o no tractament antihipertensiu⁷. També les variables tabaquisme i colesterol total les punten amb un valor diferent en relació amb l'edat.

Figura 2 Redistribució del RCI a l'aplicar les taules de la NCEP-ATP-III.



Taula I Dislipèmia i RC2.

		RC2 baix	RC2 moderat	RC2 alt
Dislipèmia	Sí	47,6%	67,6%	0%
Dislipèmia	No	52,4%	32,4%	100%
Tractament hipolipemiant		40,6%	29,2%	0%

Més del 80% de les dones hipertenses de la nostra mostra són més grans de 55 anys, encara que s'hagin exclòs les diabètiques aquesta dada coincideix amb els resultats d'altres estudis⁸. Més de la meitat de les dones estaven diagnosticades d'hipercolesterolèmia i una tercera part prenia tractament hipolipemiant. Poques dones fumaven. De les hipertenses conegudes més de les tres quar-

tes parts prenen tractament antihipertensiu. En recalculer el risc coronari amb les noves taules de la NCEP, un 10% de les dones manté el seu risc coronari elevat. De les dones amb RCI moderat més de la meitat passen a un RC2 baix. En contra, només una petita proporció de dones passen de RCI moderat a RC2 elevat; i de les de RCI baix, només una desena part passen a RC2 moderat, mantenint la resta un RC2 baix. Aquest resultat inicialment sorprenent per a nosaltres es podrien explicar per diferents raons: Per una banda, la taula puntua diferent per les xifres de tensió arterial segons l'edat i si reben o no tractament. A més, també puntua diferent les xifres de colesterol i el tabac segons l'edat. Això fa que en alguns casos els punts afegits pel fet de rebre tractament de la tensió quedin "compensats" per la menor puntuació per les xifres de colesterol en les persones de més edat. D'altra banda, el fet de que les taules de la NCEP III no considerin la hipertròfia ventricular esquerra, podria fer que algunes pacients estiguessin infravalorades quant al seu risc coronari.

Podria donar la impressió de què estiguéssim sobretractant les dones amb un RC2 baix (un 40,6% prenen hipolipemiant) però hem de considerar que moltes d'aquestes dones tenen un risc baix justament perquè ja estan rebent un tractament correcte del seu risc. En conclusió, podríem dir que la presa d'una actitud terapèutica està en funció del RC. Sabem que el càlcul d'aquest risc varia en funció de la guia emprada i, per tant, encara no som capaços de fer una predicció exacta de la possibilitat de desenvolupar una malaltia coronària en la nostra població. Altres autors⁵ ja han fet referència que per solucionar aquest problema s'ha d'analitzar la situació dels factors de risc en una zona determinada i tenint en compte això establir uns objectius de tractament i control. Darrerament ha estat publicat l'estudi REGICOR¹⁰ que estima el risc coronari en la població catalana mitjançant unes taules calibrades que ens obren noves expectatives de futur.

Bibliografia

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 1998. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 1998. Vol.1 Resultados básicos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
3. Chambless L, Keil V, Dobson A, Mahonen M, Kunlasmaa K, Rajakangas A.M., et al. Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease: results from the WHO MONICA Project 1985-1990. Multinational MONItoring of Trends in Cardiovascular Disease. *Circulation* 1997; 96: 3849-3859.
4. Keys A. Coronary heart disease in seven countries. *Circulation* 1970; 41 (Supl) 1-21.
5. Maiques Galán A., Vilaseca Canals J. Variabilidad en la valoración del riesgo cardiovascular. *FMC* 2000; 7: 611-628.
6. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
7. D'Agostino R., Russell M.W., Huse D.M., Ellison C., Silbershatz H., Wilson P.W.F. et al. Primary and subsequent coronary risk appraisal: New results from the Framingham Study. *Am Heart J* 2000; 139: 272-281.
8. Martínez A., Izquierdo R., Balanzategui I. Hipertensión, obesidad, consumo de alcohol, tabaco y cafeína frente a las enfermedades vasculares, en la Comunidad Foral de Navarra. *Rev Clin Esp* 1987; 180: 25-31.
9. de la Sierra A., Ruilope L.M., Coca A., Luque-Otero M. Relación entre el perfil de riesgo cardiovascular y la selección y utilización de los fármacos antihipertensivos. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 41-45.
10. Marrugat J., Solanas P., D'Agostino R., Sullivan L., Ordovas J., Cerdón F. et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56(3): 253-261. ■

Sebastià Juncosa.

En Sebastià Juncosa és metge de Família des del 1987 i especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Doctor en Medicina des del 1992 té una ampla experiència en projectes d'investigació en atenció primària. Actualment és coordinador de la Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària Centre de l'ICS.

Digui'm quins són els objectius a nivell científic del Congrés?

Els congressos nacionals de l'semFYC han anat assolint etapes. Actualment agrupen bona part dels professionals mèdics que treballen a l'atenció primària, són un acte molt multitudinari, l'oferta lúdica és fabulosa, la gran assistència proporciona una bona repercussió en els mitjans de comunicació... Volem situar a la mateixa alçada el nivell científic.

Sense oblidar el paper social dels congressos, volem que l'oferta científica sigui original, de qualitat i amb un clar enfocament pràctic. Volem situar les comunicacions en un paper central dins aquesta oferta. El congrés, per sobre de tot, ha de permetre la comunicació entre els investigadors i l'intercanvi d'experiències sobre organització i treball del dia a dia a la consulta.

Què pot aportar el Congrés a la investigació en atenció primària?

Les comunicacions al Congrés reflecteixen el que s'està fent en recerca en atenció primària, però també és possible que els congressos de l'semFYC hagin potenciat algunes de les característiques negatives de la nostra investigació.

“El Congrés ha de permetre la comunicació entre els investigadors i l'intercanvi d'experiències sobre organització i treball del dia a dia a la consulta”.

“El Congrés estatal de la nostra especialitat a Barcelona passa cada masses anys per no ser-hi presents”.

Però el repte és que la potenciació sigui en positiu. No s'ha de subestimar la capacitat d'un Congrés de modificar aquesta realitat. De generar bones idees, projectes i ganés. De compartir interrogants i maneres de contestar-los. D'ensenyar mètodes originals i de qualitat. De trencar cercles i tendències.

S'ha de revaloritzar i prestigiar la comunicació acceptada i presentada. La iniciativa de seleccionar i presentar en lloc i horari destacats les que, segons el Comitè Científic, són les 10 millors comunicacions presentades va en aquesta línia.

Què implica que la vostra especialitat faci 25 anys?

Que ja no som tan joves, que ja tenim una edat per repassar què hem fet i que no, que hem de renovar les il·lusions, que som més madurs, que moltes coses no han estat com pensaven que serien, que segurament no veurem quan arribin a ser-ho algun dia, que hem de marcar-nos noves fites, que la vida professional no és tan diferent de la resta de la vida...

El nom de "25 anys en família" ja caracteritza l'accent que es vol donar de certa reflexió feta des d'una maduresa, de voluntat conciliadora, de la major perspectiva que dóna el temps.

Quins canvis proposaries en els Comitès Científics de futurs congressos de l'semFYC?

Cada vegada es demana més als ponents i als que presenten comunicacions als congressos. Hem de mirar-los més i posar-nos a l'alçada. Ja he comentat que les comunicacions haurien d'agafar cada vegada més pes dins dels congressos. Presentar una comunicació en un congrés d'aquestes característiques ha de considerar-se un honor, un luxe. Hem d'aconseguir que tot el que es faci de qualitat passi pel nostre Congrés.

Tot això incrementa la pressió del Comitè Científic: s'ha de millorar la qualitat de l'avaluació dels treballs, la comunicació amb els autors, la transparència de les decisions, etc. És difícil donar una resposta adequada tal i com es constitueixen actualment els Comitès Científics. Entenc l'interès de l'semFYC en què hi participin anualment diferents socis com a membres, ja que és molt enriquidor a nivell personal i professional, però no es pot demanar més als congressistes sense adaptar les nostres exigències. S'hauria de professionalitzar l'avaluació de les comunicacions i que aquesta recaigui en un grup d'experts que assegurin la màxima validesa i fiabilitat possible. Els metges i metgesses que normalment són escollits per formar part

d'un Comitè Científic són enormement voluntariosos, però no necessàriament amb major criteri per avaluar la comunicació que els propis autors que l'envien.

Aquest anys hi ha diferents novetats dins el Congrés, per exemple no hi ha simposis satèl·lits patrocinats per la indústria, per què?

És una decisió dels Comitès Organitzador i Científic amb el recolzament de la Junta, però que estarà en el punt de mira durant i després del Congrés. És coneguda la funció financadora del Congrés per a l'semFYC i bona part de les Federades. Des del punt de vista d'independència científica és inqüestionable, però és una qüestió de compensacions, de cap a quina banda cau més la balança. Pocs congressistes trobaran a faltar els simposis satèl·lits, però si no fer-los implica disminuir les activitats que les federades realitzen o que tenen previstes realitzar, l'acceptació de la decisió no tindrà consens.

D'una altra banda, no té cap sentit com una acció aïllada. El paper dels laboratoris s'ha d'anar reubicant dins dels nostres congressos i els simposis és només una part.

Introduïu alguns canvis interessants com l'aula docent, les actualitzacions, el fòrum de recerca. Per què aquestes novetats, en què es beneficiarà el congressista?

Més que novetats són un pas més en un camí iniciat en altres congressos: la total integració en el Congrés de les activitats científiques de les vocalies nacionals de docència i de recerca. Des de l'inici de la nostra especialitat es parla dels tres angles d'un triangle i no

només a nivell teòric, molts dels congressistes afegeixen (en molt diferent grau) a la seva activitat assistencial, la docència i la recerca. És evident, per tant, els avantatges d'una oferta que abordi els diferents faïçons de la vida professional de la nostra especialitat. La inclusió d'una activitat tan de moda i amb tanta acceptació com les actualitzacions entre l'oferta científica del Congrés era previsible. Dóna tot allò que els congressistes cerquen: actualitat, aplicabilitat pràctica, filtrats el que no es vàlid, concreció, ...

Quin missatge podem donar als nostres socis perquè s'animin a participar en el Congrés?

La inscripció anirà bé. És major el repte de la participació. Però el programa dóna moltes raons per il·lusionar-se. El plaer d'assistir al Congrés Estatal de la nostra especialitat a Barcelona passa cada masses anys per no ser-hi. ■



Sebastià Juncosa

Síndrome del budell irritable: un repte diagnòstic.

Joan Josep Gil Calvo,

Xavier Joaniquet Suils.

* Resident de 3er any de medicina familiar i comunitària

** Especialista en medicina familiar i comunitària

EAP Badalona 4 (Gorg).

Introducció

El terme de la síndrome del budell irritable (SBI) correspon a un trastorn gastrointestinal de caràcter crònic i recidivant. El símptoma clínic principal és el dolor abdominal, acompanyat generalment per una alteració de l'hàbit intestinal i en absència d'una base orgànica detectable. En població general no seleccionada major de 18 anys la prevalença de la malaltia, segons els darrers criteris diagnòstics emprats, varia entre el 7,3 i el 13,6%¹⁻² en el nostre país i un 15-20% en estudis en població anglosaxona³, encara que només consulten al metge el 5% d'aquests. Un 14-20% dels pacients atesos en atenció primària són derivats a l'atenció especialitzada, bé durant el període de diagnòstic, bé per controlar aquells casos refractaris al tractament, o bé, per valorar aquells pacients clínicament més incapacitats⁴.

La mortalitat directament determinada per la SBI és nul·la. Tot i això, és una causa important de morbiditat personal degut al seu curs crònic i recidivant, generant una alta demanda d'assistència sanitària, consum de fàrmacs i absentisme laboral. Aquests trets característics i la seva importància sociosanitària han fet que aquesta síndrome sigui molt estudiada en el decurs dels últims 30 anys.

Diagnòstic

Com d'altres trastorns de base no orgànica o "funcionals", on no tenim marcadors biològics ni proves d'imatge fins al moment actual que facilitin el diagnòstic, aquest s'ha fet a través d'una sistemàtica recollida del símptomes i un ús racional de les proves complementàries que ajudin a excloure qualsevol malaltia orgànica que pogués tenir símptomes similars. Això explicaria en part la gran despesa econòmica, tant per la seva freqüència com pel seu ampli diagnòstic diferencial. Des de fa temps el diagnòstic d'aquesta malaltia ha esdevingut un repte i ha estat motiu de diferents consensos.

La combinació de diferents símptomes guia, junt a l'absència de senyals d'alarma (Taula I), faciliten el diagnòstic d'aquest procés.

En el 1978 Mannig⁵, després d'estudiar 15 símptomes, concloué que tan sols 4 presenten significació estadística, encara que la presència de la combinació d'aquests símptomes sigui poc específica per al diagnòstic de la malaltia: dolor abdominal que millora amb la defecació, distensió abdominal, major freqüència defecatòria i menor consistència de la femta a l'inici de l'episodi dolorós.

Taula I Senyals d'alarma.

- Pèrdua de pes
- Rectorràgia
- Febre
- Presentació nocturna dels símptomes
- Edat d'inici superior als 50 anys
- Història familiar de càncer de colon o malaltia inflamatòria intestinal
- Elevació de la velocitat de sedimentació globular
- Anèmia
- Signes de disfunció tiroïdal
- Signes de malabsorció
- Antecedents d'estances en països amb malalties parasitàries intestinals endèmiques

Posteriorment en una reunió celebrada a Roma en el 1988 un grup d'experts va consensuar uns nous criteris diagnòstics⁶, que estableixen el dolor abdominal com a símptoma guia i introdueixen el factor temps en el diagnòstic. Amb aquest nous criteris s'aconsegueix una sensibilitat del 65% i una especificitat del 100%. Els criteris diagnòstics actuals acceptats a nivell internacional són els criteris de Roma II⁷ (Taula II), una revisió per consens dels anteriors criteris (Manning i Roma I). Es va definir una subclassificació en dos grans grups: diarrea i restrenyiment predominantment, més vàlida per a la recerca que per a la clínica, ja que en l'evolució d'aquesta malaltia poden presentar-se en un mateix pacient. Encara no es disposen de dades d'especificitat i sensibilitat d'aquests criteris. Sembla que podrien seleccionar els casos més severos, al

Taula 2 Criteris diagnòstics per a la síndrome del budell irritable (Roma II)*.

Presència de molèstia o dolor abdominal durant almenys 12 setmanes (no necessàriament consecutives) en els últims 12 mesos, que s'acompanyin de dues o més de les següents característiques :

1. Millora amb la defecació i/o
2. S'associa a un canvi en la freqüència de les deposicions; i/o
3. S'associa a un canvi en la forma o consistència de la femta

tenir uns criteris més restrictius, sobretot pel que fa a la freqüència de presència dels símptomes.

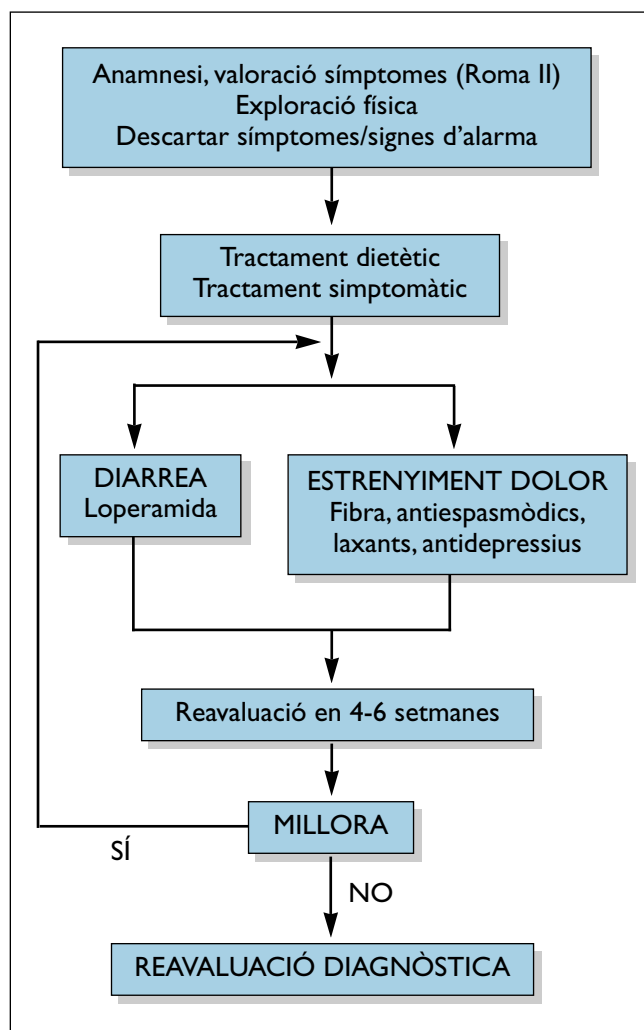
Cap a un diagnòstic positiu

Progressivament la tendència actual és la d'intentar fer un diagnòstic positiu caracteritzant la malaltia clínicament en una sèrie de símptomes, disminuint el nombre d'exploracions per descartar organicitat. Això comporta addicionalment un estalvi econòmic i evita una possible iatrogènia en la pràctica d'exploracions complementaries en aquests pacients. El diagnòstic positiu té també certes limitacions que fan difícil el desenvolupament i l'ús d'aquests criteris.

Per citar alguns:

- Els símptomes de diferents trastorns funcionals digestius poden superposar-se segons l'evolució clínica.
- No hi ha una correlació fisiopatològica coneguda
- El nivell sociocultural, entorn personal, familiar i laboral, pot influir a l'hora d'expressar el símptomes per part del pacient que és amb què ens basen per classificar clínicament.
- No hi ha *gold standard* per al diagnòstic.
- Degut a l'alta freqüència de trastorns funcionals digestius poden coexistir amb altres malalties orgàniques digestives o no, etc.

Figura 1 Estratègia diagnòstica i terapèutica.



Dubtes

Se'ns pot plantejar el dubte si la utilització dels criteris diagnòstics esmentats són suficients per arribar al diagnòstic de la malaltia. Creiem que el punt clau és l'absència de senyals d'alarma, a més d'acomplir els criteris clínics característics. Això comporta una anamnesi, una exploració física i una analítica que inclogui VSG, hemograma, bioquímica completa, funció tiroïdal i estudi de femta, en cas de diarrea.

Hi ha treballs que revisen la utilitat dels estudis morfològics del colon (enema opaca, colonoscòpia, rectosigmoidoscòpia) en pacients que acomplien els criteris de Manning i Roma I i demostren la seva baixa rendibilitat⁸. Per tant, aquests estudis s'haurien de restringir als pacients amb algun senyal d'alarma (Taula I).

Estratègia diagnòstica i terapèutica

Actualment, amb el coneixements que disposem, davant d'un pacient amb sospita de SBI podem aplicar les següents pautes de diagnòstic i seguiment (Figura 1). El tractament dietètic inicial consistirà a excloure aquells aliments que provoquin algun tipus de intolerància, com poden ser els lactis i aquells aliments flatulents, si bé l'eficàcia d'aquesta intervenció ha estat poc avaluada. El tractament farmacològic vindrà determinat per la simptomatologia dominant, ja que no existeix fins ara un fàrmac que resolgui tots els símptomes d'aquesta patologia. Darrerament, han aparegut en el mercat fàrmacs que actuen a nivell dels receptors de la 5-hidroxitriptamina que controlen les funcions motores i sensibles del tub digestiu (tegaserod, ondansetron) i que ha obert algunes expectatives del tractament global de la malaltia.

Bibliografia

1. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic. *JAMA* 2002; 288: 2981-97.
1. Hunguin APS, Tack J, Whorrell PJ, Mearin E. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 643-650.
2. Caballero-Plasencia AM, Sofos-Kontoyannis S, Valenzuela-Barranco, Martinez-Ruiz JL, Casado-Caballero FJ, Guilarte J. Irritable bowel syndrome in patients with dyspepsia: a community study in southern Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 517-522
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ 3rd. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927-934.
4. Gralnek IA. Health care utilization and economic issues in irritable bowel syndrome. *Eur J Surg* 1998; (Suppl 1):73-76.
5. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ* 1978; 2: 653-654.
6. Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW, Kruis WI. Irritable bowel syndrome: Guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989; 2: 92-95.
7. Drossman D, Corazziari E, Talley N, Thompson W, Whitehead W. Roma II. The functional gastrointestinal disorders. Virginia: McLean. Degnon Associates, 2000.
8. Hamm LR, Sorrells SC, Hardling JP, Northcutt AR, Heath AT, Kapke GF et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Roma criteria. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1279-1282.

Anticonceptius orals: Un nou factor de risc cardiovascular?

Carolina Bayona Faro,

Silvia Sánchez Casco.

Metges de família. EAP Valls Urbà

Resum

Els nous anticonceptius orals no estan exempts de risc perquè, encara que molt dèbilment, indueixen un perfil lipídic desfavorable que pot ser suficient per desencadenar efectes indesitjables majors en dones amb malalties i/o factors de risc previs. El cas clínic que presentem a continuació tracta d'una dona de 31 anys, afectada d'hipercolesterolèmia familiar i fumadora, que va patir un infart agut de miocardi als 4 mesos d'haver iniciat tractament anticonceptiu oral monofàsic amb progestagen de tercera generació, havent-se constatat criteris de control òptim pretractament i de control molt desfavorable pocs dies abans de l'event.

Introducció

En estudis realitzats en els anys setanta s'observà que l'ús d'anticonceptius orals s'associava amb un increment del risc cardiovascular, especialment en dones fumadores i més grans de 35 anys. Les preparacions han variat considerablement en els darrers 30 anys de manera que s'ha reduït la dosi de cada component de l'anticonceptiu oral, però sobretot els esforços han anat adreçats a la modificació del progestagen com a causant principal de l'alteració del metabolisme lipoproteic observada amb els anticonceptius orals. Els progestàgens emprats en la teràpia anticonceptiva interfereixen en el metabolisme lipídic segons la seva afinitat pels receptors androgènics. L'ús de preparats combinats que contenen un progestagen amb alta activitat androgènica produeix augment del colesterol total i de lipoproteïnes de baixa densitat i disminució de lipoproteïnes d'alta densitat. Els progestàgens de tercera generació aparegueren com a resposta a aquest problema. El gestodè és el progestagen d'aquest grup més potent quant a la seva acció anticonceptiva i presenta escassa activitat androgènica a una dosi de 75 µg¹.

Les modificacions introduïdes en els nous anticonceptius orals han aconseguit fins i tot que aquests fàrmacs mostrin efectes beneficiosos sobre els nivells sèrics dels lípids², encara que cal tenir en compte que els efectes tant beneficiosos com adversos sobre el perfil lipídic no es tradueix en una major o menor incidència de malaltia cardiovascular ja que aquests fàrmacs influeixen sobre el risc cardiovascular a través de diferents mecanismes. Presentem el cas d'una dona jove amb importants factors de risc at-

rogènic que presentà un infart agut de miocardi coincidint amb la presa d'anticonceptius orals i amb la modificació dels nivells sèrics de lípids, que prèviament al tractament es trobaven en valors desitjables.

Observació clínica

Es tracta d'una dona de 31 anys i 52 Kg de pes, seguida en les nostres consultes d'atenció primària i en una unitat de lípids d'un hospital de referència. Com a antecedents personals destaquen una colesterolèmia familiar heterozigota i tabaquisme, com a antecedents familiars el de cardiopatia isquèmica (pare mort als 51 anys per infart agut de miocardi). Es trobava en tractament amb 20 mg d'atorvastatina. En el mes de juliol de l'any 2001, des de l'esmentada unitat de lípids, es recomanà mantenir la mateixa dosi de tractament farmacològic que no havia variat des de feia aproximadament un any per criteris de bon control: colesterol total: 5,7 mmol/L (220 mg/dl); colesterol-LDL: 3,94 mmol/L (152 mg/dl); colesterol-HDL: 1,26 mmol/L (48 mg/dl); triglicèrids: 1,05 mmol/L (92 mg/dl). Uns quinze dies més tard comença tractament amb anticonceptius orals amb preparat monofàsic contenint 20 µg d'etinilestradiol i 75 µg de gestodè, per la resta sense efectuar modificacions dietètiques i mantenint el compliment de la seva medicació crònica. El perfil lipídic trobat en l'extracció efectuada el dia 4 de desembre de l'any 2001 és el següent: colesterol total: 7,96 mmol/L (307 mg/dl); colesterol-LDL: 6,05 mmol/L (234 mg/dl); colesterol-HDL: 1,41 mmol/L (54 mg/dl); triglicèrids: 1,2 mmol/L (106 mg/dl). Cinc dies més tard presenta infart agut de miocardi inferoposterior, que cursa sense complicacions.

Discussió

Els preparats combinats que més s'utilitzen són, per un costat, combinats monofàsics que contenen etinilestradiol en dosis inferiors a 50 µg i progestàgens de tercera generació (desogestrel i gestodè), a dosis constants durant tot el cicle (Taula 1) i, d'altra banda, combinats trifàsics amb progestàgens de tercera generació amb diferent quantitat d'etinilestradiol (dosis < 50 mg) i augment progressiu del progestagen, segons els dies del cicle (Taula 2). Depenent del tipus i dosi de cada component de l'anticonceptiu oral, estrogen i progestagen, resulten diferents efectes sobre el perfil lipídic i nivells de lipoproteïnes.

Taula 1 Combinats monofàsics amb dosis baixes d'estrògens i progestàgens de tercera generació.

30 mg EE/75 µg gestodè
30 mg EE/150 µg desogestrel
20 mg EE/150 µg desogestrel
20 mg EE/75 µg gestodè
15 mg EE/60 µg gestodè.

EE: etinilestradiol.

Taula 2 Combinats trifàsics amb progestàgens de tercera generació.

3EE/GN, dies 1-6	EE/GN, dies 7-11	EE/GN, dies 12-21
30/50 µg	40/70 µg	30/100 µg

EE: etinilestradiol; GN: gestodè.

En diversos estudis s'ha esperonat la bonança d'aquests nous preparats. Wiegratz *et al*¹ troben efectes similars sobre el metabolisme lipídic d'un combinat monofàsic i un altre trifàsic, consistents en un augment significatiu dels triglicèrids, lipoproteïnes de molt baixa densitat, colesterol-HDL, colesterol-HDL₂, apolipoproteïna A-I i apolipoproteïna A-II. D'altra banda, l'apoB s'incrementa significativament només en el dotzè mes de tractament i no s'objectiven canvis en el colesterol-HDL₂. Per últim, el colesterol total i el colesterol-LDL augmenten significativament en el dia 2 de cada cicle de tractament, en la resta de dies el colesterol total torna als valors del cicle control, mentre que el colesterol-LDL disminueix significativament durant els cicles tercer i sisè, encara que torna als valors del cicle control en el dotzè mes de tractament. Aquests canvis reflecteixen el predomini de l'efecte del component estrogènic, amb hipertriglicèridèmia i augment del colesterol-HDL. L'apolipoproteïna A-II és la segona proteïna més abundant en les HDL després de l'apoA-I, mentre que l'apolipoproteïna B és una de les proteïnes més abundants en quilomicrons i VLDL, així com la proteïna que es troba gairebé de manera exclusiva en les LDL. Altres treballs confirmen aquestes troballes²⁻⁶, essent els preparats que contenen gestodè, sobretot en combinació monofàsica, les que menors nivells de colesterol total i colesterol-LDL

enregistren²⁻³. Ja que no s'ha pogut demostrar de manera conclouent que existeixi una relació directa entre la hipertriglicèridèmia i la cardiopatia isquèmica, les dones sanes que prenen un d'aquests preparats no haurien de tenir un augment de risc d'aterosclerosi. Així, el risc relatiu de patir una malaltia cardiovascular de les usuàries d'anticonceptius orals de tercera generació és molt similar al de les no usuàries (RR: 1,1)⁷.

No obstant això, la pacient experimentà endemés un augment considerable en el seus nivells de colesterol total i de colesterol-LDL, simulant les alteracions induïdes per antics preparats. Per aquest motiu pensem que és oportú realitzar estudis de molt llarga durada més propers a la realitat de les usuàries d'anticonceptius orals així com estudis específics en dones amb característiques similars a la nostra pacient, ja que les consideracions efectuades per a dones sanes no poden extrapolar-se a dones amb altres factors de risc cardiovascular. Si bé és cert que la hipercolesterolemia familiar és una malaltia altament aterogènica i els individus afectats han de ser considerats com a prevenció secundària en tots els aspectes, existeix una considerable variació interindividual quant a la gravetat de les complicacions cardiovasculars. S'ha especulat amb diferents factors ambientals i genètics com a responsables d'aquesta variació i el tractament amb anticonceptius orals bé es podria tractar d'un d'aquests.

Bibliografia

1. Wiegratz I, Jung-Hoffmann C, Gross W, Jul H. Effect of two oral contraceptives containing ethinyl estradiol and gestodene or norgestimate on different lipid and lipoprotein parameters. *Contraception* 1998; 58: 83-91.
2. Moutos DM, Zacur HA, Bachorik PS, Wallach EE. Lipoprotein alterations from a triphasic oral contraceptive containing ethinyl estradiol and gestodene. A 12-month trial. *J Reprod Med* 1994; 39: 720-724.
3. Brill K, Then A, Beisiegel U, Jene A, Wünsch C, Leidenbergert F. Investigation of the influence of two low-dose monophasic oral contraceptives containing 20 µg ethinylestradiol/75 µg gestodene and 30 µg ethinylestradiol/75 µg gestodene, on lipid metabolism in an open randomized trial. *Contraception* 1996; 54: 291-297.
4. Teichmann A. Metabolic profile of six oral contraceptives containing norgestimate, gestodene, and desogestrel. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995; 40: 98-104.
5. Fruzzetti F, Ricci C, Nicoletti I, Fioretti P. Clinical and metabolic effects of a triphasic pill containing gestodene. *Contraception* 1992; 46: 335-347.
6. Stefanick ML. Estrogen, progestogens and cardiovascular risk. *J Reprod Med* 1999; 44: 221-226.
7. Corona I, Cañestro F, Valdés MJ. Los nuevos anticonceptivos orales. *FMC* 2001; 8: 475-487.

*Autors: Bonich Juan Raül; Albià Real Emma; Perona Bagán Miquel;
Ballester Torrens Mar; Baldomà España Marta; Mimoso Juan Carlos.
Del subgrup de Fotografia Clínica del grup de Dermatologia de l'SCMiC.*

Pacient lactant de 3 mesos d'edat que presenta lesió pigmentada, de 2 cm de diàmetre al front present en el moment del naixement coberta de cabell. Asimptomàtica.



Quina és l'orientació diagnòstica?

(Resposta a la pàgina 135, baix)



Epidemiologia de l'MPOC.

Dra. Anna Teixidó,

Secció de Pneumologia. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus.

L'MPOC és una malaltia molt prevalent i és responsable d'una elevada morbimortalitat. La seva incidència en els països desenvolupats està augmentant. Segons l'OMS, actualment, ocupa el dotzè lloc en el rànquing de prevalença de malalties a nivell mundial i es calcula que en el 2020 passarà a ocupar el cinquè lloc. Quant a la seva mortalitat, passarà del sisè al tercer lloc. Segons l'estudi IBERPOC, l'MPOC a Espanya té una prevalença global del 9,11% amb diferències considerables segons les àrees geogràfiques estudiades. La distribució per sexes és de 14,3% en homes i 3,9% en dones. Aquestes diferències entre sexes estan relacionades amb el consum de tabac i no són tan evidents si les comparem amb altres països on l'hàbit tabàquic es troba més arrelat al sexe femení. Segons el mateix estudi, els individus fumadors de més de 15 paquets/any, homes i de més de 60 anys o els individus fumadors de més de 30 paquets/any de qualsevol edat són els més susceptibles de patir MPOC.

Es fa difícil comparar la prevalença d'MPOC a Espanya respecte altres països ja que s'han emprat criteris diagnòstics per definir MPOC i dissenys metodològics molt diferents. Tanmateix, quan s'ha utilitzat un mateix paràmetre, com per exemple l'espirometria, els valors funcionals per definir MPOC no han estat els mateixos. A l'Estat Espanyol, l'MPOC és una malaltia infradiagnosticada, el 78,3% de la població no sap que la pateix. En la majoria de casos el diagnòstic es farà en fases avançades de la malaltia fent que el tractament també es retardi. L'espirometria és la principal eina diagnòstica de l'MPOC. S'hauria de practicar a tota persona fumadora o exfumadora de més de 40 anys que presenti tos, expectoració crònica o dispnea d'esforç. D'aquesta manera es podria diagnosticar la malaltia en etapes més precoces i permetria un millor control dels pacients amb la conseqüent reducció dels recursos econòmics destinats a l'MPOC.

El cost mig d'un pacient amb MPOC és de 1.752 €/any. Si a Espanya hi ha 1,7 milions de pacients dels quals estan diagnosticats el 22% això suposa una despesa global per MPOC de 475 milions/any. Aquesta es reparteix, un 42% en despesa hospitalària, un 42% en consum de fàrmacs i un 16% amb visites i exploracions mèdiques. A més severitat de l'MPOC la despesa serà més elevada. Així els MPOC greus despendran un promig de 2.911 €/any, els moderats 2.047 i els lleus 1.484 €/any, fet que reforça encara més la necessitat de millorar el diagnòstic precoç de la malaltia.

Bibliografia

1. Conferencia consenso sobre enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2003; 39 (supl 3).
2. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel G et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERCOP multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118.
3. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Lqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates. What is the true burden of disease? Chest 2003; 123.
4. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADOC. Arch Bronconeumol 2000; 36: 500-505.
5. Miravittles M. Evaluación económica en la EPOC. Arch Bronconeumol 2001; 37 (Supl 2): 38-42.
6. León A, Molina J. Curso teórico-práctico de la EPOC en hospitales y Atención primaria. Prevalencia de la enfermedad en España.
7. Miravittles M, Rosell A. Curso teórico-práctico de la EPOC en hospitales y Atención primaria. La importancia de la evaluación económica en la EPOC. ■

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA: NEVUS MELANOCÍTIC CONGÈNIT

Diagnòstics diferencials: Les característiques molt típiques de la lesió fan que no plantejem cap diagnòstic diferencial.

Tractament: Els nevus congènits gegants i mitjans han d'extirpar-se totalment si es tècnicament possible. Sinó cal fer un seguiment periòdic del pacient, per a la detecció precoç de possibles lesions malignes.

Criteris diagnòstics i cribratge d'MPOC.

Manuel Prieto Cid, C Anguera, P Arcelín,
X Aubia, J Basora, T Basora, JJ Cabré,
J Canalejo, M Ferré, J Ferrer,
C Garcia-Gonzalo, M Garcia-Vidal,
JM Hernández, I Hospital, M Inglés,

C Isern, A Manresa, F Martín, A Moragas,
Y Ortega, P Preixens, M Prieto, C Rodríguez-Pago,
I Sánchez-Oro, M Soler, A Vinuesa.

Grup MPOC. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

La malaltia definida amb les sigles MPOC, com ens han demostrat al parlar de les xifres epidemiològiques, està esdevenint en un problema prioritari de salut. Hi ha un augment progressiu de la seva prevalença i té una alta morbimortalitat associada. Això és secundari a l'envelliment progressiu de la població i a la incorporació important de la dones a l'hàbit tabàquic, mantenint-se estables les xifres elevades de població fumadora. Dades de l'estudi IBERPOC determinen la prevalença d'MPOC a Espanya entorn al 23% de la població en l'interval d'edat comprès entre 60-69 anys (Sobradillo V. *Arch Bronconeumol* 1999;35:159-66). El resultat més impactant de l'estudi és que el 78% dels pacients amb xifres espiromètriques patològiques no estaven diagnosticats (Sobradillo V. *Chest* 2000; 118; 981-989). Diferents causes poden explicar la situació d'infradiagnòstic d'aquesta patologia. Una d'elles és la dificultat d'accés des de l'atenció primària a l'espirometria. Una altra és la confusió en el diagnòstic de les diferents malalties obstructives respiratòries i la sensació de què aquestes es tracten de forma simptomàtica amb inhaladors sense objectius terapèutics definits. També podria valorar-se la sensació de poca eficàcia en la lluita del principal factor de risc que es l'hàbit tabàquic. I, per altra part, s'ha de considerar que la simptomatologia inicial és poc expressiva (Heffner JE. *Respir Care* 2002;47:586-607).

Probablement, augmentant la conscienciació vers aquesta malaltia, la qual té possibilitats de prevenció i tractament, millorarem l'esperança així com la qualitat de vida dels pacients, i també contrarestarem l'actitud nihilista que hi impera (Celli B. *Arch Bronconeumol* 2002; 38:585-588). De fet, en les dues darreres dècades s'ha millorat la supervivència dels malalts d'MPOC (Rennard S. *Eur Respir J* 2000;16:1035-40).

L'objectiu de l'exposició és assolir la clarificació dels conceptes diagnòstics relacionats amb l'MPOC, valorar en quina població el professional ha de sospitar aquesta patologia i augmentar l'interès vers la malaltia. És curiós que les sigles d'aquesta malaltia en anglès coincideixen amb *Confusion Over Patient Diagnosis* (Pacheco A. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:457-8). Les societats mèdiques i científiques han acordat diferents definicions de la malaltia:

- American Thoracic Society: obstrucció de la via aèria secundària a bronquitis crònica o emfisema, generalment progressiva, pot ser parcialment reversible i associar-se amb hiperreactivitat bronquial (ATS. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:577-121).

- European Respiratory Society: malaltia caracteritzada per l'endarreriment del buidament pulmonar amb disminució del flux màxim espiratori i que es manté estable durant mesos, relacionat amb obstrucció de la via aèria i emfisema, que és irreversible i progressiu (ERS. *Eur Respir J* 1995;8:1398-420).
- British Thoracic Society: trastorn caracteritzat per la obstrucció de les vies aèries definit pels valors espiromètrics següents: FEV_1 (volum espiratori forçat en el primer segon) < 80% i FEV_1/VC < 70% (definint VC com volum corrent). Aquest trastorn és crònic, lentament progressiu, que es modifica poc amb el tractament broncodilatador (lleu reversibilitat) i produït majoritàriament pel consum de tabac (BTS. *Thorax* 1997;52(Supl 5): 1-28).
- Sociedad Española de Pneumologia y Aparato Respiratorio: l'MPOC es caracteritza per l'obstrucció crònica i poc reversible al flux aeri, objectivada amb la disminució del FEV_1 i de la relació FEV_1/CVF , causat principalment per una reacció inflamatòria davant el fum del tabac. Engloba la bronquitis crònica i l'emfisema. Entenem per emfisema l'engrandiment permanent dels espais aeris distals dels bronquiols terminals, amb destrucció de la paret alveolar, sense fibrosi manifesta (Snider GL. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:182-5). Entenem per bronquitis crònica la presència de tos i expectoració durant més de tres mesos a l'any durant més de dos anys consecutius, sense causa coneguda (Barberà J.A. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:297-316).
- Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD): Acord internacional per definir l'MPOC. Ho defineix com un procés caracteritzat per la limitació crònica al flux aeri, mínimament reversible, progressiva i que s'associa a una resposta inflamatòria anòmala, secundària a gasos i partícules inhalades (Pauwels RA et al. *Am J Resp Crit Care Med* 2001;163:1256-76).

En les diferents definicions hem comprovat que l'espirometria forçada és la prova diagnòstica per excel·lència, convertint-se en la forma més estandarditzada, reproducible i objectiva de mesurar l'obstrucció al flux aeri. Ens proporciona el valor de FEV_1 , expressat com percentatge del valor de referència, imprescindible per poder diagnosticar la malaltia. Són valors diagnòstics el FEV_1 < 80% del teòric (calculat segons sexe, alçada, pes i edat) amb prova broncodilatadora negativa (millora del FEV_1 post-test broncodilatador menor del 10%) sense causa coneguda que ho justifiqui i amb una relació amb FVC (Capacitat vital forçada) menor del 70% (Barberà J.A. *Arch*

Bronconeumolog 2001;37:297-316). La millor manera d'avaluar la prova broncodilatadora és analitzant l'increment en el percentatge teòric del FEV₁ (Díez A. *Arch Bronconeumol* 2001;37:153-56).

El valor de FEV₁ també serveix com indicador del grau de severitat de la malaltia repartint-se arbitràriament de la forma següent: 60-79% lleu; 40-59% moderat; <40% greu. També el FEV₁ serveix pel seguiment objectiu de l'evolució (SEPAR) (Echave JM. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2002;26:34-43). De totes formes, existeix en l'actualitat una tendència a valorar altres paràmetres en l'evolució de la malaltia com són: resistència a l'esforç mesurant els metres plans recorreguts en sis minuts (PM6M), qüestionaris que objectiven el grau de simptomatologia respiratòria com el St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) (Ferrer M. *Eur Respir J* 2002;19:405-13), alteracions gasomètriques i valoració d'alteracions nutricionals (Celli B. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:A749). S'ha relacionat la pèrdua de pes amb un augment de la mortalitat (Prescott E. *Eur Respir J* 2002; 20:539-544). Per tant, es proposen classificacions multifactorials que integrin simptomatologia, funció pulmonar i afectació sistèmica per avaluar els graus de severitat de la malaltia (Marín JM. *Arch Bronconeumol* 2002;38:253-5).

Una vegada definits els criteris diagnòstics de la malaltia passarem a veure a quina població els apliquem. Hauríem d'iniciar-nos en un abordatge i diagnòstic correctes d'aquells malalts que presenten com principal motiu de demanda simptomatologia respiratòria crònica del tipus dispnea, tos o expectoració, i, a tots ells, realitzar una espirometria. No hauríem de tractar de forma empírica aquests símptomes ja que depenent del diagnòstic, el pronòstic i l'actitud terapèutica poden ser molt diferents. Hi ha diferents malalties que poden presentar una limitació crònica al flux aeri i no ser MPOC: asma persistent, bronquièctasis, bronquitis crònica obstructiva, bronquitis eosinòfila, emfisema, fibrosi quística, insuficiència cardíaca, tuberculosi, neoplàsia pulmonar, pneumoconiosi, sarcoïdosi i obstrucció de la via aèria superior. Com un segon esglau hauríem de sospitar MPOC en la població fumadora asimptomàtica com una forma de diagnòstic precoç (Doherty DE. *Postgrad Med* 2002;111:41-50). Hi ha estudis que demostren el cost-eficàcia del cribratge amb espirometria de la població fumadora, fonamentalment els més grans de 60 anys i els que associen tos (Van Schayck CP. *BMJ* 2002;324:1370). Com un tercer esglau, dins del coneixement d'aquesta malaltia, seria interessant saber el

FEV₁ de la població general com un paràmetre més de definició de l'estat de salut global dels ciutadans (Schünermann HJ. *Chest* 2000;118:656-4). El *Lung Health Study*, després d'onze anys de seguiment, ens demostra un deteriorament anual del FEV₁ d'uns 30,2 ml/any en població general i d'un 66,1 ml/any en població fumadora (Godffredsen NS. *Thorax* 2002;57:967-72).

Una vegada fet el diagnòstic d'MPOC són recomanables la utilització d'una sèrie de proves complementàries per a la valoració inicial del pacient. La radiografia de tòrax ens permet descartar patologia pulmonar estructural que expliqués les alteracions de la espirometria. (Álvarez JL. *Arch Bronconeumol* 2001;37:269-78). L'hemograma i la bioquímica són dues proves de fàcil accés per cribrar la poliglobúlia freqüentment associada i valorar l'estat nutricional. La gasometria arterial seria recomanable en pacients amb dispnea de grau moderat-sever; hematòcrit major del 55%, pulsioximetria menor del 92%, signes d'hipertensió pulmonar, insuficiència cardíaca i cianosi. En aquestes tres últimes situacions és aconsellable la pràctica d'un electrocardiograma. La determinació d'alfa-1-antitripsina és útil en malalts menors de 45 anys o amb antecedents familiars d'emfisema o amb bronquièctasis importants. El seguiment del pacient requereix una valoració periòdica dels símptomes. Dos paràmetres ens guiaran en l'eficàcia del tractament: millora de la dispnea i dels valors de FEV₁. Aquest seguiment es pot realitzar des de les consultes d'atenció primària essent recomanable la consulta amb l'especialista de pneumologia en les següents situacions: tractament de tabaquisme en el pacient amb fracàs previ, cor pulmonale, indicació d'oxigenoteràpia contínua domiciliària, descens accelerat del FEV₁, predominància d'emfisema, sospites de dèficit de alfa-1-antitripsina, valoració d'incapacitat laboral, risc preoperatori, valoració tractament quirúrgic de l'emfisema (Barberà JA. *Arch Bronconeumol* 2001;37:297-316). L'especialista disposa d'altres proves complementàries per precisar el diagnòstic: tomografia axial computada que és una prova més sensible per a l'estudi de l'emfisema i dels bronquièctasis que la radiografia de tòrax; mesurament dels volums estàtics amb la dilució de gasos inerts (heli) i la pletismografia per valorar la hiperinsuflació típica d'aquests malalts; test de transferència al CO que ens informa de la superfície total disponible per l'intercanvi de gasos, prova molt alterada en l'emfisema; polisomnografia per a l'estudi de les possibles apnees nocturnes (*FMC* 2000;7(Supl 1)). Hi ha altres proves d'utilitat però que no són l'objectiu d'aquesta exposició. ■

Mesurament de la qualitat de vida en els malalts amb MPOC

Montse Ferrer

Unitat d'Investigació en Serveis Sanitaris. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona.

Què és la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS)?

El llenguatge utilitzat per descriure els diferents conceptes d'aquest camp està encara lluny de l'acord universal i, per aquest motiu, denominacions amb significats diferents són utilitzades freqüentment com a sinònims ("qualitat de vida", "qualitat de vida relacionada amb la salut", "estat de salut" i "salut percebuda" entre altres). La distinció entre "qualitat de vida" i "qualitat de vida relacionada amb la salut" és important, la primera inclou un ampli rang de constructes, com per exemple la satisfacció amb l'entorn i el sistema polític. La "qualitat de vida relacionada amb la salut" (QVRS) és un terme restringit a aquells aspectes relacionats amb la salut. Lovatt defineix l'QVRS com "el nivell de benestar i satisfacció associat a la vida d'un individu i com s'hi afectada per la malaltia, els accidents i els tractaments, des del punt de vista del pacient".

Per què? Quina utilitat tenen les mesures de QVRS quan es disposa del FEV₁?

El FEV₁ és l'indicador de gravetat per excel·lència de l'MPOC a causa del seu valor pronòstic. Tal com seria esperable, la majoria de pacients amb MPOC lleu (FEV₁ = 50%) presenten una baixa alteració de l'QVRS i la majoria de pacients greus (FEV₁ < 35%) presenten una alteració important de l'QVRS. No obstant això, la variabilitat en la QVRS dins de cada estadi de gravetat és molt elevada i més d'una quarta part dels pacients presenten alteracions de l'QVRS discordants amb l'estadi de gravetat en el qual estan inclosos. El 30% dels pacients lleus presenten alteracions importants de l'QVRS, mentre que el 26% dels greus presenten una afectació baixa del seu QVRS. Per tant, l'QVRS aporta informació addicional rellevant en aquests pacients.

Per a què?

Aquestes mesures han resultat molt útils en l'avaluació d'intervencions terapèutiques. A causa d'aquesta baixa associació entre el FEV₁ i l'QVRS, les mesures d'QVRS poden mostrar el benefici d'una intervenció terapèutica quan no es troben canvis en les mesures fisiològiques o a l'inrevés. En la pràctica clínica, poden ser útils per monitorar el progrés de la malaltia i facilitar la identificació d'àrees especialment afectades o canvis que poden passar desapercebuts en una visita rutinària, contribuint així a un maneig clínic del pacient més adequat.

Quin qüestionari triar?

Els qüestionaris genèrics permeten comparar grups de pacients amb diferent malaltia i faciliten la detecció de problemes o efectes inesperats. Els qüestionaris específics poden ser més sensibles en la detecció dels efectes de les intervencions terapèutiques i són més ben acceptats pels pacients perquè inclouen només aquelles dimensions relle-

vants per a la seva patologia. Per això, s'ha suggerit que la millor estratègia és la utilització conjunta d'un instrument específic i un instrument genèric. Existeix un nombre considerable de qüestionaris específics per a malalts amb MPOC: el Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), el St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), el Questionnaire of Breathing-related Limitations in Activities of Daily Life (Q-ADL), el Breathing Problems Questionnaire (BPQ), el Quality of Life for Respiratory Illness Questionnaire (QOLRIQ), el Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire (SOLQ), el Airways Questionnaire 20 (AQ20), la versió reduïda del Breathing Problems Questionnaire (BPQ10), el Pulmonary Functional Status Scale (PFSS) i el Respiratory Quality of Life Questionnaire (RQLQ). El nombre d'ítems en cada qüestionari varia entre 20 i 55 i el temps d'administració està al voltant dels 10-15 minuts (excepte per al qüestionari AQ20, especialment dissenyat per ser utilitzat en situacions de temps molt limitat, per al qual s'utilitzen únicament 2 minuts per ser completat i obtenir la puntuació). Es disposa d'extensa evidència sobre les propietats mètriques del CRQ i el SGRQ. La informació disponible sobre els altres, desenvolupats més recentment, és molt menor.

Quins qüestionaris d'QVRS estan disponibles en castellà?

Per utilitzar a Espanya qüestionaris desenvolupats en una altra cultura cal seguir un procés d'adaptació i posterior avaluació de les característiques mètriques de la nova versió en espanyol. L'CRQ i l'SGRQ han estat adaptats seguint el mètode de traducció directa i inversa amb comitè d'experts i plafo de pacients i s'ha realitzat l'estudi de les seves característiques mètriques amb resultats que indiquen l'equivalència de la nova versió amb l'original. D'altra banda, la versió espanyola de l'SGRQ disposa de normes basades en població general per facilitar la interpretació de les seves puntuacions.

Com s'han d'interpretar les puntuacions d'QVRS?

L'aplicació del concepte de mínima diferència clínicament important ha estat una de les estratègies d'interpretació més utilitzades: a) la comparació del canvi experimentat en les puntuacions de l'CRQ amb la valoració global del canvi realitzada pel pacient va identificar una puntuació mínima de 0,5 punts; i b) l'autor de l'SGRQ proposa una diferència de 4 punts seguint una aproximació metodològica diferent. Qualsevol dels mètodes utilitzats per al càlcul de la mínima diferència clínicament important, s'ha assenyalat com a limitació important el fet d'acceptar un únic valor absolut en qualsevol zona del recorregut de puntuacions. Una altra estratègia d'interpretació, molt utilitzada sobretot en qüestionaris genèrics, són les normes poblacionals de referència, que donen sentit a la puntuació obtinguda al situar-la a una determinada distància respecte al valor mitjà esperat. ■

Fisioteràpia en el pacient amb MPOC.

David Armengol

Introducció

Des de què les unitats de fisioteràpia donen suport als equips d'atenció primària, ens hem convertit en una nova eina que pot complementar els tractaments de diverses lesions i patologies traumàtiques, neurològiques... i també les patologies respiratòries. Per tant, els pacients afectats d'MPOC, que les projeccions epidemiològiques auguren una tendència creixent en els propers 25 anys (Heffner JE. *Respir Care* 2002;47:586-607) es podrien veure afavorits per la nostra acció. A part de complementar els tractaments, una de les accions que desenvolupa la fisioteràpia és la prevenció, consistent a proporcionar a l'usuari un reguitzell de consells i coneixements sobre la seva patologia. En cas de trobar reticències o poca col·laboració de l'usuari, les nostres explicacions s'adreçaran als familiars o persones que convisquin amb ell.

La fisioteràpia respiratòria consisteix en un conjunt de tècniques de tipus físic que, juntament amb el tractament mèdic, actuen complementàriament pretenent millorar la funció ventilatòria i respiratòria de l'organisme. Durant la revisió bibliogràfica, ens hem adonat que s'estan realitzant nous estudis sanitaris més amplis, costosos i fiables que aporten solucions a antics problemes; aquests, complementen, milloren i rectifiquen les tècniques que en actualment s'utilitzen. Tant els tractaments com la prevenció, es poden dur a terme a les instal·lacions dels centres d'atenció primària o en el propi domicili de l'usuari. La prevenció la podem realitzar tant amb usuaris en que la patologia no està instaurada en la seva totalitat com en els que ja ho està, intentant així retardar o evitar les seves complicacions.

Finalitats de la fisioteràpia respiratòria

Les finalitats d'aquest camp de la fisioteràpia són:

- Millorar la cinètica diafragmàtica i costal
- Desobstruir l'arbre bronquial
- Aconseguir la reexpansió total o parcial del pulmó col·lapsat
- Obtenir el reestabliment de l'elasticitat parenquimatosa
- Millorar la funció respiratòria de les zones pulmonars en hipofunció
- Ensenyar al pacient a controlar la freqüència respiratòria
- Prevenir o corregir les alteracions de l'esquelet i dels músculs respiratoris
- Ensinar el pacient i readaptar-lo a l'esforç

Objectius de la fisioteràpia respiratòria

- Drenatge de les secrecions o permeabilització de les vies aèries
- Mantenir la mecànica ventilatòria
- Control del patró ventilador:
- Alleugerir la dispnea i l'ansietat
- Ensinar el pacient a controlar l'esforç

Depenent de la problemàtica que presenti cada usuari es marcaran uns determinats objectius i, per aconseguir-los, disposem d'un conjunt de tècniques; d'aquestes seleccionem les més adequades en cada cas i les apliquem de manera individualitzada intentant assolir el màxim nombre d'objectius fixats. L'objectiu final serà reinserir el pacient a les activitats de la vida diària. Cal dir que per aplicar correctament les tècniques esmentades són necessaris uns coneixements de l'anatomia, histologia i fisiologia, tant de l'arbre bronquial com de l'aparell respiratori.

Patologia

Un dels problemes més greus que presenten els malalts d'MPOC és la dispnea i com a conseqüència d'aquesta, una disminució de la tolerància a l'exercici (*Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD003793) que aboca a un cercle tancat en què els usuaris, deguts a la dispnea, deixen de fer exercici i al no practicar-ne cada vegada s'ofeguen més aviat tot limitant les activitats de la vida diària. Una manera que té la fisioteràpia d'ajudar a disminuir la dispnea és la reeducació respiratòria i l'obtenció d'una respiració controlada pel pacient, capaç de ventilar les zones més profundes i internes dels pulmons, fent que arribi més oxigen als alvèols i augmentant l'intercanvi gasos.

Captació

La manera que té el servei de fisioteràpia d'atenció primària per captar els usuaris és a través del metge de família o l'especialista, tenint en compte els criteris d'inclusió i exclusió. Serà indispensable el corresponent full de derivació on constarà com a mínim les següents dades: antecedents, dades de l'examen radiològic i diagnòstic.

Criteris d'inclusió

Usuaris amb MPOC, en situació estable, que han estat rebent tractament mèdic, presentant:

- Dispnea important
- Freqüents visites al servei d'urgències o diversos ingressos hospitalaris
- Deteriorament de la qualitat de vida
- Limitació per l'activitat de la vida diària
- Pacients col·laboradors i amb actitud positiva.

En l'MPOC on s'hagi demostrat la presència de bronquiectàsis, patologia restrictiva o muscular coneguda.

Criteris d'exclusió

Usuaris amb patologia que comprometi la independència física i/o psíquica. Usuaris amb patologia en estat incipient que no poden sotmetre's al tractament com tumors, infeccions...

Tractament

Una vegada són al nostre servei es realitza una valoració fisioterapèutica per tal de poder aplicar el tractament més adequat en cada cas. Tant el tractament com la seva durada dependrà de l'estat del pacient i de la seva capacitat d'aprenentatge. El protocol de tractament en fase aguda seria:

Objectius:

- Netejar l'arbre bronquial
- Mantenir o millorar la ventilació pulmonar
- Reduir la resistència en l'arbre bronquial
- Controlar la freqüència respiratòria
- Mantenir l'activitat dels músculs respiratoris

Tècniques:

- Drenatge postural segons tolerància. Ventilació dirigida
- Estimulació de la mobilitat diafragmàtica
- Vibracions toràciques
- Clapping
- Tos assistida
- Espiració amb llavis frunzits

Pauta:

- Dependrà de l'estat del pacient (si no té moc...)

Observacions:

- El tractament fisioterapèutic no ha de ser fatigant pel pacient
- Se l'ha de col·locar en postures de relaxació
- Totes les tècniques han de ser conduïdes per la veu del fisioterapeuta
- La recuperació diafragmàtica requereix per part de l'usuari la realització molt freqüent dels exercicis, procurant practicar-los al caminar, al llegir al pujar escales... fins aconseguir que el diafragma es mogui amb automatisme

El protocol en fase estable seria:

Objectius:

- Reeduació respiratòria
- Millorar la força i resistència a la fatiga
- Optimitzar la capacitat ventilatòria
- Ensinistrament a l'esforç
- Mobilitzacions de secrecions

Tècniques:

- Exercicis diafragmàtics
- Respiració controlada
- Exercicis d'inspiració contra resistència
- Autocontrol de la tos
- Exercicis d'expansió pulmonar
- Exercicis d'articulació escapulohumeral i columna
- Exercicis de coordinació: respiració, moviments toràcics
- Control de la respiració durant la marxa, pujant escales, parlant, etc.
- Ventilació dirigida

Pauta:

- El nombre de sessions variarà segons el pacient i la seva capacitat d'aprenentatge
- Una vegada après el tractament, el farà en el domicili i serà controlat periòdicament pel fisioterapeuta
- L'objectiu final del tractament serà reinserir al pacient a les activitats de la vida diària

La unitat de fisioteràpia d'Atenció Primària de Reus-Altebrat ha elaborat un protocol propi d'actuació pel tractament de l'MPOC:

A. CLÀSSICAMENT

- Permeabilització de les vies aèries:
 - Moviments ventilatoris
 - Drenatge postural
 - Percussions o clapping
 - Vibracions
 - Tècnica d'inspiració forçada
 - Tos
- Mantenir mecànica ventilatòria:
 - Reeduació del diàmetre vertical del tòrax
 - Reeduació del diàmetre transversal del tòrax
 - Expansions toràciques
- Control del patró ventilatori:
 - Respiració a baixa freqüència i volum elevat
 - inspiracions lentes
 - espiració amb fre de llavis
- Alleugeriment de la dispnea i l'ansietat:
 - Postures que faciliten la respiració en l'asma bronquial
 - Relaxació
- Entrenament a l'esforç

B. VENTILACIÓ DIRIGIDA.

C. TÈCNiques PROPIOCEPTIVES.

Un cop finalitzat el tractament, els usuaris seran remesos al professional que els deriva. Degut al caràcter crònic de la patologia, es dona molta importància a l'aprenentatge de les tècniques del tractament per tal que els usuaris segueixin realitzant-lo en el seu domicili amb un control periòdic del fisioterapeuta.

Conclusions

No obstant això, diversa bibliografia manifesta que els tractaments de fisioteràpia respiratòria desenvolupats en l'atenció primària són tant efectius com els que s'apliquen a l'atenció hospitalària (Ward JA et al. *Br J Gen Pract* 2002; 52:539-42). D'altra banda, la bibliografia existent no aporta evidències concloents dels efectes de l'activitat física sobre la qualitat de vida en els pacients amb MPOC lleu o moderada, probablement pel baix nombre de subjectes dels estudis publicats (Chavanes N et al. *Br J Gen Pract* 2002; 52:574-78). Malgrat això unes anàlisis recents (Lotters et al. *Eur Respir J* 2002; 20:570-6) i un estudi autòcton (Ramírez-Sarmiento et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:1491-7) demostren que qualsevol modalitat d'ensinistrament físic, dins d'un programa de fisioteràpia respiratòria desenvolupada de forma regular en intensitat i durada, és una estratègia adequada per millorar el treball de la musculatura inspiratòria i controlar l'aparició de la simptomatologia. A més, els programes de fisioteràpia respiratòria implementats des de l'atenció primària són acceptats tant pels pacients com pel personal que els du a terme (Jones RC et al. *Br J Gen Pract* 2002; 52:567-8) ■

Bases del tractament farmacològic de l'MPOC.

Francisco Martín Luján, C Anguera,
P Arcelín, X Aubía, M Baldrich, J Basora,
T Basora, JJ Cabré, J Canalejo, M Ferré,
J Ferrer, MT García, D Garriga,
JM Hernández, I Hospital, M Inglés,
C Isern, A Manresa, F Martín, A Moragas,
Y Ortega, P Preixens, M Prieto, C Rodríguez,
I Sánchez-Oro, M Soler, A Vinuesa

Grup MPOC. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

L'MPOC engloba un grup heterogeni de processos d'evolució lenta i progressivament invalidant que ocasionen una alta morbiditat i mortalitat en tot el món, de tal manera que es troba entre les patologies cròniques ateses amb més freqüència en l'atenció primària i és un dels principals motius de freqüentació hospitalària. Malgrat que és una malaltia potencialment modificable, augmenta lenta però inexorablement, de tal manera que les projeccions epidemiològiques auguren una tendència creixent pels propers 25 anys (Heffner JE. *Respir Care* 2002;47:586-607). La seva prevalença és paral·lela al consum de tabac, i segons dades precedents de l'estudi IBERPOC, a Espanya es situa en torn al 9% en la població entre 40-69 anys (Sobradillo V. *Arch Bronconeumol* 1999;35:159-166). Aquest mateix estudi va concloure que tan sols un 21,8% dels pacients estan diagnosticats i únicament el 19,3% reben tractament (Sobradillo V. *Chest* 2000;118:981-989).

El tractament de l'MPOC no és una intervenció sobre l'etiologia de la malaltia, sinó que va dirigit a preservar la funció pulmonar, millorar la simptomatologia, prevenir i detectar precoçment les complicacions, augmentar la qualitat de vida i la supervivència (BTS. *Thorax* 1997;52 (supl. 5):1-28). Les recomanacions GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) (Pauwels RA et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-1276) recorden que l'MPOC es pot prevenir i tractar. El factor de risc més important és el consum de tabac i, per tant, el consell anti-tabac haurà de ser la primera estratègia terapèutica. El cessament de l'hàbit és la intervenció preventiva més senzilla i rentable per evitar el desenvolupament de la malaltia, la intervenció terapèutica més eficaç en el pacient ja diagnosticat i l'única que s'ha mostrat efectiva per augmentar l'expectativa de vida en fases inicials (Anthonisen NR. *JAMA* 1994;272:1497-1505). Malauradament aquest objectiu tan evident no és fàcil d'aconseguir. La profilaxi vacunal (antigripal cada tardor i antipneumocòccica cada 5 anys) constitueix una altra recomanació que s'ha d'indicar de manera

rutinària a tots els pacients MPOC (*Cochrane Database Syst Rev* 2001) (WHO. *Wkly Epidemiol Rec* 1999;74:177-83) i així es recull en la majoria de guies de pràctica clínica. En el terreny farmacològic les alternatives han evolucionat considerablement en les últimes dècades. El tractament inclou, a més de rehabilitació, fàrmacs broncodilatadors i antiinflamatoris, oxigen i, en determinats pacients, cirurgia (Barberà JA. *Arch Bronconeumol* 2001;37:297-316).

Malgrat els broncodilatadors no modifiquen la història natural de la malaltia si no s'associen a un abandonament de l'hàbit tabàquic, constitueixen la base del tractament simptomàtic (Anthonisen NR. *JAMA* 1994;272:1497-1505). No és correcta la idea, comunament estesa, que l'MPOC és totalment irreversible. De fet és parcialment reversible, especialment en fases inicials, i encara que no tots els pacients presenten una resposta apreciable en les proves respiratòries, la majoria manifesten alleugeriment dels símptomes i millora en la qualitat de vida. La seva introducció ha de ser seqüencial, segons la gravetat de la malaltia. La via d'administració més eficaç és la inhalatòria, ja que a dosis baixes i amb mínims efectes secundaris aconsegueix una broncodilatació ràpida, superior a la d'altres vies (SEPAR-SEMFyC. *Aten Primaria* 2001;28:491-500).

Els agents anticolinèrgics són considerats el tractament de manteniment d'elecció en l'MPOC estable (Beeh KM. *Respiration* 2002;69:372-379). Sembla confirmat que el tractament prolongat amb anticolinèrgics millora la funció respiratòria basal, particularment en els pacients de major edat (Rennard SI. *Chest* 1996;110:62-70), no obstant, no hi ha evidències que el grau de broncodilatació superi al dels agonistes β_2 -adrenèrgics (*Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD003900). En l'actualitat varis anticolinèrgics per via inhalatòria s'han demostrat efectius: el bromur d'ipratropi, el d'oxitropi i des de fa uns mesos el de tiotropi (potent antagonista selectiu muscarínic-M3, de dosificació única diària). En tots ells els efectes secundaris són infreqüents i generalment lleus (sequedat de boca, gust amargant i retenció urinària), fins i tot a dosis altes.

Els agonistes β_2 -adrenèrgics són eficaços en el control de la simptomatologia, però encara no ha estat establert definitivament el seu efecte a llarg termini. Entre ells es troben alguns de curta acció (salbutamol i terbutalina) i altres de més prolongada (formoterol i salmeterol). No s'han comprovat diferències d'eficàcia entre ells, si bé és cert que aquests últims poden millorar el compliment i la freqüència d'ús d'altres broncodilatadors de rescat (*Cochrane Library*, Issue 2, 2000). Inicialment s'aconsella l'ús de β_2 -agonistes de vida mitjana curta a demanda, sols o associats a anticolinèrgics, reservant els de vida mitjana llarga per la teràpia de manteniment, especialment en els pacients amb símptomes nocturns (Jones PW. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151 (supl):464). Els efectes adversos habituals, comuns a tots ells, són tos per irritació faríngea,

taquicàrdia, tremolor, nàusees i vòmits. També s'ha avaluat l'acció combinada d'anticolinèrgics i β_2 -agonistes en pacients amb obstrucció moderada-severa (van Noord JA. *Eur Respir J* 2000;15:878-885). Aquesta associació aconsegueix un efecte sinèrgic i additiu (D'Urzo AD. *Chest* 2001;119: 1347-1356), millora la simptomatologia, els paràmetres de funció pulmonar i en alguns casos la tolerància al exercici (Wadbo M. *Eur Respir J* 2002; 20:1138-46) (Liesker JJ. *Respir Med* 2002; 96:559-566).

Quan la resposta al tractament combinat és insuficient, es pot considerar l'addició de teofil·lines. Les evidències sobre els seus efectes en l'MPOC són controvertides i els problemes de dosificació, mesura de nivells i interaccions amb altres fàrmacs els han relegat a un terme secundari (Vas Frago CA. *Am Rev Respir Dis* 1993;147 (supl):40-47). Les formes retardades a dosis fixes (10-12 mg/Kg/dia) són les més utilitzades. Els efectes adversos són freqüents i potencialment greus, fins i tot a dosis terapèutiques, cosa que en limita l'ús. Els més comuns són cefalea, nerviosisme, insomni, dispèpsia, nàusees, vòmits, pirosis, arítmies i fins i tot convulsions.

L'ús de corticoides a l'MPOC ha augmentat, encara que els beneficis d'un tractament prolongat són controvertits (Burge PS. *Thorax* 1999;54:287-288). Els corticoides són una alternativa altament eficaç amb l'asma, però en el cas de l'MPOC, només un subgrup reduït de pacients (no superior al 20%) se'n podria beneficiar. Admetent que els corticoides poden augmentar el FEV1, les diferències aconseguides, potser poc significatives clínicament, no aconsellen el seu ús rutinari (Riancho JA. *Med Clin (Barc)* 2002;118:446-451). Ara bé, retirar-los en el pacient corticodependent podria tenir conseqüències sobre el nombre d'ingressos hospitalaris i la mortalitat (Sin DD. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:580-584). D'altra banda, els últims treballs publicats apunten beneficis rellevants en combinació amb agonistes beta-2 (Soriano JB. *Eur Respir J* 2002;20:819-825), en els pacients més deteriorats (amb un FEV1 més baix) i simptomàtics malgrat rebre dosis màximes d'altres broncodilatadors (Pauwels RA. *N Engl J Med*, 1999;340:1948-1953). Si s'indica, el tractament s'inicia via oral (0,5-1 mg/Kg/dia/2-6 setmanes) i després de comprovar la millora espiromètrica es passa a la via inhalatòria (*Cochrane Library*, Issue 1, 2000). Entre les presentacions disponibles (beclometasona, budesonida i fluticasona) no es coneixen diferències a dosis equipol·lents.

En definitiva, com a norma general, el tractament farmacològic s'iniciarà amb agents anticolinèrgics (MPOC lleu), associant-los a β_2 -agonistes si persisteixen els símptomes (MPOC moderat) i posteriorment teofil·lines retardades (MPOC severa). En fases avançades pot assajar-se un cicle curt de corticoides orals i si s'obté resposta es mantindrà amb corticoides inhalats (NCAP. *J Respir Dis* 2000;21 (supl 9):1-21) ■

Inhaladors i cambres

Carles Rodríguez Pago

Actualment existeixen al mercat, a la nostra disposició, gran quantitat d'inhaladors i cambres, cosa que ens permet un millor control dels símptomes dels nostres pacients a causa de la possibilitat d'una major i millor adequació del sistema utilitzat a les necessitats dels nostres pacients. En les patologies respiratòries el sistema d'inhaladors ha desplaçat les altres vies com l'oral i l'endovenosa, ja que una sèrie de característiques augmenten l'eficàcia; com que la quantitat de fàrmac administrat és menor; l'inici d'acció és molt més ràpid i els efectes secundaris són menors. Però el problema més important dels inhaladors és l'ús incorrecte d'aquests, ja que un mal ús implica una teràpia ineficaç. A continuació donarem una sèrie de conceptes que poden ser d'utilitat en la nostra pràctica habitual.

El primer que hem de plantejar-nos abans d'iniciar el tractament amb un mètode o un altre és quin tipus de pacient tenim al davant (edat, nivell d'estudis, possibilitat de realitzar la tècnica, si treballa o no...) però fins i tot tenint en compte aquests factors tot pot fallar; per la qual cosa el nostre deure serà assatjar i comprovar la realització de la tècnica i la comprensió dels coneixements transmesos. Sempre tenint en compte que davant d'un tractament perllongat i, més encara, davant d'una fallada de tractament, sempre hem de repassar la tècnica.

Sistemes d'inhalació:

Els sistemes d'inhalació poden classificar-se, tal com mostro a continuació, en:

- Inhaladors en cartutx pressuritzat (ICP)
 - ICP "convencionals"
 - Autohaler
- Inhaladors "activats per aspiració"
 - ICP acoblats a cambres d'inhalació:
 - Sense màscara
 - Amb màscara
- Inhaladors de pols seca:
 - Sistema d'unidosi
 - Sistema de multidosi

Una vegada haguem decidit quin inhalador donarem a cada pacient, hem de tenir present una sèrie d'instruccions bàsiques per al maneig:

- Informació personalitzada, directa, simple i comprensible.
- Ensenyar la tècnica amb demostracions.
- Comprovar l'aprenentatge del pacient.
- Revisar la tècnica sempre que sigui possible.
- De vegades donar instruccions a familiars o cuidadors.

Cartutx pressuritzat (Cartutxos pressuritzats de dosi controlada)

Aquests sistemes estan compostos d'un propel·lent líquid en el qual es troba dissolt el medicament en forma de petits cristalls, que un cop s'activa l'utensili surten a l'exterior en forma de gas, per gasificació del propel·lent líquid en contacte amb l'aire. Els dispositius disposen d'una carcassa amb filtre i una vàlvula dosificadora que permet l'administració uniforme del medicament.

ICP:

Avantatges:

- Reduït volum. Tècnica senzilla.
- Percepció de la inhalació.
- Esterilitat del medicament.
- Neteja i manteniment senzills.

Inconvenients:

- Dificultat de coordinació disparement-inhalació.
- Problemes per velocitat i temperatura del gas.
- La seva presentació n'afavoreix l'abús.

Autohaler:

- Dispositiu d'inhalació activat per la respiració.
- Activació simultània a la inspiració.
- Minimitza problemes de coordinació.
- Activació amb fluxos baixos (18-30 l / minut).
- Fàcil ús en nens i ancians.
- Efecte fred de l'aerosol.
- Sistemes compactes, multidosi i volum una mica més gran.

Forma d'utilització dels inhaladors de cartutx pressuritzat

a) convencionals:

1. Destapar.
2. Agitar.
3. Expirar.
4. Ajustar els llavis al filtre de l'inhalador.
5. Iniciar la inspiració.
6. Disparar.
7. Acabar la inspiració i contenir la respiració uns 10 segons.
8. Tapar.
9. Esbandir (principalment en aquells preparats que continguin corticoides).
10. Periòdicament es procedirà a la neteja de l'inhalador, separant el cartutx de l'embolcall de plàstic i el

rentarem amb aigua i sabó, esbandint-lo i assecant-lo posteriorment.

- b) Autohaler:
1. Destapar.
 2. Agitar.
 3. Apujar el gallet.
 4. Expirar.
 5. Inspiració lenta i profunda.
 6. Contenir la respiració uns 10 segons.
 7. Si cal repetir la presa cal pujar novament el gallet.
 8. Tapar el cartutx.
 9. Esbandir.
 10. Netejar el dispositiu periòdicament amb un drap humit, és preferible no desmuntar el sistema.

Inhaladors de pols seca:

a) Monodosi.

b) Multidosi.

Aquests tipus d'inhaladors van sorgir com una necessitat de disposar d'un tipus d'inhaladors que no necessitesin la sincronització de la respiració i la pulsació de l'inhalador. Un altre dels avantatges és que no cal l'ús de propel·lents per al seu funcionament. Un dels seus inconvenients és que per al seu funcionament correcte necessiten un flux inspiratori considerable, d'entre 30 i 60 litres per minut.

Pols seca – unidosi:

En aquest tipus d'eines el fàrmac es troba en unes càpsules independents de l'utensili d'inhalació, que a l'introduir-les-hi i perforant aquesta càpsula, permeten l'administració del preparat mitjançant una inspiració profunda. El principal avantatge d'aquest sistema és que l'individu pot evidenciar de forma clara si ha realitzat bé el tractament o no, simplement comprovant la càpsula, que després de la inhalació ha d'estar buida.

Forma d'utilització dels inhaladors de pols seca-unidosi:

1. Inserir la càpsula en l'interior de l'instrument d'inhalació.
2. Pressionar el dispositiu de perforació.
3. Expirar.
4. Inspirar (un so característic "xiuletada", ens n'indica l'ús correcte).
5. Aguantar la respiració.
6. Retirar la càpsula i guardar.
7. Esbandir.
8. Netejar periòdicament l'utensili amb un drap humit i assecar.

Pols seca – multidosi:

En aquest sistema el fàrmac es troba en forma de microgrànuls, bé en un reservori com en el sistema turbuhaler o en uns òvuls com en el sistema accuhaler. A l'inhalador, l'aire arrossega aquestes petites partícules a l'interior del nostre tracte respiratori.

Turbuhaler:

- Fc micronitzat. Partícules d'1 µm aprox. Disposa d'entre 100 i 200 dosi del fàrmac. No conté additius (per això el pacient no percep el fàrmac en la inspiració).
- No acostuma a recomanar-se en nens de menys de 5 anys per la impossibilitat d'obtenir un flux suficient per al seu funcionament.
- Les partícules s'acceleren per turbulències creades al passar l'aire per uns conductes helicoidals.

Accuhaler:

- Sistema rotadisk. Fc en tira autoenrotllable, forma de blíster; a l'accionar el gallet el blíster es desplaça a la zona d'inh. i es perfora. Conté 60 dosi del fàrmac.
- Disposa d'un comptador de dosi de 60 a 0.
- Conté lactosa com a excipient cosa que permet al pacient percebre la inhalació.

Forma d'utilització dels inhaladors de pols seca:

1. Destapar.
2. Carregar.
3. Expirar.
4. Inspirar.
5. Contenir la respiració.
6. Esbandir.

El control de les dosis del fàrmac és numèric en el sistema accuhaler i visual, mitjançant color; en el turbuhaler (en aquest cas l'aparició de la marca de color vermell en la part inferior de l'indicador ens indica que queden 20 dosis i si es troba en la part superior indica que està esgotat). En relació a la neteja sempre emprarem un drap sec (MAI amb aigua) i mai no hem de bufar cap a l'interior del dispositiu.

Tipus de cambres d'inhalació

Les cambres són uns dispositius que permeten augmentar la distància de l'inhalador pressuritzat a la boca del pacient, cosa que produeix una disminució en la velocitat de sortida de l'inhalador; millorant l'eficàcia de la inhalació i evitant la necessitat de sincronització amb la respiració. Les cambres, igual que els inhaladors, també han de ser adaptades a cada tipus de pacient i sobretot s'utilitzaran tenint en compte el tipus d'inhalador que utilitzarem, ja que no tots els inhaladors s'adapten a totes les cambres.

També valorarem l'edat del pacient, principalment els nens, bé pel seu reduït volum, la seva falta de col·laboració i l'existència o no de màscara, ja que existeixen cambres preparades especialment per a ells com l'aerochamber pediàtrica o molt adaptables com l'aeroscopic, babyhaler o nebyhaler que tenen màscares per a una millor utilització de la cambra en edats primerenques i també tardanes de la vida. La capacitat en volum sol ser d'uns 750 cc per als adults i d'uns 150 a 300 cc per a nens.

Una altra cosa a tenir en compte és el preu, en aquells pacients amb crisis repetides, podem aconsellar cambres més duradores, amb millors prestacions pel que fa a menor càrrega electrostàtica, major durabilitat... A continuació mostrem algunes d'aquestes cambres, esmentant les seves principals característiques i els inhaladors que s'hi adapten.

Aerochamber:

- Forma: cilíndrica.
- 11 cm de llargària i un volum de 145 ml.
- Cambra d'adults amb màscara i infantil amb màscara.
- Vàlvula unidireccional.
- No finançada.
- No desmuntar.
- **Inhaladors adaptats:** tots.
- **Recomanats:** Ventolín, Buto Asma, Terbasmin, Foradil, Neblik, Serevent, Beglan, Betamicin, Inaspir, Becloforte, Decasona, Beclasma, Broncivent, Betsuril, Pulmicort, Pulmictan, Olfex, Tilad, Brionil, Cetimil, Ildor, Atrovent, Combivent, Cromo Asma.

Aeroscopic:

- Forma: plegable.
- Volum de 800 ml.
- Adaptador de silicona.
- Se li pot adaptar màscara nasofacial.
- Vàlvula unidireccional.
- Finançada.
- Desmuntable.
- **Inhaladors adaptats:** tots.
- **Recomanats:** Ventolín, Buto Asma, Terbasmin, Foradil, Neblik, Serevent, Beglan, Betamican, Inaspir, Becloforte, Decasona, Beclasma, Broncivent, Betsuril, Pulmicort, Pulmictan, Olfex, Tilad, Brionil, Cetimil, Ildor, Atrovent, Combivent, Cromo Asma.

Babyhaler:

- Forma: tubular.
- 23 cm de llargària i un volum de 350 ml.
- Dues vàlvules (inspiratòria i espiratòria).
- Màscara de silicona.
- Recanvis de vàlvules.
- No finançada.
- Pot bullir-se la màscara.
- **Inhaladors adaptats (segons fabricant):** Becotide, Becloforte, Flixotide, Serevent, Ventolín.
- **Recomanats:** Ventolín, Foradil, Neblik, Serevent, Beglan, Betamican, Inaspir, Becloforte, Decasona, Broncivent, Betsuril, Atrovent, Combivent.

Konic:

- Forma: Cònica.
- Inflable.
- Sense vàlvula.
- Per a adults i nens.
- Finançada.
- **Inhaladors adaptats, segons fabricant:** tots.

Nebuhamber:

- Volum de 250 ml.
- Vàlvula bidireccional.
- Màscara nasofacial.
- Recanvis de vàlvules i màscara.
- No finançada.
- Pot bullir-se la màscara.
- **Inhaladors adaptats, segons fabricant:** Terbasmin i pulmicort.

Nebuhaler:

- Forma cònica.
- 23 cm de llargària i un volum de 750 ml.
- Vàlvula unidireccional.
- Sense màscara.
- Finançada.
- **Inhaladors adaptats:** Terbasmin, Pulmicort.
- **Recomanats:** Buto Asma, Terbasmin, Pulmicort, Pulmictan, Olfex, Cromo Asma.
- Segons altres autors: Cetimil, Brionil, Atrovent, Combivent.

Volumatic:

- Forma cònica.
- 23 cm de llargària i un volum de 700 ml.
- Vàlvula unidireccional.
- Finançada.
- Desmuntable.
- **Inhaladors adaptats:** Becotide, Becloforte, Flixotide, Serevent, Ventolín.

- **Recomanats:** Ventolín, Foradil, Neblik, Serevent, Beglan, Betamican, Inaspir, Becloforte, Decasona, Broncivent, Betsuril, Atrovent, Combivent.
- Altres autors també recomanen: Berodual.

Altres cambres menys conegudes:

- ACE
- Aerovent
- Dinahaler
- Fisonair
- Inhalventus
- I moltes altres.

Ribuject:

No es tracta d'una cambra d'inhalació pròpiament, sinó que es tracta d'un cartutx pressuritzat amb una cambra incorporada. La característica a destacar és que podem utilitzar la seva cambra de dispensació per a l'administració d'altres preparats, com el Ventolín, i uns altres, que encara que siguin més petits també poden utilitzar-se, entre ells: Inalacor inhalador (fluticasona), Flixotide inhalador (fluticasona), Serevent inhalador (salmeterol)...

Forma d'utilització de les cambres d'inhalació:

1. Muntatge de la cambra en cas de ser necessari.
2. Agitar l'inhalador a utilitzar.
3. Encaixar l'inhalador a la cambra.
4. Expirar.
5. Podem realitzar 1 sol disparament i una inhalació profunda o 1 disparament i 3 o 4 inspiracions profundes.
6. Contenir la respiració uns 10 segons.
7. Esbandir.
8. Desmuntar la cambra, rentar-la amb aigua i sabó, aclarir i assecar.

Hem de controlar l'estat de la cambra, sobretot si hi ha esquerdes o està trencada i de forma més exhaustiva l'estat de la vàlvula. En cas d'alguna anomalia caldrà substituir la cambra.

Curiositats**Pacients traqueostomitzats:**

Per a aquest tipus de pacients disposem, com a sistemes d'inhalació, de:

- Solucions per a nebulització.
- Medicació en aerosol pressuritzat.
- Medicació en dispositiu de pols seca.

Cambres recomanades: Volumatic® amb inhalador pressuritzat i Aerochamberâ amb màscara.

Falta de recursos econòmics:

El preu d'algunes de les cambres i les situacions econòmiques en algunes localitzacions són un impediment per a algunes famílies a l'hora de disposar d'una cambra, això pot suplir-se amb una botella d'uns 500 cc o un got de plàstic o cartró. Els principals problemes als quals podríem enfrontar-nos, són:

- Falta de vàlvula unidireccional.
- Càrregues electrostàtiques.
- Falta de segell estanc entre l'inhalador i l'utensili utilitzat com a cambra.

Respecte a les 2 primeres qüestions, existeixen diferents estudis que demostren que la falta de vàlvula unidireccional no implica un desavantatge significatiu pel que fa a l'eficàcia de l'inhalador; i les càrregues electrostàtiques poden solucionar-se mitjançant la polvorització repetida de l'inhalador (unes 15 vegades) abans d'utilitzar-la per

primera vegada o bé rentant-la amb aigua sabonosa i deixant-la assecar; l'únic inconvenient és el d'evitar les pèrdues, per a això només cal tenir una mica de cura al retallar la nostra futura cambra.

Com verificar si un cartutx pressuritzat està ple o buit:

Simplement necessitem un got d'aigua en el qual submergirem el cartutx pressuritzat. Si s'enfonsa, està ple; si sura està buit, i si es queda al mig, està a la meitat.

Selecció de la tècnica segons el grup d'edat(*)

Edat del pacient	Sistema d'administració
Menys de 3 anys	Cartutx pressuritzat+cambra amb màscara Nebulitzador amb màscara
3 – 5 anys	Cartutx pressuritzat+cambra amb o sense màscara Nebulitzador amb peça bucal o màscara.
5 – 9 anys	Cartutx pressuritzat+cambra Dispositiu de pols seca
Més grans de 10 anys i adults	Cartutx pressuritzat amb o sense cambra Dispositiu de pols seca
Ancians	Cartutx pressuritzat+cambra Nebulitzadors Dispositiu de pols seca

* Guia per a l'administració de fàrmacs per via inhalatòria. M^o Dolores Fraga Fuentes

Bibliografia

- V. Plaza Moral, G. De Miguel Serra. El abc del tratamiento nebulizado (Guía práctica): Serper S.L.: Barcelona; 1998
- C. A. Díaz Vazquez, L.M. Alonso Bernardoi, M.T. García Muñoz. Programa del niño asmático. Ed. Egraf S.A.: Oviedo; 1996
- J. Ferrés, V. Plaza. Tratamiento. En: Asma del niño, asma del adulto. Ed. Carvigraf S.L.; Barcelona; 2000.
- Giner J, Calpena M, Sáiz L, Blanch A. Sistemas de administración de fármacos por vía inhalatoria. Rev Rol Enfermería 1997; 224:74-78.
- M^a Dolores Fraga Fuentes. Guía para la administración de fármacos por vía inhalatoria. http://www.asmayepoc.com/asmayepoc/doc/conte_forma1.html.
- SEPAR – Áreas de Trabajo – Enfermería neumológica. Normativa de inhaladores. <http://www.separes/areas/EnfInhal.htm>.
- Plaza V, Casan P, de Diego A et al. Recomendaciones para la utilización de fármacos inhalados. Arch Bronconeumol 1996;32(supl 1):8-9. Resum.
- C.A. Díaz Vázquez. Educación sanitaria a padres y niños con asma. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1999; vol 6, n^o 9: 611- 623.
- Vídeos de divulgació científica: Enfermedades respiratorias y cumplimentación terapéutica (2 vídeos), distribuïts per laboratoris Boehringer Ingelheim.
- Prospecte de Terbasmin[®] i Pulmicort[®] inhalador i turbuhaler: Prospecte d'Accuhaler[®]. ■

Abstracts presentats en el congrés.

EPIDEMIOLOGIA

MPOC aguditzada (III): Estudi de la comorbiditat i del nombre de reingressos

Josefina Ribó, Edgar Zaballo, Mónica Novés, Conrad Vila, Joaquín Cegoñino, Olga Araújo.

Hospital Santa Tecla

Objectius: Estudiar la comorbiditat associada als pacients AMB MPOC que requereixen assistència en un Servei d'Urgències hospitalari i en el nombre de reingressos en un any per aquesta patologia.

Disseny: Estudi descriptiu i retrospectiu.

Àmbit d'estudi: Anàlisi de 100 pacients amb MPOC que acudeixen de forma consecutiva al nostre Servei d'Urgències per agudització respiratòria, entesa com l'aparició d'un deteriorament en la situació clínica del pacient que cursa amb augment de l'expectoració, esput purulent, augment de la dispnea, o qualsevol combinació d'aquests tres símptomes.

Material i mètode: Revisió de les històries clíniques d'aquests pacients i complimentació d'un qüestionari elaborat per a l'estudi. Anàlisi estadística mitjançant programa G-Stat versió 1.1.

Resultats: S'excloueren tres casos per errors en la complimentació del qüestionari. La comorbiditat associada s'exposa en la següent taula:

Antecedents	%
Hipertensió arterial	42,27
Diabetis mellitus	30,93
Tabaquisme	40,21
Cardiopatía isquèmica	24,74
Insuficiència cardíaca	20,6
Cor pulmonale	11,34
Fibril·lació auricular	18,56

Un 5,7% dels pacients havien requerit 4 ó 5 ingressos hospitalaris durant el darrer any i el 37,9% era la primera vegada que consultaven. El 34,5% havien ingressat en 2 ó 3 ocasions durant l'any anterior.

Conclusions: Els malalts amb MPOC presenten múltiples patologies associades i la més freqüent és la hipertensió arterial. La majoria dels pacients que ens consulten ja han precisat algun ingrés previ per la mateixa causa durant l'any anterior.

Referències:

- De Miguel, J. y cols. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Epidemiología. JANO 2001; 60: 40-6.
- Sobradillo Peña, V. y cols. Geographic variations in prevalence and under-diagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118: 981-9.
- Miravittles, M. y cols. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. Arch Bronconeumol 1999; 35: 173-8.
- Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
- Rudolf M. The reality of drug use in COPD. The European perspective. Chest 2000; 117: 295-325.

Característiques de l'MPOC atés en un centre d'atenció primària

JM. de Magriñà, M. Boira, M. Ricart, D. Ribas, Y. Ortega, T. Basora.

EAP Reus-4

Objectiu: Conèixer el perfil del pacient amb malaltia pulmonar obstructiva crònica que controlem a l'atenció primària i conèixer característiques espiromètriques i la seva correlació clínica.

Disseny: Estudi transversal descriptiu retrospectiu. Avaluació de 130 històries clíniques de pacients diagnosticats de MPOC triades aleatòriament del total d'enregistrades al SIAP-WIN.

Àmbit: Àrea bàsica urbana de 19000 usuaris.

Variables: Sexe, edat (40-55 anys, 55-65 anys, > 65 anys), anys de diagnòstic, factors de risc (obesitat, dislipèmia, hipertensió arterial, tabaquisme, diabetis mellitus), episodis d'aguditzacions en el darrer any, patró espiromètric.

Resultats: Distribució per sexes: 83,1% homes. Per edats: 17,7% 40-55 anys, 25,4% 56-65 anys, 56,9% > 65 anys. Patró espiromètric: 45,3% obstructiu, 12,3% mixts, resta mal enregistrats. Anys d'evolució de la malaltia en patró obstructiu: 61% < 5 anys, 35,5% 5-10 anys, 3,4% > 10 anys. Respecte el patró mixt: 68% < 5 anys, 25% 5-10 anys, 6,2% > 10 anys. Factors de risc: obesitat, dislipèmia, hipertensió arterial apareixen en més del 36% dels pacients, la diabetis en el 24,6%, són fumadors actius el 24,6%, només un 10% no té associat cap dels 5 factors de risc codificats. El 86% dels no fumadors es declaren ex-fumadors. S'han aguditzat el 48,5% dels pacients amb MPOC en el darrer any. I d'aquests un 10,3% ho ha fet > 3 cops. S'ha fet espirometria en més del 65% del pacients.

Conclusions: El pacient amb MPOC que atenem a l'atenció primària és un home de més de 56 anys, no fumador actiu, ex-fumador, amb espirometria realitzada, amb menys de 5 anys d'evolució de la seva malaltia, amb algun factor de risc associat i aproximadament un de cada dos fa una agudització anual.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria

Junyent Priu, M. Pinyol Martínez, M. Ricart Casas, P. De Pedro Elvira, B. Sisó Almíral, A. Camp Herrero, J.

EAP Les Corts (Barcelona).

Objetivo: Determinar la prevalencia, características clínicas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito de estudio: CAP urbano.

Sujetos: Todos los pacientes con diagnóstico de EPOC (n: 326).

Mediciones e intervenciones: Mediante la revisión de las historias clínicas informatizadas con el programa OMI-AP, se analizaron las siguientes variables: edad, género, hábito tabáquico, índice de masa corporal (IMC), vacunación antigripal y antineumocócica, comorbilidad, diagnóstico, tratamiento actual, reagudizaciones (en el último año) y facultativo que realizaba el seguimiento de los pacientes.

Resultados: La prevalencia detectada fue 10,6 por 1000 (326 casos de 30.535 pacientes adscritos). El 76% eran varones, con edad media de 72,8 años (DE:10,37). El 44% eran exfumadores y el 27% eran fumadores activos. El 23,3% tenían un IMC superior a 30. El 78% y el 75% estaban correctamente vacunados de la gripe y del neumococo, respectiva-

mente. Las patologías asociadas con mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial (49%), dislipemia (34%), cardiopatía isquémica (23%), neoplasias (22%) y arritmias cardíacas y diabetes (16% en ambos). 150 casos (46%) fueron diagnosticados mediante espirometría. El tratamiento monoterápico más utilizado (55%) fueron los corticoides inhalados, y la combinación de fármacos más frecuente (26%) fue la asociación triple de beta2adrenérgicos con anticolinérgicos y corticoides inhalados. El 6% de los pacientes precisaban oxígeno domiciliario. 49 pacientes (15%) se reagudizaron requiriendo ingreso hospitalario en 28 casos (9%). El 55% de los pacientes eran controlados por el médico de atención primaria. Conclusiones: La prevalencia detectada revela un infradiagnóstico de esta patología en nuestra área. En un elevado porcentaje, los pacientes son diagnosticados mediante criterios clínicos sin disponer de pruebas funcionales respiratorias. El tratamiento más usado es el combinado. Sólo el 9% de las agudizaciones en el último año, requirieron ingreso hospitalario. La mayoría de los pacientes son controlados por atención primaria.

La comorbiditat en l'MPOC supera la de la població general

F. Martín Luján, M. Baldrich Justel, MT García Vidal, A Moragas Moreno, P. Preixens Vallinoto, M. Prieto Cid.

EAP Reus-I

Cap paràmetre clínic o funcional, de forma aïllada, permet conèixer l'impacte i gravetat de l'MPOC. La coexistència d'altres patologies també pot influir en el seu pronòstic. Per això, es proposen sistemes multicomponents que integren la simptomatologia, la funció pulmonar i l'afectació sistèmica¹.

Objectiu: Avaluat la comorbiditat en la població diagnosticada d'MPOC.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional, multicèntric (10 centres), dels pacients diagnosticats d'MPOC atesos a l'atenció primària.

Mesures i intervencions: Mitjançant mostreig sistemàtic de la població major de 40 anys, s'obté una mostra representativa dels pacients diagnosticats d'MPOC, atesos durant l'any 2002, suficient per a un error alfa de 0,05 i una potència estadística del 95%. Es recullen variables sociodemogràfiques (edat i sexe), factors de risc cardiovascular (diabetis, hipertensió arterial, dislipèmia, microalbuminúria), cardiopatía (fibril·lació auricular i insuficiència cardíaca) i evidència de malaltia cardiovascular. S'utilitzen mètodes descriptius, acceptant significació estadística quan $p < 0,05$.

Resultats: A partir d'una mostra de 3036 històries s'avaluen 333 (10,9%) individus amb MPOC, 228 (68,5%) homes, amb una edat mitjana de $70,6 \pm 11,9$ anys (38-94). D'aquests, 174 (52,3%) presentaven hipertensió, 100 (30%) dislipèmia, 76 (22,8%) diabetis i 35 (10,5%) microalbuminúria. El seu risc cardiovascular mig fou $14,82 \pm 8,1$. En 59 casos (17,7%) estaven diagnosticats d'insuficiència cardíaca, 36 (10,8%) de fibril·lació auricular i fins el 2,1% (77) associaren malaltia cardiovascular activa. En comparar les freqüències segons el sexe no es van trobar diferències estadísticament significatives.

Conclusions: La comorbiditat en l'MPOC és elevada, no es veu influïda pel sexe i supera àmpliament la descrita en població general per a grups etaris similars. L'alta prevalença de factors de risc, cardiopaties i malaltia cardiovascular, pot empitjorar el mal pronòstic inherent a l'MPOC.

Què sabem dels nostres pacients enregistrats d'MPOC?:

Mònica Rebollar Gil, Montserrat Mas Pujol, Maite Blasco, Joan Atmetlla i Andreu, Araceli Ríos Mare, Carles Sales Camprodón.

EAP Xafarines

Objectiu: Determinar les característiques dels pacients enregistrats com a malaltia pulmonar obstructiva crònica en un centre d'atenció primària.

I. Marin JM. Arch Bronconeumol 2002; 38:253-5.

Disseny: Estudi descriptiu.

Àmbit: Un CAP urbà.

Subjectes: Pacients registrats en el sistema informàtic d'atenció primària (SIAP) com MPOC d'un total de 9207 majors de 40 anys.

Mesures i intervencions: Mitjançant història clínica recollim edat, sexe, hàbit tabàquic, consell antitabac, espirometria, classificació segons volum espiratori màxim en el primer segon, tractament, exacerbacions en el darrer any i nivell assistencial on són controlats. Dels pacients no fumadors recollim també altres diagnòstics.

Resultats: 311 pacients enregistrats com a MPOC (esperats 829). 16 històries no recaptades per problemes administratius. Dels 295 estudiats, 152 (51,5%) són MPOC; dels quals, 98,7% són homes; edat mitjana de 71,7 (DE 9,43), 63,8% exfumadors; 36,2% fumadors (consell antitabac en el 29,6%). Control al CAP 96,7% (59,9% CAP i 36,8% CAP i pneumòleg). Classificació: lleu 30,9%, moderat 32,9%, greu 36,2%; participació pneumòleg en el control 16,7%, 38,3% i 45% respectivament ($p: 0,009$). Tractament amb corticoides inhalats 64,5%, oxigen 11,2%; 1-3 exacerbacions/any 49,3%; cap ingrès/any: 72,4%. Dels 143 sense criteris d'MPOC, 101 són fumadors/exfumadors [16 (5,4%) tenen espirometria normal, 85 (28,8%) sense espirometria], 10 (3,3%) no consta tabaquisme. Dels 32 (10,8%) no fumadors, 1 perdut per problemes administratius, 4 errors de registre (fumadors), 8 (25%) bronquièctasis, 8 (25%) asma i 11 (34%) altres patologies.

Conclusions:

- En la meitat dels pacients està justificat el diagnòstic d'MPOC.
- Cal tenir més present l'espirometria i l'antecedent de tabaquisme per fer el diagnòstic d'MPOC.
- Gairebé tots els pacients es controlen a l'atenció primària. Hi ha relació directa entre gravetat i participació del pneumòleg en el control.

Referències:

- GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Workshop summary. NHLBI/WHO. Am J Respir Critic Care Med 2001; 163:1.256-1.276.
- Estudio epidemiológico de la EPOC en España (IBERPOC). Arch Bronconeumol 1999; 35:152-166.
- Normativa SEPAR: Guía clínica para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la EPOC. Arch Bronconeumol 2001; 37:297-316.

Factors de risc per a l'aparició de pneumonia en ancians

Angel Vila Córcoles, Olga Ochoa Gondar, Mercè Álvarez Luy, Izaskun Guinea Oruechevarria, M. Mar Juárez Laiz M i Grup d'Estudi EVAN.

SAP Tarragona –Valls

Objectiu: Conèixer la incidència i analitzar la relació de pneumònia adquirida a la comunitat (PAC) entre la població major de 65 anys amb factors preventius i/o predisponents.

Disseny: Estudi longitudinal observacional retrospectiu.

Àmbit: Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: Mostra aleatòria sistemàtica de 602 pacients majors de 65 anys a l'inici del període de seguiment, estratificada al 50% segons vacunació antipneumocòccica (VAP).

Mesures i intervencions: Identifiquem les PAC diagnosticades durant el període 1994-2000. Enregistrem a l'inici de l'estudi la presència de VAP en els 12 mesos previs, així com la presència o no de diabetis, cardiopatía, malaltia pulmonar obstructiva crònica, tabaquisme i/o enolisme.

Resultats: Observem un total de 48 PAC (30 en persones vacunades i 18 en no vacunades prèviament amb VAP), obtenim una taxa d'incidència acumulada de 79,7% (99,7% en vacunats i 59,8 en no vacunats ($p: 0,10$). Encara que tots els factors de risc estudiats van presentar un RR > 1 , només existia significació estadística en el cas de pacients amb MPOC (RR: 4,68; $p < 0,001$) o amb hàbit tabàquic (RR: 2,68; $p < 0,05$).

Conclusions: Encara que existeixen altres factors de risc per a l'adquisició de PAC, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i l'hàbit tabà-

quic són sens dubte els més importants per la seva elevada prevalença i la magnitud de llurs RR. No s'observa una reducció del RR per a l'aparició de PAC entre aquelles persones que havien rebut vacunació antipneumocòccica, el que sembla avalar la no eficàcia d'aquesta vacuna per prevenir la infecció.

Proyecto de estudio: Evolución clínica desfavorable en los pacientes EPOC: ¿Podemos predecirla?

J Cegoñino de Sus, O. Araújo Loperena, H. Fernández Molinero, M. López Salva, E. Zaballos Castellví, M. Novés Nadal.

Hospital Santa Tecla

Objetivos:

1.- Primario:

Analizar la existencia de factores predisponentes para que el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizada que precise ingreso hospitalario presente una evolución clínica desfavorable.

2.- Secundarios:

Estudiar las causas de agudización, la correlación entre el diagnóstico al ingreso y al alta, los tratamientos recibidos y el antibiótico más prescrito con el grado de cumplimiento de las recomendaciones actuales y las modificaciones del tratamiento habitual al alta.

Analizar la validez del tratamiento habitual de acuerdo con el "Protocolo EPOC de la Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla". Estimar el número de pacientes con diagnóstico incorrecto de EPOC. Valorar la calidad asistencial que reciben estos pacientes.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes EPOC que han requerido ingreso en el servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital por agudización respiratoria. Revisión de los informes de alta hospitalaria y cumplimentación de la hoja de recogida de datos (HRD) con la historia clínica. Análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS.

Àmbit del estudi: Pacientes que hayan requerido ingreso hospitalario por EPOC agudizada entre el 1 de mayo de 2002 y el 30 de abril de 2003 con los siguientes criterios de inclusión: patrón obstructivo por espirometría (FEV1 < 80% y FEV1/FVC < 70) con prueba broncodilatadora negativa. Criterios de exclusión: Sin criterios funcionales de EPOC o sin espirometría realizada. Variables: sexo, edad, motivo de ingreso, antecedentes personales, grado de disnea habitual, espirometría, tratamiento habitual, número de ingresos y de visitas a urgencias en el último año, índice de masa corporal, analítica en situación estable y al ingreso, clínica, cambios radiológicos, necesidad de ventilación mecánica y de ingreso en UCI, causa de agudización al ingreso y al alta, tratamiento prescrito al alta, días de hospitalización, destino y nueva consulta en siete días.

Previsión de realización: Julio de 2003 - febrero de 2004.

Referencias:

1. Agustí AGN, Carrera M, Barbé F, Muñoz A, Togo B. Oxygen therapy during exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 1999; 14: 934-939.
2. Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensó E, Nodar E, Picazo JJ, Sobradillo V, Torres A. Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Esp Quimioterap. Marzo 2001; 14 (1): 87-96.
3. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P y Viejo JL. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001; 37, 7: 269-278.
4. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E., Montemayor T, Viejo JL. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001, 37: 297-316.
5. De Lucas Ramos P, Martínez Abad Y. Como valorar adecuadamente al paciente con EPOC en la clínica: ¿Sólo FEV1?. Arch Bronconeumol 2001; 37 (5): 25-29.

6. Estrategia global para diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: reunión de trabajo NHLBI/WHO 1998 (Resumen). Ed. Mayo SA. Barcelona 2001.

Influència dels factors de risc cardiovascular en les aguditzacions del malalt en MPOC.

Jordi Ferré Gras, Mireia Español Pons, Cristina Mangrané Guillén, Esther Mayol Racero, Carme Herranz Calejero, Josep Lluís Piñol Moreso.

EAP Reus-2

Objectius: Conèixer els factors de risc cardiovascular i altres malalties associades, en el malalt amb MPOC i si hi influeixen en el nombre d'aguditzacions.

Disseny: Descriptiu transversal-retrospectiu.

Àmbit i subjectes: Subjectes MPOC d'una Àrea Bàsica de Salut.

Mesures i intervencions: Revisió de 200 històries clíniques de malalts enregistrats amb factor de risc MPOC. Es recullen dades epidemiològiques, factors de risc cardiovascular: hipertensió arterial, diabetis mellitus, dislipèmia (DLP) i insuficiència cardíaca (IC); presència d'altres malalties: insomni, síndrome d'apnea obstructiva de la son (SAOS) i depressió; nombre d'aguditzacions en els últims dos anys, i si s'ha realitzat radiografia de tòrax i electrocardiograma. S'ha emprat la prova de C².

Resultats: Edat mitjana: 71,3 ± 11,6 anys. Homes: 81%. Prevalença MPOC: 5,8% (IC 95%: 5-6,6) en majors de 40 anys. Total HTA: 104 pacients (52%), DM: 32 (16%), DLP: 48 (24%), IC: 32 (16%). Total presència d'insomni: 19 (9,5%), SAOS: 4 (2%), depressió: 13 (6,5%). Radiografies de tòrax realitzades: 110 (55%) i ECG: 130 (65%).

	No agud.	1 agud.	2 agud.	> 3 agud.	Total
No factors de Risc	16 (24,2%)	16 (24,2%)	20 (30,3%)	14 (21,2%)	66
1 factor de Risc	11 (14,9%)	25 (33,8%)	20 (27%)	18 (24,3%)	74
2 factors de Risc	8 (21,1%)	11 (28,9%)	9 (23,7%)	10 (26,3%)	38
3 factors de Risc	3 (13,6%)	7 (31,8%)	5 (22,7%)	7 (31,8%)	22
Total pacients	38 (19%)	59 (29,5%)	54 (27%)	49 (24,5%)	200

Conclusions: El factor de risc associat més prevalent en l'MPOC és l'HTA. A mida que s'afegeixen factors de risc cardiovascular, augmenten els pacients (%) que han presentat més de tres aguditzacions.

MPOC i depressió: Posem-nos al dia

Elisabeth Tapia Barranco, Montse Velasco Carrera, Hiam Tarabishi Marin, Carmina Poblet Calaf, Francesc Barrio Torrell, Albert Moreno Destruels.

Hospital Joan XXIII

Propòsits: Hem realitzat una revisió bibliogràfica sobre la relació entre MPOC i depressió i del seu impacte sociosanitari. Hem observat que existeix un risc més elevat de patir simptomatologia depressiva en pacients afectes d'MPOC greu, que en la població global, ajustant-se per variables demogràfiques i de comorbiditat. D'igual manera aquesta relació no s'observa en estadiatsges lleu-moderat.

Articles revisats:

1. L van Ede, C J Yzermans, H J Brouwer .Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 2001; 56:827-834.
2. L van Ede, C J Yzermans, H J Brouwer Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 2001; 56:827-834.
3. Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Measurement of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Nord J Psychiatry 2003; 57(4):297-301.

4. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of sub-threshold depression in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(5):412-6.

Bases de dades revisades: PubMed – indexed for MEDLINE.

Paraules clau: MPOC, depressió. Limitat a publicacions entre 2001-2003, humans. D'aquesta recerca hem utilitzat els articles que podem consultar en el text complet.

Valoració dels articles: En general trobem una associació entre els grau d'MPOC i el risc de patir depressió. En alguns estudis s'ha vist que els malalts amb MPOC severa tenen 2,5 vegades més risc de patir una síndrome depressiva que els controls.

Aportacions: Els resultats obtinguts en aquests estudis, ens fan replantejar com tractar d'una manera més global i efectiva al pacient amb MPOC, no només tenint en compte la seva patologia respiratòria, i millorar la seva qualitat de vida, tenint en compte la incidència de depressió en aquest grup.

Aguditzacions de malalts MPOC i pol·lució ambiental

Francisco Barrio Torrell, Albert Moreno Destruels, Carme Poblet Calaf, Elisabeth Tapia Barranco, Hiam Tarabishi Marín, Montserrat Velasco Carrera.

Residents de medicina familiar i comunitària de la Unitat Docent Tarragona-ICS. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Propòsits: Des de 1952, arran de les morts a Londres com a conseqüència de l'elevada concentració de fums i diòxid de sofre, s'han trobat nombroses evidències sobre la relació entre la contaminació ambiental i els efectes aguts en la salut de les persones (més destacables entre la població amb patologia de base). Tarragona ofereix un atractiu escenari mediambiental per estudiar els efectes dels contaminants aeris sobre la salut, malgrat això no disposem d'estudis al respecte. La nostra intenció ha estat revisar un seguit d'articles que avaluen la relació entre la contaminació ambiental i l'agudització en pacients MPOC (morbidity/mortalitat i admissions en serveis d'urgències hospitalàries).

Articles revisats i bases de dades:

1. Douglas W. Dockery, et al. An association between air pollution and mortality in six U. S. cities. *The New England Journal of Medicine* 1993; 329:1753-1759
2. Bart D. Ostro, et al. Air Pollution and Respiratory Morbidity among Adults in Southern California. *Am J Epidemiol* 1993; 137:691-700
3. Jordi Sunyer, et al. Air Pollution and Emergency Room Admissions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A 5-year Study 1993; 137:701-705
4. Richard W. Atkinson, et al. Acute Effects of Particulate Air Pollution on Respiratory Admissions. *Am J of Respiratory and Critical Care Medicine* 2001; 164:1860-1866
5. William MacNee, et al. Exacerbations of COPD – Environmental Mechanisms. *Chest* 2000; 117:390S-397S
6. Jordi Sunyer, et al. Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Are at Increased Risk of Death Associated with Urban Particle Air Pollution: A Case-Crossover. *Am J of Epidemiology* 2001; 151:50-56
7. A. Tobías Garcés, i col. Impacto de la contaminación atmosférica sobre la mortalidad y las urgencias por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma en Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 1998; 12:223-230
8. Haim Bibi, MD, et al. Prediction of Emergency Department Visits for Respiratory Symptoms Using an Artificial Neural Network 2002; 122:1627-1632
9. Geoffrey Morgan, et al. Air Pollution and Hospital Admissions in Sydney, Australia, 1990 to 1994. *Am J of Public Health* 1998; 88:1761-1766
10. Jordi Sunyer, et al. Effects of Urban Air Pollution on Emergency Room Admissions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J of Epidemiology* 1991; 134:277-286

Bases de dades revisades: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed. "COPD and air pollution". Limitat a: publicacions entre 1990 i 2003, humans. D'aquesta cerca hem utilitzat els articles que podem consultar el text complet. Paraules clau: contaminació ambiental, aguditzacions MPOC, mortalitat per causes respiratòries.

Valoració dels articles: En general es troba una associació estadísticament significativa entre els nivells de partícules, diòxid de sofre, diòxid de nitrogen i ozó atmosfèrics i el nombre de morts diàries per causa respiratòria i cardiovascular i de les urgències per MPOC.

Aportacions: Els resultats obtinguts en aquests estudis ens fan pensar que una part de les aguditzacions respiratòries que acudeixen al Servei d'Urgències de l'Hospital Joan XXIII i que no poden ser atribuïdes per criteris clínics i analítics a una infecció respiratòria, podrien ser degudes a fenòmens de contaminació ambiental, fet que s'hauria d'estudiar en el nostre àmbit, al Camp de Tarragona.

DIAGNÒSTIC

Proyecto de estudio: EPOC en atención primaria: ¿Es el FEV1 el mejor parámetro de valoración de la gravedad del paciente EPOC?

C. Vila Turón, LM Mateo Gallego, J Ribó Ribalta, H. Fernández Molinero, J. Cegoñino de Sus, O. Araújo Loperena.

Hospital Santa Tecla

Objetivos:

Primarios: Estudiar la correlación entre FEV1 y el grado de disnea. Evaluar el grado de adecuación de las recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y analizar el criterio de prescripción de fármacos en atención primaria. **Objetivos secundarios:** Estudiar factores de riesgo, comorbilidad, el grado de cumplimiento del "Protocolo EPOC de la Xarxa Social i Sanitaria de Santa Tecla", la realización de rehabilitación respiratoria, la frecuencia de las agudizaciones y el tratamiento antibiótico más utilizado con el seguimiento de las recomendaciones. Analizar los sistemas de inhalación más utilizados con el criterio de selección y el grado de cumplimiento del protocolo de enfermería.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo de los pacientes EPOC de nuestra área de atención primaria. Cumplimentación del formulario de datos elaborado para el estudio a partir de la historia clínica y durante una entrevista personal. En la entrevista el paciente realizará la técnica inhalatoria para analizar el número de errores de acuerdo con las normativa SEPAR, la medición del flujo inspiratorio mediante el medidor FI In Check Dial (Clement Clarke) y se preguntará el grado de disnea. Análisis de los datos mediante el paquete estadístico SPSS.

Ámbito del estudio: Pacientes con diagnóstico EPOC en nuestra área de atención primaria, con los siguientes criterios de inclusión: patron obstructivo por espirometría (FEV1 < 80 % y FEV1/FVC < 70) con prueba broncodilatadora negativa. Criterios de exclusión: Sin criterios funcionales de EPOC o sin espirometría realizada. Variables: Sexo, edad, antecedentes personales, factores de riesgo, grado de disnea, espirometría, tratamiento habitual, número de ingresos y de visitas a urgencias en el último año, índice de masa corporal, analítica en situación estable, hallazgos radiológicos, tratamiento habitual, errores en la realización de la técnica inhalatoria, antibióticos en las agudizaciones, protocolo DUE, derivación al especialista.

Previsión de realización: Julio de 2003 - febrero de 2004.

Referencias:

1. Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E, Nodar E, Picazo JJ, Sobradillo V, Torres A. *Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Rev Esp Quimioterap. Marzo 2001; 14 (1): 87-96.
2. Alvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P y Viejo JL. *Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Arch Bronconeumol 2001; 37, 7: 269-278.
3. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo J.L., Monsó E., Montemayor T, Viejo JL. *Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Arch Bronconeumol 2001, 37: 297-316.
4. De Lucas Ramos P, Martínez Abad Y. *Como valorar adecuadamente al paciente con EPOC en la clínica: ¿Solo FEV1?*. Arch Bronconeumol 2001; 37 (5): 25-29.
5. *Estrategia global para diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: reunión de trabajo NHLBI/WHO 1998* (Resumen). Ed. Mayo SA. Barcelona 2001.
6. Fraga Fuentes MD. *Guía para la administración de fármacos por vía inhalatoria*. Marzo 2000.
7. J. Giner et al. *Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados*. Arch Bronconeumol 2000, 36: 34-43.
8. Monso E. *La infección en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Arch Bronconeumol 2000; 36 (4): 45-51.
9. Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH, Collins D, Gross NJ, Light RW, Anderson P, Morgan NS. *Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group. N Engl J Med 1999; 340: 1941-1947.
10. *The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the BTS. BTS guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease*. Thorax 1997; 52 Supl 5: S1-28.
11. Zalacain R. *Agudizaciones de la EPOC*. Arch Bronconeumol 2001; 37 (2): 14-19.

EPOC agudizada (II): causas y grado de correlación entre el diagnóstico de urgencias y el de alta hospitalaria

Mónica Novés, Josefina Ribó, Luisa M. Mateo, Mireia López, Conrad Vila, Olga Araújo.

Hospital Santa Tecla

Objetivos: Analizar las causas de las agudizaciones de los pacientes EPOC que requieren asistencia en un Servicio de Urgencias hospitalario y el número de pacientes que precisan ingreso. Estudiar la correlación entre el diagnóstico etiológico en urgencias y al alta hospitalaria.

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo.

Ámbito del estudio: Análisis de 100 pacientes EPOC que acuden de forma consecutiva a nuestro Servicio de Urgencias por agudización respiratoria, entendida como la aparición de un deterioro en la situación clínica del paciente que curse con aumento de la expectoración, esputo purulento, aumento de la disnea, o cualquier combinación de estos tres síntomas.

Material y método: Revisión de las historias clínicas de estos pacientes y cumplimentación de un cuestionario elaborado para el estudio. Análisis estadístico mediante el programa G-Stat versión 1.1.

Resultados: Se excluyeron tres casos por errores en la cumplimentación del cuestionario. La causa más frecuente de agudización respiratoria fue la infecciosa (sobreinfección respiratoria en el 57.65% y neumonía en el 11.76%). En 10 casos se diagnosticó insuficiencia cardíaca, en un tromboembolismo pulmonar y en otro una neoplasia broncopulmonar. Alrededor de la mitad de los pacientes (51.06%) precisaron ingreso hospitalario y en el 80.49% de los casos hubo correlación entre el diagnóstico de los servicios de urgencias y de medicina interna.

Conclusiones: La causa más frecuente de exacerbación de la EPOC es la infección respiratoria, seguida de la insuficiencia cardíaca. Casi la mitad de los enfermos son dados de alta desde urgencias, con lo que los EPOC agudizados son tratados, en su fase más crítica por el médico de urgen-

cias. Existe una elevada concordancia entre el diagnóstico de ingreso y el del alta, por lo que en los servicios de urgencias se puede diagnosticar y tratar adecuadamente a los enfermos con EPOC agudizada.

Referencias:

1. De Miguel, J. y cols. *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. Epidemiología. JANO 2001; 60: 40-6.
2. Sobradillo Peña, V. y cols. *Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study*. Chest 2000; 118: 981-9.
3. Miravittles, M. y cols. *Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria*. Arch Bronconeumol 1999; 35: 173-8.
4. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
5. Rudolf M. *The reality of drug use in COPD. The European perspective*. Chest 2000; 117: 295-325.

Ens hem de refiar de les màquines?

M. Boira, J.M. de Magriñà, M. Ricart, D. Ribas, T. Basora, Y. Ortega.

EAP Reus-4

Objectiu: Comparar els patrons espiromètrics que diagnostica el PC de l'espiròmetre amb els patrons dels mateixos pacients que es diagnostiquen de forma no automatitzada.

Disseny: Estudi descriptiu transversal retrospectiu.

Àmbit: Àrea bàsica de Salut amb 19.000 HCAP.

Mesures i intervencions: Recollida aleatòria de les espirometries en format paper de l'ABS dels últims dos anys. Variables: Interpretació no automatitzada del patró espiromètric versus interpretació automàtica del programa del espiròmetre.

Resultats: En la interpretació per part del metge basant-se en els criteris espiromètrics de l'SCMFIC surt 45,7% patró espiromètric normal, 34,3% patró mixt, 10% restrictiu, 9,9% obstructiu (dels quals el 71,4% tenen grau moderat). En la interpretació automatitzada els resultats són 91,4% obstructius (d'aquests un 89% presenten severitat lleu), el 8,6% restant són qualificats de patró mixt. En la mostra observada, el PC no ha detectat cap espirometria amb patró normal o restrictiu.

Conclusions: El programa d'interpretació de l'espiròmetre de la nostra àrea bàsica sobrediagnostica com a patró obstructiu lleu molts dels que amb una anàlisi detallada per part del professional sanitari serien considerats normals, també cal esmentar la nul·la detecció del patró restrictiu per part del programa informàtic. S'ha de tenir en compte també que els programes informàtics no discriminen les corbes vàlides de les que no ho són. Tot i que el suport informàtic és una bona eina cal ensinistrar al professional sanitari per tal de fer una revisió més acurada dels resultats automàtics.

La formació dels professionals, factor clau en el diagnòstic d'MPOC

F. Martín Luján, M. Baldrich Justel, JJ Cabré Vila, I. Sánchez-Oro Vallés, X. Aubia Floresvi, J.L. Piñol Moreso.

EAP Reus-1

El diagnòstic de l'MPOC es fonamenta en la realització d'una espirometria forçada. Malgrat això, una gran part dels pacients no estan diagnosticats². Per justificar l'infradiagnòstic s'han argumentat raons d'accessibilitat a la prova³.

2. Sobradillo V. *Chest* 2000; 118:981-989.

3. Heffner JE. *Respir Care* 2002;47:586-607.

Objectiu: Avaluar factors que condicionen la realització d'espirometria per la confirmació del diagnòstic i seguiment de l'MPOC a l'atenció primària.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional, multicèntric (10 centres), dels pacients diagnosticats d'MPOC.

Mesures i intervencions: Mostreig sistemàtic dels pacients > 40 anys, diagnosticats d'MPOC, atesos durant l'any 2002, suficient per garantir un error alfa de 0,05 i una potència del 95%. Es recullen variables sociodemogràfiques (edat i sexe), diagnòstic d'MPOC, dotació d'espiròmetre i formació del personal sanitari. S'utilitza estadística multivariant de regressió logística no condicional.

Resultats: S'avaluen 333 individus diagnosticats d'MPOC, amb una edat mitjana de 70,6 ± 11,9 anys (rang: 40-94); 68,5% (228) homes. Malgrat 9 dels 10 centres enquestats disposaven d'espiròmetre propi, només en 148 subjectes (44,4%) constava una prova actualitzada que confirmés el diagnòstic o avalués el seu estat. Dels 185 casos sense evidència de prova, només en 35 (18,9%) es justificava per dificultat d'accés. Les variables que van predir la realització d'espirometria van ser l'edat del pacient i la formació específica del personal sanitari ($p < 0,05$). La probabilitat de trobar la prova disminueix amb l'edat del pacient (OR: 0,96; IC: 0,94-0,98) i augmenta amb formació del professional (OR: 5,85; IC: 3,34-10,23).

Conclusions: Tot i que tant el diagnòstic com el maneig de l'MPOC es basen en la espirometria, en un elevat nombre de pacients no es disposa de la prova. Aquests pobres resultats no es justifiquen amb anacrònics arguments de dificultat d'accés des de l'atenció primària. La formació postgrau dels professionals quintuplica la probabilitat de fer espirometries en l'MPOC.

Tenir espiròmetre al centre: Millora la qualitat diagnòstica dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica?

Joan Boj Casajuana, Pilar Preixens Vallinoto, Manuel Prieto Cid, Fermín Romero Nevado, Ana Urbaneja Díez, Dolors Garriga Fontanet.

EAP Reus-3

Objectius: Avaluar si ha millorat la qualitat en el diagnòstic dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica del nostre centre de salut després de disposar d'espiròmetre des de febrer de 2003.

Disseny: Estudi abans – després

Àmbit de l'estudi: Àrea bàsica de salut urbana

Subjectes: Pacients que tenen activada la icona de factor de risc MPOC (iFRMPOC) de la seva història clínica la segona setmana de juny de 2003.

Mesures: Es revisen totes les HCAP de 9 metges d'adults on hi ha activada la iFRMPOC, enregistrant-se edat, sexe, persona que havia fet el diagnòstic, hàbit tabàquic, data del diagnòstic de l'MPOC i criteris diagnòstics. Si tenen espirometria s'anota la data. Període avaluat: de febrer a juny de 2003.

Resultats: De 258 pacients amb la iFRMPOC un 76% són homes i l'edat mitjana és de 71 anys. Un 33% són ex-fumadors, un 40% consten com a no fumadors i un 23% segueixen fumant; en el 4% no consta l'hàbit tabàquic. Un 67% de casos el diagnòstic el fa el metge de família, un 20% l'especialista i un 13% altres. De totes les espirometries de les HCAPs revisades (101), el 32% es realitzen en el PA. A la següent taula podem apreciar les principals diferències abans i després de disposar de l'espiròmetre al centre:

Criteris diagnòstics	Fins al gener/03	Fins al juny/03
Espirometria	32%	39%
Síntomes	26%	22%
Altres criteris	42%	39%

Conclusions:

- Globalment, el fet de disposar d'espiròmetre al centre ha incrementat el nombre d'espirometries, millorant consegüentment la qualitat diagnòstica i el control en els pacients amb MPOC. El fet de no trobar diferències significatives cal atribuir-ho a la brevetat del PA; caldrà fer una nova avaluació d'aquí a uns mesos i seguir potenciant l'ús de l'espiròmetre.
- 2/3 parts d'aquests pacients són diagnosticats pel metge de família.

Concordància entre diagnòstic espiromètric i la interpretació clínica enregistrada.

C. Mayorgas, M.J. González, O. Carretero X. Peligró, F. Sancho, JM. Casacuberta.

EAP Sant Martí

Objectius: Descriure si el diagnòstic enregistrat al curs clínic s'ajusta amb el diagnòstic espiromètric en dues Àrees bàsiques de Salut durant un any. Valorar la correcta realització de les corbes. Avaluar la interpretació de l'espirometria a la història clínica.

Disseny: Descriptiu transversal.

Àmbit de l'estudi: Totes les espirometries sol·licitades pels metges de família de dues ABS de Barcelona des de maig 2002 a juny 2003 utilitzant l'espiròmetre "Datospir-100". Revisió de espirometries i històries clíniques pels investigadors.

Mesures i intervencions: Variables: edat, sexe, IMC, hàbit tabàquic, anotacions del tècnic, FEV1, FVC, índex FEV1/FVC, prova broncodilatadora, diagnòstic registrat a la història clínica. Es va fer la valoració de la corba (segons criteris SEPAR) i del registre de l'índex FEV1/FVC en la història pels investigadors prèviament formats.

Resultats: S'estudien 312 de les espirometries sol·licitades (585). L'edat mitjana: 57 ± 28, el 51,3% eren homes, el 43,7% normopès, 13,6% obesitat mòrbida; un 33,3% són fumadors i un 14,1% ex-fumadors. El 24,4% de les corbes era tècnicament incorrecte, el 6,7% de malalts va prendre inhaladors abans. En un 42% d'històries consta un registre correcte de la espirometria. L'error més freqüent fou la malinterpretació de l'índex FEV1/FVC. El diagnòstic espiromètric més freqüent va ser MPOC (34,3%) i la prova broncodilatadora positiva en un 10,9%. El grau d'acord entre el diagnòstic clínic i l'espiromètric va ser moderat ($k: 0,413$)

Conclusions:

- Una de cada 4 corbes està mal realitzada dificultant la interpretació.
- El diagnòstic espiromètric més freqüent va ser MPOC.
- L'índex FEV1/FVC va ser el més freqüentment malinterpretat.

MPOC o criteris de MPOC? les proves funcionals respiratòries ens donen la resposta

Assumpció Garrido, Rosa Andreu, Sílvia Onrubia, Olga Esteso, Rafael Albiol, Cinta de Diego.

EAP Valls Urbà i Hospital Pius de Valls.

Objectiu: Conèixer dels pacients que han anat a urgències per agudització de la seva malaltia pulmonar obstructiva crònica el percentatge de proves funcionals respiratòries (PFR) que consta a la història clínica.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Àmbit: Servei d'urgències d'un hospital comarcal.

Subjectes: Tots els subjectes majors de 18 anys que van visitar urgències en el període abril-juny 2003 diagnosticades amb la codificació 466.0 (bronquitis crònica aguditzada i bronquitis aguda).

Mesures i intervencions: Variables estudiades: edat, sexe, volum espiratori forçat en el primer segon (FEV1) i l'índex de Tiffeneau (IT). Es van seguir el criteri de gravetat de l'semFYC. Es van seleccionar aquells pacients que havien estat diagnosticats com a MPOC o bron-

quitis crònica aguditzada. Es va fer un revisió l'historial mèdic d'aquests pacients, hospitalari i ambulatori per valorar en quin percentatge hi constaven les PFR.

Resultats: Van resultar 118 pacients dels quals 39 eren d'episodis amb orientació diagnòstica de bronquitis crònica aguditzada o MPOC aguditzat (33%). Un 85% corresponen a homes. Per edats els grups es distribuïen: < 60 anys: 23%, 60-70 anys: 25%, 70-80: 30%, 80-90: 22%. Hi havia PFR documentades en la història en un 55%, objectivant-se un predomini del patró obstructiu (71%). El grau de severitat marcat pel FEV₁ era: 18% normal, 22% lleu, 24% moderat, 36% sever.

Conclusió: Davant una primera anamnesi, on el pacient compleixi criteris clínics de bronquitis crònica, es recomanable realitzar-li unes PFR, element clau en el diagnòstic MPOC i per poder iniciar una estratègia terapèutica adequada a cada pacient.

Referències:

- Barberà JA, Peces-Barba G., Agustí AGN, Izquierdo JL, Montemayor T., Viejo JL. Guia clínica para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol 2001, 37: 6: 297 - 316.

Sobrediagnostiquem la malaltia pulmonar obstructiva crònica?

Esmeralda Recasens, Motserrat Garcia, Izaskun Guinea, Carol Bayona, M. Mar Juarez, Mercè Álvarez.

EAP Valls Urbà.

Objectiu: Confirmar si el diagnòstic dels pacients MPOC de la nostra ABS. es fa correctament i analitzar llur situació clínica.

Disseny: Estudi observacional transversal.

Àmbit: Atenció primària de salut.

Subjectes: Mostra aleatòria de 179 subjectes registrats en el SIAP com a MPOC.

Mesures i intervencions: Variables estudiades: edat, sexe, proves funcionals respiratòries (PFR), nombre d'aguditzacions i ingressos en el període estudiat, patologia associada i persistència d'hàbit tabàquic, tractament amb oxigenoteràpia domiciliària (OD). Període d'estudi: Juliol del 2002 - Juliol del 2003

Resultats: Un 83,2% homes, edat mitjana de 71,25 anys (DE: 11,36); tenien PFR enregistrades en l'HCAP el 50,8% dels pacients dels quals 9,9% no acomplien criteris espiromètrics diagnòstics d'MPOC. 26,8% havien presentat > 3 aguditzacions i 10,1% havien tingut com a mínim un ingrés en el període estudiat. Només el 2,2% portaven OD. La patologia associada més freqüent va ser la diabetis que la presentaven un 21,8%. Persistia l'hàbit tabàquic en el 24% i en 9,5% del total de la mostra no estava registrat aquest factor de risc. El FEV₁ mitjà va ser del 59,34% (DE: 18,81). En relació amb la gravetat el 40,7% eren lleus, 35,2% MPOC moderat i 14,3% MPOC greu. No hem trobat relació entre la gravetat de MPOC i: sexe, edat, nombre d'aguditzacions i l'hàbit tabàquic.

Conclusions: Destaca el baix nombre de PFR en pacients registrats com a MPOC, la qual cosa fa pensar que registrem com a MPOC pacients amb criteris clínics sense confirmació espiromètrica. També crida l'atenció el infraregistre de l'hàbit tabàquic en aquests pacients en els quals hauria de ser del 100%, així com el no trobar relació entre la gravetat de l'MPOC i aquesta addicció. Creiem a la vista dels resultats exposats que cal intensificar esforços a l'hora de diagnosticar aquest tipus de pacients.

Referències:

- Barberà JA, Peces-Barba G., Agustí AGN, Izquierdo JL, Montemayor T., Viejo JL. Guia clínica para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol 2001, 37: 6: 297-316.
- Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molinaj, Naberan K. Recomendaciones en la atención del paciente EPOC. SemFYC-SEPAR. Arch bronconeumol 2001;37:269-278.

Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Diagnòstic per espirometria i aguditzacions en una Àrea Bàsica de Salut

R. López Fraile, N. Puerta Moreno, E. Mur Cervelló, S. Vega García, C. Jiménez Civit, A. Fallada Pouget.

EAP Vila-Seca

Objectius: Comprovar si disposem d'almenys una espirometria en els pacients enregistrats com a MPOC de la nostra Àrea Bàsica de Salut i comptabilitzar les aguditzacions anuals que pateixen aquests pacients en funció del grau de malaltia.

Disseny: Estudi observacional descriptiu.

Àmbit de l'estudi: Àrea Bàsica de Salut semi-urbana (14.000 habitants).

Subjectes: Pacients amb MPOC de la nostra ABS.

Mesures i intervencions: Revisem les històries clíniques recollint les dades epidemiològiques, antecedents de tabaquisme i història laboral. Mirem si s'ha fet espirometria i en aquest cas classifiquem el grau d'MPOC en funció del FEV₁ (volum espiratori forçat al primer segon): normal FEV₁ > 80%, MPOC lleu FEV₁ 60-80%, moderat FEV₁ 40-60%, greu FEV₁ < 40%. Comptabilitzem el número d'aguditzacions anuals per pacient.

Resultats: La prevalença de malaltia és del 0,87%. L'edat mitjana dels malalts és de 71 anys. El 87,8% són homes i el 12,2% són dones. El 81,3% han estat o són fumadors. El 18,7% tenen història laboral de risc per patir la malaltia No tenen espirometria feta el 24,39%. D'aquests el 80% no ha presentat cap agudització, el 10% n'ha presentat una, el 6,66% dos, el 3,33% tres i cap quatre o més. Presenta MPOC lleu el 24,39%. El 43,33% d'aquests no aguditzacions, el 26,66% una, el 16,66% dos, el 10% tres i el 3,33% quatre o més. Es detecta MPOC moderat en el 17,88%. No aguditzacions: 68,18%, el 13,63% una, el 4,54% dos, ningú tres, el 13,63% quatre o més aguditzacions. MPOC greu el 35,52% dels casos. No aguditzacions: 45%, el 15% una, el 15% dos, el 20% tres i el 5% quatre o més.

Conclusions: Tenim un percentatge elevat de pacients dels quals no disposen d'espirometria (24,39%). Gairebé la meitat dels pacients ha presentat una agudització anual (43,1%). No trobem relació entre increment del número d'aguditzacions i el grau de malaltia.

El poder disposar d'espirometre en els centres d'atenció primària ens permet diagnosticar l'MPOC

Antoni Garcia Bernats, Mar Álvarez Ceballos, Yolanda Solà Huguet.

EAP Mollerussa

Objectius: Valorar la validesa de la història clínica i l'exploració física respecte l'espirometria forçada en el diagnòstic i seguiment del malalt pulmonar obstructiu crònic. Calcular la prevalença de l'MPOC entre els malalts enregistrats com respiratoris crònics en les històries clíniques del centre d'atenció primària. Comparar els diagnòstics enregistrats en la història clínica amb els obtinguts després de realitzar l'espirometria.

Disseny: Estudi observacional descriptiu.

Àmbit d'estudi i subjectes: Estudi d'una mostra de 250 individus majors de 15 anys adscrits a un centre d'atenció primària de 6.000 persones, on en el full de condicionants i problemes de l'HCAP constaven els diagnòstics (MPOC, asma, bronquitis crònica i bronquitis de repetició).

Mesures i intervencions: Els estudiats van ser 152 (60,8%) després d'excloure les pèrdues. Es va elaborar un full de registre amb dades clíniques: dispnea, tos, expectoració, antecedents d'hàbit tabàquic, malaltia professional respiratòria, bronquitis agudes de repetició, exploració física i espirometria forçada amb prova broncodilatadora. L'anamnesi, exploració física, i funcional va ser realitzada per 2 investigadors prèviament entrenats i per cita prèvia amb el pacient, en situació d'estabilitat clínica. L'espirometre era un tipus Micro-plus prèviament validat. Valors FEV₁ menor 80% del valor teòric, FEV₁/FVC menor 75% del valor teòric diagnòstic d'MPOC. La comparació de les variables qualitatives de les poblacions d'estudi MPOC, no MPOC amb test de khi quadrat, calcular la sensibilitat, especificitat i valor predictiu.

Resultats: De 152 estudiades 101 (66%) eren homes i 51 (44%) dones. Mitjana d'edat 68 ± 9 anys. El 42% tenien diagnòstic previ d'MPOC. El 20% fumaven, 39 ex-fumadors. Fumaven mes de 20 paquets/any 83%. Després de valorar les proves funcionals respiratòries 75 (49%) presentaven patró obstructiu. Els antecedents clínics presentaven sensibilitat entre 50-85% excepte la dispnea amb sensibilitat baixa (21%). Els signes físics mostraven una sensibilitat molt baixa (1-17%) amb alta especificitat (87-100%) destacant la hipofonesi. Valor predictiu positiu per damunt de 50% essent els mes destacats paquets /any i hipofonesi.

Conclusions: La història clínica dels símptomes respiratoris juntament amb l'antecedent de tabaquisme es útil per a l'orientació diagnòstica de l'MPOC, essent l'espirometria la prova fonamental pel diagnòstic, detecció precoç, tractament i seguiment.

Referències:

- Higgins MW, Tom T, incidence, prevalence and mortality: intra and inter-country differences. A: Clinical epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Hensley MJ, Saunders NA. Editors. Lung biology in Health and Disease. Marcel Dekker: New York, 1989; 23-43.
- Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166.
- Eribarren T, Tckaaga S, Sydney S, et al Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive disease and cancer in men. N Engl J Med 1999; 340: 1773-1780.

Espirometries als fumadors?

Manuel Pérez Bauer, Ana Moragas Moreno,
Dolores Gil Sánchez, M. Llum Marín Canseco,
Yvonne Fernández Pagès, Sílvia Hernández Anadón.

EAP Jaume I

Objectius: Valorar les alteracions obstructives (per espirometria) en fumadors no diagnosticats prèviament de malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Àmbit de l'estudi: Àrea Bàsica de Salut urbana.

Subjectes: Mostreig consecutiu de fumadors > 15 anys atesos en les consultes d'atenció primària.

Mesures i intervencions: Variables: edat, sexe, nombre de cigarretes/dia (≤ 10 , 11-20, 21-30, >30 c/d), anys que fuma, puntuació Fagerström (dependència moderada: 4-7, elevada: > 7), valor del FEV1 (normal 80%, obstructiu lleu 79-70%, moderat-greu <70%). Es realitzen proves d'estadística descriptiva.

Resultats: 62 fumadors, 63% homes. Edat mitjana 45 anys (< 40 anys 38%, 40-59 anys 43%, ≥ 60 anys 19%). Resultat espirometries: 37,7% alteració obstructiva (26,3% lleu, 11,4% moderada-greu). Per grups d'edat: 9% alterades en < 40 anys, 56% entre 40-60 anys (36% lleu, 20% moderada-greu), 72% en > 60 anys (45% lleu, 27% moderada-greu). Segons el test Fagerström: 33% alterades en dependència lleu, 37% en moderada i 50% en elevada (relació no significativa estratificant la dependència per edats). Segons el número de cigarretes/dia: 21% alterades en ≤ 10 c/d, 29% en 11-20 c/d, 44% en 21-30 c/d, 81% en >30 c/d). Segons els anys que fumen: sense alteracions en < 15 anys, 33% alterades (3,7% moderat-greu) en 15-30 anys, 73% (36% moderat-greu) si >30 anys.

Conclusions: S'observa relació entre les alteracions obstructives de les espirometries amb l'edat, el nombre de cigarretes/dia i els anys fumats. Sembla no haver relació amb el grau de dependència ni amb el sexe; encara que necessàriem incrementar la mostra i realitzar proves d'estadística inferencial.

Referències:

1. Ferguson GT, Enright PL, Buist AS, Higgins MW. Office spirometry for lung health assessment in adults: A consensus statement from the National Lung Health Education Program. Chest 2000; 117(4):1146-61.
2. Escarabill J, Naveran K. Enfermedades Respiratorias. En: Martín Zurro A. Compendio de Atención Primaria. Barcelona: Harcourt; 2000. p. 365-381.
3. Olmo L, Molina J. Aplicaciones practicas de las pruebas funcionales respiratorias. En: Guía de actuación en Atención Primaria. SemFYC. Barcelona: Edide; 1998. p. 1261-1264.

Implantación de la espirometría forzada (EF) en atención primaria para diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica

Jesús Gálvez Mora, Carles Rodríguez Pago,
Joaquim Pellejà Pejellà, Xavier Luque Pino,
M. Josep Guinovart Marquès, Jaume Andreu Jornet.

EAP Alt Camp Oest

Objetivo: Valorar la efectividad de la implantación de la EF como herramienta de diagnóstico de los pacientes con EPOC en nuestra consulta diaria.

Diseño: Estudio descriptivo observacional transversal.

Ámbito: Área básica de salud rural con una población de 5249 habitantes.

Sujetos: Pacientes con diagnóstico de EPOC y bronquitis crónica (BC)

Medidas e intervenciones: Iniciamos en enero de 2003 una consulta para la realización de (EF). Realizamos un protocolo y sesiones clínicas para indicación, interpretación y diagnóstico de EPOC. Evaluamos al inicio del estudio y a los ocho meses: pacientes con diagnóstico de EPOC/BC en la historia clínica informatizada (OMNI-AP), pacientes con diagnóstico de EPOC por criterios espirométricos y hábito tabáquico de los pacientes estudiados. Se registran también variables demográficas de los pacientes.

Resultados: Al inicio del periodo de estudio: 72 pacientes con diagnóstico de EPOC/BC (1,37%) siendo 48 pacientes >65 años (5%)-18,06% mujeres y 81,94% hombres-. El 18% (n=13) tenía una EF previa al diagnóstico de EPOC. El 25% eran fumadores, el 40,28% exfumadores, el 24,56% no fumadores y el 9,7% no tenían registro de hábito tabáquico. A los ocho meses 119 pacientes estaban diagnosticados de BC/EPOC (2,27%) siendo 85 >65 años (8,85%) - 20,16% mujeres y 79,84% hombres-. El 49,7% de pacientes con BC/EPOC tenía una EF realizada (n=59), diagnóstico de EPOC en un 37,81% (n=45). El 29,41% eran fumadores, el 21,01% eran no fumadores, el 43,1% eran exfumadores y un 5,88% no tenían un registro de hábito tabáquico.

Conclusiones: El uso de la EF en nuestra consulta diaria es básico para el diagnóstico de la EPOC y así conseguir una mejor adecuación del tratamiento y seguimiento de esta patología. La EF debería ser indicación en todo fumador con criterios de BC consiguiendo un diagnóstico precoz de la enfermedad. Deberíamos aumentar el consejo antitabaco en los pacientes con diagnóstico de EPOC/BC.

QUALITAT DE VIDA

Com es cuida el pacient amb malaltia pulmonar obstructiva crònica, major de 65 anys. Què cal millorar?

Rosa Subirats Segarra, Ester Ras Vidal,
Immaculada Fustero Fustero, Josep Maria Benach Aubià,
Josep Maria Hernández Anguera, Anna Lara Pedrosa.

EAP Falset

Objectiu: Determinar els estils de vida dels pacients MPOC majors de 65 anys i analitzar les diferències segons gènere.

Disseny: Estudi observacional transversal

Àmbit: Àrea Bàsica de Salut Rural (17 municipis)

Subjectes: Mostra aleatòria poblacional de persones majors de 65 anys assignades a una Àrea Bàsica Rural.

Mesures i intervencions: Informació recollida mitjançant: a) revisió d'història clínica; b) enquesta de salut per entrevista (dades sociodemogràfiques, considerem la pràctica de dieta per motius de salut, rea-

lització d'activitat física regular, consum de tabac i alcohol, medicació que consumeix). Anàlisi estadística: khi quadrat.

Resultats: Població d'estudi 236 persones. La prevalença d'MPOC va ser 50 pacients (21,1%). La edat mitjana $81,0 \pm 6,8$ anys. 33 (66%) eren homes amb diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$) per gènere. Realitzaven dieta recomanada per motius de salut 22 (54,5% homes), 41 (61% homes) feien exercici físic inadequat, 6 (100% homes) fumaven de manera activa, no vam observar diferències estadísticament significatives per gènere. 19 (94,7% homes) realitzaven un consum elevat d'alcohol amb diferències estadísticament significatives per gènere ($p < 0,001$). 9 (18%) estaven polimedicats i 8 (16%) prenién algun fàrmac sedant.

Conclusions: El pacient amb MPOC major de 65 anys és una persona que realitza dieta per motius de salut, amb un consum elevat d'alcohol, realitza un exercici físic inadequat i un 12% continua fumant. Queda en evidència la necessitat d'incidir en una educació sanitària per tal aconseguir millorar els estils de vida en aquest tipus de pacient.

Referències:

- Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molinaj, Naberan K. Recomendaciones en la atención del paciente EPOC. SemFYC-SEPAR. Arch bronconeumol 2001;37:269-278.

Malalts crònics, depenents o independents?

C. Anguera Perpiñà, O. Vers López, A. Poca Pastor, M. Ortega Gómez, D Jovani Puig, M. Vila Molet.

EAP Cornudella

Objectius: Esbrinar si hi ha diferències entre el grau de dependència que pot provocar l'MPOC comparada amb les altres malalties cròniques, diabetis i hipertensió. Saber si aquest grau de dependència està relacionada amb el tipus de malaltia crònica.

Disseny: Estudi observacional transversal.

Àmbit d'estudi: Malalts majors de 70 anys no inclosos al programa ATDOM i amb valoració d'infermeria feta.

Subjectes, mesuraments i intervencions: 30 pacients escollits a l'atzar amb malaltia crònica de DM i HTA; 30 pacients escollits a l'atzar amb malaltia d'MPOC; i escales de valoració: Índex de Barthel (activitats bàsiques de la vida diària) i índex de Lawton i Brody (activitats instrumentals de vida diària). Van passar a tots el pacients escollits les escales de valoració entre els mesos de juny i juliol de 2003.

Resultats: El 87% dels malalts amb MPOC amb l'índex de Barthel i de Lawton són independents i sols un 13% necessita ajuda i el 90% dels pacients crònics amb altres patologies són independents amb l'índex de Barthel i un 10% necessita ajuda i amb l'índex de Lawton el 80% són independents i la resta necessita ajuda. Analitzats els resultats no hem trobat diferències significatives entre el grau de dependència dels malalts amb EPOC comparats amb els d'altres patologies cròniques.

Conclusions: Segons els resultats obtinguts hem pogut constatar que l'MPOC en majors de 70 anys no és una malaltia que provoca més dependència que les altres malalties cròniques, per tant, sembla que el grau de dependència va més lligada a l'edat que al tipus de malaltia que pateixen.

Eduquem els nostres pacients MPOC?

Anna Prats Caellas, Manuel Pérez Bauer, Xavier Bella Poblet, Esperanza Pay Caro, Àngel Vila Córcoles, Antonieta Albareda Puig.

EAP Alt Camp Est

Objectius: Valorar els canvis espiromètrics i d'autopercepció de qualitat de vida dels malalts pulmonars obstructius crònics mitjançant sessions d'educació sanitària i rehabilitació pulmonar.

Disseny: Assaig clínic

Àmbit de l'estudi: Atenció primària.

Subjectes: Dues mostres aleatòries de 43 malalts amb MPOC entre 45-79 anys amb estadi I-II segons classifica la Sociedad Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària (alfa 0,05, beta 0,20, sensibilitat 0,7).

Mesures i intervencions: inicialment es van mesurar (en els dos grups) variables demogràfiques, presència de tabaquisme, medicació, mesura del FEV1 i la puntuació del qüestionari de qualitat de vida en malalts respiratoris crònics (valora la dispnea, fatiga, funció emocional i el domini de malaltia). Posteriorment es van realitzar sessions d'educació sanitària i rehabilitació pulmonar als intervinguts. Finalment es van fer noves mesures als 12 i 24 mesos següents.

Resultats: 86 pacients, 65% homes. Edat mitjana 66 anys. Inicialment 46% dels intervinguts fumaven (41% grup control) i posteriorment el 33% (39% controls). Medicació registrada a la taula 1 i els valors del FEV1 amb el qüestionari de qualitat de vida a la taula 2.

Taula 1

	intervinguts		controls	
	inicial	final	inicial	final
β_2 -adrenèrgics	66%	52%	58%	56%
anticolinèrgics	23%	16%	17%	17%
corticoides	40%	33%	23%	28

Taula 2

	intervinguts			controls		
	inicial	a l'any	als 2 anys	inicial	a l'any	als 2 anys
puntuació dispnea	3,26	4,02	4,31	2,67	2,73	3,10
fatiga	4,58	5,12	4,87	4,4	4,42	4,62
funció emocional	4,98	5,45	5,20	4,66	4,74	4,83
domini malaltia	6,07	6,35	5,95	5,78	5,81	5,87
FEV1	57,97%	57,09%	57,62%	66,26%	61,23%	62,15%

Conclusions: Tot i que observem una millora en la qualitat de vida valorada pels pacients intervinguts i una menor pèrdua progressiva de la FEV1, les diferències no van ser estadísticament significatives als 12 ni als 24 mesos avaluats.

Referències:

1. Valoración de la calidad de vida de los pacientes con EPOC e hipoxemia crónica mediante la versión española del Chronic Respiratory Disease Questionnaire. Arch Bronconeumol 1999; 35: 428-434.
2. Gascón Jiménez JA, Dueñas Herrero R, Muñoz dl Castillo F. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos. Medicina de Familia (And) Vol. 1, N° 2, Noviembre 2000
3. Madueño Caro AJ, Benítez Rodríguez E, García Martí E, León A. Pacientes con enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC). Datos previos a un programa de rehabilitación respiratoria. Medicina de Familia (And) Vol. 2, N° 1, Marzo 2001

EDUCACIÓ TERAPÈUTICA

Beneficios de la educación grupal en enfermería al usuario con EPOC

M. Belén Vargas Motera; Marisa Rubio Díaz;
Beatriz Hontangas Espeso.; M^a José Subirats Solé.

Objetivo: El usuario EPOC aumenta el grado de autonomía en su autocuidado.

Diseño: Estudio experimental terapéutico.

Ámbito de estudio: ABS Vilaseca con una población de 15.983 habitantes.

Sujetos: Del registro de usuarios con factor de riesgo EPOC (2.8% de la población total) cada UBA (Unidad Básica Asistencial) selecciona al azar al usuario que cumple los criterios de inclusión al programa.

Medidas e intervenciones: El programa contiene 4 sesiones teórico-prácticas que tratan lo siguiente:

- Dieta y EPOC.
- Terapia respiratoria no medicamentosa. Uso de inhaladores.
- Ejercicio físico. Prevención de reagudizaciones. Vacunación.
- Programa de ayuda al fumador.

Resultados: Los usuarios mejoran los conocimientos en dieta, ejercicio, tratamiento inhalatorio, control de reagudizaciones y pasan a ser fumadores disonantes.

Conclusiones: Con los talleres teórico-prácticos los usuarios aumentan conocimientos sobre su patología y autocuidado.

Referencias:

- El paciente con patología respiratoria en atención primaria. Luzán-5, S.A. de Ediciones Yamanouchi Pharma, S.A. 2002.
- Recomendaciones SEPAR. Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica. Ediciones Doyma S.A., 1998.
- EPOC. Lo esencial. Mra. S.L. Laboratorios Menarini, S.A: 1998.
- Controlando la EPOC. Area de Enfermería y Fisioterapia. Respira. Fundación Española del Pulmón SEPAR. Astra Zeneca. 2001.
- Esteve MT et al. Aspectos nutricionales en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermería Clínica 2002, 248-249: 52-57.
- Internet: www.Alfa1.org/temas-de-interes-alimentación-epoc.htm.
- Internet: www.asmayepoc.com/asmayepoc/doc/asma-vida-cotidia.../comovacaciones.htm.
- Internet: www.drtools.net/respirnet/fisio.htm.
- Protocolo: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla.

La necesidad d'una bona educació sanitària en el pacient amb malaltia pulmonar crònica major de 65 anys. Una realitat evident

Carles Valladosera Moreno, Esther Ras Vidal, Ester;
Rosa Subirats Segarra, Lluïsa Pellejà Pellicer,
Rosalia Bonfill Coll, Teresa Lara Pedrosa.

EAP Falset

Objectiu: Determinar el nivell d'educació sanitària percebuda pels pacients amb malaltia pulmonar crònica majors de 65 anys

Disseny: Estudi observacional transversal

Àmbit: Àrea Bàsica de salut rural

Sujets: Mostra aleatòria de 62 pacients amb malaltia pulmonar crònica majors de 65 anys.

Mesures i intervencions: La mostra es va calcular amb risc alfa 0,05 i precisió $\pm 10\%$. Enquesta elaboració pròpia vam recollir dades sociodemogràfiques, determinarem hàbit tabàquic, realització de dieta, exercici físic, fisioteràpia respiratòria, vacunació i cura dels factors de risc ambiental, així com la valoració de l'educació sanitària rebuda en els diferents camps. Anàlisi estadística: khi quadrat i Anova.

Resultats: 59,7% homes. Edat mitjana $76,2 \pm 6,9$ anys. Fumadors actius: 8 (12,9%), havien rebut consell antitabàquic: 87,5%. 16 (43,2%) eren exfumadors, havien rebut consell antitabàquic 93,7%. 26 (41,9%) no feien dieta i d'aquests van declarar no haver rebut mai consell per perdre o mantenir pes el 50%. 33 (53,2%) no realitzaven exercici físic de manera habitual, afirmaren haver rebut consell 84,8%. 52 (83,9%) no realitzaven fisioteràpia respiratòria tenint en compte que el 88,5% mai no havia rebut consell. 61 (98,4%) es vacunava de la grip i vacuna pneumocòccica, havien rebut consell de vacunació: 96,7%. 39 (62,9%) no tenien cura en suprimir factors de risc ambiental, dels quals només 43,6% havia rebut consell. Vam observar diferències estadísticament significatives per gènere, en hàbit tabàquic a favor dels homes ($p < 0,03$), en exercici físic a favor dels homes ($p < 0,05$) i tenir cures en factors ambientals en les dones ($p < 0,05$). Per grup d'edats vam observar diferències estadísticament significatives en els pacients entre 65 i 75 anys, que són el grup amb més fumadors ($p < 0,05$) i fan més exercici físic ($p < 0,01$).

Conclusions: La fisioteràpia respiratòria i la supressió dels factors de risc ambientals són els paràmetres menys aconsellats. La intervenció educativa és una eina bàsica que cal ser potenciada per tots els professionals que formen l'equip d'atenció primària.

Referències:

1. Normativa en rehabilitación respiratoria. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.
2. Prevención del tabaquismo. Vol.5 Núm.1, Enero-Marzo.2003. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

Quines són les errades a l'hora d'usar els inhaladors en pacients amb malaltia pulmonar crònica majors de 65 anys?

Yolanda Caules Ticoulat, Esther Ras Vidal,
Rosa Subirats Segarra, Amparo Diego Ferrer,
Anna Lara Pedrosa, Mònica Lluís Burguño.

EAP Falset

Objectiu: Conèixer el compliment de les diferents tècniques inhalatòries (TI) en pacients majors de 65 anys que pateixen alguna malaltia pulmonar crònica i valorar els passos on es produeixen més errades.

Disseny: Estudi observacional transversal.

Àmbit: Àrea Bàsica de Salut rural.

Sujets: Mostra aleatòria de 62 pacients que pateixen alguna malaltia pulmonar crònica i que fan us dels inhaladors

Mesures i intervencions: Es va calcular la mostra per un risc alfa 0,05 i una precisió $\pm 10\%$. Vam recollir dades sociodemogràfiques, temps d'ús d'inhaladors i mecanisme usat. Valoració del compliment de les TI demanant al pacient la realització d'una demostració i la comparació amb les recomanacions de la SEPAR. Anàlisi estadística: khi quadrat, Anova.

Resultats: 59,7% homes. Edat mitjana $76,2 \pm 6,9$ anys. Temps de tractament amb inhaladors $9,06 \pm 4,4$. El sistema més usat va ser cartutx pressuritzat (ICP) 22 (35,5%), ICP més cambra 13 (21%), turbuhaler 15 (24,2%), accuhaler 12 (19,4%). Els passos que van obtenir major percentatge d'errades per mecanisme van ser:

- ICP: Incorrecta inclinació del cap 16 (72,7%), no espiració completa 13 (59,1%), inspiració superficial 10 (45,5%), oblida glopejar 14 (63,6%)
- Cambra: No fa inspiració màxima 8 (61,5%), no manté apnea durant 10 segons 8 (61,5%), no renta ni eixuga la cambra periòdicament 7 (53,8%), oblida glopejar 10 (76,9%)
- Turbuhaler: Incorrecta inclinació del cap 10 (66,7%), inspiració superficial 7 (46,7%), oblida glopejar 10 (66,7%)
- Accuhaler: Bufo per l'embocadura 8 (66,6%), inspiració superficial 7 (58,3%), oblida glopejar 7 (58,3%)

No vam observar diferències estadísticament significatives en l'ús entre els diferents mecanismes ni per sexe ni per edat.

Conclusions: Podem dir que les maniobres de control respiratori van ser les passes que van obtenir major percentatge d'errades en tots els sistemes. Cal insistir en millorar les TI i en recalcar la necessitat de glopejar en acabar per evitar posteriors problemes.

Projecte d'estudi: Avaluació d'una intervenció sanitària sobre tabac i l'exercici físic en els pacients amb MPOC del SAP Baix Llobregat Centre

Grup d'abordatge de l'MPOC

SAP Baix Llobregat Centre

Objectiu: Objectiu principal: Avaluació dels canvis d'estil de vida respecte al tabac i l'exercici físic dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica a l'any d'una intervenció infermera basada en el model transteòric de Prochaska i DiClemente. Objectius secundaris: Determinar l'estadi del canvi en el que es troben els pacients amb MPOC a l'inici de l'estudi i avaluar els factors individuals de les persones que estan associats a aquests canvis

Disseny: Estudi quasi experimental.

Àmbit d'estudi: 9 equips d'atenció primària (EAP). SAP Baix Llobregat Centre (175.161 persones).

Pacients: Criteris d'inclusió: persones majors de 14 anys diagnosticades abans de l'inici de l'estudi d'MPOC. Criteris d'exclusió: malalts terminals

Metodologia:

- Formació als infermers en el model transteòric de Prochaska i DiClemente (estadis del canvi) i en entrevista motivacional
- Selecció de la mostra (grup control i intervenció) i remesa a cada infermer del llistat dels pacients amb MPOC que tingui assignats.
- Recollida de les dades inicials i estadiatge dels pacients (grup control i intervenció)
- Intervencions:
 - grup control: les realitzades normalment a les consultes
 - grup intervenció: intervenció específica segons estadi del canvi amb teràpia individual i/o grupal per al tabaquisme i l'exercici físic
- Recollida de dades a l'any de la intervenció i estadiatge dels pacients: grup control i intervenció
- Avaluació (anàlisis de les dades)

Previsió de realització: Juny 2004 – desembre 2005

Projecte d'educació sanitària sobre l'ús correcte d'inhaladors

Susana Dalmau Vidal, Dolors Garriga Fontanet, Antònia Oliver Esteve, Teresa M. Llauro Sabaté.

EAP Sant Jordi

Justificació: Dins dels objectius operacionals del Pla de Salut de Catalunya, el desenvolupar programes d'educació sanitària adreçats a la població sobre la utilització de medicaments hi figura com a acció prioritària. La dificultat que la tècnica de la inhalació representa i els avantatges d'utilitzar la via inhalatòria en l'administració de fàrmacs per al tractament de les malalties que cursen amb obstrucció de les vies aèries, ens ha portat a plantejar la creació d'un programa d'educació sanitària sobre l'ús d'inhaladors.

Objectius del programa: Objectiu general: Aconseguir l'ús correcte dels inhaladors en les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica. Objectius específics: Donar informació general sobre les tècniques d'inhalació; i descriure el procediment de l'ús dels inhaladors amb sistema pressuritzat, amb cambra inhalatòria i amb sistema de polvres seques pas a pas.

Disseny: Estudi d'intervenció sense assignació aleatòria "abans-després". Abans de la intervenció es realitzarà un estudi descriptiu amb una prova pre-test per tal de conèixer com realitzen els inhaladors les persones incloses en el projecte. Les activitats que es realitzaran seran 3 sessions teòric-pràctiques en grups de 15 pacients. L'avaluació de l'aprenentatge es farà a partir del qüestionari validat per la Societat Espanyola Pneumologia Aparell Respiratori (SEPAR). El qüestionari que es passarà serà el mateix abans i després del programa.

Àmbit d'estudi: L'estudi es portarà a terme en una Àrea Bàsica de Salut urbana de 18.000 habitants. Els subjectes seran seleccionats a

través de la consulta de medicina general i d'infermeria. Diagnosticats d'MPOC a través d'espirometria.

Variables: S'estudiaran les variables sobre la tècnica d'inhalació que proposa la SEPAR.

Previsió de realització: La intervenció es durà a terme durant l'any 2004.

La necessitat d'educar els nostres pacients en les tècniques d'inhalació

Carles Rodríguez Pago, Jesús Gálvez Mora, Joaquim Pellejà Pellejà, Pere Jiménez López, Àngels Senan Vàsquez, Sol de Rivas Pie.

EAP Alt Camp Oest

Objectiu: Valorar l'efectivitat d'una intervenció educativa en els sistemes de inhalació (SI).

Disseny: Estudi d'intervenció abans després.

Àmbit d'estudi: Àrea Bàsica de Salut Alt Camp Oest – Alcover (Tarragona).

Subjectes: Pacients diagnosticats d'MPOC i de bronquitis crònica.

Mesures i intervencions: Durant 2 mesos, a l'inici del estudi, es va repartir sistemàticament un full informatiu del SI als pacients que portaven medicació inhalada. Al finalitzar aquest període, es realitzà una intervenció per identificar els errors que es produïen, mitjançant qüestionari on s'avaluaven les passes correctes de cada SI; instruint al pacient en els SI utilitzats. Dos mesos després es recitava al pacient per reavaluar la tècnica després del ensinistrament. Considerant bona tècnica si es realitzaven correctament totes les passes avaluades.

Resultats: Dels pacients MPOC / BC (119), 82 (68,91%) portaven SI. Completaren l'estudi 52 (63,41% dels que portaven SI), amb 78 SI utilitzats. Edat mitjana: 68,68 anys (37-85). Sexe: 88,5% homes, 11,5% dones, Mitjana de SI: 1,5 (1-3). SI utilitzats: 15,38% Inhaladors de cartutx pressuritzat (ICP); 42,31% ICP amb cambra (ICP-C); 23,08 pols seca multidosi (PSM) i 19,23% pols seca unidosi (PSU). Els resultats obtinguts, de tècnica correcta:

	Pre-intervenció	Post-intervenció	Diferència
ICP	4 (33,3%)	9 (75%)	41,7%
ICP-C	15 (45,45%)	28 (84%)	38,55%
PSM	8 (44,4%)	15 (83,33%)	38,93%
PSU	12 (80%)	14 (93,33%)	13,33%

Conclusions: Existeix un elevat percentatge de pacients que utilitzen malament els SI. La intervenció individualitzada millora notablement aquest percentatge en tots els sistemes. L'ICP, que es beneficia més de la intervenció, seria el menys recomanable per la baixa proporció obtinguda, fins i tot després de la intervenció i s'hauria d'associar a cambra. El millor, el PSU amb els millors percentatges abans i després de la intervenció.

Intervenció en adolescents fumadors adolescents com a eina per disminuir la incidència d'MPOC

M. Ricart, M. Boira, J.M. de Magriñà, I. Albretra, B. Rius, Y. Ortega.

EAP Riera Miró

Objectiu: Crear una consulta adreçada a adolescents per induir un canvi d'actitud enfront l'hàbit tabàquic per tal de disminuir la incidència de malaltia pulmonar obstructiva crònica en l'edat adulta. Valorar el grau de dependència a la nicotina i valorar el seguiment.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Àmbit: Àrea bàsica de Salut.

Mesures i intervencions: Cita telefònica dels adolescents > 15 i < 20 anys, anamnesi i registre de l'hàbit tabàquic. Test de Fragerström per valorar el seu grau de dependència. Variables: sexe, fumador, actitud front el tabac: consonant o dissonant, puntuació test, assistència a la cita concertada.

Resultats: Varen acudir a la cita programada el 76% dels citats, 41,5 homes. Eren fumadors el 48,9% dels enquestats, el 52% eren dones. Segons el consum de cigarrets, 58,69% fumaven < 10 c/d, 34,78% entre 11 i 20 c/d i 6,52% > 20 c/d. Eren fumadors consonants 63%. Respecte la dependència: moderada 17,4%, 2,2% alta, la resta lleu. Van acudir a una segona cita de control el 67% dels fumadors.

Conclusions: No hi ha diferències respecte el sexe i l'hàbit tabàquic. Aquesta població fumadora adolescent és majoritàriament consonant amb lleu o moderada dependència. El grau de participació en activitats preventives és alt. Les característiques d'aquest grup poblacional i la seva participació ens permet una elevada intervenció per aconseguir canvis d'hàbits; això a la llarga pot reduir la incidència d'MPOC.

ACTIVITATS PREVENTIVES

Malaltia pulmonar obstructiva crònica. Estudi de les vacunacions per virus del grip i pneumococ

*Y. Herranz Pineda, E. Mur Cervelló, S. Vega García,
N. Puerta Moreno, C. López Fraile, F. Güerri Ballarín.*

EAP Vila-Seca

Objectiu: Conèixer la cobertura vacunal tant pel virus de la grip com pel pneumococ en els pacients enregistrats com a MPOC de la nostra Àrea Bàsica de Salut.

Disseny: Estudi observacional descriptiu.

Àmbit de l'estudi: Àrea Bàsica de Salut (ABS) semi-urbana (14000 habitants).

Subjectes: Pacients registrats com a MPOC de la nostra ABS (123).

Mesures i intervencions: Revisem les històries clíniques recollint les dades epidemiològiques, la vacunació per al virus de la grip en el darrer any i per al pneumococ en els darrers 5 anys per a cada pacient. Contrastem les dades en funció de l'edat, diferenciant dos grups de pacients amb MPOC: els de 65 anys o més i els menors de 65 anys.

Resultats: La prevalença de malaltia és del 0,87%. L'edat mitjana dels malalts és de 71 anys. El 87,8% són homes i el 12,2% són dones. El 76,42% de tots els pacients registrats com MPOC tenen 65 anys o més. El 81,3% dels pacients registrats com MPOC han estat vacunats per a la grip i el 62,6% per al pneumococ. Dels pacients de 65 anys o majors el 84,04% han estat vacunats per a la grip i el 69,14% per al pneumococ. Dels pacients menors de 65 anys el 72,41% han estat vacunats per a la grip i el 41,37% per al pneumococ.

Conclusions: Destaquem l'alt percentatge de pacients amb MPOC que han estat vacunats per a la grip (81,3%), tot i que en el grup dels menors de 65 anys no s'ha aconseguit una vacunació tan àmplia (72,4%) com en el grup de 65 anys o més (84%). La vacunació per al pneumococ és gairebé un 20% inferior respecte la vacunació per a la grip en els pacients amb MPOC. Els pacients amb MPOC menors de 65 anys presenten la menor taxa de vacunació per al pneumococ.

Activitats preventives en l'MPOC: Resultats d'un estudi multicèntric

F. Martín Luján, N. Adell Aguiló, M. Baldrich Justel, A. Pous Roura, P.E. Espelt Aluja, J. Basora Gallisà.

EAP Reus-I

La profilaxi antigripal (VAG) i antipneumocòccica (VAP) constitueixen una recomanació rutinària en tots els pacients amb MPOC i així es recull en la majoria de Guies de Pràctica Clínica^{4,5}.

Objectiu: Avaluar la implementació d'activitats preventives de vacunació en la població diagnosticada d'MPOC.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional, multicèntric (10 centres), dels pacients diagnosticats d'MPOC atesos a l'atenció primària.

Mesures i intervencions: Mitjançant mostreig sistemàtic de la població major de 40 anys, s'obté una mostra representativa dels pacients diagnosticats d'MPOC, atesos durant l'any 2002, suficient per a un error alfa de 0.05 i una potència estadística del 95%. Es recullen variables sociodemogràfiques (edat i sexe), tipificació de l'equip (rural, urbà i semi-urbà), VAG, VAP i antitètanica. S'utilitzen mètodes descriptius i test d'anova, acceptant significació estadística quan $p < 0,05$.

Resultats: S'avaluen 333 individus amb diagnòstic d'MPOC (10,9% de la població seleccionada), amb una edat mitjana de $70,6 \pm 11,9$ anys (rang: 40-94); 68,5% (228) homes. Havien rebut VAG 248 individus (74,5%) i 214 (64,3%) VAP, mentre que només 183 subjectes (55%) havien estat vacunats en front el tètanus ($p < 0,01$). En 200 subjectes (60,1%) es combinaven VAG-VAP i en 129 (38,7%) les tres. En comparar la implementació en funció de tipificació de l'equip (rural, semi-urbà i urbà) es van trobar diferències significatives pel que fa la VAP (74%, 58%, 60%; $p: 0,03$) que no van aflorar al confrontar la VAG (79%, 70% i 73% respectivament).

Conclusions: Les recomanacions preventives en l'MPOC sobre vacunació antigripal i antipneumocòccica són àmpliament seguides en el nostre medi, particularment quan es comparen amb altres vacunacions reconegudes en població adulta. La implementació varia i és particularment elevada en els equips de més ruralitat.

Vacunació antipneumocòccica en fumadors i persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica

Olga Ochoa Gondar, Angel Vila Córcoles, Xabier Ansa Echeverria, Ferran Grifoll i Ruiz, Pilar, Moya Ortiz i Grup d'Estudi EVAN.

EAP Sant Pere i Sant Pau.

Objectiu: Conèixer el grau de cobertura de vacunació antipneumocòccica (VAP) entre la població major de 65 anys i analitzar les taxes de cobertura en funció de la presència o no de malaltia pulmonar obstructiva crònica i/o tabaquisme.

Disseny: Multicèntric observacional transversal.

Àmbit: Atenció Primària de Salut.

Subjectes: Cohort formada per totes les persones > 65 anys adscrites a 7 Àrees Bàsiques de Salut urbanes (n: 11.597).

Mesures i intervencions: Mitjançant explotació informàtica de registres d'HCAP, registres de vacunació i de factors de risc (FR), construïm una única base de dades clíniques integrades; per a cada pacient revisem si se li ha administrat o no VAP i valorem l'existència de factors de risc per patir pneumònia (PAC).

Resultats: La cobertura global de VAP fou del 47,1%, sense d.s. per sexes (47,3% en varons i 46,9% en dones). La cobertura és mínima entre les persones de 65-74 anys (41,3%), màxima entre 75-84 (55,5%) i baixa en els majors de 85 anys (50,1%). La cobertura de VAP fou del 62,2% en els MPOC, mentres que en els pacients sense MPOC la taxa de vacunació era del 45,6% ($p < 0,0001$). La cobertura vacunal va ser major entre els no fumadors (47,7%) que entre els fumadors (44,8%).

4. Cochrane Database Syst Rev 2001.

5. WHO. Wkly Epidemiol Rec 1999;177-83.

Conclusions: Gairebé no tenim massa en compte l'existència de patologia o factors de risc predisponents per a les PAC. S'està vacunant de forma sistemàtica (tractant d'assolir una alta cobertura vacunal) indiscriminadament a tots els majors de 65 anys i, malgrat això, estem essent molt ineficients, ja que deixem de vacunar un gran nombre de persones que presenten un major risc de patir PAC.

Prevalença del consell antitabac en fumadors amb malaltia pulmonar obstructiva crònica

Xavier Aubia Floresví, Rosa Vila Rodrigo, Yolanda Ortega Vila, Joan Josep Cabré Vila, Marta Baldrich Justel, Pilar Llobet Azpitarte.

EAP Montroig del Camp

Objectiu: En població fumadora i malaltia pulmonar obstructiva crònica: valorar la freqüència de consell antitabac; determinar si existeix relació amb l'increment d'episodis de patologies respiratòries agudes.

Disseny: Estudi descriptiu transversal.

Àmbit: Àrea bàsica de salut rural.

Subjectes: Persones diagnosticades d'MPOC. Període de temps estudiat de gener de 2000 a desembre de 2002.

Mesures i intervencions: Mitjançant el sistema informàtic d'atenció primària s'obtenen els pacients de l'ABS codificats com MPOC. Es recullen les següents variables: edat, sexe, hàbit tabàquic, MPOC, nombre d'episodis per infeccions agudes del tracte respiratori superior, inferior, nombre d'ingressos en hospital per malaltia respiratòria i consell antitabac.

Resultats: S'avaluen 112 persones. 70 dones (62,5%), edat mitjana: 46 anys (DE: 25,08). Hàbit tabàquic: 86 no fumadors (76,8%), 8 ex-fumadors (7,1%) i 18 fumadors actius (16,1%). Mitjana de cigarrets diaris entre fumadors: 23. Es va fer consell antitabac en 10 casos (56%). La mitjana de bronquitis agudes en no fumadors: 2, en fumadors: 5. El 72% dels no fumadors i els 56% dels fumadors varen tenir menys de 3 bronquitis agudes en el període estudiat. Total de visites per patologia respiratòria: no fumadors: 12, en fumadors: 19 (p: 0,054). Mitjana d'ingressos hospitalaris: inferior a 1 en no fumadors i 2 en fumadors (p: 0,067).

Conclusions: La prevalença de l'hàbit tabàquic en la població MPOC, malgrat ser inferior al de la població no MPOC, és elevada. La morbiditat per patologia respiratòria sembla estar augmentada en pacients MPOC fumadors. El consell antitabac i les activitats preventives i educatives en aquest subgrup de població pot millorar la seva qualitat de vida.

Valoració de l'estat dels pacients amb MPOC: Podem millorar les intervencions?

R. Pedret, A. Vinuesa, N. Martín, I. Benet, C. Tudela, T. Asensio.

EAP Reus-4

Objectius: Descripció de l'estat vacunal (antigripal i antipneumocòccic); descripció de l'hàbit tabàquic; valoració del nombre d'aguditzacions i ingressos hospitalaris en l'últim any; i nombre d'espirometries realitzades.

Disseny: Estudi descriptiu simple.

Àmbit: ABS urbana de 19.000 HCAP.

Metodologia: S'han recollit dades registrades durant el darrer any en el Sistema Siap-Win d'una mostra de pacients amb factor de risc d'MPOC. Variables: edat, sexe, tabac (fumador, no fumador, ex-fumador) vacunació antigripal i antipneumocòccica, agudització i nombre d'episodis, nombre d'ingressos i realització d'espirometries de control. Resultats: n: 268. Edat: de 21 a 93 anys. El 50% es troba entre els 21 i 68 anys. Sexe: homes 76,1%, dones 23,9%. Tabac: fumadors 25%, no fumadors 47%, ex-fumadors 28%. Vacunació antigripal: vacunats 76,1%. Vacuna antipneumocòccica: vacunats 77,7%. Aguditzacions: 47,4%. Nombre d'episodis: un 22,8%, més d'un episodi 22%. No ingressos: 91%. Espirometries realitzades: 58,2%.

Conclusions:

- El percentatge de no fumadors i ex-fumadors supera als fumadors.
- El compliment de la vacunació a partir dels 65 anys és millor que en edats inferiors malgrat que el protocol d'MPOC fa èmfasi en aquesta mesura preventiva.
- A més edat, més compliment de la vacunació degut a la major assistència d'aquests pacients a les consultes d'infermeria.
- La majoria dels pacients no han precisat ingrés hospitalari per agudització.
- És necessari augmentar el nombre d'espirometries de control.

Influència de la vacunació antigripal i antipneumocòccica en pacients afectats d'MPOC

Montse Velasco Carrera, Elisabeth Tapia Barranco, Hiam Tarabishi Marin, Carme Poblet Calaf, Francesc Barrio Torrell, Albert Moreno Destruels.

EAP Reus-3

En pacients majors de 65 anys, afectats d'MPOC, la vacunació antigripal i antipneumocòccica té efectes beneficiosos quant a disminució del nombre d'hospitalitzacions, aguditzacions i mortalitat. Degut a la importància d'aquesta actuació preventiva, hem considerat interessant fer un projecte d'estudi per conèixer aquesta situació en la nostra zona.

Objectius: Definir els efectes de la vacunació antipneumocòccica i antigripal en la població afectada d'MPOC, quant a: ingressos hospitalaris per pneumònia i grip, exacerbacions agudes i mortalitat. Conèixer la situació en la nostra zona.

Disseny: Estudi retrospectiu de cohorts.

Material i mètodes: Població d'estudi: Població sota l'àrea d'influència de l'ABS. Font d'informació: Història clínica. Criteris d'inclusió: Casos: Persones majors de 65 anys diagnosticades d'MPOC en la nostra ABS, mitjançant proves funcionals respiratòries o criteris clínics, i que hagin rebut la correcta vacunació antigripal i antipneumocòccica durant la temporada 2002-2003. Controls: persones majors de 65 anys diagnosticades d'MPOC en el nostre CAP, mitjançant proves funcionals respiratòries o criteris clínics i que no hagin rebut la correcta vacunació antipneumocòccica i/o antigripal. Criteris d'exclusió: Quedaran excloses totes aquelles persones que pateixin aguditzacions degudes a altres causes; depressió del centre respiratori per causes farmacològiques o administració d'oxigen a dosis elevades; malalties respiratòries sobreafegides: TEP, pneumotòrax, vessament pleural, traumatisme toràcic, alteracions cardiovasculars, alteracions sistèmiques (alcalosi, septicèmia i desnutrició), cirurgia; i també s'exclouran aquells pacients amb patologies concomitants: immunosupressió, hepatopaties i cardiopaties.

Previsió de realització: Durant el pròxim any.

Referències:

1. Sánchez Muñoz-Torrero JF et al. Utilization and effectiveness of the flu vaccination in the prevention of the hospitalization induced by cardiorespiratory decompensation in high-risk patients in Cáceres. *Rev Clin Esp* 2003;203:363-7.
2. Nichol KL, Baken L, Nelson A. Relation between influenza vaccination and outpatient visits, hospitalization, and mortality in elderly persons with chronic lung disease. *Ann Intern Med* 1999; 130:397-403.
3. Nichol KL, Baken L, Wuorenma J, Nelson A. The health and economic benefits associated with pneumococcal vaccination of elderly persons with chronic lung disease. *Arch Intern Med* 1999; 159:2437-42.
4. Nichol KL. The additive benefits of influenza and pneumococcal vaccinations during influenza seasons among elderly persons with chronic lung disease. *Vaccine* 1999; 17 (Suppl 1):S91-3.
5. Nichol KL. Complications of influenza and benefits of vaccination. *Vaccine* 1999; 17 (Suppl 1):S47-52.
- Nichol KL, Goodman M. The health and economic benefits of influenza vaccination for healthy and at-risk persons aged 65 to 74 years. *Pharmacoeconomics* 1999; 16 (Suppl 1):63-71.
7. Davis JW, Lee E, Taira DA, Chung RS. Influenza vaccination, hospitalizations, and costs among members of a Medicare managed care plan. *Med Care* 2001; 39: 1273-80.

Nivells de prevenció dels nostres pacients amb MPOC: Tabaquisme i vacunació

Cristina Mangrané Guillen, Elena Moltó Llarena, Mònica Virgós Bonfill, Jordi Ferré Gras, Elisabeth Vidal Folch, Mireia Español Pons.

EAP Reus-3

Objectiu: Avaluar el nivell de prevenció antitabàquica i vacunal en els nostres pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i relacionar-ho amb el grau de severitat

Disseny: Estudi descriptiu transversal retrospectiu.

Àmbit i subjectes: Pacients amb diagnòstic d'MPOC d'una ABS urbana.

Material i mètode: Analitzem les variables de 200 pacients MPOC: edat, sexe, tabaquisme, consell antitabàquic i nº d'exfumadors totals i desglossat per severitat de l'MPOC (considerant MPOC lleu si volum espiratori forçat en el 1r segon (VEF1): 80-60, moderat: VEF1: 59-40 i sever: VEF1 < 40), tractaments de deshabitació, risc laboral MPOC, vacunacions antigripals i pneumocòccica. Utilitzem la prova estadística de khi quadrat.

Resultats: Mitjana d'edat 71,3 ± 11,6 anys. Homes 81%. El 26% són fumadors actius, consumint una mitjana de cigarretes de 20,5 cig/dia. El 22% ha rebut consell antitabàquic, el 49,5% són exfumadors (dades desglossades per severitat MPOC) de 70 espirometries vàlides (35%), trobant diferències estadísticament significatives pel que fa al major abandonó de l'hàbit tabàquic a mida que augmenta la severitat MPOC. Tractament de deshabitació amb bupropió: 1 pacient (0,5%) Han patit risc laboral per al desenvolupament de la malaltia 5,5% (11 pacients). Hem administrat la vacuna antipneumocòccica a 126 pacients (63%) i l'antigripal al 78,5% (135 pacients en els darrers 2 anys).

	MPOC lleu	MPOC moderat	MPOC greu
Tabaquisme	9,1%*	52%*	26,5%*
Consell antitabac	9,1%	32%	17,6%
Exfumadors	81,8%*	28%*	61,8%*

* p < 0,05

Conclusions: És destacable l'alt percentatge de vacunació antigripal i antipneumocòccica administrat als nostres pacients amb MPOC. Les xifres de tabaquisme disminueixen i les d'exfumadors augmenten conforme empitjora la severitat de l'MPOC. Cal seguir invertint esforços en la deshabitació antitabàquica i els programes d'ajut al fumador.

Consell antitabac a la consulta d'atenció primària: Estètica o salut?

M. Dolores Gil Sánchez, Sílvia Hernández Anadón, Sílvia Crispi Cifuentes, Yvonne Fernández Pagès, Manuel Pérez Bauer, Gurutze Aguirre Álava.

EAP Jaume I

Objectiu: Conèixer l'eficàcia del consell antitabac (CAT) breu enfocat des de dues perspectives: CAT de salut (CAT A) i CAT d'estètica (CAT B).

Disseny: Estudi d'intervenció aleatori abans-després.

Àmbit d'estudi: Centre d'assistència primària urbà.

Subjectes: Fumadors que van venir a visita programada de tres consultes, escollits aleatòriament (tres primeres visites de la cita programada) durant el mes de maig de 2002.

Mesures i intervencions: Als subjectes inclosos a la mostra se'ls va assignar dos tipus d'intervencions de forma aleatòria: Intervenció A: full informatiu on es ressalten els efectes del tabac sobre la salut (CAT A), i intervenció B: efectes de l'hàbit de fumar sobre l'estètica corporal (CAT B). Després d'un mes vam avaluar l'efecte de les intervencions mitjançant visita programada o trucada telefònica. Es van analitzar les següents variables: edat, sexe, nombre de cigarretes / dia, tipus d'intervenció i èxit de la mateixa. Es realitza estadística descriptiva.

Resultats: A 123 subjectes se'ls va a administrar el CAT (50% CAT A i 50% CAT B), amb una mitjana d'edat de 41,7 anys (DE: 18 anys) 45% dones i 55% homes. El nombre mitjà de cigarretes / dia consumits va ser de 15 (DE: 7). 8 persones van deixar de fumar (6'5%), de les quals 6 van rebre el CAT B i 2 el CAT A.

Conclusions: El consell breu donat pel metge és conegut com una mesura molt cost-efectiva; és per això que els professionals sanitaris hem de donar-lo cada vegada que el pacient ens sol·liciti visita. Al nostre treball, trobem que la millora de l'estètica corporal és un bon estímul per deixar de fumar.

És eficaç la consulta intensiva per a deixar de fumar?

L. Higuera, I. Gil, E. Satué, E. Salsench, J. Ledó, G. Rivera.

EAP Torreforta- La Granja

Objectiu: Conèixer el perfil dels pacients que acudeixen a visita intensiva per deixar de fumar i el percentatge d'èxit a la nostra ABS (Àrea Bàsica de Salut).

Disseny: Estudi descriptiu i transversal.

Àmbit de l'estudi: Atenció Primària. Àrea Bàsica de Salut Urbana.

Subjectes: 135 pacients fumadors que han acudit a la visita intensiva per abandonar l'hàbit tabàquic (VIAT) entre juny de 2000 i maig de 2003.

Mesuraments: Edat, sexe, registre o no de diagnòstic d'MPOC, manteniment sense fumar als 3 mesos, mètodes de suport utilitzats.

Resultats: Dels 135 pacients visitats, un 48,15% (65) eren dones i un 51,85% (70) eren homes. El 60,7% tenien entre 31 i 50 anys, el 25,18% tenien entre 51 i 70 anys, 8,8% eren menors de 30 anys i 5,18% majors de 70 anys. Segons els nostres registres, 10 pacients estaven diagnosticats d'MPOC (7,41%). Es mantenien sense fumar als tres mesos de la visita 48 pacients (35,5%), 24 eren homes (50%) i 24 dones (50%), i de tots ells 6 eren MPOC (1 dona i 5 homes). No es va poder fer seguiment de 16 pacients (12,8%) per abandonament. El 52,08% dels pacients no va necessitar cap mètode de suport, un 33,3% va ser tractat amb bupropió i la resta (14,58%) va utilitzar substitutius de nicotina.

Conclusions: Crida molt l'atenció que només un 7,41% dels pacients que varen acudir a la VIAT estaven registrats com a MPOC. D'aquests, més de la meitat van aconseguir mantenir-se sense fumar; però sobre 10 pacients, aquesta dada no és prou significativa. Respecte l'èxit general, va ser d'un 35,5%, similar al trobat en altres estudis. Atès que l'abandonament de l'hàbit tabàquic ha demostrat ser la mesura terapèutica més eficient en el tractament dels pacients amb MPOC creiem que els professionals sanitaris haurien d'insistir més per tal que un major nombre de pacients fumadors anessin a la VIAT.

TABAQUISME

Paper del tabac en les aguditzacions dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica

M. Boira, M. Ricart, JM Magriñà, Y. Ortega, J. Saumell, T. Basora.

EAP Reus-4

Objectiu: Conèixer la incidència de tabaquisme actiu en pacients diagnosticats de malaltia pulmonar obstructiva crònica en la nostra àrea bàsica i avaluar si això comporta un pitjor control de la malaltia.

Disseny: Estudi descriptiu transversal retrospectiu. Avaluació de 130 històries clíniques de pacients diagnosticats d'MPOC triades aleatòriament.

Àmbit: Àrea bàsica de salut urbana de 19.000 usuaris.

Material i mètodes: Variables: sexe, edat (40-55 anys, 55-65 anys, > 65 anys), tabaquisme, patró espiromètric i grau de severitat, aguditzacions/any i consell antitabac realitzat.

Resultats: 24.6% dels pacients amb MPOC eren fumadors; d'aquests, un 93,8% són homes. El consell antitabac consta fet en un 92% d'aquests pacients. Els no fumadors, l'edat de major prevalença > 65 anys, mentre que la dels fumadors: 40-55 anys. Dins dels fumadors, l'espirometria revela patró obstructiu 53,1%, restrictiu 3,1% i mixt 12,4%, a la resta no consta. Obstructius fumadors: 47,5% lleus, 23,5% moderats i 29,4% greus. Aguditzacions en fumadors obstructius 47,1% en el darrer any, restrictius 100%, i mixtos 50%, aquells MPOC que no consten resultats d'espirometries s'han aguditzat un 33,3%. Els no fumadors obstructius s'aguditzen 45,4%, restrictius 42,8% i mixtos 91,67%.

Conclusions: Amb les dades obtingudes hauríem de concloure que els pacients MPOC obstructius fumadors s'aguditzen tant com els no fumadors, que els restrictius fumadors ho fan més i que els mixtes fumadors s'aguditzen menys que els no fumadors. Respecte els restrictius, la mostra és insuficient i respecte la resta no comptem amb grups comparables, ja que si bé els no fumadors s'aguditzen més, també són de major edat que els fumadors, criteri que es relaciona amb la clínica. Evidenciem una incorrecta classificació de pacients amb patró restrictiu i d'altres dels que no disposem d'espirometria i que estan codificats com a MPOC.

Respecten els pares el dret de no fumadors dels seus fills?

M. Belén Vargas Motera, Marisa Rubio Díaz, Beatriz Hontangas Espeso.

EAP Reus-2

Objectiu: Conèixer i enregistrar el percentatge de pares fumadors en l'àmbit familiar. Educar els pares en el concepte de fumador passiu.

Disseny: Estudi observacional transversal

Àmbit d'estudi: Àrea bàsica de Salut urbana de 31.000 habitants.

Subjectes: Tots els pares que acompanyen als nens a la consulta programada d'infermeria pediàtrica, durant 2 mesos.

Mesures i intervencions: Registrem el n° de fumadors en l'àmbit familiar (pare, mare, germans, avis...), registrem el llinar del canvi en que es troben els pares (fases precontemplativa, contemplativa, acció, manteniment i recaiguda). Enregistrem si els pares fumen davant dels seus fills. Es du a terme el consell breu antitabac en els pares fumadors /educació sanitària i informació sobre el concepte i efectes de ser fumador passiu.

Resultats: L'estudi es porta a terme en 225 nens/es que vénen a la consulta d'infermeria pediàtrica. Es detecten 134 nens/es amb pares fumadors: 107 pares i 71 mares. Davant la pregunta de *si fumen davant dels nens* responen que SÍ un 39,2% de pares respecte un 32% de mares; responen que NO un 56% de pares respecte a un 54,9% de mares. Les fases de tabac en que es troben els pares: Precontemplativa: 91/Contemplativa:25/ Acció:4/ Manteniment:1/Recaiguda:13.

Conclusions: Per aconseguir un canvi d'actitud dels pares en front del resultat obtingut, cal aprofitar la presència activa dels pares en les visites programades d'infermeria, ja que és un moment òptim per educar respecte al concepte de fumador passiu així com per fer consell antitabac.

Referències:

- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Guia d'ajut al fumador.*
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc: bases per la integració de la prevenció en la pràctica assistencial.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. En 5 minuts ajudeu al vostre pacient a deixar de fumar. Barcelona.

Rendiment de les intervencions per al cessament del tabaquisme en l'MPOC

F. Martín Luján, M. Baldrich Justel, T. Basora Gallisà, P. Castro Guardiola, M. Ferré Ferraté, M. Borràs Martorell.

EAP Reus-I

El factor de risc més important per desenvolupar MPOC és el consum de tabac. El cessament de l'hàbit és la intervenció preventiva més senzilla i rendible per evitar la progressió de la malaltia⁶. Malauradament, aquest objectiu tan evident no és fàcil d'aconseguir.

Objectiu: Descriure la prevalença de tabaquisme en la població diagnosticada d'MPOC i avaluar les intervencions dirigides al cessament que es realitzen a l'atenció primària.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi d'intervenció, abans-després, dels pacients diagnosticats d'MPOC atesos a 10 Centres d'Atenció Primària.

Mesures i intervencions: Durant els anys 2001-2002 es realitzen diverses activitats formatives en tabaquisme (cursos, tallers, sessions clíniques) adreçades al personal sanitari. Posteriorment, es proposa una estratègia d'intervenció basada en les recomanacions de les guies americanes⁷. Mitjançant mostreig sistemàtic de la població major de 40 anys, s'obté una mostra representativa dels pacients atesos durant l'any 2002, suficient per a un error alfa de 0,05 i una potència estadística del 95%. Es registren variables sociodemogràfiques (edat i sexe), tipificació de l'equip (rural, urbà i semi-urbà), diagnòstic d'MPOC, hàbit tabàquic (no fumador, fumador i exfumador de 6-12 mesos) i tipus d'intervenció.

Resultats: Es revisen 3.036 històries amb un rang d'edat de 40-97 anys. El diagnòstic d'MPOC estava present en 333 subjectes (10,9%), 228 (68,5%) homes. D'aquests, 80 (24%) mantenien actiu l'hàbit tabàquic i 90 (27%) l'havien deixat entre els 6-12 mesos previs. Entre aquests últims, 59 individus (65,5%) havien rebut intervenció protocolitzada en visites programades durant l'any 2002. No es van trobar diferències en comparar els equips segons la ruralitat.

Conclusions: La prevalença de tabaquisme actiu en la població amb MPOC és elevada, malgrat que el cessament de l'hàbit hauria de ser la primera estratègia terapèutica. L'alt rendiment de les activitats formatives dirigides als professionals sanitaris i dels programes d'intervenció vers els malalts justifiquen la seva generalització a l'atenció primària.

Pares fumadors: Fills amb bronquitis?

Manuel Pérez Bauer, Angel Vila Córcoles, Francisco Martín Luján, Ramón Monegal Calduch, Silvia Crispi Cifuentes, Olga Calviño Domínguez.

EAP Jaume I

Objectiu: Conèixer el grau d'associació entre el tabaquisme dels pares i la bronquitis infantil.

Disseny: Estudi de casos i controls.

Àmbit de l'estudi: Àrea Bàsica de Salut .

Subjectes: Tots els nens de l'ABS de 1-4 anys: 150 casos (amb una o més bronquitis), 155 controls (sense cap episodi).

Mesures i intervencions: Variables: demogràfiques, tabaquisme dels pares (pare, mare o ambdós, a la llar, durant la gestació), bronquitis enregistrades a les històries clíniques (inclou agudes, obstructives i traqueobronquitis), tractament rebut i ingressos hospitalaris.

Resultats: 305 subjectes, 56,7% homes. Edat mitjana 2,32 anys. Dels 150 casos, 16,1% van requerir ingrés hospitalari. 90,2% es van tractar amb salbutamol, 43,7% van precisar corticoides. Odds ratio (OR) de patir bronquitis: quan ambdós pares fumen (OR: 3,51, IC: 1,79-6,94); si fuma la mare (OR: 3,38, IC: 1,91-6,01), si tabaquisme previ durant la gestació (OR: 2,33, IC: 1,15-4,71), amb el tabaquisme actual a la llar

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:1256-1276.

7. US Public Health Service. *JAMA* 2000;283:244-254.

(OR: 7,03, IC: 3,77-13,21). No hi havien diferències significatives en el risc de precisar corticoides quan algun pare fuma (OR: 0,80, IC: 0,38-1,66). Tampoc més risc d'ingrés hospitalari en els fills de fumadors (OR: 1,40, IC 0,50-4,02).

Conclusions: S'observa una clara relació d'aparició de bronquitis en els fills de pares fumadors, especialment quan s'associa el tabaquisme a la llar i el previ durant la gestació. El tabaquisme dels pares no va incrementar la gravetat dels episodis.

Referències:

1. Altet MN, Pascual MT. Grupo de Trabajo sobre el Tabaquismo en la Infancia. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en prevención y control. *Anales Esp. de Pediatría* 2000; 52: 168-177.
2. Ferris J, López J, García J, Pérez S, Cortell I. Enfermedades pediátricas asociadas al tabaquismo pasivo. *An Esp Ped* 1998; 49: 339-347.
3. Galván C, Díaz NM, Suárez RG. Exposición al tabaco y patología respiratoria en la infancia. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55: 323-327.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

EPOC agudizada (I): Variabilidad del tratamiento y calidad asistencial

Edgar Zaballos, Henar Fernández, Mireia López, Conrad Vila, Luisa M. Mateo, Mónica Novés.

Hospital Santa Tecla

Objetivos: Analizar la variabilidad del tratamiento de la EPOC agudizada que requiere asistencia en un Servicio de Urgencias hospitalario y la calidad asistencial que reciben estos enfermos.

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo.

Ámbito del estudio: Análisis de 100 pacientes EPOC que acuden de forma consecutiva a nuestro Servicio de Urgencias por agudización respiratoria, entendida como la aparición de un deterioro en la situación clínica del paciente que curse con aumento de la expectoración, esputo purulento, aumento de la disnea, o cualquier combinación de estos tres síntomas.

Material y método: Revisión de las historias clínicas de estos pacientes y cumplimentación de un cuestionario elaborado para el estudio. Análisis estadístico mediante el programa G-Stat versión 1.1. **Resultados:** Se excluyeron tres casos por errores en la cumplimentación del cuestionario. La edad media de la muestra fue de 74,54 años (DE: 7,76) y 78 pacientes fueron hombres. Los tratamientos más prescritos fueron corticoides orales (56,97%), anticolinérgicos (60,24%) y agonistas b-adrenérgicos de corta duración (55,68%). Se prescribieron corticoides inhalados en 29 ocasiones (35,37%) y antibióticos en 75. Los antibióticos más recetados fueron amoxicilina-clavulánico y levofloxacino (27,96% cada uno). Sólo uno de cada 9 pacientes atendidos (10,53%) volvió a consultar por el mismo motivo en los siguientes 7 días tras el alta hospitalaria.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que nos visitan reciben como tratamiento salbutamol, bromuro de ipratropio, una tanda de corticoides orales y amoxicilina-clavulánico o levofloxacino. La calidad asistencial que reciben es óptima ya que sólo un pequeño porcentaje de los enfermos que son dados de alta vuelven a consultar por la misma causa en los siguientes 7 días.

Referencias:

1. De Miguel, J. y cols. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Epidemiología*. JANO 2001; 60: 40-6.
2. Sobradillo Peña, V. y cols. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981-9.

3. Miravittles, M. y cols. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 173-8.
4. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76.
5. Rudolf M. The reality of drug use in COPD. The European perspective. *Chest* 2000; 117: 295-325.

EPOC Agudizada (IV): Tratamiento antibiótico

Mireia López, Mónica Novés, Edgar Zaballos, Luisa M. Mateo, Josefina Ribo, Henar Fernández.

Hospital Santa Tecla

Objetivos: Conocer la prevalencia con la que se prescriben antibióticos en los procesos de EPOC agudizada que requieren asistencia en un Servicio de Urgencias hospitalario y el antibiótico más frecuentemente utilizado. Analizar diferencias de prescripción de antimicrobianos desde atención primaria y en los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna.

Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo.

Ámbito del estudio: Análisis de 100 pacientes EPOC que acuden de forma consecutiva a nuestro Servicio de Urgencias por agudización respiratoria, entendida como la aparición de un deterioro en la situación clínica del paciente que curse con aumento de la expectoración, esputo purulento, aumento de la disnea o cualquier combinación de estos tres síntomas.

Material y método: Revisión de las historias clínicas de estos pacientes y cumplimentación de un cuestionario elaborado para el estudio. Análisis estadístico mediante el programa G-Stat versión 1.1.

Resultados: Se excluyeron tres casos por errores en la cumplimentación del cuestionario. El 32% de los pacientes seguía algún tipo de tratamiento antibiótico cuando consultó en nuestro servicio. Al 75,25% de los pacientes visitados se le prescribió tratamiento antibiótico. De los 42 pacientes que fueron dados de alta, 35 (83,33%) recibieron tratamiento antibiótico. A 28 pacientes de los 46 que ingresaron (60,87%) se les indicó antibiótico. Los antimicrobianos prescritos con más frecuencia en los tres niveles asistenciales se reflejan en la siguiente tabla:

	A. Primaria	Urgencias	M. Interna
Amoxicilina-clavulánico	11/32 33,33%	34,38% 9/46	14/42 19,57%
Levofloxacino	4/32 30,95%	12,50% 12/46	13/42 26,09%
Moxifloxacino	6/32 11,9%	18,75% 0/46	5/42 0%

Conclusiones: A un excesivo número de pacientes que acuden por EPOC agudizado se les prescribe tratamiento antibiótico. A medida que aumenta la complejidad del nivel asistencial, se incrementa el uso de levofloxacino en detrimento de los β-lactámicos.

Referencias:

6. De Miguel, J. y cols. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Epidemiología*. JANO 2001; 60: 40-6.
7. Sobradillo Peña, V. y cols. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981-9.
8. Miravittles, M. y cols. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 173-8.
9. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76.
10. Rudolf M. The reality of drug use in COPD. The European perspective. *Chest* 2000; 117: 295-325.

Infeccions respiratòries: Grau d'adequació dels antimicrobians prescrits a atenció continuada

Joan Josep Cabré Vila, Cristina Piñol Usón, Mònica Virgós Bonfill, Isabel Sánchez-Oro Vallés, Cristina Mangrané Guillén, Joan Lluís Frigola Marcet.

Centre d'atenció continuada i d'urgències "Ciutat de Reus"

Objectiu: Analitzar el grau d'adequació en la prescripció d'antibiòtics en patologia respiratòria tractada pel servei d'Atenció Continuada.

Disseny: Estudi observacional transversal, desenvolupat en un centre d'Atenció Continuada i d'Urgències, sobre totes les visites realitzades que varen rebre tractament antibiòtic. Es realitza un mostreig sistemàtic sobre tots els episodis diagnòstics de malaltia infecciosa i tractats amb antimicrobians.

Material i mètodes: Es va obtenir una mostra de 337 episodis infecciosos amb antibiòticoteràpia (Risc alfa: 0,05, precisió: 0,045), durant trenta dies consecutius. En cada episodi, es va analitzar l'adequació de la prescripció en base a les Guies de Pràctica Clínica i una taula d'indicacions confeccionada per la Unitat de Farmàcia del Servei d'Atenció Primària i consensuada pels diferents professionals.

Resultats: Sobre 1826 visites totals, el nombre de visites amb diagnòstic de malaltia infecciosa susceptible de tractament antibiòtic va ser de 337 (18,45%). 62 casos van correspondre a patologia respiratòria (18,39%), el 53,2% homes, d'edat mitjana 32,5 (DE: 25,45 anys). El grau d'adequació global dels antimicrobians prescrits va ser del 77,4%. Desglossat per tipus d'antibiòtic va ser de: penicil·lines 80,7%, macròlids 66,6%, quinolones 33,3%, i altres (cefalosporines, tetraciclins) 0%.

Conclusions: Es troba una alta adequació en la prescripció. Els antibiòtics b-lactàmics tenen una adequada indicació en un alt percentatge d'ocasions. Donades les característiques descriptives de la mostra, sembla que la majoria dels pacients pulmonars crònics són tractats a la seva Àrea Bàsica i no pas a Atenció Continuada.

Referències:

- Guia d'antibiòtics en Atenció Primària. Barcelona, Scmfic 2001.
- Torrecilla MA, Lama C, González M, Ruiz J. Estratègies de intervenció para el uso racional de antimicrobianos. Aten Primaria 2003; 31: 372-6.
- Fàrmacs recomanats. Unitat de Farmàcia. SAP Reus-Altebrat.

Prescripció de corticoides inhalats en el tractament de l'MPOC

M. Baldrich Justel, F. Martín Luján, C. Llop Margalef, E. Valen Suñer, Y. Ortega Vila, A. Manresa Font.

EAP Reus I

La prescripció de corticoides en l'MPOC ha augmentat en els darrers anys, encara que els beneficis del llur ús prolongat són controvertits⁸. S'estima que només entre 10-20% dels pacients podria beneficiar-se⁹. Per contra, els agents anticolinèrgics són considerats el tractament d'elecció en l'MPOC estable¹⁰.

8. Burge PS. *Thorax* 1999;54:287-288.

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-1276.

10. Beeh KM. *Respiration* 2002;69:372-379.

Objectiu: Analitzar els fàrmacs emprats en el tractament de manteniment dels pacients amb MPOC. Dissenyar un indicador que faciliti l'avaluació de la prescripció farmacèutica.

Disseny i àmbit: Estudi observacional de la prescripció de inhaladors de 10 Centres d'Atenció Primària.

Mesures i intervencions: A partir de les dades facilitades per la Unitat de Farmàcia del Servei Català de la Salut, referents al consum de anticolinèrgics i corticoides inhalats dels 10 centres durant l'any 2002, es construeix un indicador que relaciona Dosis habitant dia (DHD) dels dos grups: DHD corticoides / anticolinèrgics. S'accepten valors inferiors a 1,5 com adequats i com sobretractament quan superen 2,5.

Resultats:

EAP	DHD bromur d'ipratropi	DHD beclometasona	DHD budesònida	DHD fluticasona	DHD corticoides inh / b.ipratropi
1	9,11	3,46	11,72	4,28	2,1
2	15,1	2	6,66	5	0,9
3	11,71	5,26	8,12	7,41	1,7
4	10,77	2,54	6,52	7,59	1,5
5	10,07	2,15	6,42	6,78	0,9
6	11,96	4,6	4,94	8,93	1,5
7	18,92	4,19	6,88	7,49	0,9
8	7,16	1,68	5,77	5,01	1,7
9	7,49	2,3	6,42	3,87	1,6
10	12,12	3,21	5,25	5,52	1,1

Conclusions: Les dades de prescripció mostren una gran variabilitat en l'ús de corticoides inhalats en el nostre àmbit. L'indicador proposat pot ajudar a reduir-la. En gran part dels centres avaluats les DHD són elevades i superen àmpliament les d'anticolinèrgics, fins i tot en algun cas les dupliquen, lluny de les recomanacions internacionals per a l'MPOC.

Maneig del malalt pulmonar obstructiu crònic a l'atenció primària

JJ. Cabré Vila, I. Sánchez-Oro, F. Martín Luján, JL. Frigola Marcet, D. Montañés Boncompte, X. Aubia Floresví.

EAP Reus-I

Objectiu: Analitzar el maneig del malalt pulmonar obstructiu crònic en una Àrea Bàsica.

Disseny i àmbit: Estudi observacional transversal, desenvolupat en un centre d'Atenció Primària urbà, que atén 13.826 usuaris. Es realitza un mostreig sistemàtic sobre tots els pacients amb diagnòstic enregistrat d'MPOC a la història clínica informatitzada (SIAP-Win).

Subjectes, mesures i intervencions: Es va obtenir una mostra de 277 subjectes diagnosticats d'MPOC (Risc alfa: 0,05, precisió: 0,05). Es va registrar en un full multiparamètric diverses dades sociodemogràfiques, així com el nombre d'exacerbacions de la malaltia i els tractaments administrats en el darrer any.

Resultats: L'edat mitjana va ser de 69,5 ± 12,3 anys, que fumaven un promig de 11,24 ± 17,9 cigarretes/dia. El 83,8% van ser homes. La proporció de fumadors i ex-fumadors va ser de 46,9% i 14,8%, respectivament. S'havia practicat espirometria en un 52,3% dels casos. Un 48,7% de la mostra no va patir cap reagudització a l'últim any; 30,3% en va tenir una; 9,7% dues i 11% tres o més. Només es va hospitalitzar 27 casos (9,7%). Respecte les superinfeccions, es van presentar en un 41,5% del total; i els antibiòtics més prescrits van ser la combinació amoxicil·lina/clavulànic (76,9%) seguida dels macròlids i les quinolones. Quant als tractaments patuts, els broncodilatadors es van utilitzar en un 46,2%, els corticoides inhalats en un 33,2%, els corticoides orals en el 13,7% i els anticolinèrgics en un 34,3%.

Conclusions: El malalt amb MPOC és un pacient d'avançada edat, majoritàriament home, que en molts casos encara fuma i que en la meitat dels casos està diagnosticat mitjançant espirometria. Els tractaments antibiòtics de les superinfeccions són adequats; en canvi seria millorable la utilització d'anticolinèrgics com a medicació de base en aquests pacients.

Referències:

1. Pauwels RA et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76.
2. Cochrane Database Syst Rev 2002; CD003900.
3. Llor C et al. *Aten Primaria* 2002; 29: 198-9.

Evolució de la prescripció d'inhaladors en el tractament de l'MPOC

M. Baldrich Justel, F. Martín Luján, B. González Lambán, Y. Ortega Vila, E. Valen Suñer, C. García Gonzalo.

Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat

Objectiu: Analitzar la evolució dels fàrmacs antiastmàtics emprats en el tractament de l' MPOC.

Disseny i àmbit: Estudi observacional de la prescripció d'antiastmàtics en un Servei d'Atenció Primària (10 centres).

Material i mètodes: A partir de les dades facilitades per l'aplicatiu de farmàcia de l'Institut Català de la Salut, es mesura el consum d'antiastmàtics dels 10 Centres durant els primers trimestres dels anys 2001-2003. Variables: DHD (dosi/ habitant/ dia) de budesònida, beclometasona, fluticasona, corticoides inhalats, terbutalina, salbutamol, β_2 -adrenèrgics de curta durada, salmeterol, formoterol, β_2 -adrenèrgics de llarga durada i bromur d'ipratropi

Resultats:

	1er trim. 2001	1er trim. 2002	1er trim. 2003
DHD budesònida	10,491	9,806	9,105
DHD beclometasona	4,121	3,29	2,934
DHD fluticasona	5,849	6,044	7,387
DHD corticoides inhalats	20,461	19,14	19,426
DHD terbutalina	6,786	6,528	5,545
DHD salbutamol	13,435	12,98	12,759
DHD β_2 de curta durada	20,221	19,508	18,304
DHD salmeterol	6,682	6,84	7,251
DHD formoterol	2,857	2,828	3,067
DHD β_2 llarga durada	9,539	9,668	10,318
DHD β_2	29,76	29,176	28,622
DHD bromur ipratropi	12,632	13,076	13,235

Conclusions: S'observa una tendència en la prescripció de β_2 -adrenèrgics de llarga durada i una disminució en la prescripció de beclometasona a favor de la fluticasona. Les DHD de corticoides són elevades i superen a les d'anticolinèrgics, malgrat les recomanacions per al tractament de l'MPOC.

Tractament antibiòtic en les reaguditzacions de l'MPOC. S'adequa a la recomanació de les societats científiques?

Mireia Español Pons, Jordi Ferré Gras, Elena Moltó Llarena, Mònica Virgos Bonfill, Cristina Mangrané Guillén, Marià Carulla Aresté. EAP

Reus-2

Objectiu: Conèixer el tractament antibiòtic utilitzat en les reaguditzacions de l'MPOC i si s'adequa a les recomanacions de les societats científiques (SemFYC i SEPAR).

Disseny: Descriptiu transversal-retrospectiu.

Àmbit i subjectes: Subjectes MPOC d'una Àrea Bàsica de Salut.

Mesures i intervencions: Revisió de 200 històries clíniques de malalts registrats amb factor de risc MPOC. Es recullen dades epidemiològiques, nombre d'aguditzacions en els darrers 2 anys, tractament antibiòtic emprat i si són al·lèrgics a la penicil·lina.

Resultats: Homes: 81%; edat mitjana: 71,3 + 11,6 anys. Prevalença MPOC 5,8% (IC95%: 5-6,6) en majors de 40 anys.

	1 agud.	2 agud.	≥ 3 agud.	Total
Amoxicil·lina	12 (42,9%)	8 (28,6%)	8 (28,6%)	28
Amox/clavulànic	19 (24,1%)	24 (30,4%)	34 (43%)	79
Ciprofloxacina	0	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6
Moxifloxacina	1 (6,3%)	9 (56,3%)	6 (37,5%)	16
Levofloxacina	0	0	2 (100%)	2
Cefalosporines	0	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8
Azitromicina	1 (12,5%)	4 (50%)	3 (37,5%)	8
Eritromicina	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3
Claritromicina	5 (25%)	9 (45%)	6 (30%)	20
Altres	2 (25%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	8
Total				178

pacients no van presentar aguditzacions. Existeix un total de 105 tractaments, 59% (IC95%: 51,4 – 66,3), tractats amb antibiòtics recomanats per les societats científiques: amoxicil·lina-àcid clavulànic, moxifloxacina, levofloxacina i azitromicina. Si afegim també les cefalosporines i la claritromicina aquest percentatge s'incrementa al 75%. Dels 13 pacients al·lèrgics a la penicil·lina només 3 són tractats amb antibiòtics recomanats per les societats científiques.

Conclusions: Utilitzem acceptablement els antibiòtics recomanats, encara que s'hauria de disminuir la prescripció d'amoxicil·lina en el tractament de les aguditzacions.

Antibioteràpia utilitzada en l'agudització de la malaltia pulmonar obstructiva crònica

C. Jiménez Civit, S. Vega García, E. Mur Cervelló, N. Puerta Moreno, Y. Herranz Pinilla, G. Ferrer Santaulària.

EAP Vila-seca

Objectius: Conèixer quins antibiòtics utilitzem en la reagudització de l'MPOC i amb quina freqüència.

Disseny: Estudi observacional descriptiu.

Àmbit de l'estudi: Àrea Bàsica de Salut semi-urbana amb una població de referència de 14.000 habitants.

Subjectes: Pacients registrats com a MPOC de la nostra ABS.

Mesures i intervencions: Revisem les històries clíniques dels pacients amb MPOC tant de l'ABS com de la història de pneumologia, recollint les dades epidemiològiques de la població, així com els antibiòtics utilitzats en les aguditzacions de la malaltia.

Resultats: La prevalença de malaltia és del 0,87%, amb un total de 123 pacients amb MPOC. L'edat mitjana dels malalts és de 71 anys. El 87,8% són homes i el 12,2% són dones. D'un total de 128 episodis d'agudització de la malaltia que hem detectat, en el 42,96% dels casos no s'ha utilitzat cap antibiòtic, en el 21,87% s'ha utilitzat amoxicil·lina-clavulànic, en el 18,75% quinolones, en el 10,93% macròlids i en el 5,46% cefalosporines.

Conclusions: En un alt percentatge de les reaguditzacions no hem detectat la utilització d'antibioteràpia (42,96%). L'antibioteràpia més freqüentment utilitzada és amoxicil·lina-clavulànic (21,87%).

Tractem adequadament als pacients MPOC a la nostra ABS?

Mònica Virgos Bonfill, Elena Moltó Llarena, Anna Isach Subirana, Josep Lluís Piñol Moreso, Jordi Ferré Gras, Mireia Español Pons.

EAP Reus-2

Objectius: Adequació del tractament de base dels malalts pulmonars crònics en relació al grau de severitat.

Subjectes i àmbit: Malalts registrats com MPOC en una àrea bàsica de salut urbana (30.000 habitants).

Disseny: Estudi descriptiu transversal-retrospectiu.

Matreial i mètodes: Revisió de 200 històries clíniques de malalts enregistrats com a MPOC. Es recullen dades epidemiològiques, dades espiromètriques dels darrers 2 anys, tractament de base (β_2 -adrenèrgics de curta i llarga durada, anticolinèrgics, corticoides inhalats, corticoides orals, teofil·lina, mucolítics, i oxigen domiciliari) i desglossat per fàrmacs. Es va classificar l'MPOC segons grau de severitat, donat pel volum espiratori forçat en el primer segon (FEV1) (Sever: FEV1 < 40%; moderat: FEV1: 40-59%; Lleu: FEV1: 60-80%). Es va utilitzar la prova estadística de khi quadrat.

Resultats: Prevalença d'MPOC: 5,8% en majors de 40 anys (IC95%: 5,0-6,6). Homes: 81%. Edat mitjana: 71,3 \pm 11,6 anys. Es van donar com a vàlides 70 espirometries distribuint-se segons la severitat i el tractament de la següent manera:

Tractament	MPOC lleu	MPOC moderat	MPOC sever	Total
β_2 curta durada	26,8% (11)	51,2%(21)	22%(9)	41
β_2 llarga durada*	23,1%(6)	65,4%(17)	11,5%(3)	26
Anticolinèrgics	24%(6)	40%(10)	36%(9)	25
Corticoides inhalats*	23,8%(5)	71,4%(15)	4,8%(1)	21
Teofil·lina	20%(1)	40%(2)	40%(2)	5
Mucolítics	27,3%(3)	63,5%(7)	9,1%(1)	11
Oxigen domiciliari	0%(0)	0%(0)	100%(2)	2

p<0,05

Conclusions: Caldria millorar la prescripció dels fàrmacs anticolinèrgics respecte dels agonistes β_2 -adrenèrgics de curta durada. Els corticoides inhalats s'utilitzen menys que els broncodilatadors β_2 -adrenèrgics i que els anticolinèrgics en el tractament de base del pacient amb MPOC però millorant la severitat.

La gravetat dels pacients determina l'elecció de l'antibiòtic?

Cristina Mangrané Guillén, Elena Moltó Llarena, Mònica Virgos Bonfill, Jordi Ferré Gras, Anna Isach Subirana, Mireia Español Pons.

EAP Reus-2

Objectiu: Avaluar si el nivell de gravetat de l'MPOC dels pacients condiciona l'elecció del tractament antibiòtic en les aguditzacions.

Disseny: Estudi descriptiu transversal retrospectiu.

Àmbit i subjectes: Pacients amb diagnòstic MPOC en el registre informàtic Siapwin d'una ABS urbana.

Material i mètode: Anàlitzem les següents variables del 200 pacients MPOC: edat, sexe, prevalença, diagnòstic de la gravetat de l'MPOC a partir de les dades espiromètriques, consten 70 espirometries, (definim MPOC lleu si el volum espiratori forçat en el 1r segon (VEF1) és del 60-80%, MPOC moderat si VEF1: 40-59% i MPOC sever si VEF1 < 40%) i tractaments antibiòtics prescrits en les aguditzacions dels darrers 2 anys. Utilitzem la prova estadística de khi quadrat.

Resultats: Mitjana d'edat: 71,3 \pm 11,6 anys. El 81% eren homes. La prevalença en > 40 anys en el nostre centre és de 5,8 % (IC95%: 5,0-6,6). El tractament antibiòtic prescrit segons la gravetat es descriu a la taula:

	MPOC lleu	MPOC moderat	MPOC sever
Amoxicil·lina	2,8%	2,9%	0
Amoxi-clavulànic	22,8%	27 %	8,6%
Cefalosporines	1,4%	1,5%	0
Claritromicina	8,5%	7,1%	0
Azitromicina	0	2,8%	0
Ciprofloxacina	0	1,5%	0
Moxifloxacina	0	5,7%	7,1%
Total del consum antibiòtic en MPOC	35,5%	48,6%	15,7%

Conclusions: Els nostres pacients amb MPOC lleu/moderats utilitzen de forma important l'associació amoxicil·lina i ac clavulànic (d'acord amb les recomanacions de les guies de prescripció de la SemFYC), mentre que les fluoroquinolones de darrera generació es restringeixen als pacients MPOC moderats/greus.

És correcta la conducta terapèutica broncodilatadora en l'agudització dels pacients MPOC a la nostra ABS?

Elena Moltó Llarena, Mònica Virgos Bonfill, Cristina Mangrané Guillén, Carme Herranz Calajero, Esther Mayol Racero, Mireia Español Pons.

EAP Reus-2

Objectiu: Perfil de tractament broncodilatador en les aguditzacions de l'MPOC respecte el tractament de base.

Subjectes: Malalts registrats com MPOC

Àmbit: Àrea bàsica urbana de 30.000 habitants.

Disseny: Estudi descriptiu transversal-retrospectiu.

Material i mètode: Revisió de 200 històries clíniques de malalts amb MPOC. Es recullen dades epidemiològiques i tractament broncodilatador utilitzat en les aguditzacions i tractament de base desglossat per fàrmacs: β_2 -adrenèrgics de curta i llarga durada, anticolinèrgics, corticoides inhalats, corticoides orals, teofil·lina i oxigen domiciliari. Es va utilitzar la prova de χ^2 .

Resultats:

La prevalença d'MPOC es de 5,8% en majors de 40 anys (IC95%: 5,0-6,6). Dones 19%. Edat mitjana de 71,3+11,6 anys.

Tractament	Tractament de base	Tractament aguditzacions
β_2 curta durada	41	46
β_2 llarga durada	26	25
Anticolinèrgics	25	27
Corticoides inhalats*	21	38
Mucolítics	11	11
Oxigen domiciliari	2	2
Teofil·lina	5	5
Corticoides orals*	0	16

*p<0,05

Hi ha associació estadísticament significativa amb corticoides orals i inhalats en les aguditzacions respecte el tractament de base. No existeix diferències estadísticament significatives respecte els altres tractaments. El corticoide inhalat més prescrit ha estat la budesònida en un 74% del total de corticoides inhalats.

Conclusions: La teràpia corticoïdal inhalada (principalment budesònida) i la corticoïdal oral augmenta de forma important en el tractament de l'MPOC aguditzat sobretot si ho comparem amb els altres tractaments.

Adequació del tractament en la malaltia pulmonar obstructiva crònica

D. Carmona, P. Fernández, O. Doblado, A. Grifoll, E. Abadia, A. Guillen.

EAP Cambrils

Objectius: Conèixer el tractament utilitzat en els nostres pacients amb MPOC i el grau d'adequació d'aquest tractament. Conèixer la cobertura vacunal en els nostres pacients amb MPOC.

Disseny: Estudi transversal descriptiu.

Àmbit: Àrea bàsica de salut.

Subjectes: Pacients amb MPOC d'una Àrea bàsica de salut.

Material i intervencions: Revisió d'històries clíniques informatitzades dels nostres pacients amb MPOC. S'ha dissenyat una base de dades amb el programa Access 97, recollint l'edat, sexe, tabaquisme, valors espiromètrics, tractament i cobertura vacunal. Les dades s'han explotat amb el programa estadístic SPSS 10.0.

Resultats: El 83,6% de pacients són homes i el 16,4% dones. La distribució d'edats és la següent: 34,4% menors de 65 anys, 41% entre 65 i 75 anys i el 24,6% majors de 75 anys. Distribució del tractament: Un 85% prenen b₂-agonistes, un 72% anticolinèrgics, un 77% corticoides inhalats, un 19% corticoides via oral i un 6% teofil·lina. Cal destacar que entre els pacients que utilitzen corticoides inhalats, el 25% no fa servir anticolinèrgics. S'han detectat tres pacients que prenen b-blocadors i sis que prenen benzodiazepines. Cobertura vacunal: antigripal: 65%, antipneumocòcica: 75%.

Conclusions: La utilització de corticoides inhalats és molt estesa, motiu pel qual ens hem de preguntar si tots els pacients els necessiten, degut al seu elevat cost, tret d'aquells pacients amb MPOC severa o molt severa, amb hiperreactivitat bronquial. Tanmateix hem de revisar la cobertura vacunal en aquests pacients i aconsellar no utilitzar b-blocadors (incloent els col·lirís) i benzodiazepines.

Tenim en compte els criteris d'Anthonisen a l'hora de fer la prescripció terapèutica?

JM. Magriñà, M. Boira, M. Ricart, Y. Ortega, D. Ribas, B. Riús.

EAP Reus-4

Objectius: Comprovar la correcta prescripció d'antibiòtics en pacients aguditzats amb malaltia pulmonar obstructiva crònica segons els criteris d'Anthonisen.

Disseny: Estudi transversal retrospectiu. Avaluació de 130 històries clíniques de pacients diagnosticats d'MPOC triades aleatòriament.

Àmbit: Àrea bàsica de salut urbana de 19.000 usuaris.

Matreial i mètodes: Variables: aguditzacions; criteris d'Anthonisen (tos, purulència de l'expectoració, augment de la dispnea) i febre, prescripció antibiòtica i tipus d'antibiòtics prescrits.

Resultats: Total d'aguditzacions registrades n: 63, el criteri dispnea consta en un 44,4%, tos 87,3% canvis en l'esput 14,3%, i la febre 34,3%. En un 31,7% consta un criteri, en un 57,14% en consten 2, en un 9,5% tres criteris i en un 1,6% consten els 4 criteris. Dels que tenen un criteri hem tractat amb antibiòtic un 60%, essent el més emprat els b-lactàmics (75%), dels que tenen dos criteris tractem el 83,3% essent també el tractament més utilitzat els b-lactàmics amb 76,6%, el segon grup d'antibiòtic més utilitzat és la levofloxacina amb 6,6%. Els pacients amb tres criteris enregistrats es van tractar el 100% i l'antibiòtic utilitzat al 100% van ser els b-lactàmics. Amb quatre criteris només constava un pacient que va ser derivat a l'hospital.

Conclusions: La nostra actuació en el pacient amb MPOC aguditzat és correcta excepte en el grup de pacients que només presenta un criteri clínic aquest grup està sobretractat o bé infraregistrem la seva clínica. Fóra aconsellable esquematitzar l'anamnesi d'aquest pacients de cara a justificar l'actuació terapèutica. Respecte l'antibiòtic utilitzat ens ajustem en un alt percentatge a les recomanacions de les guies d'actuació de l'scmfic.

Situació clínica dels pacients MPOC aguditzats i el seu tractament

Cinta de Diego, Rafael Albiol, Montserrat Garcia, Esmeralda Recasens, Izaskun Guinea, M. del Mar Juarez.

EAP Valls Urbà.

Objectiu: Conèixer els símptomes pel quals acudeixen al servei d'urgències els MPOC aguditzats i avaluar el tractament al servei d'urgències.

Disseny: Estudi observacional transversal.

Subjectes: Mostra aleatòria de pacients registrats al SIAP com MPOC.

Mesures i intervencions: Variables estudiades: edat, sexe, símptomes, episodis previs en el període juliol 2002- juliol 2003, proves complementaries realitzades, tractament prescrit en urgències.

Resultats: 113 històries revisades dels quals 36 van acudir a urgències en el període d'estudi. 75% homes. Edat: 71,25 anys (DE 11,36). Van consultar per dispnea (58%), dolor toràcic (5,6%), tos (5,6%), expectoració (2,8%), altres (2,8), associació de varis (2,2%), no constava el motiu (2,8%). Els 68,5% havien presentat episodis previs en el darrer any. Es va realitzar Rx en 85,7%, pulsioximetria 83,3%, gasometria 77,7%. Van rebre tractament antibiòtic 63,9%, quinolones 30,6%, amoxicil·lina-clavulànic 22,2%, macrolids 5,6%, altres 5,6%. Es van administrar b₂ adrenèrgics en 11,1% dels casos, ipatropi: 11,1, ambdós: 72,2%, corticoides sistèmics endovenosos: 50%, oxigenoteràpia en un 61,1%. S'ha trobat relació entre la presència de febre i el tractament antibiòtic administrat a urgències.

Conclusions: La dispnea és el símptoma més freqüent de consulta del pacient MPOC aguditzat. Destaca que 2/3 dels pacients pateixen aguditzacions recurrents. Observem un increment en l'ús de fluorquinolones com a tractament antibiòtic que podria estar justificat si considerem que els pacients amb MPOC aguditzada que acudeixen a urgències poden ser aquells amb mes comorbiditat, més greus i amb més risc de superinfecció per pseudomones.

Referències:

- Barberà JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Montemayor T, Viejo JL. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol 2001; 37: 297-316.
- Álvarez-Sala A, Cimas E, Mosa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K et al. Recomendaciones para la atención al paciente con EPOC. Archivos de Bronconeumología 2001; 37: 269 - 278.
- Snow V, Lascher S, Mattur-Pilson C. Evidence Base for Management of Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease PhD for the Joint Expert Panel on Chronic Obstructive Pulmonary Disease of the American College of Chest
- Physicians and the American College of Physicians- American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med 2001; 134: 595- 599.

FISIOTERÀPIA

El nostre pacient MPOC. Tipologia del pacient MPOC atés la unitat de fisioteràpia.

C. Piqué, M. Inglés, E. Tarragó, I. Miralles.

CAP Tarragonès

Objectius: Degut a la incidència d'aquesta patologia a l'atenció primària hem cregut interessant valorar l'eficàcia del tractament de fisioteràpia dins els protocols d'actuació Multidisciplinar plantejant-nos els següents objectius:

- Conèixer la procedència de la derivació dels malalts d'MPOC a la Unitat de Fisioteràpia
- Valorar l'eficàcia dels protocols d'actuació, segons els objectius marcats en cada cas
- Millora obtinguda en funció del nombre de sessions.

Disseny, àmbit d'estudi, subjectes: Recollida de dades del gener del 2001 fins l'abril del 2003 de les històries clíniques de la unitat de Fisioteràpia del CAP Tarragonès, dels pacients afectats d'MPOC.

Resultats: La mitjana d'edat dels pacients tractats a la Unitat de Fisioteràpia del Tarragonès és de 75 anys. El 77% dels pacients derivats procedeixen del metge de família, un 15% del pneumòleg i 8% de Medicina Interna. Els objectius marcats a aplicar en el seu tractament els hem dividit en 4 grups d'estudi:

1. Augmentar la Capacitat Vital del pacient i reentrenament a l'esforç
2. Augmentar la Capacitat Vital del pacient, reentrenament a l'esforç i augmentar la mobilitat de la caixa toràcica
3. Augmentar la Capacitat Vital del pacient, reentrenament a l'esforç, augmentar la mobilitat de la caixa toràcica i expectoració dirigida
4. Augmentar la Capacitat Vital del pacient i automatització d'un patró ventilatori correcta.

En funció d'aquests objectius el 62% dels pacients han tingut suficient amb l'augment de la capacitat vital i el reentrenament a l'esforç, el 15% se li ha afegit l'augment de la caixa toràcica, la resta del 15% a mes a mes se li ha afegit expectoració dirigida i tan sols un 8% n'han tingut suficient amb l'augment de la capacitat vital i automatització del patró ventilatori correcta. S'han obtingut millores significatives en el 47% amb 10 sessions, el 38% amb 15 sessions i el 15% amb 8 sessions.

Conclusions: El pacient tipus tractat a la nostra unitat és d'edat avançada, derivat pel metge de família i, degut a l'estat físic, generalment se l'atén al domicili. El tractament es basa principalment en l'augment de la capacitat vital i en el reensinistrament a l'esforç sent necessari una mitja de 10 sessions.

ALTRES

Com són i com es veuen els nostres pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica majors de 65 anys?

Esther Ras Vidal, Rosa Subirats Segarra, Lluïsa Pellejà Pellicer, Josep Maria Benach Aubià, Immaculada Fuster Fuster, Carlos Valldosera Moreno.

EAP Falset

Objectiu: Conèixer el perfil del pacient MPOC majors de 65 anys i avaluar la seva relació amb l'autopercepció de la salut.

Disseny: Estudi observacional transversal

Àmbit: Àrea Bàsica de Salut Rural (17 municipis)

Subjectes: Mostra aleatòria poblacional de persones majors de 65 anys assignades a una Àrea Bàsica Rural.

Mesures i intervencions: Informació recollida mitjançant: a) Revisió d'història clínica; b) Enquesta de salut per entrevista (dades sociodemogràfiques, autovaloració del seu estat de salut actual, nombre de visites/any, escala visual analògica); c) Escala ansietat i depressió de Golberg; d) Test de Yesavage. Anàlisis estadística: khi quadrat i t d'Student

Resultats: Població d'estudi 236 persones. La prevalença d'MPOC ve ser 50 pacients (21,1%). La edat mitjana $81,0 \pm 6,8$ anys. 33 (66%) eren homes amb diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$) per gènere. 21 (42%) tenien estudis primaris incomplets, 33 (66%) estaven casats i 11 (22,4%) vivien sols, sense observar diferències estadística-ment significatives. La puntuació a l'escala visual analògica va ser de $49,7 \pm 5,7$. L'autovaloració de l'estat de salut la van definir: 12 (24%) com a bona, 30 (60%) regular i 8 (16%) dolenta amb diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$). 14 (28%) presentaven un possible malestar psíquic, 5 (10%) una probable depressió i 6 (12%) depressió establerta sense diferències estadísticament significatives. 32 (64%) realitzava més de 7 visites mèdiques a l'any amb diferències estadísticament significatives ($p < 0,006$).

Conclusions: El pacient amb MPOC major de 65 anys va quedar definit com un home que rep una dolenta percepció del seu estat de salut i que genera múltiples visites al metge. No observant diferències en el nivell d'ansietat i depressió.

Ordinador i professional sanitari, on comencen les discrepàncies?

J.M. de Magriñà, M. Boira, M. Ricart, D. Ribas, T. Basora, Y. Ortega. EAP

Reus-4

Objectiu: Davant les diferències observades entre els resultats donats pel programa informàtic de l'espiròmetre i la interpretació per part del personal sanitari, pretenem fer una anàlisi de les variables més importants de les espirometries, capacitat vital forçada (CVF), flux espiratori forçat en el primer segon (FEV1), índex de Tiffeneau, per tal de comprovar quina/es influeixen en les alteracions de resultats registrades.

Disseny: Estudi descriptiu transversal retrospectiu.

Àmbit: Àrea bàsica de Salut amb 19.000 HCAP.

Mesures i intervencions: Recollida aleatòria de les espirometries en format paper de l'ABS dels últims dos anys. Variables: interpretació no automatitzada del patró espiromètric versus interpretació automàtica del programa de l'espiròmetre. Registre del CVF, FEV1, Tiffeneau.

Resultats: n:70. Resultats:

	Manual	PC	Manual	PC	Manual	PC
CVF	80,02	96,72	18,57	21,67	72	81
FEV1	77,24	86,24	20,03	21,02	80	80
Índex Tiffeneau	73,35	72,74	12,46	12,04	74	74

El 81,4% de les interpretacions que fa el programa informàtic donen com a resultat un patró obstructiu lleu, essent nul el percentatge d'espirometries normals. El 45,7% de les interpretacions fetes clínicament donen com a resultat un patró espiromètric normal, essent aquest el patró més diagnosticat.

Conclusions: Observem que les dades recollides automàticament presenten resultats estadístics més propers a un patró espiromètric normal. En la interpretació per part del professional, en canvi, tot i haver més patrons espiromètrics considerats normals els valors estadístics són més patològics. Cal dir també que en el cas de l'índex de Tiffeneau els valors són semblants en ambdues formes d'anàlisi. Les discrepàncies entre l'ordinador comencen ja a l'hora de la recollida de resultats i no només en la interpretació. La calibració dels aparells i la sensibilitat de les eines informàtiques han d'estar en actualització constant per afavorir un registre més fidedigne.

Perfil del pacient amb espirometria en el nostre centre d'atenció primària

M. Ricart, M. Boira, JM. De Magriñà, D. Ribas, Y. Ortega, T. Basora.

EAP Reus-4

Objectiu: Conèixer les característiques del pacient amb problemes respiratoris atès a l'atenció primària que compleix els requisits per demanar-li una espirometria.

Disseny: Estudi descriptiu transversal retrospectiu. Revisió de les històries clíniques dels pacients a qui s'ha demanat una espirometria en els dos últims anys.

Àmbit: Àrea bàsica de Salut d'una població de 19.000 habitants.

Variables: Edat, sexe, tabaquisme, patró espiromètric, aguditzacions/any
Resultats: El 58,6% homes, el 48,6% tenen entre 35-65 anys. El 42% són fumadors actius, 15,7% exfumadors i un 41% no fumadors. El 45,7% dels pacients tenien una espirometria normal, el 34,3% tenien

patró mixt, 10% patró restrictiu, 9,9% patró obstructiu (71,4% grau moderat). Per sexes, el patró espiromètric predominant és el mixt (41,5% homes i 24,1% dones). El patró obstructiu moderat predomina en els majors de 65 anys. Pel que fa al fet tabaquic podem dir que en qualsevol dels tres casos (fumadors, ex-fumadors i no fumadors) el més predominant és el patró normal. Dins dels patològics en els tres grups predomina el patró mixta en un percentatge entre el 31 i el 37%. El patró que presenta un major percentatge d'aguditzacions/any és el mixte amb un 64,7% i d'aquests el 47% ho fan entre 2 i 4 cops a l'any. El grup dels no fumadors es el que més aguditzacions/ any presenten amb 64,5%.

Conclusions: El perfil del pacient amb espirometria de la nostra àrea bàsica és un home d'entre 35-65 anys fumador actiu o no fumador amb un patró espiromètric normal o mixta. El grup de no fumadors és el que més s'aguditzen; això s'explica pel fet que correspon al grup de més edat; dada que corrobora la importància del factor edat en l'evolució de la malaltia.

Intubació i ventilació no invasiva en l'agudització de l'MPOC: Quan aplicar-ho?

Hiam Tarabishi Marín, Elisabeth Tapia Barranco, Montserrat Velasco Carrera, Albert Moreno Destruels, Francisco Barrio Torrell, Carme Poblet Calaf.

Hospital Joan XXIII

Propòsits: Els pacients amb MPOC acudeixen repetidament als serveis d'urgències amb aguditzacions, que cursen amb dificultat respiratòria de diferent grau i resposta terapèutica. En aquesta revisió ens plantejem la possibilitat d'aplicar alternatives terapèutiques, atès que aplicant en certs pacients MPOC, mesures com la intubació i sobretot la ventilació mecànica no invasiva, s'ha observat una millora simptomàtica i un augment de la supervivència a llarg termini amb una disminució de l'estància hospitalària mitjana.

Articles revisats i bases de dades:

1. Wildman MJ, O'Dea J, Kostopoulos O, Tindall M, Walia S, Khan Z. Variation in intubation decision for patients with chronic obstructive pulmonary disease in one critical care network. *QJM* 2003; 96: 583-591.
2. Moran JL, Green JV, Homan SD, Leeson RJ, Leppard PI. Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and mechanical ventilation: a reevaluation. *Crit Care Med.* 1998; 26: 71-8.
3. Ely EW, Baker AM, Evans GW, Haponik EF. The distributions of costs of care in mechanical ventilated patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Crit Care Med.* 2000 ; 28: 581-3.
4. Fernández J et al. Non invasive ventilation for acute exacerbation of chronic obstructive disease: meta-analysis. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 281-6.
5. Miró G, Féliz M, Solsona JF. Medical decision i patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 536-8.
6. Garrouste-Orgeas M et al. Triaging patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patients outcomes. *Intensive Care Med* 2003; 29: 774-81. Epub 2003 Apr 02.

Bases de dades: PubMed – indexed for MEDLINE. Paraules clau: MPOC, ventilació mecànica no invasiva, intubació, aguditzacions MPOC.

Valoració dels articles: Alguns dels articles revisats es basen en mostres petites però en general s'observa que l'acceptació o la exclusió dels pacients MPOC a UCI per rebre mesures com la ventilació no invasiva és subjectiva depenent del metge que la realitzi però que bàsicament depen de diferents factors: l'habilitat i l'experiència del metge a l'UCI, les malalties associades del pacient, la qualitat de vida prèvia a l'agudització i el nombre de llits disponibles. Així un entrenament acurat dels responsables de pendre aquestes decisions i uns criteris precisos d'acceptació són necessaris per millorar l'equitat en l'actuació mèdica. Quant a la ventilació mecànica i la traqueostomia aconsegueixen un èxit acceptable en pacients MPOC severes, encara que s'observi que la supervivència als 2 anys no varii. Els beneficis de la ventilació no invasiva que s'han observat són la reducció de la mortalitat i la necessitat d'intubació en MPOC amb fallida respiratòria

aguda, tant en UCI com a planta, així com aconseguir reduir l'estància hospitalària mitjana.

Aportacions: Els resultats obtinguts fan pensar que amb l'aplicació d'aquestes mesures, sobretot de la ventilació no invasiva, es pot aconseguir millorar l'actuació terapèutica dels pacients MPOC severes, amb una reducció de la seva estància hospitalària mitjana i un augment de la seva supervivència a llarg termini.

Maneig de l'insomni el els malalts amb MPOC

Albert Moreno Destruels, Francisco Barrio Torrell, Carme Poblet Calaf, Elisabeth Tapia Barranco, Hiam Tarabishi Marín, Montserrat Velasco Carrera.

Hospital Joan XXIII

Propòsits: La qualitat del son està estretament relacionada amb la qualitat de vida. En els malalts amb MPOC l'insomni és un trastorn molt prevalent i alhora multifactorial (la pròpia malaltia que s'agreuja amb el decúbit, els efectes secundaris dels fàrmacs...). A aquest problema cal vèncer-lo des de diversos fronts, un d'ells, el farmacològic sovint és controvertit perquè en aquests malalts pot desencadenar efectes secundaris fatals. El propòsit principal de la nostra revisió d'articles és conèixer aquells fàrmacs que s'han demostrat més segurs en el tractament d'aquest trastorn.

Articles revisats i bases de dades:

1. George CF, Bayliff CD. Management of insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs* 2003; 63: 379-87.
2. Greenberg HE et al. Nortripty line induced depression of ventilatory control in a patient with chronic obstructive pulmonary disease. *American Review Respiratory Disease* 1993; 147: 1303-5.
3. Namen AM et al. Performance of sleep histories in an ambulatory medicine clinic: impact of simple chart reminders. *Chest* 1999; 116: 1558-63.
4. Martin RJ et al. Efectos of ipratropium bromide treatment on oxygen saturation and sleep quality in COPD. *Chest* 1999; 115: 1338-45.
5. Scheneider H. et al. The effect of triazolam and flunitrazepam: two benzodiazepines with different half-lives on breathing during sleep. *Chest* 1996; 109: 909-15.
6. Girault C. et al. Effects of repeated administration of zolpidem on sleep, diurnal and nocturnal respiratory function, vigilance, and physical performance in patients with COPD. *Chest* 1996; 110: 1203-11.
7. Murciano D et al. Comparison of zolpidem, triazolam, and flunitrazepam efectos on arterial blood gases and control of breathing in patients with severe COPD. *Chest* 1990; 97 (3 Suppl): 51S-52S.
8. Cummsiskey J et al. The effects of flurazepam on sleep studies in patients with COPD. *Chest* 1983, 84: 143-7.
9. Gross JB et al. Time course of ventilatory depression after thiopental and midazolam in normal subjects an in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Anesthesiology* 1983; 58: 540-4.

Bases de dades: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed : "COPD and benzodiazepines" limitat a: all fields, Human, sense limitació pel que fa a la data de publicació ni idioma. A més d'utilitzar articles inclosos en la bibliografia de la revisió "Management of insomnia in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease". De tots ells han estat revisats amb més profunditat els que podem consultar a text complet.

Paraules clau: MPOC: insomni, MPOC, fàrmacs hipnòtics i sedants.

Valoració dels articles: Malgrat alguns d'ells tenen moltes limitacions com a conseqüència de mostres petites, s'observa que els efectes adversos relacionats amb la depressió respiratòria durant la utilització de fàrmacs hipnòtics es donen sobretot en aquells malalts amb MPOC greus i hipercàpnics. Pel que fa als MPOC lleus-moderats diversos fàrmacs s'han demostrat més segurs. Tot i això es conclou que cal un maneig a través de diversos fronts farmacològics i no farmacològics, extremant la prudència.

Aportacions: Els resultats obtinguts poden oferir-nos una guia a l'hora de tractar amb èxit un trastorn tan prevalent com és l'insomni en els malalts amb MPOC.

Càrrega administrativa que suposen els pacients amb MPOC

M. Piqueras Pous, A. Pous Roura, A. Cortes Cortes, M. Busquets Ruiz, M. Moreno González, M. Cabrelles Pujolràs.

Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat.

L'MPOC és una de les patologies cròniques ateses amb més freqüència en l'atenció primària. Suposa una important càrrega assistencial i administrativa.

Objectiu: Quantificar i descriure la càrrega que suposa l'MPOC en el personal administratiu.

Disseny, subjectes i àmbit: Estudi observacional multicèntric, 4 centres informatitzats i urbans d'Atenció Primària; 3 amb el 100% d'històries nformatitzades i una amb el 30%.

Mesures i intervencions: Mitjançant el sistema informàtic del nostre Servei d'Atenció Primària s'obtenen les dades de població identificada, nombre d'històries codificades d'MPOC i número de citacions via administrativa dels quatre centres durant un any. Es tipifiquen 4 tipus de citacions: cita prèvia: sol·licitada per l'usuari via telefònica o al mateix centre; programada: concertada a petició del metge/infermera; urgència: demanada per l'usuari el mateix dia, des del centre o per telèfon; obliga a adequar o modificar agendes en funció de la demanda. I per últim, la consulta telefònica: és el personal administratiu qui gestiona la demanda per contactar amb el personal assistencial.

Resultats: S'obtenen un total de 1.846 històries codificades d'MPOC amb una població identificada de 83.770 (2,2%). El número de citacions per pacient amb MPOC durant l'any 2002 fou de 4,38. El total de citacions i de tipus de visites es mostra a la taula:

Tipus de citació	Citacions MPOC	Citacions total població identificada	% citacions MPOC
Cita prèvia	2.880	421.948	0,68%
Programada	328	85.267	3,85%
Urgència	1.794	16.702	10,74%
Consulta telefònica	66	529	12,47%
Total citacions	8.027	524.446	1,53%

Conclusions: Tot i que els centres que han estat objecte de l'estudi disposen del servei d'un "call center" per a la cita prèvia, queda palès que l'MPOC és una càrrega important per a les Unitats d'Atenció a l'Usuari de les àrees bàsiques pel que fa a les citacions que impliquen un augment de la tasca diària com són la citació urgent i la demanda telefònica.

Pressió assistencial i ingressos hospitalaris dels pacients MPOC en funció del registre espiromètric

Anna Isach Subirana, Jordi Ferré Gras, Elena Moltó Llarena, Josep Lluís Piñol Moreso, Elisabeth Vidal Folch, Marià Carulla Aresté.

EAP Reus-2

Objectius: Descriure la demanda assistencial en atenció primària i ingressos hospitalaris del pacient amb MPOC i relacionar-ho amb l'existència de registres espiromètrics.

Disseny: Estudi descriptiu transversal-retrospectiu.

Àmbit i subjectes: Subjectes MPOC d'una Àrea Bàsica de Salut.

Mesures i intervencions: Revisió de 200 històries clíniques de malalts registrats amb factor de risc MPOC. Es recullen variables com l'edat, sexe, registre espiromètric, nombre de consultes al metge de família i d'ingressos hospitalaris en els darrers 2 anys degut al MPOC. Es va contrastar amb la prova de khi quadrat.

Resultats: Dones: 19%; edat mitjana: 71,3 ± 11,6 anys. Prevalença MPOC (> 40 anys): 5,8% (IC95%: 5-6,6). No van anar al metge 31 pacients (15,5%), d'1 a 5 visites al metge: 117 pacients (58,5%) i més de 6 visites: 52 pacients (26%); relació del nombre de visites amb l'existència d'espirometria). Fins a 35 pacients (17,5%) van ingressar algun cop en l'hospital degut a l'MPOC.

Nombre de visites al metge	Espirometria		Total pacients
	No	Si	
0	28 (21,5%)	3 (4,3%)	31 (15,5%)
1 a 3	42 (32,3%)	28 (40%)	70 (35%)
4 o més	60 (46,2%)	39 (55,7%)	99 (49,5%)
Total	130 (100%)	70 (100%)	200 (100%)

Nombre de ingressos hospitalaris	Espirometria		Total pacients
	No	Si	
0	102 (78,5%)	63 (90%)	165 (82,5%)
1	17 (13,1%)	5 (7,1%)	22 (11%)
2	8 (6,1%)	1 (1,4%)	9 (4,5%)
3 o més	3 (2,3%)	1 (1,4%)	4 (2%)
Total	130 (100%)	70 (100%)	200 (100%)

Conclusions: El fet de tenir l'espirometria enregistrada es relaciona amb un augment de visites al metge de família i a una disminució dels ingressos hospitalaris. S'hauria de incrementar la petició d'espirometria en atenció primària.

REFREDAT COMÚ

QUÈ ÉS EL REFREDAT?

És una malaltia lleu causada per virus. Produeix mocs i tamponament nasal, mal de coll, llagimeig, tos i mal de cap. Normalment comença pel nas i després baixa als bronquis. Al cap de pocs dies es cura sense necessitat de tractament.

ES POT PREVENIR?

És normal patir entre 2 i 5 refredats a l'any. Els nens petits en pateixen de 6 a 8 a l'any, i més si van a l'escola. Alguns factors fan que es puguin tenir més refredats, per exemple: l'estrès, les preocupacions, sentir-se trist, fumar, dormir malament, tenir contacte freqüent amb nens petits i patir una rinitis al·lèrgica.

Lamentablement no hi ha res que puguem fer per prevenir el refredat. La vitamina C o l'echinacea no han pogut demostrar que previnguin aquesta malaltia, encara que hi ha persones que els va bé. Tampoc hi ha vacunes per als virus del refredat. La vacuna de la grip prevé la grip, però no el refredat.

COM PODEM TRACTAR-LO?

Per al mal de cap o la febre són útils el paracetamol o l'aspirina (si pren aspirina, vagi amb compte amb l'estómac i la tensió).

Els antibiòtics no curen el refredat.

Cal descansar i cuidar-se amb seny (no anar en moto, no sortir a les nits, evitar el fred).



Si fuma és convenient estar uns dies sense fer-ho, **i sempre és un gran moment per deixar de fumar.**

Cal beure sovint aigua i infusions.

Fer vapors d'aigua sola ajuda a estovar els mocs.

Convé **posar-se sovint sèrum fisiològic o aigua amb sal al nas** (es prepara amb un litre d'aigua i una culleradeta de sal i es posa al nas amb una xeringa).

Per a la irritació de la gola va bé llepar **caramels sense sucre. Eviti tossir i gargamellejar** si no és per treure mocs, perquè quan tus es rasca la gola i augmenta la irritació i la tos.

Per respirar millor a la nit i no tenir tanta sequedat i tos, va bé **posar un tros de ceba crua a la tauleta de nit.**

Per disminuir el risc de contagis, va bé **rentar-se sovint les mans i fer servir mocadors d'un sol ús.**



QUAN CONSULTAR EL METGE?

Si patim alguna malaltia bronquial o el refredat dura més de 10 dies o apareix febre molt alta o algun símptoma diferent dels descrits, cal consultar el nostre metge de capçalera. També l'hem de consultar si tenim algun dubte.

LES PERSONES AMB ASMA:

Si té asma ha d'utilitzar els inhaladors, especialment quan té refredats. Recordi que si té asma no ha de prendre aspirina ni res que porti eucaliptus.



RESFRIADO COMÚN

¿QUÉ ES EL RESFRIADO?

Es una enfermedad leve causada por virus. Produce mocos y taponamiento nasal, dolor de garganta, lagrimeo, tos y dolor de cabeza. Normalmente empieza por la nariz y después baja a los bronquios. A los pocos días se cura sin necesidad de tratamiento.

¿SE PUEDE PREVENIR?

Es normal sufrir entre 2 y 5 resfriados al año. Los niños pequeños sufren de 6 a 8 al año, y más si van al colegio. Algunos factores hacen que se puedan tener más resfriados, por ejemplo: el estrés, las preocupaciones, sentirse triste, fumar, dormir mal, tener contacto frecuente con niños pequeños y sufrir una rinitis alérgica.

Lamentablemente no hay nada que podamos hacer para prevenir el resfriado. La vitamina C o la echinacea no han podido demostrar que prevengan esta enfermedad, aunque hay personas a las que les va bien. Tampoco hay vacunas para el virus del resfriado. La vacuna de la gripe previene la gripe, pero no el resfriado.

¿CÓMO PODEMOS TRATARLO?

Para el dolor de cabeza o la fiebre son útiles el paracetamol o la aspirina (si toma aspirina, vaya con cuidado con el estómago y la tensión).

Los antibióticos no curan el resfriado.

Debe descansar y cuidarse con sensatez (no ir en moto, no salir por las noches, evitar el frío).



Si fuma es conveniente estar unos días sin hacerlo, **y siempre es un gran momento para dejar de fumar.**

Beba a menudo agua e infusiones.

Hacer vapores de agua sola ayuda a reblandecer los mocos.

Conviene **ponerse a menudo suero fisiológico o agua con sal en la nariz** (se prepara con un litro de agua y una cucharadita de sal y se pone en la nariz con una jeringa).

Para la irritación de la garganta va bien **lamer caramelos sin azúcar. Evite toser y carraspear** si no es para sacar mocos, porque cuando tose se rasca la garganta y aumenta la irritación y la tos.

Para respirar mejor por la noche y no tener tanta sequedad y tos, va bien **poner un trozo de cebolla cruda en la mesilla de noche.**

Para disminuir el riesgo de contagios, es conveniente **lavarse las manos a menudo y utilizar pañuelos de un solo uso.**



¿CUÁNDO CONSULTAR AL MÉDICO?

Si sufrimos alguna enfermedad bronquial o el resfriado dura más de 10 días o aparece fiebre muy alta o algún síntoma diferente de los descritos, debe consultar a su médico de cabecera. También debe consultarle si tiene alguna duda.

LAS PERSONAS CON ASMA:

Si tiene asma debe utilizar los inhaladores, especialmente cuando está resfriado. Recuerde que si tiene asma no debe tomar aspirina ni nada que lleve eucalipto.

