

ÁREA ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE BRONCOSCOPIAS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL GENERAL

M.J. García, E. Cebrián, A. Núñez, M. Vizcaya, C. Blasco, R. Márquez, E. Fernández, J. Jiménez y D. Alfaro

Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Albacete.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, de las fibrobroncoscopias realizadas en la unidad de neumología del Hospital General de Albacete durante los meses de julio a noviembre de 2005. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, premedicación, motivo de indicación, servicio solicitante, modo de estudio, técnicas realizadas, diagnóstico anatomopatológico y complicaciones. Análisis comparativo bivalente de la tolerancia según la premedicación administrada.

Resultados: Se valoraron 153 pacientes, 76,5% varones, con edad media 60 años \pm DE 15,7 (18-95). El estudio se realizó en régimen de ingreso en 82,4% de los casos y los servicios solicitantes más frecuentes fueron Neumología en 46,4%, Medicina Interna 17%, Cirugía Torácica 11,1%, Oncología 7,2%, UCI y REA 8,5%. Se utilizó premedicación con midazolam para sedación en el 73% y oxigenoterapia durante el procedimiento en el 89%. El acceso fue nasal en 91,5%, oral 1,3%, por traqueostomía 2,6% y a través de tubo orotraqueal en 4,6%. *Las indicaciones más frecuentes fueron:* nódulo o masa pulmonar 23,9%, atelectasia 13,3%, hemoptisis 11,2%, neumonía 10,6%, patología intersticial 4%, intubación dificultosa 2%, revisión de enfermedad neoplásica 4,8%, patología traqueal 5,4%, estadificación mediastínica 2,8%, patología pleural 3,9%, TBC 3,9%, sospecha de fístula traqueo-bronquial 2,6%, revisión vía aérea 2,1%. Se realizaron 36,3% biopsias bronquiales, 14,3% biopsias transbronquiales, 2% biopsias traqueales, 4% punciones transbronquiales, 12,2% lavados broncoalveolares, con control de radioscopia en el 11,1%. La tolerancia fue buena en el 30,2%, aceptable en 56%, mala 21,7% y muy mala en el 2%, mejor en los premedicados con midazolam (buena o aceptable en 82,3% frente a 55,3% en no sedados; $p < 0,05$). *Las complicaciones más frecuentes fueron:* tos persistente 19,6%, desaturación 10,2%, hemorragia 5,9%, epixtasis 1,3%, agitación 0,7%, angor 0,7%. *Diagnósticos definitivos anatomopatológicos:* Neoplasia 19,2% (3,9% carcinoma microcítico, de célula no pequeña 3,3%, epidermoide 3,9%, adenocarcinoma 2,6%, indiferenciado 2%, leiomioma 0,7%, sarcoma 0,7%, síndrome mielodisplásico 0,7%, linfoma 0,7%), fibrosis pulmonar inespecífica 1,3%, bronquiolitis obliterante con neumonía organizada 0,7%. Se detectó tuberculosis en el 1,3%. Los casos de neoplasia se dieron en el 80% de los casos con imagen de nódulo o masa pulmonar, 8% con patología mediastínica, 4% atelectasia, 8% sin sospecha previa.

Conclusiones: 1) La mayoría de pacientes mostraron buena tolerancia a la fibrobroncoscopia con escasas y leves complicaciones. 2) La sedación, aplicada en la mayoría de los casos, mejoró la tolerancia de manera significativa. 3) La indicación más frecuente fue el estudio de nódulo pulmonar, atelectasia y hemoptisis. 4) Se detectó malignidad en el 19,2% de los pacientes, 2,1% no sospechada.

CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA

J. Hueto Pérez de Heredia^a, P. Cebollero Rivas^a, J.a. Cascante Rodrigo^a, I. Pascal Martínez^a, M. Carpintero^b, F. Teruel^c y M. Soto^d

^aNeumología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, ^bAtención Primaria. Centro de Salud de Mendillorri, ^cAtención Primaria. Centro de Salud de Navascués, ^dATS de Neumología. Centro de Consulta Príncipe de Viana. Pamplona.

Objetivo: Analizar la calidad de las espirometrías realizadas en AP en nuestro medio.

Metodología: De entre los centros de salud (CS) de la comarca de Pamplona que reconocieron realizar espirometrías en una encuesta realizada con anterioridad, se seleccionaron de forma aleatoria 11. Durante un periodo de tres meses y medio se solicitó a los médicos de esos CS que pidiesen consentimiento para participar en el estudio a aquellos pacientes a los que se les indicaba una espirometría, siempre que cumplieren como requisito el no disponer de otras efectuadas previamente en el ámbito de la atención especializada. A cada paciente se le realizó una espirometría basal en su CS, siguiendo la sistemática del CS y por el personal habitual destinado para ello, y se les instruyó para que no utilizaran fármacos broncodilatadores hasta una segunda exploración. El mismo día por la tarde, personal de enfermería de neumología repetían las exploraciones con prueba broncodilatadora en las consultas externas de neumología siguiendo las normativas SEPAR y utilizando para ello un espirómetro Datospir 100[®] por ser este modelo el disponible en la gran mayoría de CS de nuestra Comunidad. Para evaluar la calidad de las espirometrías se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la ATS, aceptando como buen índice de reproducibilidad para la FVC y el FEV1 diferencias inferiores a 200 ml entre las mejores determinaciones de ambos medios asistenciales; dos neumólogos valoraron todas las curvas flujo volumen a la hora de la inclusión de datos y clasificaron su realización (inicio, pendiente y final) en correcta o defectuosa.

Resultados: Participaron en el estudio 171 pacientes (edad media de 51,7 años). Se comprobaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la realización de las curvas flujo volumen en sus tres puntos analizados, inicio, pendiente y final. Las diferencias encontradas al comparar las medias para las variables FVC y FEV1 también fueron significativas ($p < 0,0001$ y $p < 0,0002$ respectivamente). Aplicando los criterios de reproducibilidad recomendados por la ATS, se apreció que 130 pacientes (76%) presentaban discrepancias superiores a 200 ml para la FVC y 68 (39,7%) en sus valores de FEV1.

Conclusiones: Tomando como "gold standar" las espirometrías realizadas en las consultas de neumología, se pudo comprobar una inadecuada calidad de las espirometrías realizadas en atención primaria en nuestro medio, con un porcentaje muy elevado de ellas que incumplían los criterios de reproducibilidad recomendados por la ATS, fundamentalmente a expensas de la FVC.

CAPNOGRAFÍA COMO SUSTITUTO DE LA PACO₂ MEDIDA POR GASOMETRÍA ARTERIAL: ¿VÁLIDA ÚNICAMENTE EN PACIENTES SIN OBSTRUCCIÓN AL FLUJO AÉREO?

M. Arranz, C. Veigas, H. Espuela, A. Galera, M.T. García, A. García y M. Luján

Servicio de Neumología. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Objetivo: Comparación de los valores de CO₂ al final de espiración (EtCO₂) con los obtenidos mediante gasometría arterial, en un grupo de pacientes con espirometría normal y un segundo grupo con obstrucción al flujo aéreo de diferente intensidad.

Material y métodos: Población: 95 pacientes remitidos al laboratorio de función pulmonar distribuidos en dos grupos: espirometría normal y pacientes con distintos grados de obstrucción crónica al flujo aéreo. *a) Instrumentalización:* Gasometría arterial previa anestesia tópica según procedimiento, con procesamiento en dos gasómetros independientes. *b) Capnografía:* Determinación del EtCO₂ con capnógrafo Capnocheck PlusR, con el paciente en oclusión nasal y ventilando espontáneamente a través de una pieza bucal, tomándose el valor una vez estabilizado el patrón ventilatorio (al cabo de 1-2 minutos). *c) Espirometría forzada para asignación de grupo. Análisis estadístico:* se consideraron los valores de PaCO₂ de referencia como las medias de los dos gasómetros. Correlación de Pearson y media de diferencias, con análisis de concordancia de Bland y Altman.

Resultados: De los 95 pacientes. 43 de ellos presentaron una espirometría normal y 52 distintos grados de obstrucción crónica al flujo aéreo (11 pacientes con FEV1 entre 60 y 80% -obstrucción leve-,

12 con FEV1 entre el 40 y el 60% -obstrucción moderada- y 29 pacientes con FEV1 por debajo del 40% del valor teórico -obstrucción grave-. En la tabla adjunta se expresan los valores de correlación entre EtCO₂ y PaCO₂ (r), con las medias de diferencias (MD) y los intervalos de confianza al 95% (IC95%) en los distintos grupos del estudio.

	Espirometría patológica				
	Espirometría normal	Global	OCFA leve	OCFA moderada	OCFA grave
r	0,548§	0,766†	0,737†	0,797‡	0,720§
MD (mmHg)	-1,5± 3,2‡	-7,04± ‡	-4,54±3,9‡	-6,42± 2,9§	-8,24±5,7§
IC 95 %	-2,5; -0,5	-8,4; -5,6	-7,1; -1,9	-8,2; -4,5	-10,4; -6,0

† p < 0,01; ‡p < 0,001; §p < 0,0001

Conclusiones: 1) El EtCO₂ constituye un buen sustituto de la PaCO₂ medida por gasometría arterial únicamente en pacientes con espirometría normal (infraestimación media de 1 mmHg). 2) A medida que el grado de obstrucción al flujo aéreo progresa, la diferencia entre el EtCO₂ y la PaCO₂ también aumenta. Dicha diferencia provoca que el EtCO₂ sea un mal reflejo de la PaCO₂ aún en pacientes con obstrucción leve.

CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO FUNCIONAL ESPIROMÉTRICO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUMOLOGÍA EN NAVARRA

P. Cebollero Rivas^a, J. Hueto Pérez de Heredia^a, J.A. Cascante Rodrigo^a, I. Pascal Martínez^a, V.M. Eguía Astibia^a, F. Teruel^b y M. Zazpe^c

^aNeumología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, ^bAtención Primaria. Centro de Salud de Navacues, ^cATS. Neumología. Centro de Consultas Príncipe de Viana. Pamplona.

Objetivos: Evaluar la concordancia en el diagnóstico funcional espirométrico entre Atención Primaria (AP) y Neumología en nuestro medio.

Metodología: De entre los centros de salud (CS) de la comarca de Pamplona que reconocieron realizar espirometrías en una encuesta realizada con anterioridad, se seleccionaron de forma aleatoria 11. Durante un periodo de tres meses y medio se solicitó a los médicos de esos CS que pidiesen consentimiento para participar en el estudio a aquellos pacientes a los que se les indicaba una espirometría, siempre que cumpliesen como requisito el no disponer de otras efectuadas previamente en el ámbito de la atención especializada. A cada paciente se le realizó una espirometría basal en su CS por el personal de enfermería destinado para ello, y se les instruyó para que no utilizasen fármacos broncodilatadores hasta una segunda exploración. El mismo día por la tarde, personal de enfermería de neumología repetían las exploraciones con prueba broncodilatadora en las consultas externas de neumología siguiendo las normativas SEPAR y utilizando para ello un espirómetro Datospir 100[®] por ser este modelo el disponible en la gran mayoría de CS de nuestra Comunidad. La clasificación funcional se ha realizado siguiendo la propuesta SEPAR.

Resultados: Se realizaron espirometrías en ambos niveles asistenciales a un total de 203 pacientes; se excluyeron para el estudio a 32 de ellos (15 por no disponer de maniobras reproducibles adecuadas en el laboratorio de función respiratoria de neumología y 17 por utilización previa de broncodilatadores o haber realizado espirometrías previas en consultas de neumología o alergología. En total se estudiaron 171 casos. De las espirometrías realizadas en neumología, 69 fueron compatibles con la normalidad de ellas, el 78,2% guardaban concordancia diagnóstica con las realizadas en AP y un 21,6% reflejaban un diagnóstico erróneo (14,4% probable restricción leve y 7,2% patrón obstructivo leve). Fueron compatibles con un patrón obstructivo leve en neumología 71, de las cuales, 26 (36,6%) resultaron coincidentes y las 45 restantes (63,2%) tuvieron diagnósticos distintos (28% normales, 22,5% patrón "restrictivo" leve, 8,4% patrón obstructivo moderado, 2,8% patrón mixto y 1,4% obstrucción severa). Tuvieron un patrón obstructivo moderado 17 pacientes, de ellos, el 64,7% presentaban el mismo

diagnóstico en AP; un patrón obstructivo severo se diagnóstico en otros 2 pacientes, siendo en uno el diagnóstico coincidente y un patrón "restrictivo" leve en 12, con una coincidencia en AP en el 91,6% de los casos. Tomando como "gold standar" las espirometrías realizadas en consultas de neumología, se pudo comprobar un 43,2% de diagnósticos erróneos en AP

Conclusiones. Alto porcentaje de errores diagnósticos espirométricos en AP en nuestro medio. Marcada tendencia a diagnosticar patrones falsamente restrictivos e infradiagnosticar los obstructivos en este ámbito asistencial.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

M. Calpena, M. Pereira, A. González, I. Andrés^a, G. Majadas^b, C. Repullés^b, P. Abulf^c, M.L. González^{a,d}, M. Matito^e y C. Josep^f

Neumología Hospital Sta Creu i Sant Pau Barcelona. ^aNeumología Hospital Germans Trias i Pujol Barcelona. ^bMedicina interna Hospital de Viladecans. ^cMedicina Interna Hospital de Figueras. ^dNeumología Hospital de Bellvitge. ^eMedicina Interna Hospital Granollers. ^fMedicina Interna Hospital Mataró.

Introducción: La EPOC constituye un problema sanitario de primera magnitud. El estudio IBERPOP ha mostrado que al prevalencia de la EPOC en España es de un 9% entre los 40-69 años.

Objetivos: 1. Conocer las características de los pacientes que ingresan por agudización de EPOC, en cuanto a comorbilidad, apoyo social. 2. Describir los cuidados de enfermería que se realizan. 3. Conocer la logística en cuanto a organización del trabajo, distribución de tareas.

Material y métodos: Estudio multicéntrico en el que participan 7 Hospitales de Cataluña, tipo descriptivo transversal, orientación temporal prospectiva. Los datos se obtuvieron mediante cuestionarios, se pasaron 3 cuestionarios; 1^o cuestionario: para recoger datos de los Centros participantes (tipo de hospital, nº camas, organización de enfermería). 2^o cuestionario: datos de los pacientes en el momento del ingreso (2^o-4^o día). Comorbilidad, situación socio-familiar, cuidados de enfermería. 3^o cuestionario: cuidados que precisan en el momento del alta.

Resultados: La muestra es de 169 pacientes (M: 146; F: 23); edad: 69 (10) años. Comorbilidad: 41 (24%) HTA; 42 (25%) Diabetes; 37 (22%) Cardiopatía. 1^o Cuestionario: 3 hospitales de alta tecnología, 2 Generales Básicos, 2 de referencia; nº camas: (111-646); la organización de enfermería es por asignación de pacientes. 2^o y 3^o Cuestionarios: Situación socio-familiar: 136 (81%) jubilados; 16 (9%) invalidez; 124 (73%) casados; 29 (17%) viudos; 157 (93%) tienen soporte familiar.

Hospitalización	alta	p
Precisan O ₂ :	150 (88%)	Precisan O ₂ : 52 (30%) 0,000
Precisan ayuda deambulacion:	41 (24%)	Deambulacion: 30 (18%) NS
Ayuda parcial vestirse:	39 (23%)	Ayuda vestirse: 33 (20%) NS
Ayuda higiene:	50 (30%)	Ayuda higiene: 49 (29%) NS
Conocen signos alarma:	120 (71%)	Conocen signos: 151 (89%) 0,005

Conclusiones: 1. La organización de enfermería es por asignación de pacientes. 2. El paciente precisa más cuidados de enfermería en la fase de hospitalización. 3. Durante la hospitalización los pacientes han mejorado los conocimientos acerca de los signos de alarma.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA REPARADORA DE LA TRÁQUEA

A. Aicarte, C. Sánchez, J.M. Gimferer, P. Buera, M. Iglesias y M.J. Santos

Servicio de Cirugía Torácica. Institut Clínic del Tórax. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El tratamiento de elección de las estenosis traqueales inflamatorias es la cirugía de resección traqueal con anastomosis término-terminal. La dificultad del tratamiento quirúrgico está

en relación a la extensión y localización (subglótica o traqueal) de la estenosis. La fisioterapia y los cuidados postoperatorios juegan un papel muy importante en la recuperación de estas lesiones.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia en los cuidados postoperatorios llevados a cabo en pacientes tratados de estenosis traqueal, analizar su eficacia y estandarizar un protocolo postoperatorio para casos sucesivos.

Material y métodos: Hemos analizado los resultados obtenidos en un grupo de 11 pacientes sometidos a resección traqueal en el Servicio de Cirugía Torácica en el período de un año. Todos los pacientes han sido tratados con limitación a la extensión cervical, control de drenajes, limitación de la fonación las primeras 24 horas, inicio progresivo de la ingesta oral a partir de las 6-12 horas, movilización las primeras 24 horas y fisioterapia.

Conclusiones: No hemos observado complicaciones postoperatoria a destacar, únicamente se ha evidenciado un caso de parálisis recurrencial que retrasó el inicio de la ingesta oral. El resto de pacientes evolucionaron favorablemente y pudieron ser dados de alta entre 8 y 14 días.

EFICACIA DE LA CPAP AUTOMÁTICA FRENTE A LA CPAP FIJA EN PACIENTES CON PROBLEMAS NASALES. ESTUDIO PILOTO

C. León, R. Prieto, M. Puig, M. Carrión, J.M. Montserrat y L. Hernández

Servicio de Neumología. ICPCT. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Los problemas nasales en pacientes en tratamiento con CPAP son frecuentes. Se especula que la presencia de fugas o quizás la presión inadecuada podrían ser factores etiológicos. Las CPAP automáticas son útiles para titular el nivel de CPAP, mantener un flujo normal cuando se utilizan como tratamiento y además permiten detectar la presencia de fugas aun cuando se utiliza como presión fija. La hipótesis es que las variaciones presión y/o la presencia de fugas van a ser determinantes en la etiología de los problemas nasales.

Objetivos: Evaluar si la CPAP automática puede detectar y/o corregir las causas que inducen a la aparición de problemas nasales en pacientes en tratamiento con CPAP sin clínica nasal previa.

Material y método: Se han evaluado 16 pacientes con problemas de tolerancia nasal desarrollada durante el tratamiento con CPAP. Se han realizado a todos ellos un prick test, rinomanometría y cuestionarios que incluía uno específico de tolerancia a CPAP en tres puntos distintos: basal, tras 1 semana de CPAP fija, y tras 1 semana de CPAP automática (randomizado). Se comprobó si había existencia de fugas o titulación inapropiada de CPAP o si la CPAP automática corregía o mejoraba los problemas nasales.

Resultados: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros evaluados en las 3 situaciones.

Conclusiones: El uso de una CPAP automática no ha mejorado la sintomatología clínica, ni ha sido útil para conocer las causas de la problemática nasal, aunque individualmente, en algún paciente, se detectaron fugas excesivas.

Subvencionado: SAH 2004. -00684. Ayuda Carburos Metálicos. 2005.

ESCALAS PRONÓSTICAS Y ESTABILIDAD CLÍNICA EN LA NEUMONÍA HOSPITALIZADA

A. Martínez, S. Reyes, R. Martínez, J. Pérez, E. Cases, M.J. Lorenzo y R. Menéndez

Servicio de neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Las escalas pronósticas CURB65 y FINE sirven para predecir mortalidad en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y son útiles en la toma de decisión de ingreso hospitalario.

Objetivo: Analizar la relación entre ambas escalas pronósticas y la estabilidad clínica (EC) en los pacientes hospitalizados por NAC.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo y observacional de 27 meses de duración en pacientes ingresados con el diagnóstico de NAC. Las variables recogidas fueron: datos demo-

gráficos, datos relacionados con la EC, duración de la estancia, y se calcularon las dos escalas pronósticas para cada paciente. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y se correlacionaron ambas escalas con el día de EC.

Resultados: Se incluyeron 356 pacientes (244 hombres), edad media $64,9 \pm 17,7$ y una mediana de estancia de 8 días. Los resultados del análisis de correlación muestran una relación estadísticamente significativa de ambas escalas con la EC ($p = 0,0001$, $r = 0,23$ para Fine y $p = 0,02$, $r = 0,12$ para Curb65). El número de días hasta alcanzar la EC, según ambas escalas de riesgo, se describen en la tabla 1:

Días hasta alcanzar la EC. mediana ($P_{25} - P_{75}$)

Escalas	0/1	2	3	4	5
Curb65	3 (1-4)	3 (2-5)	4 (1-7)	4 (2-5)	6 (2-6)
Fine	3 (1-3)	2 (1-4)	3 (2-5)	3 (2-6)	5 (2-6)

Conclusión: Ambas escalas pronósticas son válidas para predecir la EC en la NAC durante la hospitalización.

ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN EL ÁREA SUR DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

N. Chouciño Garrido, A.I. Gorís Pereiras, M.I. Baamonde Rodríguez y A. Fernández-Villar

Unidad de Tuberculosis. Servicio de Neumología. Hospital Xeral. CHUVI. Vigo.

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas de la tuberculosis (TB) infantil en nuestra área sanitaria.

Material y método: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal en el que analizaron las características epidemiológicas y clínicas de todos los pacientes diagnosticados de TB con edades comprendidas entre 0 y 14 años del Área Sur de la provincia de Pontevedra. Se analizó, además, sus posibles "casos fuente". Para ello se utilizó el registro del "Programa Galego de Tuberculosis" incluyendo todos los casos diagnosticados entre enero 2001 y diciembre de 2004.

Resultados: Se registraron un total de 82 niños con TB (8,54% del total de casos diagnosticados) con una media de edad de $4,8 \pm 3,85$ años. Presentaban formas respiratorias el 90% (74 casos). Se confirmó el diagnóstico microbiológicamente en 26 (31,7%), este fue por técnicas amplificación RNA y/o DNA en 16 (19,5%) y se basó en datos clínico-radiológicos en 40 (48,8%). El 57,3% (47 casos) presentaba al menos un factor de riesgo de TB (42 contacto, 10 inmigración, 8 distocia social, y 1 recidiva).

Se lograron identificar un total de 33 posibles "casos fuente", de los cuales uno ocasionó dos niños enfermos y otros tres provocaron tres casos nuevos cada uno. Presentaban un retraso diagnóstico de $2,4 \pm 2,4$ meses, radiografía con cavitación el 75% (30 casos), baciloscopias de esputo positivas el 82,5% (33 casos) y 13 casos (39,3%) algún factor de riesgo socio-epidemiológico de TB.

Conclusiones: 1. La incidencia de TB infantil en nuestra área sigue siendo muy elevada. 2. Sólo en algo más de la mitad de los casos de TB infantil se logra identificar el posible "caso fuente". 3. El retraso diagnóstico de los adultos tiene especial relevancia en el desarrollo de la TB infantil. 4. Casi el 40% de los posibles "casos fuente" tienen factores de riesgo socio-epidemiológicos de TB. 5. El estudio de contactos es realmente rentable.

ESTUDIO DE LA EFICACIA DIAGNÓSTICA DE DOS MODELOS DE PULSIOXÍMETROS

T. Resta, E. García, E. Cabezas, I. Castillo, M.L. Fernández, C. Fernández, C. Álvaro, R. Perona, L. Sánchez, E. Requeijo, R.M. Girón, E. Zamora y M.A. Viro

DUE del Servicio de Neumología. Hospital U de la Princesa. Madrid.

Introducción: La pulsioximetría es la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. El grupo hemo confiere a la hemoglobina unas propie-

dades ópticas que absorben unas determinadas longitudes de onda, diferentes para la hemoglobina oxidada y la reducida. El pulsioxímetro emite un foco de luz y capta la que pasa a través del lecho ungueal, de manera que, según la longitudes de ondas absorbidas, es posible conocer la saturación de oxígeno por la hemoglobina.

Objetivo: Determinación de la eficacia diagnóstica de 2 modelos de pulsioxímetros.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología, durante el periodo comprendido de 1 Octubre hasta 30 Noviembre del 2005, a los que se les indicó la realización de una gasometría (GA) por parte del personal médico. A estos enfermos se les realizó de forma simultánea, la extracción de la GA y la anotación de la saturación de oxígeno determinado por uno de los 2 modelos de pulsioxímetro colocado en el enfermo. Posteriormente se recogió el valor saturación oxígeno analizado en la gasometría. Los modelos de pulsioxímetros utilizados fueron Onyx modelo 9500(NONIN) y Dinamap pro1000 (GE Medical system). Se recogió la edad, sexo y el flujo de oxígeno administrado al enfermo en el momento de realizar la gasometría.

Resultados: Se realizaron 120 gasometrías a 95 pacientes, 63 hombres y 32 mujeres con una edad media de 70,17 (14,68) años. 3 gasometrías fueron desechadas, 2 por ser consideradas venosas y 1 por contener una burbuja de aire. En 66 casos la GA fue basal, 26 casos con gafas nasales a 2 litros por minuto, en 14 casos con mascarilla (ventimax) al 31%, 6 al 24%, 5 al 35% y 2 casos con ventilación mecánica no invasora (BIPAP) y oxígeno. Los valores medios de la saturación del O₂ por los dos pulsioxímetros fue de 91,76 (4,92) y por la GA de 91,83 (4,91). El coeficiente de correlación para el modelo ONIX fue de 0,8982 (Intervalo de confianza del 95%: 0,8304-0,9390) p < 0,0001 y del Dinamap de 0,9146 (IC del 95%: 0,8562-0,9492) p < 0,0001.

Conclusión: La pulsioximetría es un método no invasivo que permite calcular con muy buena fiabilidad la saturación de oxígeno de los pacientes, pudiéndose evitar en un gran número de casos la realización de la gasometría.

ESTUDIO DE LAS TÉCNICAS REALIZADAS EN UN LABORATORIO DE FUNCIONALISMO PULMONAR DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

C. Blasco, M.J. García, A. Núñez, J. Martínez-Moratalla, E. Cebrián, R. Márquez, E. Fernández, D. Alfaro y M. Vizcaya
Neumología Hospital General Universitario Albacete.

Objetivos: Analizar las pruebas realizadas en un laboratorio de función pulmonar de un servicio de neumología (NM), servicio solicitante y diagnóstico de presunción y funcional obtenido.

Métodos: Estudio prospectivo de las pruebas funcionales realizadas en la unidad de función pulmonar de NM del Hospital General de Albacete (noviembre 2004-enero 2005). Se recogieron variables epidemiológicas, de diagnóstico y funcionales. Se realizó estudio descriptivo, comparativo bivalente y de regresión múltiple según el diagnóstico funcional y los servicios solicitantes.

Resultados: Se valoraron 822 pacientes a los que se realizaron una o más técnicas, 59,4% varones, con edad media 40 años ± DE 26,4 (4 92) y con una media de 273 pacientes mensuales (247, 293). Los servicios solicitantes más frecuentes fueron NM en 49,3%, Pediatría 35,9%, Medicina Interna 4,5%. La solicitud estuvo correctamente justificada en el 94%. El motivo de petición fue: estudio inicial en 61,4%, revisión en 34,4%, preoperatorio en 2,3%, incapacidad laboral en 0,5%. *Técnicas solicitadas:* Espirometría 87,1% (con prueba broncodilatadora (PBD) 80,8%), pletismografía 5,8%, test de transferencia de CO 1,5%, ambas en 9,4%, test de metacolina 1,5%, PIM/PEM en 0,5%, GAB en 7%, test marcha 1%. La pletismografía y test transferencia de CO fueron más solicitados por otros servicios (61% otros, NM 39%) y el resto por NM, con diferencias significativas en el análisis multivariante. El diagnóstico de presunción fue: EPOC en 9,1%, HRB 14,8%, asma en 36,2%, alteración ventilatoria restrictiva 3,7%, otros 36%. El diagnóstico funcional fue: alteración ventilatoria obstructiva en 27,9% con PBD

positiva en 18,7%. Se confirmó el diagnóstico obstructivo de sospecha en el 76,5% de EPOC, 22,6% asma y 8,8% HRB, con PBD positiva para 29,2% de EPOC, 23,4% de asma y 18,8% HRB. Comparando según el diagnóstico funcional obstructivo o no, obtuvimos diferencias en el análisis bivalente (p < 0,0001) para la edad (obstrucción en < 14 años: 8%, 15-34: 33%, 35-64: 53%, > 65: 72%), sexo (varón 33%, mujer 20%) servicio solicitante (neumología: 44%, Pediatría: 8%, Otros: 28%), diagnóstico de sospecha, PBD (positivo 70%, negativo 22%). En la regresión múltiple observamos diferencias para la edad (coeficiente estandarizado: -0,4; p < 0,0001), diagnóstico de sospecha (coeficiente estandarizado: 0,2; p < 0,0001), servicio solicitante (coeficiente estandarizado: 0,1; p = 0,021). El análisis multivariante según el servicio solicitante mostró diferencias para diagnóstico de sospecha, técnica y patrón obstructivo.

Conclusiones: 1) La técnica más solicitada fue la espirometría. 2) El diagnóstico de presunción se confirmó para la mayoría de los pacientes con sospecha de EPOC y en menos del 25% del asma o HRB. 3) Los pacientes con trastorno obstructivo fueron predominantemente varones, de mayor edad, más PBD positiva y estudiados mayoritariamente por neumología. 4) Las técnicas más específicas fueron solicitadas por neumología.

EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN UN BROTE DE TUBERCULOSIS EN UN PEQUEÑO MUNICIPIO DE BIZKAIA

E. López de Santa María Miró^a, C. Castells Carrillo^b, T. Sarobe Santiesteban^b, E. Ciruelos Ayuso^a, M.P. Ruiz Gómez^c y M. Camiruaga Díez^b

^aNeumología Hospital de Cruces, ^bSubdirección de Salud Pública Bizkaia, ^cAtención Primaria Osakidetza.

Antecedentes: Entre los meses de mayo de 2003 a mayo de 2004 se diagnosticaron 11 casos de tuberculosis en un pequeño municipio de Bizkaia de 518 habitantes. Este municipio entre los años 1998 y 2002 tenía declarados 2 casos de tuberculosis.

Objetivo: Evaluar las medidas adoptadas con motivo de la aparición de un brote de tuberculosis en un pequeño municipio de Bizkaia.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los casos declarados en la consulta de Atención Primaria para determinar las fechas de aparición de síntomas. Se realizó el cronograma desde el inicio de los síntomas hasta el inicio del tratamiento determinando el tiempo de transmisión del bacilo y se trazaron las relaciones entre los casos para determinar el patrón de transmisión del bacilo. Se censaron los contactos mediante círculos concéntricos a partir del caso índice y se indicó tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) siguiendo el protocolo habitual (Programa de control y prevención de Tuberculosis. Gobierno Vasco) Se adoptaron medidas para garantizar la adherencia al tratamiento y se valoró el cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Resultados: Según el cronograma realizado, el caso índice fue el segundo caso diagnosticado, con una demora diagnóstica de 5 meses. Era un varón de 27 años con una forma pulmonar cavitada con baciloscopia de esputo positiva. Tres de los casos eran contactos íntimos del caso índice. El resto eran amigos más o menos cercanos, todos varones que compartían los bares del pueblo. Su media de edad fue 22,6 años (rango: 18-30). Fueron estudiadas 41 personas y se indicó TITL a 27 (65,8%) con una pauta de 6 meses de Isoniacida. Un mes después y ante la escasa adherencia al TITL detectada por los sanitarios del municipio, se les envió una carta con acuse de recibo y nueva cita a consulta donde se les volvió a insistir sobre la importancia del TITL, se les propuso cambiar el tratamiento a una pauta más corta de tres meses con Isoniacida y Rifampicina y se les invitó a firmar un escrito de compromiso de toma de tratamiento. Al finalizar el periodo de estudio, 16 (59,2%) de los contactos había rechazado el tratamiento, 10 (37%) lo habían finalizado y solo en un caso se retiró por intolerancia. Dos de los enfermos diagnosticados habían sido estudiados como contactos pero no aceptaron el TITL. La causa alegada por los contactos para rechazar el tratamiento fue la incompatibilidad del mismo con el consumo de alcohol.

Conclusiones: Se constata la dificultad del cumplimiento del TITL en personas jóvenes incluso en el contexto epidemiológico de un brote a pesar de las medidas adoptadas.

FORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA TORÁCICA INFANTIL EN ANGOLA: UNA EXPERIENCIA EN COOPERACIÓN AL DESARROLLO

B. Martínez Borde^a, J.C. Rumbero Sánchez^a, A. Huertos Somocurcio^b, U. Jiménez Maestre^a, E. Mendarozqueta Gómez^c, S. Ronda^a y M. López Alonso^a

^aNeumología y Cirugía Torácica. Hospital Cruces. Vizcaya, ^bConsejo Interhospitalario de Cooperación, ^cServicio de Urgencias. Hospital de Cruces.

Introducción: Angola presenta unos indicadores sociosanitarios muy por debajo de los estándares recomendados por la OMS. Luanda, la capital, con una población de 4 millones de habitantes (45% en edad pediátrica), presenta una esperanza de vida al nacer de 45 años y una mortalidad infantil del 300%. Ante la preocupación del Ministerio de Salud Angoleño por potenciar el Hospital pediátrico de Lunada (HPL), se desarrolla un programa de cooperación en las áreas de cirugía pediátrica y anestesiología financiado por la Agencia Española de Cooperación.

Objetivos: Presentar un modelo de cooperación para el desarrollo y fortalecimiento de enfermería en países subdesarrollados: Formación específica de enfermería en cirugía torácica infantil. Definir el perfil epidemiológico de la patología quirúrgica torácica en el HPL.

Material y métodos: Proyecto desarrollado por la ONG Consejo Interhospitalario de cooperación. Participa un equipo de anestelistas, cirujanos y enfermeras. Estudio prospectivo durante los años 2003-2004 estructurado en las fases: 1. Estudio del perfil epidemiológico mediante análisis del registro hospitalario. 2. Implementación de un programa formativo, organizativo y asistencial de enfermería para el manejo y cuidados de pacientes con patología torácica. Se realizaron rotaciones de enfermería especializada con una periodicidad de 3-4 meses en el HPL de 1 mes de duración. 3. Análisis de resultados.

Resultados: Perfil epidemiológico patología torácica año 2003: Empiemas: 158, Derrame metaneumónicos complicados: 182, Pionemotórax: 38, Abscesos de pulmón: 15, hernias diafragmáticas: 8. Tratamiento de la patología más prevalente Año 2003 (Antes de la intervención): Colocación de drenajes torácicos: 372, Recolocación drenaje torácico por salida accidental: 354, Decorticaciones: 18. Año 2004 (después): Colocación drenajes torácicos: 397, Recolocación: 76, Decorticaciones: 28, Desbridamientos quirúrgicos: 23. Implementación e integración en el HPL de Procedimientos y cuidados de enfermería en el paciente pediátrico torácico, así como de un protocolo específico en el Manejo y cuidados del drenaje pleural. Formación a 24 enfermeras angoleñas.

Conclusiones: La patología torácica quirúrgica más prevalente en edad pediátrica, es principalmente empiema y derrame metaneumónico. El Drenaje torácico es la técnica terapéutica más utilizada. Una correcta utilización del mismo le convierte en el tratamiento de mejor relación coste-beneficio. Estrategias de cooperación al desarrollo mediante programas de formación de enfermería es una opción eficaz para el fortalecimiento y capacitación de este tipo de especialidades. Para un correcto abordaje de estos pacientes es necesario la realización de un protocolo específico de enfermería sobre el cuidado y manejo del drenaje pleural.

GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON ASMA Y EPOC TRAS SU INCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MÍNIMA DE REFUERZO EDUCATIVO (REEFORT)

M. Torrejón^a, J. Giner^a, V. Plaza^a y A. López-Viña^b

^aHospital Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona, ^bHospital Puerta de Hierro. Madrid.

Las guías para el correcto tratamiento del Asma y la EPOC son concordantes al afirmar que la educación de dichos pacientes constituye un aspecto esencial de su tratamiento. Ello contrasta con la

realidad de nuestro entorno, en donde el seguimiento de esta recomendación es mínimo. El diseño de programas educativos de intervención mínima podría disminuir dicha carencia.

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción y adhesión al tratamiento referido por un grupo de pacientes incluidos en el programa REEFORT.

Método: Se confeccionó un programa específico y se adiestró a 19 enfermeras/os en los aspectos teóricos y prácticos de la educación de pacientes con Asma y EPOC, que fueron los responsables de impartir el programa REEFORT a un grupo preliminar de pacientes de 21 centros, repartidos entre 15 ciudades españolas. El programa consistía en una única sesión con una duración de 1 hora en que se adiestraba al paciente en la técnica de inhalación, en el conocimiento de los principios básicos de su enfermedad, en los desencadenantes, la identificación de signos de alarma y el automanejo terapéutico básico. Se determinó el nivel de satisfacción y adhesión al tratamiento mediante un cuestionario diseñado a tal fin, formado por 7 preguntas de respuesta múltiple, y que los pacientes cumplimentaban telefónicamente al mes de haber recibido el programa educativo.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 171 pacientes, entre 18 y 60 años, edad media 52(21), 101 (59%) diagnosticados de asma (62% mujeres) y 70 de EPOC (80% hombres). El 92% de la muestra estimó que el programa era de gran ayuda y el 88% que mejoraría el curso clínico de su enfermedad. La puntuación (de 0 a 10) de la calidad del programa fue de 8,7 (1,4) y la docente del educador 9,3 (1,7). El 90% de los pacientes (94% con EPOC y 89% con Asma) afirmó haber cumplido "todos los días" el tratamiento prescrito en la semana previa a la entrevista.

Conclusiones: Si bien la intervención realizada no constituye un programa de educación formal, puede contribuir a mitigar su ausencia. Los pacientes incluidos lo valoran muy positivamente y podría mejorar su nivel de adhesión con el tratamiento.

Estudio financiado por Laboratorios Esteve.

GRADO DE SATISFACCIÓN DE UN PROGRAMA REDUCIDO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA (PRDT) GUIADO POR ENFERMERÍA

M. Peiró, S. Fernández, T. Bigorra, V. Plaza y T. Nolla

Hospital Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

La correcta aplicación de los programas de deshabituación tabáquica implican un elevado consumo de recursos humanos. El PRDT se implementó en el año 2001 en uno de los centros (CAP Maragall) de referencia del Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau de Barcelona.

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción referido por un grupo de fumadores incluidos en un programa reducido de deshabituación tabáquica.

Método: El PRDT es administrado exclusivamente por personal de enfermería y consta de 9 visitas estandarizadas en un año de seguimiento, con apoyo conductual, para poder superar la dependencia psíquica, social y gestual y tratamiento farmacológico. Se diseñó un estudio transversal y descriptivo para determinar el nivel de satisfacción mediante un cuestionario diseñado para ello, con un total de 7 preguntas de respuesta múltiple y una abierta y que los pacientes cumplimentaban en la sexta visita tanto si se mantenían o no abstinentes. Se incluyeron todos los pacientes de forma consecutiva durante 6 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 50 pacientes, de los cuales el 88% se mantenían abstinentes. Al sumar las calificaciones positivas, "satisfactorio" o "muy satisfactorio", el porcentaje de respuestas que estimaron favorablemente el PRDT fue del 100%. El 88% consideró que el programa le había ayudado "bastante" o "mucho". La mayoría (92%) estimó que el número de visitas era el adecuado y todos lo recomendarían a otra persona. Los pacientes valoraron la información y ayuda recibida por los profesionales entre "mucho" (70%) y "bastante" (28%). Entre las respuestas a la pregunta abierta sobre qué mejoras introducirían en el PRDT, el 74% no mejoraría ningún aspecto de éste, aunque un 22% expresó la necesidad de financiación del tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes consideran satisfactorio el PRDT y además adaptado a sus necesidades en cuanto a nú-

toración: 37 (88%), fiebre: 23 (51%). Actuación ante los signos de alarma: basal. 31 (69%) avisaría al médico o acudiría a Urgencias, al alta: 37 (82%); a los 3 meses: 40 (89%).

Conclusiones: Los pacientes de nuestro estudio tienen una EPOC grave, ingresan mayoritariamente de ucias y hospital de día. 1. Tienen unos conocimientos correctos acerca de su enfermedad, tratamiento y pruebas diagnósticas no acerca de los signos de alarma. 2. Mejoran sus conocimientos de forma significativa después de una intervención educativa, esta mejora se mantiene a los 3 meses.

PACIENTE EPOC CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

M.T. Barnils, M.D. Rodríguez, I. Aldabó, J. Martínez, G. Guillaumet, A. Medina, A.I. Gasulla, L. Yus, D. Núñez y A. Torres

Servicio Neumología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La EPOC es la patología más prevalente dentro de nuestros servicios de hospitalización. La agudización del EPOC hace que muchos pacientes precisen ingresar para restablecer la estabilidad de su patología crónica. El diagnóstico añadido de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) hace que estos pacientes puedan presentar un cuadro de agudización más severo.

Objetivos: El objetivo principal es describir el perfil de los pacientes EPOC con NAC ingresados en un servicio de neumología, valorando su gravedad al ingreso, su evolución y su pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Se recogieron todas las pacientes EPOC que ingresaron con NAC durante el período de un año (Enero'05-Diciembre'05). Se recogieron variables demográficas, de laboratorio y de evolución de todos estos pacientes. Se calculó la gravedad al ingreso utilizando la escala de Fine. Se recogieron los días de estancia media y se valoró la mortalidad intrahospitalaria de todos los casos.

Resultados: Se recogieron 42 casos de pacientes con EPOC diagnosticados de NAC. A pesar de que un 61% de los casos (26 casos) estaban comprendidos en los grupos IV y V de Fine, tan sólo 3 pacientes (7%) precisaron ingreso en la UCI, mientras que los demás ingresaron en la sala de hospitalización convencional. Tan sólo 7 pacientes precisaron ventilación mecánica (17%) y un 23% (10 pacientes) presentaron complicaciones extrapulmonares de mayor o menor gravedad. La mortalidad global fue tan sólo de un 5% (2 pacientes). Descripción demográfica:

Edad	75 ± 9
Sexo (H/M)	37(88%)/5(12%)
Comorbilidad Previa	26 (67%)
Insuf. Cardíaca	16 (38%)
Ex-fumadores	29 (67%)
Corticoides inhalados	22 (52%)
Vacunación Antigripal	21 (50%)

Conclusiones: Los pacientes EPOC que presentan una NAC se encuentran en los grupos de mayor gravedad de FINE (IV y V). A pesar de ello, la mayoría de los pacientes no precisaron ingresar en una UCI. A pesar de la gravedad al inicio del ingreso, el grupo a estudio presentó una baja mortalidad global.

PERFIL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DIAGNOSTICADOS DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

I. Aldabó^{ab}, C. Esquinas^{ab}, R. Piñer^{ab}, P. Dambrava^a, G. Peñarroja^c, M. Valencia^a, J. Mensa^c y A. Torres^a

^aServicio Neumología, ^bIDIBAPS. Barcelona. ^cServicio Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Las unidades de intermedios neumológicos han supuesto una opción de hospitalización en aquellos pacientes que presentan un estado más grave. Estos pacientes precisan unos controles más exhaustivos por parte de todo el equipo multidisciplinar implicado.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes diagnosticados de NAC que ingresan en una unidad de intermedios (UCInterm.) com-

parándolos con aquellos que ingresan en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se hizo un seguimiento durante un año (enero 2005- diciembre 2005) de todas las NAC ingresadas en UCI y en una UCInterm. Se valoró edad, sexo, presencia de comorbilidad previa, tiempo de estancia media y mortalidad de todos los pacientes recogidos. Además se calculó a que grupo de Fine pertenecía cada paciente.

Resultados: Se incluyeron 24 NAC ingresadas en UCI y 19 NAC ingresadas en UCInterm. El perfil general de estos pacientes se describe en la siguiente tabla.

	NAC UCI	NAC UCInterm.
Edad	61 ± 17	68 ± 15
Sexo (hombre/mujer)	17/7 (70%/30%)	14/5 (73%/27%)
Comorbilidad	8/24 (33%)	8/19 (42%)
Enf. Respiratoria	12/24 (50%)	10/19 (48%)
Días Estancia	21 ± 19	11 ± 7
Mortalidad	7/24 (29%)	1/19 (5%)
Shock	2/19 (10%)	10/24 (40%)
Ventilación mecánica	1/19 (5%)	8/24 (34%)
Grupo Fine (IV-V)	84%	79%

Conclusiones: El perfil demográfico de las neumonías adquiridas en la comunidad de los pacientes ingresados en las UCInterm. Es muy similar a las ingresadas en la UCI.

A pesar de que el porcentaje de neumonías Fine IV-V es muy similar, las neumonías que ingresan en la UCI, presentan un estado más grave debido a un mayor porcentaje de shock y de necesidad de ventilación mecánica en este grupo.

PERFIL DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y PARÁMETROS POLISOMNOGRÁFICOS EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.J. Fernández González, C. Castañón Baizan, M.L. García Fernández y F. Payo Losa

Fisiología Respiratoria I.N.S. H. Central Universitario de Asturias.

Justificación: Son muchos los pacientes con obesidad mórbida que Post-Cirugía Bariátrica (CB) experimentan una pérdida de peso importante. Interesa hacer un seguimiento a estos pacientes para profundizar en las relaciones entre alteraciones de la respiración durante el sueño y la obesidad.

Material y método: Se estudian 74 pacientes consecutivos candidatos a CB (91% mujeres) con un IMC 51 (8,77) kg/m², Perímetro del cuello 44 (6,86) cm., Edad 42 (9,67) años, FEV1 96%, PaO₂ 77 (11,01) mmHg IAH (medio) 32 (33), SpO₂ media durante el sueño 92 (3%). El 42% no refirieron tener somnolencia y 33 pacientes (45%) tuvieron un IAH igual o inferior a 15.

Discusión: Hay pacientes con obesidad mórbida que pueden no tener alteraciones significativas de la respiración durante el sueño. En el grupo inicialmente estudiado se diagnosticó SAHS en el 57% de los pacientes. Es posible, además, que algunos de estos pacientes diagnosticados de SAHS puedan normalizarse después de una significativa pérdida de peso.

Concluimos que la obesidad no es un acompañante obligado del SAHS, por lo que el modelo que ofrece el seguimiento de pacientes que sufren CB puede ser una plataforma para profundizar las relaciones entre obesidad y SAHS.

RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA Y EL DESARROLLO POSTERIOR DE DOLOR CRÓNICO POSTTORACOTOMÍA. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL Y LA EVALUACIÓN DEL DOLOR

B. Martínez Borde, A. Pérez Ordóñez, J.C. Rumbero Sánchez, Y. Ortega González, N. Uribe-Etxebarria Luarezaresti, M. Lorenzo Martín y C. Urresti Urresti

Neumología y Cirugía Torácica. Hospital de Cruces. Vizcaya.

Introducción: La toracotomía posterolateral es considerada como una de las intervenciones quirúrgicas más dolorosas. Varios estudios demuestran como una correcta analgesia en el postoperatorio inme-

diato disminuye la incidencia del síndrome de dolor crónico postoracotomía. Valoramos la aparición del dolor agudo y dolor crónico que se originó como consecuencia de una lesión o irritación neural, que persiste después de seis meses de desaparecer el hecho que lo originó. Para su control necesita de un enfoque multidisciplinar.

Objetivo: Demostrar la relación existente entre el tipo de analgesia utilizada en el postoperatorio inmediato para el control de dolor agudo postoracotomía en una planta de hospitalización de cirugía torácica de un hospital terciario y la aparición de un dolor crónico postoracotomía. Evaluación y registro del dolor agudo y crónico postoracotomía por enfermería.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo sobre 64 pacientes sometidos a una resección pulmonar vía toracotomía postero-lateral divididos en dos grupos: *grupo A* tratado con: morfina 0,1% vía catéter epidural + AINES; *grupo B* tratado con: morfina 1% iv/sc + AINES. *Fase 1ª:* Evaluación del dolor agudo postoracotomía en cada grupo mediante el método verbal, unidimensional de Medición del dolor: escala EVA medición en reposo y en movimiento antes y después de la administración de la analgesia. Registro de enfermería. *Fase 2ª:* Evaluación a los 6 meses del dolor crónico en cada grupo mediante el método verbal, unidimensional: EVN medida en reposo y movimiento y el método multidimensional: test de Lattinen. Registro de enfermería. Análisis de estadístico de los datos.

Resultados: *Fase 1ª:* Paciente con dolor agudo postoracotomía. Diferencias escala EVA entre ambos grupos: *grupo A:* 0,71 (reposo)-1,35 (movimiento); *grupo B:* 2,30 (reposo)-3,38 (movimiento) $P < 0,001$. *Fase 2ª:* Paciente con dolor crónico postoracotomía. Diferencia aparición de dolor crónico entre ambos grupos: *grupo A:* 2/39; *grupo B:* 6/23 $P: 0,043$ (test de Fisher). Intensidad del dolor: *grupo A:* reposo (4), movimiento (5); *grupo B:* reposo (5,5) movimiento (7,5).

Tests de Lattinen: *grupo A:* 10,5/20 *grupo B:* 12,5/20.

Calidad de vida: *grupo A* Regular 52,5% *grupo B* (Regular) 62,5%.

Conclusión: 1. Existen diferencias significativas en cuanto al tipo de tratamiento recibido y la aparición del dolor crónico postoracotomía. 2. Los pacientes tratados con catéter epidural presentan mejor control el dolor agudo postoracotomía y menor incidencia de dolor crónico. 3. La utilización por parte de enfermería de métodos verbales: Unidimensionales y multidimensionales son herramientas de gran utilidad y fácil implementación para la evaluación del dolor postoracotomía, tanto agudo como crónico.

UTILIDAD DE LAS SESIONES CLÍNICAS DE CUIDADOS EN LA MEJORA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

M.J. Sánchez Morilla, C. Domínguez Fuentes y C. Rodríguez Landeira

Neumología. Hospital Virgen del Rocío.

Introducción: La necesidad de desarrollo en la disciplina enfermera como profesional autónomo, ha llevado a la utilización de las sesiones clínicas de cuidados como método para solucionar problemas o proporcionar información específica.

Objetivos: Evaluar en qué medida la realización de las sesiones clínicas cumplían sus objetivos

Material y método: Desde el año 2003 se han realizado 75 sesiones clínicas, pasándose una encuesta al personal, donde se medían varios ítems relacionados con los objetivos pretendidos con dichas sesiones.

Resultados:

Enfermeras / Auxiliares

	Mucho	Regular	Poco	Nada
Cumplimentación de registros	90/28,52%	10/57,10%	0/0%	0/14,28%
Soluciones consensuadas	90/42,85%	10/42,85%	0/14,28%	0/0%
Información sobre enfermos	90/85,71%	10/0%	0/14,28%	0/0%
Mejora en la aplicación del proceso enfermero	90/28,50%	10/17,10%	0/0%	0/14,28%
Mejora en la actualización de conocimientos	90/28,50%	10/42,85%	0/0%	0/28,50%

	2002	2003	2004
Evaluación en la cumplimentación de registros	77%	93%	92,41%

Conclusiones: La realización de sesiones clínicas ha mejorado la utilización del proceso enfermero, dando soluciones consensuadas a casos determinados, aumentando la información sobre enfermos a miembros del equipo e incrementando la cumplimentación de los registros.

UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ Y ASISTENCIA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

S. Valls, A. Fernández, N. Soler, E. Ballester, J.M. Montserrat y A. Torres

Servicio de Neumología. Institut Clínic del Tórax. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un programa de alta precoz y asistencia domiciliaria dirigido a pacientes hospitalizados por tromboembolismo pulmonar (TEP).

Métodos: Durante 2 años se seleccionaron consecutivamente pacientes diagnosticados de TEP ingresados en una sala de neumología. *Se consideraron criterios de exclusión:* signos de gravedad al tercer día de ingreso, no residir en el área sanitaria del hospital, no tener apoyo socio-familiar y no disponer de teléfono. Un total de 42 pacientes fueron identificados, 12 de los cuales fueron excluidos. Los restantes 30 fueron dados de alta de forma precoz y continuaron tratamiento domiciliario supervisado por una enfermera especializada. Se indicó tratamiento anticoagulante con acenocumarol por 6 meses en 9 casos (30%) y con Tinzaparina sódica subcutánea (dosis según peso) por 3 meses en 21 casos (70%). Se recogieron el número de visitas, la duración del seguimiento domiciliario, los cambios de tratamiento y las complicaciones. Se analizaron los reingresos y la tasa de mortalidad a los 6 y 12 meses post-alta.

Resultados: El 71% de los pacientes ingresados con TEP presentaron un adecuado perfil para el alta precoz. La estancia hospitalaria disminuyó desde $7,61 \pm 2,70$ (tratamiento convencional) hasta $3,99 \pm 1,42$ días (tratamiento domiciliario). Tras el alta, se realizaron $3,00 \pm 1,07$ visitas y un seguimiento por paciente de $5,91 \pm 1,07$ días. Dos pacientes (6,6%) incluidos requirieron reingreso dentro de los 6 meses posteriores al alta hospitalaria (3 casos [10%] a los 12 meses) y ningún paciente falleció. No se observaron diferencias entre el grupo de pacientes tratados con acenocumarol ($n = 9$) y los tratados con Tinzaparina ($n = 21$) respecto a morbi-mortalidad post-alta. Solo 3 casos (14%) del grupo tratado con heparina necesitaron cambio a anticoagulación oral dentro de los 3 meses de tratamiento debido a hematomas en el punto de punción.

Conclusiones: Mediante una adecuada selección y una mínima intervención domiciliaria, se demuestra la eficacia y seguridad de un programa de alta precoz en pacientes con TEP tratados con heparina de bajo peso molecular. Se reducen los días de hospitalización y resulta una alternativa viable que complementa el tratamiento domiciliario.

Financiado por Farmacusi, Pfizer, Boehringer-Ingelheim y Red Respira.

UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA "VACUM ASSISTED CLOSURE" (VAC) EN CIRUGÍA TORÁCICA

S. Valls, C. Bonaventura, C. Díez, P. Buera, J.M. Gimferrer, E. Martínez y P. Macchiarini

Las infecciones de las heridas quirúrgicas en cirugía torácica condicionan un considerable aumento de la estancia hospitalaria. El tratamiento convencional consiste en el desbridamiento y limpieza quirúrgica de las mismas y curas sucesivas. La terapia VAC (cierres asistido por presión negativa) puede ser una alternativa válida en el plano clínico y económico al tratamiento estándar de la infección post-quirúrgica.

Pacientes y método: Entre Junio y Agosto de 2005, se trataron dos pacientes con terapia VAC. Un paciente presentaba una infección de la herida quirúrgica después de haber sido intervenido por un tumor de pared torácica con esternectomía subtotal y colocación de prótesis. El segundo paciente presentaba una infección de la herida de cervicotomía tras cirugía de revascularización del tronco arterial braquiocefálico.

Resultados: Tras la instauración del tratamiento VAC en la sala de hospitalización, los pacientes pudieron ser dados de alta hospitalaria para continuar este tipo de terapia en su domicilio, bajo el control y seguimiento de una enfermera integrada en un programa de alta precoz hospitalaria representando un ahorro en el coste de 18.000€ en el primer paciente y de 7.000€ en el segundo y una disminución en las cargas de trabajo de enfermería ya que facilita la rápida granulación de las heridas disminuyendo la estancia hospitalaria y el número de curas. Las heridas curaron progresivamente hasta poder retirarse la terapia en ambos casos.

Conclusiones: El sistema VAC es eficaz en el tratamiento de las heridas post-quirúrgicas en pacientes intervenidos de cirugía torácica y parece más económico que el tratamiento estándar. Asimismo puede adaptarse a un programa de alta precoz hospitalaria.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADOS

M.J. Hernández, E. López de Santa María, C. Martínez de Zúñiga, L. García, M. Temprano y J.B. Gáldiz

Servicio Neumología. Hospital de Cruces.

Objetivos: Determinar el estado nutricional y la prevalencia de desnutrición en pacientes con EPOC ingresados en el Servicio de Neumología de un hospital terciario.

Material y método: Estudio prospectivo en pacientes EPOC (SEPAR: FEV1 < 80% y FEV1/FVC < 70) ingresados en el servicio de neumología por reagudización. Se evaluó el estado nutricional utilizándose los siguientes parámetros: 1. Peso y talla para obtener el índice de masa corporal (BMI) y evaluar la desnutrición global. 2. Área muscular del brazo (MAMA) para evaluar la desnutrición proteica muscular, definiendo deplección muscular valores iguales o inferiores al percentil 25. Se obtuvo midiendo el pliegue cutáneo del tríceps (PCT mm) mediante la utilización de un lipocalibrador (Holtain NTD. Crymch. U.K.) y realizando la medición en el punto medio del brazo entre el olécranon y el acromion de la clavícula y la circunferencia del brazo (CB cm) mediante cinta milimetrada en el punto medio anteriormente descrito. Ambas mediciones en el brazo no dominante. Para obtener el valor de MAMA se emplea la siguiente fórmula: $[CB \text{ cm} - 3,14 \times PCT \text{ cm}] / (4 \times 3,14)$. 3. Se obtuvieron muestras de sangre para medición de albúmina (mg/dl) y transferrina (mg/dl) para la valoración de la desnutrición proteica visceral. 4. Se obtuvieron datos de grasa corporal GC mediante bioimpedancia (Tanita TBF-300 Japan). Se definió: desnutrición global BMI \leq percentil 25, desnutrición proteica muscular MAMA \leq percentil 25, desnutrición proteica visceral valores en sangre de albúmina < 2,10 mg/dl o transferrina < 149 mg/dl y desnutrición calórico GC \leq percentil 25.

Resultados: Han sido estudiados 31 pacientes, 3 mujeres y 28 varones, edad media $75,09 \pm 5,1$ rango (65-86), FEV1 medio $47,2 \pm 15,08$. 11 pacientes (35,48%): \leq (percent. 25) del BMI, 26 pacientes (83,8%): \leq (percent. 25) en la MAMA, 9 pacientes (29%) \leq (percent. 25) en GC y 10 pacientes (32,2%) presentaron cifras de albúmina o transferrina 2,10 mg/dl o < 149 mg/dl. Se obtuvieron

los datos de correlación del FEV1 y BMI con parámetros nutricionales: (ver tablas).

FEV1 - MAMA	0,274	BMI - MAMA	0,623
FEV1 - ALBÚMINA	0,257	BMI - albúmina	0,272
FEV1 - TRANFERRINA	0,114	BMI - transferrina	0,181
FEV1 - BMI	0,049	BMI GC	0,858
FEV1 - GC	0,013		

Conclusiones: 1. Un tercio de nuestros pacientes presentaban BMI inferior al percentil 25. 2. Este porcentaje aumenta al evaluar la desnutrición proteica muscular. 3. No existe correlación entre el FEV1 y los parámetros nutricionales evaluados.

VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ Y ASISTENCIA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN

S. Valls^a, A. Fernández^a, N. Soler^a, E. Ballester^a, J.M. Montserrat^a, A. Martín^b, E. Gobbart^c y A. Torres^a

^aServicio de Neumología. Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic. Barcelona. ^bUnidad Médica. Pfizer. Madrid, ^cBoehringer-Ingelheim. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia de un programa de alta precoz y asistencia domiciliaria en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

Métodos: Desde enero de 2003 a julio de 2005 se seleccionaron consecutivamente pacientes con el diagnóstico de NAC ingresados en una sala de neumología desde urgencias. Se consideraron criterios de exclusión: inestabilidad clínica (fiebre, hipotensión, sepsis grave, taquipnea > 20 rpm, PaO₂ < 60 mmHg al aire), progresión del infiltrado pulmonar o necesidad de terapia intravenosa a las 72 horas del ingreso, no residir en el área sanitaria del hospital, y no tener apoyo socio-familiar. Se identificaron un total de 61 pacientes, 19 de los cuales fueron excluidos. Los restantes 42 pacientes fueron dados de alta de forma precoz y continuaron tratamiento domiciliario bajo supervisión de una enfermera especializada. Se indicó tratamiento antibiótico empírico según las recomendaciones SEPAR. Se recogieron el número de visitas, la duración del seguimiento domiciliario y los cambios efectuados en el tratamiento. Se analizaron el número de reingresos y la tasa de mortalidad a los 6 y 12 meses post-alta.

Resultados: El 69% de los pacientes ingresados por NAC presentaron un adecuado perfil para el alta precoz. Se obtuvo diagnóstico microbiológico en 19 casos (45,2%). La estancia hospitalaria disminuyó desde $7,87 \pm 3,22$ (tratamiento convencional) hasta $3,01 \pm 1,44$ días (tratamiento domiciliario). Tras el alta, se realizaron $2,83 \pm 0,71$ visitas y un seguimiento por paciente de $5,20 \pm 1,25$ días. Se modificó el tratamiento antibiótico empírico en 7 casos (16,66%). Dos pacientes (4,76%) incluidos requirieron reingreso dentro de los 6 meses posteriores al alta hospitalaria (5 casos [11,90%] al año). La edad > 70 años, la presencia de enfermedad cardio-pulmonar crónica concomitante y una PaO₂ < 55 mmHg al ingreso se asociaron a una mayor tasa de reingresos.

Conclusiones: Este estudio muestra la viabilidad de un programa de alta precoz en pacientes hospitalizados por NAC mediante una mínima intervención domiciliaria. La asistencia domiciliaria precoz reduce los días de hospitalización y es una alternativa segura que puede complementar el tratamiento del paciente y evitar reingresos. Pfizer, Boehringer-Ingelheim y Red Respira.