

ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA RESPIRATORIAS

ENFERMERÍA

¿ES NECESARIA LA MEDICIÓN BILATERAL DEL SNIFF TEST? ANÁLISIS COMPARATIVO EN SUJETOS SIN ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR

T. García Pérez, M. Arranz Cárdbaba, A. Galera Inverno, H. Espuela Muñoz, C. Veigas Fernández, A. García Pasadas y M. Luján Torné

Corporació Parc Taulí, Hospital de Sabadell: Neumología.

Objetivos: Análisis de las diferencias de los valores absolutos de presiones inspiratorias y espiratorias por vía nasal (*sniff-sneff test*) en cada fosa nasal. Correlación con la impresión subjetiva del paciente y del técnico acerca del grado de obstrucción nasal.

Material y métodos: Sujetos: pacientes y voluntarios, sin enfermedad neuromuscular, remitidos al laboratorio de función pulmonar. Instrumentación: Se practicó espirometría, medición de presiones en boca (presión inspiratoria y espiratoria) y presiones nasales inspiratoria (*sniff test*) y espiratoria (*sneff test*) en ambas fosas nasales (3 mediciones en cada lado), aceptándose como valor correcto el máximo en cada lado y registrando la impresión del paciente y del técnico que realizó la prueba sobre cuál de las fosas nasales era más permeable. Análisis estadístico: diferencias entre ambas fosas mediante el análisis del coeficiente de correlación intraclass para medidas apareadas (CCI) y la media de las diferencias (MD).

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 50 sujetos (edad media $49,8 \pm 15,3$ años). FEV1 (%): $87,4 \pm 19,42$, FVC (%): $85,9 \pm 17,35$, Índice FEV1/FVC: $77,3 \pm 9,2$. PIM: $-80,6 \pm 30$ mmHg, PEM: $100 \pm 28,6$ mmHg. *Sniff test* (máximo): $79,3 \pm 28,3$ *Sneff test* (máximo): $109,7 \pm 43,6$. La correlación entre ambas fosas nasales mostró en el caso de la *sniff* una MD de presiones de 8 mmHg (rango 0-82 mmHg) y para la *sneff test*: 1,8 mmHg (rango 0-40). El CCI fue de 0,67 para la *sniff* ($p < 0,001$) y 0,80 ($p < 0,001$) para *sneff*. Si se analizaron los pacientes sin diferencias subjetivas de permeabilidad ($n = 32$), el CCI fue de 0,88 (MD: 7,15) para la *sniff* y 0,93 (MD: 3,4) para *sneff*.

Conclusiones: Las diferencias de permeabilidad entre ambas fosas nasales afectan principalmente a las presiones inspiratorias y éstas disminuyen, aunque persisten, en pacientes sin impresión subjetiva de obstrucción nasal unilateral, reflejando probablemente un componente dinámico de colapsabilidad. Parece aconsejable la medición sistemática de *sniff test* en ambas fosas nasales.

ACEPTACIÓN DE 2 SISTEMAS DE AHORRO DE OXÍGENO LÍQUIDO DURANTE LA DEAMBULACIÓN

F. Morante Vélez¹, M.A. Ramón Belmonte², T. Codinachs Badosa², V. Pajares Ruiz¹, J. Lara³, J. Ríos³, S. Martí Beltrán² y R. Güell Rous¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: Neumología; ²Hospital Vall d'Hebron: Neumología; ³Laboratorio de Bioestadística y Epidemiología (UAB): Epidemiología.

Introducción: Los sistemas ahorradores de oxígeno aportan ventajas que pueden mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y el

cumplimiento de los pacientes, ya que incrementan el aporte de oxígeno (reservorio), o permiten la utilización de fuentes más pequeñas y duraderas (válvula a demanda). Sin embargo, los problemas relacionados con la comodidad y la estética o la disminución de eficacia, son los principales inconvenientes.

Objetivos: Evaluar la aceptación de dos sistemas de ahorro de oxígeno por parte de los pacientes de dos sistemas de ahorro de oxígeno durante el esfuerzo, con relación al sistema convencional.

Material y métodos: Pacientes diagnosticados de EPOC y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) que presentaban desaturación al esfuerzo (SpO_2 media $< 88\%$) en la prueba de marcha de 6 min (6WT). El estudio se realizó en 2 días consecutivos. Primer día: evaluación clínica y funcional y 2 6WT: uno al aire y otro con oxígeno líquido portátil (OLP) convencional para ajustar el flujo de oxígeno que permitiera SpO_2 media $> 90\%$. Segundo día: 3 6WT en orden aleatorio: OLP convencional, reservorio (Oxymizer Pedant®) y válvula a demanda (Spirit®). El grado de satisfacción fue valorado mediante una escala visual analógica (EVA) y escala cualitativa (EC). Asimismo, se analizó la preferencia del paciente por cada dispositivo.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, 28 con EPOC y 31 con EPID. La válvula constituye el método de preferencia en el 75% de los pacientes con EPOC. El 10,7% de estos pacientes han preferido el sistema convencional y 10,7% el reservorio. En EPID, la válvula es el sistema preferido por un 38,7% de pacientes, 38,7% prefieren convencional y un 6,4% optan por el reservorio (sin preferencia: 3,5% EPOC y 16,1% EPID). En los pacientes con EPOC, la satisfacción resultó peor con el reservorio: según EVA ($p = 0,0011$) y según EC ($p = 0,0014$). En los pacientes con EPID, la satisfacción con los diferentes sistemas no resultó estadísticamente significativa. En la tabla se muestran los resultados de EVA, EC y el porcentaje de pacientes que presentan SpO_2 media > 90 con cada dispositivo.

Conclusiones: El sistema de válvula es el más aceptado, tanto en los pacientes con EPOC como en los EPID (aunque en estos se iguala al convencional). Los pacientes eligen el sistema por motivos estéticos o de tamaño que les facilite el transporte sin valorar si mejoran o no en el esfuerzo.

Proyecto financiado por beca FUCAP 2008, beca FIS PI07/90074, Carburos Médica, Oxigen Salut.

ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS QUE HACEN RECAER AL FUMADOR

R. Hervás Pérez, C. Luque Zúñiga, N. Martrat Duch, L. Merlos García, A.M. Andrés Lorca e I. Figuera Mas

CAE Dr. Barraquer: Enfermería.

Introducción: Con motivo de la "Jornada de salud" organizada en Sant Adrià de Besòs (28 de junio de 2008) se intenta sensibilizar a los usuarios sobre los efectos nocivos del tabaco.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal y observacional. A los fumadores se les administraba un cuestionario sobre hábito tabáquico, motivos para continuar fumando, tratamientos utilizados, recaídas, etc. Además se realizaba una cooximetría. Cálculo de porcentajes por sexos e IC95%.

Resultados del grado de aceptación de los sistemas de ahorro de oxígeno y el porcentaje de pacientes que presentan $SpO_2 \geq 90$ comparados con OLP convencional

Variables	Pacientes					
	EPOC			EPID		
	Convencional	Válvula	Reservorio	Convencional	Válvula	Reservorio
Grado de satisfacción cuantitativa (EVA; cm)	$6 \pm 1,8$	$6,8 \pm 2,2$ ($p = 0,10$)	$5,3 \pm 1,6$ ($p = 0,0011$)	$7,3 \pm 1,7$	$6,5 \pm 2,1$ ($p = 0,30$)	$7 \pm 1,8$ ($p = 0,22$)
Grado de satisfacción cualitativa*	64	75 ($p = 0,015$)	43 ($p = 0,0014$)	61	48 ($p = 0,48$)	55 ($p = 0,88$)
$SpO_2 \geq 90$ (% pacientes)	78,6	78,6 ($p = 0,493$)	85,7 ($p = 0,145$)	77	61,3 ($p = 0,0121$)	80,6 ($p = 0,5677$)

Los datos son presentados como media \pm DE, si no existe otra indicación. *Referida al % de pacientes que en la escala cualitativa consideran la satisfacción con el sistema muy buena o buena.

Resultados: De 69 encuestados, 53,6% (n = 37) hombres. La media de edad era 44a (DE: 15,87) y la edad de inicio al hábito 17,6a (DE: 6,06). El valor medio de la cooximetría 33,91 ppm (DE: 25,14). El 73,9% (IC95%: 63,5-84,3%) (n = 51) habían intentado dejarlo. El 53,1% (n = 27) eran mujeres y el 25,9% (n = 7) de éstas lo habían dejado con tratamiento, los hombres 8,3% (n = 2). Motivos para no intentarlo: las mujeres contestaban [20% (n = 1) adicción, 40% (n = 2) placer, 40% (n = 2) no contestaba], hombres [7,7% (n = 1) entorno, 7,7% (n = 1) estrés, 23,1% (n = 3) adicción, 53,8% (n = 7) placer y 7,7% (n = 1) no contestaba]. El 100% recaía en alguna ocasión en ambos sexos y los motivos para ello eran: dependencia [hombres 25% (n = 6) mujeres 22,2% (n = 6)], nervios [hombres 25% (n = 6) mujeres 48,1% (n = 13)], entorno [hombres 41,7% (n = 10) mujeres 22,2% (n = 6)], aumento de peso [hombres 0% mujeres 3,7% (n = 1)] y no lo sabe [hombres 8,3% (n = 2) mujeres 3,7% (n = 1)]. Tras la recaída las mujeres [40,7% (n = 11) fumaban más, 48,1% (n = 13) igual y 11,1% (n = 3) menos] los hombres [25% (n = 6) fumaban más, 62,5% (n = 15) igual y 12,5% (n = 3) menos].

Conclusiones: Gran porcentaje de fumadores han intentado dejar el hábito volviendo a recaer en él en algún momento. Las mujeres intentan dejar el hábito más que los hombres siendo también quienes más utilizan los tratamientos para ello. El principal motivo de recaída en las mujeres son los nervios y el estrés mientras que en los hombres el entorno social.

ANÁLISIS DEL USO ADECUADO DE SISTEMAS DE INHALACIÓN EN POLVO EN PACIENTES CON ASMA Y EPOC

M. Castilla Martínez, R. Andújar Espinosa, C. Castillo Quintanilla, O. Meca Birlanga, J.M. Sánchez Nieto y R. Bernabeu Mora

Hospital Morales Meseguer: Neumología.

Introducción: La elección y empleo correcto de los inhaladores de polvo seco (DPIs) son aspectos cruciales para lograr una terapia eficaz en pacientes con EPOC y asma. El objetivo de este estudio fue analizar si en la práctica clínica habitual se realiza un uso adecuado de estos dispositivos.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y consecutivo de pacientes con asma o EPOC con prescripción de fármacos administrados mediante las principales marcas de DPIs (Diskus Accuhaler [AH], Turbuhaler [TH], Handihaler [HH]) y que acudían en primera visita a consulta externa de neumología de nuestro hospital de área. Período octubre 2008-mayo 2009. Los datos se obtuvieron mediante encuesta-evaluación directa. Variables del estudio: idoneidad de fármacos contenidos en el DPI (según recomendaciones de guías GOLD y GINA), medida del flujo-pico inspiratorio (FPI) mediante dispositivo validado, In-Check Dial (FPIs mínimos necesarios según literatura vigente: TH > 60 ml/min; AH > 30 ml/min; HH > 20 ml/min). Se consideró que el DPI presentaba "uso adecuado" si se seguían las Guías y el paciente tenía el FPI necesario. Además se realizó una evaluación cualitativa de la "técnica inhalatoria" con cada DPI (carga del dispositivo y apnea). Análisis estadístico: variables como media \pm desviación estándar y %, comparación variables con χ^2 y T Student.

Resultados: Se analizaron 44 pacientes, 23 asma (52%) y 21 EPOC (48%), edad 65,8 años, a los que se le habían pautado 66 SIP: 32% AH; 38% TH; 30% HH. Los fármacos se adecuaban a las guías: 58% total DPIs; 48% AH; 60% TH; 65% HH (p = 0,506). El paciente realizaba PIF mínimo necesario: 70% total DPIs; 86% AH; 32% TH; 100% HH (p < 0,001). Cumplían "uso adecuado" de los inhaladores: 39% total DPIs; 43% AH; 16% TH; 65% HH (p = 0,003). Realizaban técnica inhalatoria correcta: 20% total DPIs; 33% AH; 12% TH; 15% HH (p = 0,158). Existen relaciones estadísticamente significativas entre los SIPs y el PIF medido (p < 0,001) y el "uso adecuado" (p = 0,032); y entre el diagnóstico y la idoneidad del fármaco según las guías y la técnica correcta (p = 0,023).

Conclusiones: 1-Un tercio de los casos no presentan suficiente flujo inspiratorio para el SIP que llevan indicado. 2-El uso de los DPIs en la práctica clínica habitual resulta deficiente. 3-Es precisa una prescripción individualizada de los DPIs, atendiendo a las recomendaciones de las guías y considerando el FPI mínimo necesario para conseguir un óptimo depósito pulmonar.

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE MEDICACIÓN DE RESCATE EN EL ASMA Y LA PSICOMORBILIDAD

I. Arrizubieta Basterrechea¹, M.J. Gómez Burgo¹, S. Pascual Erquicia¹, I. Urrutia Landa¹, A. Ballaz Quincoces¹, U. Aguirre Larracochea², I. Larrea Arechabale³ y C. Esteban González¹

¹Hospital de Galdakao: Neumología, ²Unidad de Investigación CIBER en Epidemiología y Salud Pública; ³Hospital de San Eloy: Neumología.

Introducción: Los pacientes asmáticos con psicopatología requieren mayor número de atenciones en el servicio de urgencias y utilizan más medicación de rescate. El objetivo de esta comunicación es conocer si los pacientes asmáticos con psicopatología de las consultas jerarquizadas de neumología utilizan más medicación de rescate que los pacientes sin psicopatología.

Material y métodos: Estudio trasversal multicéntrico en el que se ha estudiado a una población de asmáticos que acuden a las consultas jerarquizadas de Neumología de los hospitales de Galdakao y San Eloy en Vizcaya. Se han incluido pacientes con diagnóstico previo de asma y seguimiento por el neumólogo de al menos un año, con edades entre 18 y 70 años. Se ha utilizado el cuestionario de control de asma de E. Juniper (ACQ), un cuestionario elaborado de recogida de síntomas, tratamiento y atención en el servicio de urgencias y en planta de hospitalización, así como el cuestionario de ansiedad y depresión (HDA). Se ha realizado un análisis de regresión logística multivariante para la determinación de variables predictoras del uso de medicación de rescate.

Resultados: Hemos estudiado 354 pacientes asmáticos (54% mujeres) con una edad media de 44,2 años (DE 16,76). Los pacientes que no presentan síntomas de ansiedad y depresión son 208 (60%) y 311 (88%) respectivamente, los que presentan síntomas de ansiedad y depresión pero no precisan tratamiento (límite) son 71 (20%) y 25 (7%), y aquellos que presentan síntomas de indicación de tratamiento son 72 (20%) y 15 (5%). En la tabla 1 se presentan las diferencias entre el uso de medicación de rescate según la psicopatología, y en la tabla 2 el *odds ratio* para el uso de medicación.

Tabla 1. Asociación entre el uso de medicación de rescate y psicopatología

	Psicopatología	Uso de medicación de rescate
Ansiedad	No	Sí
No ansiedad	148 (71%)	60 (29%)
Límite	51 (72%)	20 (28%)
Precisa tratamiento	27 (37%)	45 (63%)*
Depresión	No	Sí
No depresión	207 (66%)	104 (33%)
Límite	13 (52%)	12 (48%)
Precisa tratamiento	6 (40%)	9 (60%)**

*p < 0,001; **p = 0,04.

Tabla 2. Relación entre psicopatología y uso de medicación de rescate

	OR (IC95%)	Valor p
Sexo: mujer vs hombre	1,08 (0,65-1,77)	0,77
Ansiedad	1,71 (1,04-2,80)	0,03

AUC: 0,73. Ajustado por el grado de control.

Conclusiones: Los pacientes con ansiedad y depresión presentan mayor uso de medicación de rescate.

BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN EN LA TERAPIA INHALADA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

J. Morgado Ruiz, C. Mora Costa, R. Carrión González, I. Ortiz Molina, M. Díez Escobar y C. Alcudia Corredor

Hospital Virgen del Rocío: Neumología y Cirugía de Tórax.

Introducción: El personal de enfermería de la planta de hospitalización de la Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades respiratorias (UMQER), viene observando desde hace tiempo el uso incorrecto de los inhaladores por parte de los pacientes hospitalizados en nuestro servicio. En 2007 se realizó un taller de uso de inhaladores a los profesionales de enfermería de otros servicios. Se les entregó un cuestionario de 10 preguntas sobre asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y terapia inhalada. Posteriormente, este mismo cuestionario se entregó a 100 profesionales de enfermería de distintos centros. Se percibió cierto desconocimiento del manejo de estas técnicas. El objetivo es conseguir un profesional de enfermería formado, que se convertirá en educador de pacientes. Como consecuencia de ello, realizamos un nuevo taller educativo al personal de enfermería.

Material y métodos: En octubre de 2009 se realizó un taller a 34 profesionales de enfermería de distintos centros de la provincia de Sevilla. Se les entregó 2 cuestionarios por cada profesional, uno para cumplimentar antes del taller y otro posterior al mismo.

Resultados: Tras la realización del taller sobre fundamentos básicos de la terapia inhalada, asma y EPOC, se demostró una mejoría significativa en el test posterior a la realización del taller frente al previo.

Conclusiones: Ante el grado de cierto desconocimiento del personal de enfermería en el uso de la terapia inhalada, queda demostrado que los talleres educativos han sido de utilidad, resolviendo dudas de los profesionales de enfermería. Así mismo, el personal de enfermería adiestrado en el manejo de la terapia inhalada, se convierte en educador de pacientes con este tipo de tratamiento. Como consecuencia, tendremos un buen control de estos pacientes con una mayor adherencia al tratamiento y un aumento en su calidad de vida.

CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LA BRONCOSCOPIA PREVIA A SU CONSENTIMIENTO EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

M.D. Esteban Pérez¹, E. Payá Peñalver¹, C. Alcalde Rumayor¹, F.J. Ruiz López¹, M. Lorenzo Cruz¹ y M.D. Pérez Cárceles²

¹Hospital Virgen de la Arrixaca: Neumología; ²Universidad de Murcia. Facultad de Medicina: Departamento de Medicina Legal y Forense.

Objetivos: Evaluar la percepción del paciente de la información recibida en el Hospital Virgen de la Arrixaca previa a la entrega del consentimiento para realizar una broncoscopia.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo realizado en mayo de 2009 en nuestro hospital. Participaron 31 pacientes a los que se realizó broncoscopia. Se utilizó un cuestionario diseñado ad hoc de 34 ítems, en 13 de ellos evaluamos la percepción de la información recibida: ¿Le informó su médico sobre el procedimiento a seguir? ¿Comprendió ese procedimiento? ¿Le informó su médico sobre inconvenientes o complicaciones posibles durante la prueba? ¿Comprendió cuáles eran? ¿Le informó sobre consecuencias de no realizar la broncoscopia? ¿Lo comprendió bien? ¿Le informó sobre otras alternativas posibles a la broncoscopia? ¿Las comprendió bien? ¿Cree que la información fue clara y comprensible? Tras la broncoscopia ¿cree que la información que le dio su médico fue suficiente? ¿Fue todo según lo que usted esperaba? Durante la prueba, ¿surgió algo que no le hubieran explicado? Califique de 1 a 5 la satisfacción con la información recibida. Se evaluó el proceso para una respuesta afirmativa 100% en los ítems*.

Resultados: A 90,3% de los pacientes se informó del procedimiento. 67,7% comprendió la información (n = 21). 35,5% (n = 11) refirió que fue informado de sus complicaciones y 32,3% (n = 10) las comprendió. 29% fue informado de las consecuencias de no realizar el procedimiento (n = 9). El 25,8% comprendió estas consecuencias (n = 8). Sólo a 9,7% (n = 3) se informó de alternativas y las comprendió. 64,5% (n = 20) cree que la información fue clara y comprensible. 67,7% (n = 21) cree, tras la broncoscopia, que la información fue suficiente. El 54,8% (n = 17) afirma que fue lo que esperaba y había imaginado. En 71% (n = 22) de los casos no surgió nada que no se explicó. Puntuación media de satisfacción $4,2 \pm 0,1$, 51,6% (n = 16) quedó satisfecho de la información y 12,9% (n = 4) muy satisfecho.

Conclusiones: En nuestras manos, la información a los pacientes en proceso de Consentimiento para broncoscopia es escasa en las consecuencias de no realizarla e incompleta en otros aspectos, si bien los pacientes valoran positivamente la información recibida.

CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UNIDAD UCRI FRENTE A UNIDAD DE NEUMOLOGÍA TRADICIONAL

I. Atxutegi Cárdenas, M. Aburto Barrenetxea, M.J. Gómez Burgo, A. Palacios Izquierdo y E. González Iñiguez de Gordo

Hospital Galdakao-Usansolo: Neumología.

Introducción: En las unidades de enfermería el índice enfermera-paciente se determina habitualmente según el número de camas, no por la complejidad de los cuidados o por la gravedad del paciente. Existen instrumentos como el Therapeutic Intervention Scoring System: TISS 76, TISS 28 y TISS de intermedios, para evaluar cargas de trabajo de enfermería en UCI y en unidades de cuidados intermedios. Cada punto obtenido equivale a 10 min de cuidados, permitiendo calcular el índice enfermera-paciente necesario para el cuidado de esos pacientes.

Objetivos: 1. Conocer las diferencias entre las cargas de trabajo de enfermería con pacientes ingresados en una unidad de cuidados intermedios (UCRI), respecto a pacientes ingresados en una Unidad de Neumología convencional. 2. Calcular el ratio enfermería-paciente adecuado para nuestra UCRI. 3. Conocer diferencia en las cargas de trabajo entre pacientes monitorizados y pacientes que además tengan ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de 5 meses de duración. Muestra de 172 pacientes; 89 ingresados en UCRI (de los cuales 52 requirieron monitorización y 37 fueron además ventilados) y 83 ingresados en unidad de neumología tradicional. Se calculó la puntuación media de los pacientes durante el primer día de ingreso y durante 3 días consecutivos. Se compararon las medias entre pacientes con el test paramétrico de Wilcoxon para dos muestras independientes.

Resultados: El TISS 76 para pacientes ingresados en UCRI fue de $10,0 \pm 4,1$ mientras que para los pacientes ingresados en unidad de neumología convencional fue de $6,6 \pm 2,5$ ($p < 0,0001$). Las mismas diferencias se encontraron en TISS 28 y en TISS intermedios. El TISS 76 para pacientes monitorizados en UCRI fue de $8,8 \pm 3,1$ y de $15,4 \pm 3,6$ para los que necesitaron además ventilación ($p < 0,0001$). La misma diferencia encontramos en TISS 28 y TISS intermedios.

Conclusiones: 1-Los pacientes ingresados en UCRI presentan mayores cargas de trabajo que los ingresados en una unidad de neumología convencional. 2-Dentro de los pacientes ingresados en UCRI, las mayores cargas de trabajo corresponden a los pacientes que requieren VMNI. 3-En función de la puntuación obtenida en TISS 28 y TISS 76, consideramos que el ratio adecuado enfermera-paciente en nuestra UCRI debería ser de 1:4.

COMPARACIÓN DE 2 EQUIPOS PARA LA DETERMINACIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EN AIRE ESPIRADO (FENO)

M.J. Ferreiro Seijo, M.L. Rodríguez Valcárcel, M.L. Vázquez Rey, J. Viña Vázquez, H. Vereza Hernando y M. Blanco Aparicio

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña: Servicio de Neumología.

Introducción: La determinación de la fracción espiratoria de óxido nítrico permite disponer de un marcador inflamatorio en enfermedades respiratorias. Con la incorporación de los aparatos portátiles se simplifica la determinación de FENO, pero los valores publicados en diversos estudios presentan gran variabilidad según el equipo utilizado y el laboratorio.

Objetivos: Comparar dos equipos (equipo fijo NIOX®-Flex y el portátil NIOX-MINO®, Aerocrine, Suecia) para la determinación de FENO en la misma muestra de pacientes.

Material y métodos: Se analizaron 50 pacientes consecutivos que acudieron al laboratorio de exploración funcional para la determinación de FENO solicitado por su neumólogo. La técnica se realizó siguiendo las recomendaciones de la ATS/ERS 2005. El n.º mínimo de maniobras en cada equipo fue de 3, hasta alcanzar 3 determinaciones válidas y reproducibles, siendo el valor final el promedio. Se siguió un orden aleatorio con los 2 equipos. Análisis estadístico: Los valores de FENO se expresan como media + desviación estándar. La comparación entre valores medios se llevó a cabo mediante T test. La comparación de los resultados individuales se analizó mediante la correlación de Pearson. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.5.

Resultados: El valor medio (+ DE) de FENO con el equipo NIOX-MINO® fue de 19,84 + 12,76 ppb (rango: 5-76 ppb), y con el sensor NIOX®-Flex, de 26,85 + 21,17 ppb (rango: 3-115 ppb). Se observó una correlación directa y estadísticamente significativa de la determinación de FENO entre ambos equipos ($r = 0,87$; $p < 0,001$). Los valores de FENO con el equipo NIOX®-Flex siempre fueron superiores a los obtenidos con el equipo NIOX-MINO®. Hubo diferencia significativa en el tiempo utilizado en la exploración con ambos equipos (5,9 + 4,2 min. con NIOX®-Flex y 5,4 + 1,7 min. con NIOX-MINO®; $p < 0,01$) y en el n.º de maniobras necesarias hasta obtener 3 reproducibles (5,1 + 2,8 NIOX®-Flex y 4,0 + 1,2 NIOX-MINO®; $p < 0,01$). El 44% de los pacientes preferían el NIOX-MINO®, el 36% el NIOX®-Flex y un 20% ambos por igual.

Conclusiones: 1. Los valores obtenidos con el equipo fijo NIOX®-Flex son moderadamente superiores a los del equipo NIOX-MINO®. 2. Al comparar los 2 equipos y métodos se observa una muy buena correlación de cada determinación de FENO para ambos equipos. 3. El n.º de maniobras necesarias hasta obtener 3 válidas y reproducibles es inferior con el NIOX-MINO® y, por tanto requiere menos tiempo para cada paciente.

COMPARACIÓN DE LIDOCAÍNA GEL CON LIDOCAÍNA SOLUCIÓN EN LA ANESTESIA LOCAL DE LAS FOSAS NASALES EN LA BRONCSCOPIA FLEXIBLE

M.P. Taladriz Cobas, M.J. Rancaño Bermúdez y M. Núñez Delgado

Hospital Meixoeiro: Neumología.

Introducción: La anestesia local de las fosas nasales se lleva a cabo en nuestra Unidad mediante la instilación de una solución de lidocaína al 2% que alcanza la región faríngea aprovechando para anestesiarse dicha zona. La lidocaína en gel se usa menos, en parte debido a que consume más tiempo. Pese a que la tolerancia global a la exploración es muy buena (el 85% de los casos volvería a repetir la broncoscopia sin ningún problema), un número significativo de pacientes (43,7%) expresan espontáneamente grados variables de dolor en las fosas nasales al terminar la exploración.

Objetivos: Conocer si la utilización de un gel con lidocaína al 2% es superior a la lidocaína solución instilada para la anestesia de fosas nasales.

Material y métodos: 195 pacientes consecutivos sometidos a una broncoscopia flexible por vía nasal desde diciembre de 2008 a septiembre de 2009 distribuidos en dos grupos: El grupo 1 se utilizó gel con lidocaína en ambas fosas nasales 7 minutos antes de introducir el broncoscopio. El grupo 2 se utilizó solución de lidocaína al 2% instilada. El resto de la exploración se efectuó según la técnica habitual. Al terminar y tras revertir la sedación, se le pasó al paciente una encuesta con preguntas acerca de la tolerancia nasal, y global a la exploración. Otras variables analizadas: duración del procedimiento, tipo de broncoscopio, procedimientos realizados durante la broncoscopia, valoración subjetiva de la tolerancia por broncoscopista y enfermera. Fueron incluidos de forma secuencial un total de 195 casos consecutivos. Se comparó la tolerancia nasal y global entre grupos y se buscó correlación con el resto de variables. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a las variables demográficas, tipo de broncoscopio utilizado, tipo de sedación y duración del procedimiento. La molestia más frecuentemente referida el dolor nasal en 46,5% de los pacientes del grupo 2 frente al 24,5% de los del grupo 1 ($p < 0,001$). La tolerancia global sólo se correlacionó con la duración del procedimiento.

Conclusiones: El uso de un gel de lidocaína al 2% para la anestesia local de las fosas nasales mejora de manera significativa la percepción de molestia nasal en los pacientes sometidos a broncoscopia flexible aunque no se ha demostrado mejoría en la tolerancia global a la misma.

COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO ENTRE CONSULTAS

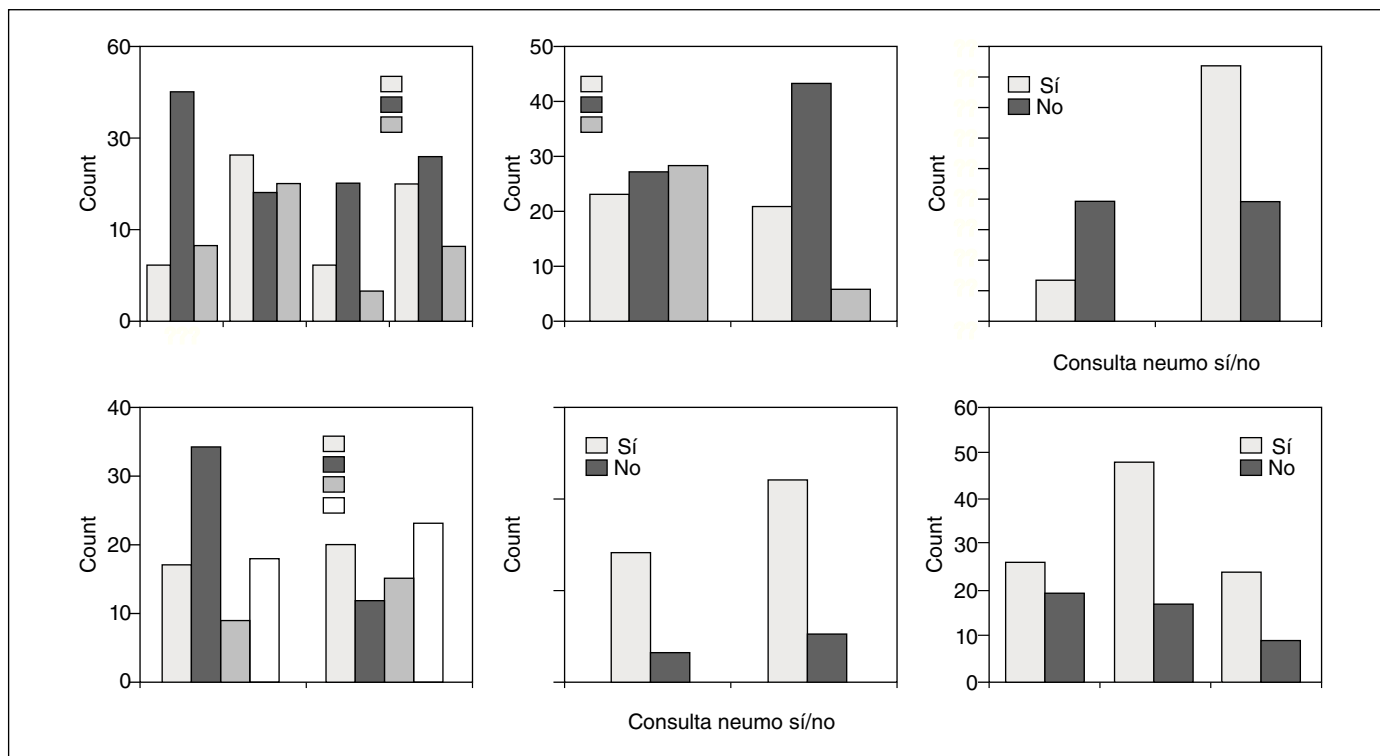
M.C. Anaya Mico¹, A. Pérez Sánchez¹, D. Sanchís Fillol¹, A. Navalón Almendros¹, M.C. Navarro Landete², I. López Lozano³, R. Moriel García⁴, C. Montes García⁴, A. López², C. Abarca⁴, B. Cuenca⁵, L. Coloma Sendra⁵, P. López Miguel¹ y R. Godoy Mayoral¹

¹Hospital General de Almansa: Servicio de Neumología, ²Medicina Interna, ³Reumatología, ⁴Cardiología, ⁵Consultas.

Introducción: El tabaco es una droga legal que proviene de América. Crea adicción por que contiene nicotina, es perjudicial, ya que se encuentra entre los factores de riesgo de muchas patologías a diferentes niveles. Queremos ver si la distribución del tabaquismo es distinta según los tipos de consultas.

Material y métodos: Se utilizó una encuesta donde se preguntaba: sexo, edad, tabaquismo, número de cigarros, tiempo, nivel educativo, otros tóxicos, deseo de abandonarlo, causa y necesidad de ayuda. Se analizaron los datos de manera descriptiva. Se utilizó la chi-cuadrado para comparar distribuciones de sexo y tabaquismo según consulta, tabaquismo-nivel educativo, deseo de dejarlo y ayuda según consulta. t de Student para ver edad y tabaquismo.

Resultados: Se contestaron 151 encuestas. Eran hombres 78 (52,7%); edad 56,12 (DE: 17,6), hay diferencias entre consultas en sexo $p = 0,006$ y en edad sólo entre neumología y MI con $p < 0,001$; fuma sí 45 (29,8%), no 72 (47,7%), ex 34 (22,5%); cantidad 16,1 (12,5) cig/día durante 23,5 (14,8) años; distribución según consulta: neumología 47 (31,1%), cardiología 39 (25,8%), MI 41 (27,2%), reuma 24 (15,9%); estudios: ninguno 14 (9,8%), primarios 84 (58,7%), secundario 37 (25,9%), universitario 8 (5,6%), no hay diferencias tabaco-nivel educativo (alto-bajo) $p = 0,18$; otros tóxicos no 113 (75%); sí 6 (4%); no contesta 32 (21%). El tóxico más consumido es el alcohol (80%). Quieren dejar de fumar 36 (82%) y no 8 (18%), comparando neumo con el resto $p = 0,635$. La causa en un 85% es por salud. Necesitarían ayuda sí 23 (53,5%), no 20 (46,5%), $p = 0,13$ entre neumo y resto. Existen diferencias entre la distribución del consumo de tabaco (sí, no, ex) en las diferentes consultas, siendo la que más fumadores y ex fumadores



hay la de neumo, con $p = 0,025$; con el sexo $p < 0,001$. Se hallaron diferencias en la edad entre no fumador y fumador $p < 0,001$ y fumador-ex $p = 0,009$.

Conclusiones: 1. Existen más fumadores y ex fumadores en la consulta de neumología que en el resto de consultas. 2. Fuman más los hombres que las mujeres a nivel de nuestras consultas. 3. La edad del paciente fumador es menor que la del no fumador o ex fumador. 4. De los pacientes que respondieron el apartado de necesidad de ayuda, más de la mitad la necesitarían. 5. Los que respondieron al deseo de dejar de fumar, querían de forma mayoritaria, siendo el motivo principal la salud.

CONSULTA DE ENFERMERÍA DE TRASPLANTE PULMONAR. RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 40 PACIENTES ATENDIDOS

M.T. Muñoz Gómez¹, M. Solís Muñoz² y P. Ussetti Gil¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda: Neumología,

²Unidad de Epidemiología.

Introducción: Con la puesta en marcha de la consulta de enfermería de trasplante pulmonar (TP) (dic 2008) en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) (Madrid) se pretende garantizar los siguientes objetivos: conocer el perfil de los pacientes, detectar la prevalencia e incidencia de efectos adversos, los errores en la adherencia al tratamiento y a los cuidados e introducir medidas correctoras en la consulta.

Material y métodos: Estudio transversal realizado con 40 pacientes TP atendidos en la consulta de enfermería del HUPHM. Variables: Datos sociodemográficos, clínicos, autocuidados y medidas correctoras. Instrumentos: entrevista, exploración física, historia clínica. Se diseñó un cuaderno de recogida de datos, que se incluyó en el programa Se-lene. Análisis de frecuencias y estadísticos de tendencia central y de dispersión.

Resultados: El 65% eran hombres. La edad fue de 19-70 años, con una mediana (DE) de 56,5 (14,7). El 63% eran casados. El 83% viven acompañados. El 40% tienen estudios medios. El 75% tienen la incapaci-

dad/jubilación. Las causas principales de TP fueron 33% FPI y 13% FQ. El 57% fueron trasplantados bilaterales. El tiempo de trasplante fue de 2-138 meses, con una mediana (DE) 36,5 (33,4). El 80% toman triple terapia. La SatO_2 osciló entre 93-100%, con una media (DE) de 97% (2%). La prevalencia de HTA (tratada) es del 50%, detectándose un mal control en un 7% de pacientes y una incidencia de un 5%. También se detectó la presencia de taquicardia en un 5% de los trasplantados. La prevalencia de dislipemia (tratada) fue del 45%, de DMID del 15%, de obesidad del 2%, de sobrepeso del 30% y hubo un caso de delgadez ($\text{IMC} < 17$). Presentaron lesiones en la piel el 60% de los pacientes, siendo el 37% tratado por dermatología. El tipo de dieta fue variada, predominando la dieta normal con poca sal (40%). En lo autocuidados fue necesario introducir medidas correctoras en relación al tratamiento (27%), a las espirometrías (70%), al autoregistro (37%), a la alimentación (55%), a la higiene y cuidados de la piel (40%), a los cuidados odontológicos (45%), a la vacunación (30%), uso de mascarilla (un caso).

Conclusiones: En la consulta de enfermería se puede mejorar la educación para la salud de los TP, además de detectar errores en el manejo de la medicación y los autocuidados, siendo posible la introducción de medidas correctoras que minimizan las complicaciones del paciente trasplantado.

ECUACIÓN PREDICTIVA DEL TEST DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS (6MWT) EN POBLACIÓN INFANTIL. ESTUDIO SEMIMAP

L. Fidalgo Marrón¹, E. Insfran Marrón², L. Puente Maestu³, A. Martínez Gimeno⁴, G. García Hernández⁴ y J.M. Jiménez Bustos¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara: Pediatría; ²Universidad Complutense de Madrid: Facultad de Medicina; ³Hospital Universitario Gregorio Marañón: Neumología; ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre: Pediatría.

Introducción: El 6MWT ha sido propuesto por la ATS como el test submáximo ideal para evaluar la capacidad de realizar ejercicio en pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias. El objetivo de este

estudio ha sido determinar los valores de referencia de la distancia caminada (6MWD) durante el test de la marcha de 6 minutos en niños sanos de 6 a 14 años.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en 450 niños sanos (258 varones) de entre 6 y 14 años. A todos ellos se les ha realizado el 6MWT siguiendo las directrices de la ATS, midiéndose la distancia caminada (6MWD), variables antropométricas, composición corporal mediante bioimpedancia, espirometría basal, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y tensión arterial antes, durante y tras el ejercicio.

Resultados: La distancia caminada (6MWD) se correlaciona de forma significativa con la edad, peso, talla y masa grasa ($p < 0,001$), así como con la longitud de miembros inferiores ($p < 0,01$) y el FEV1 ($p < 0,05$). La combinación de estos parámetros explica el 50% de la variabilidad de la 6MWD en la ecuación: $6MWD (m) = 175 + 3,45 \text{ talla (cm)} - 2,34 \text{ peso (kg)} + 8,17 \text{ edad}$. De forma prospectiva, se ha estudiado la concordancia entre los valores esperados y observados en un grupo adicional de 36 niños, siendo ésta satisfactoria.

Conclusiones: Desde su estandarización en el año 2002 el 6MWT se ha ido incorporando a la práctica clínica. Sin embargo, hasta el momento actual sólo se han publicado cuatro trabajos proponiendo valores de referencia para la 6MWD en niños, con resultados discrepantes en las diferentes poblaciones estudiadas (chinos, ingleses, austriacos y norafricanos). Nuestra ecuación predictiva para la 6MWD ha resultado ser válida y fiable, proporcionando una referencia de utilidad en el manejo de pacientes pediátricos en nuestra población.

EFEECTO DEL ADIESTRAMIENTO PROTOCOLIZADO DE PACIENTES EN EL SEGUIMIENTO DE ENFERMOS CON CPAP

I. Barrionuevo García¹, P. Menchón Martínez² y P. Berlinches Acín²

¹Abelló-Linde Medicinal: Neumología; ²Hospital Santa María del Rosell: Neumología.

Objetivos: 1. Conocer la población con SAHS subsidiaria de tratamiento con CPAP en nuestra área. 2. Estudiar el efecto en variables de seguimiento de la instrucción en manejo y mantenimiento del equipo de CPAP en una escuela para pacientes, previo inicio del tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con muestreo aleatorio simple. Tres grupos de pacientes: inicio en domicilio (20), inicio en consulta externa (20), inicio en escuela (20) durante el período 2008-2009. Recogida de variables epidemiológicas, de diagnóstico, de pauta terapéutica y de seguimiento-evolución.

Resultados: Muestra total = 60. Edad 53,0 años (rango 13-85), 35% mujeres, 30% habitantes alejados del núcleo urbano (10-40 Km), 17% con alteraciones psiquiátricas, 5% con obstrucción nasal crónica. Anamnesis: 59% cansancio, 17% insomnio, 23% somnolencia grado moderado y 37% severo, Epworth pretest $12,7 \pm 4,9$ puntos, 46% Mallampati grados, IMC medio $35,18 \pm 7,6$. Diagnosticados mediante: polisomnografía 40% o poligrafía 58%, con IAH $44,25 \pm 22,3$. Modelos de CPAP: 62% Breas Sleep10 62%, 35% Tyco420. Máscara nasal utilizada por 98% de los pacientes. Número medio de revisiones: $2,86 \pm 1,6$. La presión de CPAP inicial pauta fue $7,5 \pm 1,3$ cm. En la primera revisión, los pacientes refieren mejoría de la somnolencia en 78% y del cansancio en 75%, con Epworth tras tratamiento de $5,19 \pm 3,6$ puntos (reducción de Epworth de 7,54 puntos, $p < 0,005$). En revisiones sucesivas, el Epworth continúa descendiendo: $3,8 \pm 3,6$ (3 meses) y $3,4 \pm 2,3$ (6 meses). El cumplimiento objetivado de CPAP se mantiene en torno a las 4 horas en el seguimiento: 4,31 (1 mes), 3,54 (3 meses) y 4,13 (6 meses). El grupo escuela presenta un cumplimiento en la revisión al tercer mes superior al resto ($4,8$ vs $3,1$, $p = 0,052$) con un menor Epworth ($1,0$ vs $4,4$, $p = 0,038$). En el resto de revisiones, las diferencias a favor del grupo escuela no alcanzan significación estadística. Primer mes: cumplimiento $4,5$ vs $4,2$ ($p = 0,807$) con Epworth

$3,56$ vs $6,08$ ($p = 0,073$). Sexto mes: $4,2$ vs $3,6$ ($p = 0,552$) con Epworth $1,5$ vs $3,6$ ($p = 0,250$).

Conclusiones: El cumplimiento y la reducción de síntomas de los pacientes con SAHS que precisan CPAP se ve beneficiado con el adiestramiento de pacientes, sobre todo en un entorno que facilita la utilización de recursos pedagógicos y audiovisuales.

EL IMPACTO DE LA ENFERMERÍA EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO INHALADOR EN LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

I. López Serrano, M.J. del Estal López, M.T. Ramírez Prieto, A. Valiño Risco, M. Ruiz Valle y C. Palacios Navas

Hospital Infanta Sofía: Servicio de Neumología.

Introducción: Uno de los tratamientos fundamentales del paciente neumológico son los inhaladores, la correcta técnica y cumplimiento son la base para asegurar su eficacia. Desde la reciente apertura de nuestro hospital, el servicio de neumología ha creado una consulta de enfermería que se dedica a la educación y control del adecuado cumplimiento de los inhaladores en cada visita que realizan la totalidad de los pacientes que se atienden.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con diagnósticos de asma y EPOC atendidos en nuestra consulta durante el período comprendido entre noviembre de 2008 y noviembre de 2009, registrándose el diagnóstico principal, el tratamiento prescrito, el sistema de inhalador, el número de visitas necesarias hasta asegurar la correcta técnica y grado de abandono del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 293 pacientes, 26,67% fueron mujeres, con una edad media de $67 \pm 14,6$. El 53,2% eran EPOC (22,3% graves, 57,8% moderados y el 19,9% leves) y el 46,7% eran asmáticos (14,5% graves mal controlados, 67,4% moderados con buen control y 24,2% leves con regular control). La totalidad de ellos empleaban medicación de rescate, entre los EPOC, el 90% empleaban tiotropio, el 96,5% empleaban asociaciones (34,5% Turbuhaler y el 65,5% Acuhaler), entre los asmáticos el 87,8% empleaban asociaciones (57,4% Turbuhaler, 42,6% Acuhaler). La media de visitas necesarias para asegurar una correcta técnica fue de 4 ± 2 días. Un 15,8% de los pacientes abandonaron el tratamiento inhalador en el primer año, siendo más frecuente en los asmáticos leves y moderados (56,4%).

Conclusiones: La consulta de enfermería orientada a la supervisión y educación del paciente neumológico permite asegurar el correcto cumplimiento del tratamiento inhalador tanto a corto como a largo plazo, siendo quizás más importante insistir en la población asmática.

ESPIROMETRÍA DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: EFECTO DEL PROGRAMA E-SPIR@P, PROGRAMA DE E-TELECOLABORACIÓN

F. Burgos Rincón¹, M.L. García², M.L. Rivera³, R. Hervàs³ y J. Roca¹

¹Hospital Clínic, IDIBAPS, Ciberes: Servicio de Neumología;

²CAP Sant Roc: ICS; ³Hospital Germans Trias i Pujol: Neumología y el grupo e-Spir@p.

Introducción: Una espirometría forzada (EF) de calidad es fundamental para la apropiada aplicación de las guías clínicas para los pacientes respiratorios crónicos en la atención primaria (AP). En un estudio previo hemos demostrado un marcado incremento de las EF de calidad en AP con un mantenimiento a lo largo del tiempo (Burgos et al. ERJ. 2008;supl:344,34s) utilizando una aplicación que provee de soporte remoto (servicios de telecolaboración) basado en sistema web (e-Spiro®) a los profesionales no especializados de la atención primaria.

Material y métodos: En el presente estudio, nuestra hipótesis es que la eliminación del programa de asistencia remota (e-Spiro®) en uno de los centros intervención del estudio previo puede producir una

reducción del número de EF de calidad. Con este objetivo hemos efectuado un seguimiento de doce meses en un centro de atención primaria (CAP) al que no se dio ningún tipo de soporte a los profesionales. Hemos explorado 539 sujetos, durante el período 2008-2009, perteneciente a un CAP que participó como intervención en el anterior estudio.

Resultados: Los resultados se expresan como porcentajes de EF según criterios de calidad ATS-ERS usando (A a F de mejor a peor, respectivamente) y se comparan con los resultados observados a nivel global e intervención, 3.383 sujetos global y (c, control) 1198 sujetos realizados durante el período 2007-08 y en el mismo centro CAP (i) durante 2007-08 (336 sujetos). Después de retirar la tele-asistencia, el porcentaje de maniobras aceptables (A + B) de la FS descienden desde 67 a 60% ($p < 0,05$), comportándose de similar manera que el grupo control global (60%).

		A*	B	A + B	C	D	F
Global _(i)	2007-08	64	8	72	3	13	12
Global _(c)	2007-08	51*	9	60*	3	20	17
CAP _(i)	2007-08	59	8	67	3	18	12
CAP _{actual}	2008-09	52*	8	60*	8	17	15

Grado A (3 ATS/ERS maniobras aceptables FEV₁ y FVC < 150 ml); B (3 ATS/ERS maniobras aceptables < 200 ml); C (3 ATS/ERS maniobras aceptables < 250 ml); D (sólo una maniobra aceptable); F (sin maniobras aceptables)*. $p < 0,05$.

Conclusiones: Concluimos que la retirada del programa de control de calidad e-Spiro®, genera un descenso de la calidad de la FS al mismo nivel de los centros control. Estos resultados pueden explicarse por una alta rotación de los profesionales y/o por un efecto desentrenamiento.

Financiado en parte por: FIS 04/2728-MAPFRE 2006-PII-EPOC (SEPAR).

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO DE PACIENTES CON EPOC TRAS UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

M.J. Prunera Pardell¹, A.M. Godoy Ramírez², M. Entrambasaguas Martín¹, C. Llamazares Carral¹ y F. Bernal Prados¹

Hospital Carlos Haya: ¹Servicio de Neumología, ²Medicina Física y Rehabilitación.

Introducción: Al poner en marcha un programa de rehabilitación respiratoria (RR) quisimos conocer el impacto de la EPOC en la c. de vida de pacientes atendidos. Acordamos qué cuestionarios, cómo y cuándo los realizarían los pacientes.

Objetivos: Conocer la percepción del estado de salud y calidad de vida de los pacientes con EPOC, en RR, antes y después de realizarla. Comparar la calidad de vida percibida por los pacientes que han realizado la RR en el 2008/2009 con los cuestionarios genérico SF36 y específico SGRQ. Conocer la eficacia de la RR mediante el SGRQ.

Material y métodos: Elegimos los cuestionarios de CVRS, SF-36 (genérico) y SGRQ (específico) por cumplir requisitos de fiabilidad, validez, sensibilidad e interpretabilidad. La cumplimentación: voluntaria, auto-administrada y/o supervisada. SF36: cada dominio tiene varios ítems (suman 36). Sumándolos se obtiene una puntuación global (entre 0-100) + puntuación, mejor est. de salud). SGRQ: 50 ítems en 3 escalas. Puntuación de 0 (no alteración de la c. de v.) a 100 (máx. alteración de la c. de v.). Se recogieron las variables: edad, sexo, estado civil.

Resultados: 80 pacientes hicieron la RR durante el período feb-08/09. Edad media: 67,2 años. Sexo: V 72 y H 8. E. civil: 68: casados 48, viudos 10, divorciados 5, solteros 5. SF-36 PRE-RR SF-36 POST-RR. F. física 37,3-F. física 69,4. A. física 34,4-A. física 75,6. Í. de dolor 61,9-Í. de dolor 84,39. Percep. de la salud 33,6-Percep. de la salud 50,7. Vitalidad 42,8-Vitalidad 66,5. F. social 61,1-F. social 82,2. A. psiq. laboral 71,7-A. psiq. laboral 83,78. Í. salud mental 63,4-Í. salud mental 73,3.

St. George R.Q. Pre-RR-St. George R.Q. Post-RR. Síntomas 60-Síntomas 45,69. Actividad 59,8-Actividad 44,7. Impacto 47,1-Impacto 34. Total 55,4-Total 31,2.

Conclusiones: Se demuestra mejoría en la percepción de disnea y capacidad de ejercicio en pacientes con EPOC tras la RR. Es importante medir la C. de V. para evaluar un programa de RR. Se demuestra beneficio de la RR en pacientes con EPOC, mejorando su C. de V.

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA Y TEST DE LA MARCHA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

E. Godino, L. Santarosa, L. Lores, X. Casas, R. Hernando y T. Pascual

Hospital de Sant Boi: Neumología.

Introducción: Describir los resultados de los estudios de función respiratoria (espirometría y prueba broncodilatadora) y test de la marcha 6 minutos en los pacientes ingresados de forma prolongada en un hospital psiquiátrico.

Material y métodos: Dentro de un estudio sobre prevalencia del hábito tabáquico en un hospital psiquiátrico, se estudiaron entre octubre 2008 y junio 2009, 276 pacientes ingresados de forma prolongada (más de 1 año) en el Hospital Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental. A todos los pacientes se les intentaba realizar una espirometría con prueba broncodilatadora y un test de la marcha de 6 minutos.

Resultados: Se estudiaron 204 hombres y 72 mujeres de 57,33 años de edad media. 65,6% eran fumadores activos frente a 28,6% que nunca había fumado. Los tres diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron los de esquizofrenia crónica residual, esquizofrenia paranoide crónica y el retraso mental. Se pudieron realizar 175 espirometrías valorables, 63,4% de los pacientes. En 18 pacientes fue imposible realizar la espirometría y en 83 las espirometrías no eran valorables por maniobras incorrectas. Asimismo se realizaron 107 (38,8%) pruebas broncodilatadoras, no realizándose más por negativa del paciente a ponerse el inhalador. Un 48,6% (134 pacientes) presentaban una FVC media inferior al 80%. Para el FEV-1 este porcentaje era de 40,9% (113 pacientes). Un 10% presentaba un FEV-1/FVC inferior a 70 y el FEV-1/FVC superior a 85 era presentado por un 27,5%. La PBD era positiva (FEV-1 post > 11%) en un 37,7% de los casos realizados. El test de 6 minutos marcha se pudo realizar en 236 pacientes (85,5%) con una distancia media recorrida de 288 metros.

Conclusiones: Se pueden realizar espirometrías en más de la mitad de los pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico. Dichas espirometrías ponen de manifiesto frecuentes alteraciones ventilatorias. Así un 27,5% sugieren restricción y un 10% presentan alteraciones obstructivas. La interpretación debe ser cuidadosa porque un número demasiado elevado presenta alteraciones restrictivas secundarias probablemente a falta de esfuerzo completo. Es más alto el porcentaje de pacientes a los que se les puede realizar el test de 6 minutos marcha.

ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES EN LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS/DIAGNÓSTICOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA

F. Serrano, M.L. Garrido, E.M. Porras, M.P. Guerrero, C. Gordejo y E. Sánchez

Hospital San Pedro de Alcántara: Neumología, Cirugía Torácica UCRI.

Introducción: En la unidad de enfermería de hospitalización del servicio de neumología y (UCRI), recibimos pacientes intervenidos por cirugía torácica a los que se les practico por diferentes diagnósticos distintos procedimientos.

Objetivos: Identificar y describir las complicaciones más frecuentes que presentaron este tipo de pacientes una vez ingresados en nuestra unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de un año de duración (junio de 2008 a junio de 2009). La población estudiada fue de 135 pacientes con distintos diagnósticos y a los que se les realizaron diferentes procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Las variables recogidas fueron el diagnóstico, el procedimiento empleado y las complicaciones registradas (bajo el diagnóstico de cáncer de pulmón encuadramos: carcinoma broncogénico, nódulos bronquiales, carcinoma epidermoide, tumor carcinoide y neoplasia pulmonar). El tratamiento estadístico descriptivo se realizó utilizando medias y desviaciones estándar para las variables estudiadas.

Resultados: N.º pacientes: 135; edad media: 56,39 años. Hombres: 101 (74,8%); edad media: 58,07 (16-83). Mujeres: 34 (25,2%); edad media: 51,44 (20-79). El cáncer de pulmón fue la causa más frecuente de ingreso en nuestra unidad 76 (56,29%) de los cuales 60 (44,4%) eran hombres y la lobectomía 39 (28,8%) fue el procedimiento más realizado. 34 pacientes (23%) sufrieron complicaciones, tres de ellos con resultado de éxitus (I. renal) (tabla). 39 (28,8%) pacientes tuvieron complicaciones tras la realización de los procedimientos terapéuticos o diagnósticos. La complicación más frecuente fue la fuga aérea 12 (30,76%), siendo la fibrilación auricular la segunda causa 8 (20,51%). Tres pacientes fueron diagnosticados de neumonía nosocomial y tres pacientes necesitaron VMNI.

	Lobectomía	Mediastinos	Torascosc.	Tiroidect.	Biopsia
C. pulmón	21	3	2	0	15
Neumotórax	0	1	1	0	1
M. cavitada	1	0	0	0	1
D. pleural	0	0	1	0	1
Hidatidosis	1	0	0	0	1
Bocio mul.	0	0	0	1	1
P. interst.	0	0	0	0	1
	23	4	4	1	33

Conclusiones: 1. La principal complicación fue la fuga aérea en pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón a los que se les realizó una lobectomía. 2. Es poco frecuente en nuestro medio que los pacientes tengan complicaciones graves en el postoperatorio inmediato. 3. Ocasionalmente la ventilación mecánica no invasiva se mostró útil en estos pacientes.

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA (CI) EN LA VALORACIÓN DE LA RESPUESTA BRONCODILATADORA EN PACIENTES CON EPOC

E. López de Santa María Miró¹, M. Arnaiz², C. Ibáñez³, M. Ruiz³, M.J. Lana⁴, M.A. Martín⁵, M.A. Maeztu⁶, B. Roldán⁷ y J.B. Galdiz¹

¹Hospital de Cruces: Servicio de Neumología; ²Repelga: Atención Primaria; ³La Paz: Atención Primaria; ⁴Sodupe: Atención Primaria; ⁵Algorta: Atención Primaria; ⁶Lutxana: Atención Primaria; ⁷Urban: Atención Primaria.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología habitual en la práctica clínica tanto a nivel de asistencia primaria como a nivel de asistencia ambulatoria neumológica y hospitalaria. Desde el punto de vista funcional el hallazgo fisiopatológico fundamental de la EPOC es la obstrucción de la vía aérea, objetivado por un descenso del FEV1. Existen datos en la literatura que confirman la infraestimación a la respuesta broncodilatadora (BD) si no se evalúa la hiperinsuflación, estimándose que la CI puede ser capaz de objetivar esta respuesta.

Objetivos: Valorar la utilidad de la medición de la CI en la evaluación de la respuesta (BD) en pacientes EPOC. Comparar dicha respuesta con variables habitualmente utilizadas en dicha valoración FEV1, FVC.

Material y métodos: Estudio trasversal, prospectivo, multicéntrico, descriptivo a nivel de asistencia primaria. Pacientes: se incluyeron 110 pacientes con diagnóstico de EPOC, de las consultas de Asistencia Primaria. Espirometría: La realización de la espirometría fue de acuerdo con las normas de SEPAR. Se utilizaron espirómetros Easy One (ndd Medical Technologies, Suiza) y DatoSpir 120 (Sibelmed, Barcelona) validados por el Laboratorio de Exploración Funcional del Hospital de Cruces con calibración tanto de volúmenes (Jeringa 3l Jeager, Alemania) como de flujos (Descompresor explosivo Sibelmed, España). Las espirometrías fueron realizadas por DUEs después de seguir un curso de perfeccionamiento en la realización de la maniobra lenta (CI) en el Laboratorio de Exploración Funcional.

Resultados: Se analizaron los test correspondientes a 110 pacientes, 97H y 13M, edad $65 \pm 9,6$, FEV1 $1.530 \pm 0,56$ ($49\% \pm 15$) y FVC $2.713 \pm 0,88$ ($66\% \pm 17$). Globalmente el incremento post BD de los diferentes parámetros fue 13% CI, 8% FEV1 y 7% FVC. 58/110 (49%) de los pacientes incrementaron > 250 ml la CI. En el grupo de pacientes severos (FEV1 $36\% \pm 8$) el incremento post BD fue 16% CI, 9% FEV1 y 10% FVC. 28/46 incrementaron > 250 ml la CI. En el grupo de pacientes no severos (FEV1 $60\% \pm 11$) el incremento post BD fue 11% CI, 7% FEV1 y 8% FVC. 30/64 incrementaron > 250 ml la CI.

Conclusiones: La CI es un parámetro que permite identificar la respuesta BD en pacientes EPOC. Presenta mayor sensibilidad que otros parámetros como el FEV1 y FVC. Su utilización es posible en Atención Primaria usando los espirómetros existentes.

EXPERIENCIA CLÍNICA DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO EN LA COMBINACIÓN DE PARCHES Y CHICLES DE NICOTINA

N. Amor Besada¹, M. Mayayo Ulibarri¹, A. Iglesias Sanz², M.I. Cristóbal Fernández¹, A. Cícero Guerrero¹, J.I. de Granda Orive³, J. Astray Mochales¹ y C.A Jiménez Ruiz¹

¹Unidad Especializada Tabaquismo-DGSP: UET; ²Hospital Universitario de la Princesa: Radiología; ³Hospital Infanta Leonor: Neumología.

Introducción: El principal objetivo de este estudio es presentar los resultados en cuanto a eficacia y seguridad de uso de la combinación farmacológica de parches y chicles de nicotina en un grupo de pacientes que acudieron de forma consecutiva a una unidad especializada en tabaquismo.

Material y métodos: El programa de tratamiento consistió en una combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento conductual. Los pacientes recibieron tratamiento conductual que se desarrolló en diez sesiones individuales, y eligieron un día para dejar de fumar. El tratamiento farmacológico consistió en la utilización de Parches a diferentes dosis según recomendaciones de la SEPAR durante 12 semanas y chicles de nicotina de 2 y 4 mg. Los pacientes fueron seguidos durante 6 meses. Las vistas de seguimiento se realizaron a las 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 18 y 24 semanas después del día de dejar de fumar. En cada visita se controló la abstinencia, se identificaron efectos adversos y se suministró tratamiento farmacológico gratuito de forma progresiva.

Resultados: Analizamos una muestra de un total de 1.320 pacientes que acudieron consecutivamente a una unidad especializada en tabaquismo para recibir tratamiento para dejar de fumar. De los cuales el 52% eran hombres y el 48% mujeres; con una edad media de 48,2 (11,7). La puntuación media en el Test de Fagerström 6,9 (2,4). 80% consumía el primer cigarrillo en la primera media hora tras levantarse y más de 30 min el 20%. La abstinencia a los 3 meses fue del 57% y a los 6 meses del 54,5%. El efecto secundario más frecuente fue prurito.

Conclusiones: 54,5% se mantuvieron abstinentes a los 6 meses. El efecto secundario más frecuente fue prurito.

EXPERIENCIA CLÍNICA DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO EN LA REDUCCIÓN PROGRESIVA VERSUS ABSTINENCIA BRUSCA

N. Amor Besada¹, M. Mayayo Ulibarri¹, A. Iglesias Sanz², M.I. Cristóbal Fernández¹, A. Cícero Guerrero¹, J.I. de Granda Orive³, J. Astray Mochales⁴ y C.A Jiménez Ruiz¹

¹Unidad Especializada Tabaquismo-DGSP: UET; ²Hospital Universitario de la Princesa: Radiología; ³Hospital Infanta Leonor: Neumología.

Introducción: El principal objetivo de este estudio es presentar los resultados en cuanto reducción progresiva en un grupo de pacientes que acudieron de forma consecutiva a una unidad especializada en tabaquismo versus una serie histórica de la unidad que hizo abstinencia brusca.

Material y métodos: El programa de tratamiento consistió en una combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento conductual. Serie 1: Fase de reducción progresiva hasta cesación: 4 meses. 1, 2, 4, 6, y 8 semanas después visita basal. Reducción hasta el 50%. 10, 12 y 16 después de la visita basal. Reducción hasta el abandono completo. Fase de abandono completo: 6 meses. 15 días, 1,1.5, 2, 3 y Serie 2: Fumadores que realizaron abandono brusco. Seguimiento 6 meses después día D. Elección de Día D en la visita basal. Seguimiento: 6 meses. Distribución de visitas: 1, 2, 4, 6, 8 y 12 semana después del día D; 4 y 6 mes del día D.

Resultados: Serie 1: analizamos una muestra de un total de 135 pacientes que acudieron consecutivamente a una unidad especializada en tabaquismo para recibir tratamiento para dejar de fumar. De los cuales el 52,1% eran hombres; edad media de 47,7 (10,3). Puntuación media test de Fagerström 6,9 (1,9). 28,1% consumía el primer cigarrillo en los primeros 5 min tras levantarse. Adherencia programa: 12 semanas 68% 6 meses 65%. Abstinencia a los 3 meses fue del 53% y a los 6 meses del 49%. Efecto secundario más frecuente: irritación oreo faríngea. Serie 2: analizamos una muestra de un total de 354 pacientes que acudieron consecutivamente a una unidad especializada en tabaquismo para recibir tratamiento para dejar de fumar. Hombres: 53,3%; edad media 48,6 (11,9). Puntuación media test de Fagerström 6,1 (2,3). 28,1% consumía el primer cigarrillo en los primeros 5 min tras levantarse. Adherencia programa: 12 semanas 65% 6 meses 63%. Abstinencia continua a los 3 meses fue del 55% y a los 6 meses del 52%. Efecto secundario más frecuente: prurito.

Conclusiones: Tasas de abstinencia similares en ambas series: 50% a los 6 meses. Adherencia al programa similar en ambas series. Los efectos adversos similares en ambos grupos.

LA ESPIROMETRÍA Y LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD: BINOMIO SALUDABLE EN EL PACIENTE NEUMOLÓGICO

N. Farré Pagès¹, M. Martínez Orduna¹, M. Morell Pardo¹, M. Ortiz Valls¹, E.M. Artigues Barberà¹ y L. Pelegrí Martínez²

¹ABS Balàfia-Pardinyes: Atención Primaria; ²Hospital La Fe: Radiodiagnóstico.

Introducción: La espirometría forzada es una exploración complementaria imprescindible para el diagnóstico del asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Es importante conocer el motivo de realización de la espirometría, si se realiza con o sin broncodilatador, la presencia de patología infecciosa, el hábito tabáquico, el consejo antitabaco, la visita a consulta de tabaquismo para poder evaluar y redirigir, si fuera necesario, la educación sanitaria realizada por enfermería, imprescindible para los pacientes con EPOC.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal realizado en una área básica de salud urbana. Espirometrías realizadas de enero a octubre de 2009.

Resultados: 94 espirometrías realizadas durante período estudio. 62,4% hombres, 37,6% mujeres. Promedio total: 59,02 (DE ± 19,6 años). Motivo realización espirometría: EPOC 26,32%, asma 18,80%, disnea 17,86%, tos 11,28%, hipersecreción bronquial 2,82%, bronquitis 2,82%, repetición espirometría por alteración en empresa 1,88%, bronco espasmo 1,88%, expectoración 0,94%, repetición por mala técnica 0,94% y no consta 2,82%. 88 espirometrías con broncodilatador, 6 sin. Ningún paciente con patología infecciosa. 53,19% no fumadores, 23,40% ex fumadores y 23,40% fumadores. El 100% de los pacientes con EPOC ha recibido consejo antitabaco. El 36,36% de ex fumadores y el 72,72% de fumadores acuden a consulta de deshabituación tabáquica llevada a cabo por enfermería y médico de atención primaria. El 75% de los pacientes con EPOC ha recibido educación sanitaria por parte de enfermería sobre el manejo de los inhaladores.

Conclusiones: El asma y la EPOC son los motivos principales por los que se realizan espirometrías forzadas en nuestro estudio. La atención primaria de salud y el personal de enfermería, se mantienen como un entorno favorable para la educación para la salud en relación al consejo antitabaco y los consejos educativos sobre las técnicas de inhalación y los ejercicios de rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC. La consulta antitabaco se perfila como una buena herramienta para pacientes ex fumadores y fumadores ya sea para un programa de apoyo como para afrontar la terapia sustitutiva.

MANEJO DEL PACIENTE SAHOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL TRASTORNO DEL SUEÑO EN EL HAR DE BENALMÁDENA. DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO

J.A. Piña Fernández, A. Mochón Doña, E. Doña Díaz, E. Casado Miranda, D. Pinto Carrasco, M. Núñez López, M. Cabrera Guinovart y Y.Toro González

Hospital de Alta Resolución de Benalmádena: Neumología.

Introducción: En noviembre del año 2007 se inaugura el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena y hasta junio de 2008 no comienza la consulta de Enfermería de trastornos del sueño con la realización de las primeras poligrafías cardiorespiratorias. El objetivo es describir el proceso asistencial que llevamos a cabo en el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena y como se maneja al paciente que es derivado a la consulta de enfermería del sueño, desde que se sospecha pueda estar afectado por SAHOS, hasta que se instaura el tratamiento y se establece un seguimiento para asegurar el correcto cumplimiento de la terapia.

Material y métodos: Una vez que el paciente es remitido desde la consulta médica de neumología para proceder al estudio del sueño, se cita en la consulta de enfermería para la realización de la poligrafía (domiciliaria). El enfermero instruye en el manejo del polígrafo mediante una charla y explicación práctica de cómo colocar el dispositivo. Al día siguiente se descargan los datos y se analizan (enfermero del sueño) emitiendo un informe con el resultado, el paciente será visto por el neumólogo en un plazo máximo de dos semanas (resultado del estudio). Si es positivo se cita para la consulta y se realiza un ajuste con AUTOCPAP previo a la instauración del tratamiento (2 noches). A la semana de la realización del ajuste se vuelve a citar en la consulta de enfermería del sueño donde se le instala y adapta la cpap. Posteriormente vuelve a ser valorado por el neumólogo y si se detecta algún problema de adaptación se le vuelve a citar en la consulta del sueño para solventar el problema y lograr así un cumplimiento óptimo de la terapia. Los equipos y mascarillas son facilitados por la empresa suministradora VitalAire.

Resultados: Poligrafías realizadas: 253; Ajustes con AUTOCPAP: 52 (desde jul'09); Adaptación: 5 (nov'09); Altas cpap: 115; Altas Bpap: 4; Bajas: 9 (abandono tratamiento).

Conclusiones: La adaptación es más fácil y rápida cuando el paciente es tratado desde el diagnóstico hasta la instauración del tratamien-

to por un mismo enfermero. El paciente se siente más seguro al tener un referente en el hospital que le solventa sus dudas y problemas sobre el tratamiento, siendo mínimo los casos de abandono (7,56%). Hay un mayor control de la terapia por parte del neumólogo y el enfermero.

PERFIL DE PACIENTES QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA DE ASMA DEL HOSPITAL COSTA DEL SOL

P. Fuentes Gala, M.M. Sánchez Jiménez, A. Padilla Galo, J.A. Piña Fernández, J.J. Santos González, A. Mochón Doña y J.J. Cebrián Gallardo

Hospital Costa del Sol: Unidad de Neumología.

Introducción: La educación sanitaria es un proceso de enseñanza de los conceptos y de las habilidades necesarias para que el paciente pueda cooperar en el tratamiento y control de su enfermedad. El objetivo de este estudio es conocer el perfil de los pacientes asmáticos que acuden al Programa de Educación Sanitaria de Asma (PESA) y describir los conocimientos previos que tienen sobre Asma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante la revisión de informes de PESA del último año (1/11/08-31/10/09). El PESA consiste en una sesión teórico-práctica, en la que se abordan los temas de asma y alergia de una forma didáctica, se cumplimenta un cuestionario sobre los conocimientos previos de su enfermedad y el uso de la medicación, y posteriormente se instruye a los pacientes en el manejo de los distintos inhaladores y se busca el más adecuado. Los pacientes incluidos son adultos y presentan asma. Se ha creado una base de datos y se ha utilizado el programa informático SPSS 15.0. Los resultados se han expresados como la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y en porcentaje para las cualitativas.

Resultados: Se le propuso a 132 pacientes la inclusión en el PESA, a la primera consulta acudieron 78 (59,1%) y a la 2ª sólo acudió el 49,1%. 41 (52,6%) son mujeres, con una edad media de $43,9 \pm 18,3$ años, el 55,8% son no fumadores, el 64,8% tienen alguna sensibilización a aeroalérgenos y el 26,7% acudió al menos en una ocasión a Urgencias el año anterior. El 77,3% tiene asma persistente moderada y el 14,7% persistente grave. El 92,2% de los pacientes acudían por primera vez a un PESA. El 81% tiene un conocimiento deficiente de su patología de forma subjetiva, mientras que tras utilizar los cuestionarios (resultados objetivos) se reduce al 46%. De los pacientes que fueron diagnosticados de "conocimientos deficientes", el 51,2% lo relacionó con falta de exposición, el 20,9% con mala interpretación de la información, el 18,6% con poca familiaridad con los recursos para obtener la información, el 4,7% con falta de interés y el 4,6% con falta de adherencia terapéutica y falta de memoria.

Conclusiones: Un alto porcentaje de nuestros pacientes asmáticos no acuden al Programa de Educación Sanitaria, por lo que debemos buscar nuevas estrategias para aumentar el cumplimiento. Además, los pacientes que acuden tienen un bajo conocimiento de su enfermedad, por lo que es fundamental la educación sanitaria en estos pacientes.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME HIPOVENTILACIÓN OBESIDAD ENTRE LOS PACIENTES CON BIPAP DOMICILIARIA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL

J.A. Piña Fernández, A. Mochón Doña, J.J. Cebrián Gallardo, P. Cuéllar Raya, M. Arroyo Varela, A. Padilla Galo, A.M. Escribano Dueñas, J. Fernández Guerra, I. Gaspar, J.M. García Jiménez, E. Mora y J.J. Santos González

Hospital Costa del Sol: Neumología.

Introducción: Mediante este estudio transversal pretendemos conocer la situación actual que el SHO (síndrome hipoventilación obesi-

dad) tiene de entre todas las patologías de los pacientes que actualmente están siendo tratados mediante Bipap domiciliaria en el ámbito del Hospital Costa del Sol.

Material y métodos: Tipo de estudio: transversal. Sujetos: pacientes sometidos actualmente a tratamiento con Bipap domiciliaria. Ámbito: hospital de 2.º nivel (población de referencia 340.458 habitantes). Muestra: pacientes activos en tratamiento con bipap en noviembre 2009. Variables: IMC, patología y sexo. Analizamos 98 pacientes. Sexo: hombres (54) mujeres (44). IMC $40,25 \pm 14$. Tipo VNI: BIPAP (100%). Presiones: inspiratoria $13,5 \pm 2$, espiratoria 5 ± 1 .

Resultados: Las patologías presentes en los pacientes ventilados en el momento actual son: SHO 37 pacientes (37,75%) de los cuales 12 son hombres (22,22%) y 25 mujeres (56,81%); SHO asociado a SAHOS 9 pacientes (9,18%) de los cuales 4 son hombres (7,40%) y 5 mujeres (11,36%); SAHOS 15 pacientes (15,30%) de los cuales 11 son hombres (20,37%) y 4 mujeres (9,09%); EPOC asociado a SAHOS 11 pacientes (11,22%) (10 hombres [18,51%] y 1 mujer [2,27%]), neuromusculares 6 pacientes (6,12%) (4 hombres [7,40%] y 2 mujeres [4,16%]), Cor pulmonale 4 pacientes (4,08%) todos ellos hombres (7,40%) y otras patologías 16 pacientes (16,32%) 9 hombres (16,66%) y 7 mujeres (14,58%).

Conclusiones: El SHO es la patología con mayor prevalencia en la actualidad en nuestros pacientes ventilados mediante Bpap en el domicilio. La mayoría de los pacientes ventilados en domicilio afectos de SHO son mujeres casi duplicando la incidencia a los hombres.

PROGRAMA DE EPOC EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

M.J. Prunera Pardell, A. Doménech del Río, F. Bernal Prados, C. Llamazares y B. González Sánchez

Hospital Carlos Haya: Neumología.

Introducción: La EPOC representa alta prevalencia y morbimortalidad. En el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (HRU Carlos Haya) desde el año 2007, se puso en funcionamiento una consulta enfermería (CE) de EPOC, ubicada en neumología.

Objetivos: Dar a conocer la dinámica de seguimiento de la consulta, Describir resultados obtenidos: diagnósticos NANDA más frecuentes, intervenciones enfermeras (NIC) y descripción del seguimiento.

Material y métodos: Los pacientes son derivados a la CE por los neumólogos, tanto desde hospitalización como desde consultas de Atención Especializada. La enfermera se coordina con especialistas en neumología y rehabilitación y la fisioterapeuta por e-mail, teléfono y s. clínicas 1/d/semana. Programa informático: "Planfra" (pacientes frágiles). Incluye terminología NANDA.

Resultados: Seguimiento de pacientes: mínimo 3 visitas (en la comunicación se especificará detalladamente qué, cómo y cuándo. N.º de pacientes y cuidadores atendidos febrero 08/09: 173. Captación: desde hospitalización 57, desde consultas 116. NANDA: - Limpieza ineficaz vías aéreas (00031) 152. - Manejo inefectivo régimen terapéutico (00078) 67. - Deterioro intercambio gaseoso (00030) 70. - Deterioro movilidad física (00085) 57. NIC más utilizadas: - Manejo vía aérea (3140) en 152 ocasiones. - Enseñanza: proceso de enfermedad (5620), medicamentos prescritos (5616): 67. - Oxigenoterapia continua domiciliaria (3320) 70. Seguimientos realizados: 633.

Conclusiones: Desde la implantación de éste programa, los pacientes de EPOC del HRU Carlos Haya reciben atención individualizada, contribuyendo a una mejor identificación de problemas de salud, y al hacerlos partícipes de forma activa en su proceso, consiguiendo mejorar la adherencia al tratamiento y evitar ingresos innecesarios. El continuo seguimiento presencial y telefónico por parte de la enfermera, es un componente clave a la hora de la resolución de los diagnósticos enfermeros y de la mejora de la calidad de vida de estos pacien-

tes. Desde el punto de vista de enfermería, ésta consulta facilita y hace posible que se establezca una relación ágil y fluida con el paciente y su familia, consiguiendo que ambas partes sean participantes activos en el proceso de la enfermedad.

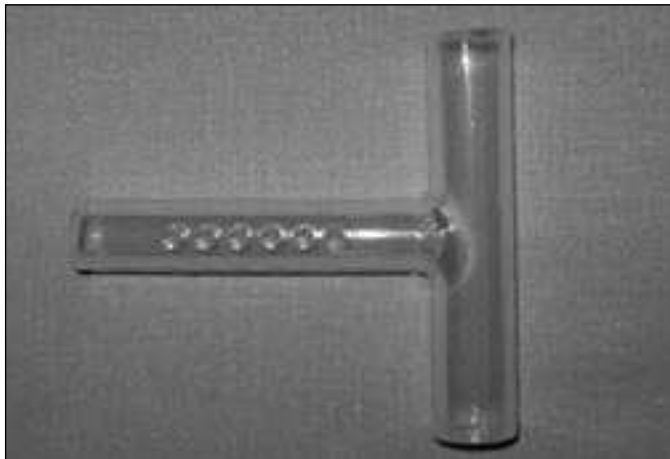
PROTOCOLO Y PLAN DE CUIDADOS ESPECÍFICO PARA PACIENTES PORTADORES DE CÁNULA DE MONTGOMERY

I. Ortiz Molina, M. Díez Escobar, C.M. Alcudia Corredor, R. Carrión González, J. Morgado Ruíz y C. Mora Costa

Hospital Universitario Virgen del Rocío: UMQUER.

Introducción: Descripción breve de una cánula de Montgomery y de las patologías más comunes en las que se suele implantar dicho dispositivo. Con el fin de unificar criterios y facilitar el trabajo de los profesionales de enfermería de la unidad de neumología y cirugía torácica, UMQUER, nos propusimos desarrollar un protocolo de actuación de enfermería, destinado tanto para los pacientes que ingresan con el objeto de la implantación de una cánula endotraqueal, como para los que ya son portadores de ésta y son ingresados para revisión y/o tratamiento; y la elaboración de un Plan de cuidados específico para pacientes con cánula de Montgomery con el fin de proporcionar conocimientos y herramientas adecuadas a los profesionales de enfermería que atienden a este tipo de pacientes.

Material y métodos: Para conseguir nuestro objetivo, enunciamos por escrito y de forma protocolaria las distintas intervenciones y actividades que lleva a cabo el personal de enfermería ante un paciente destinatario de una prótesis endotraqueal, y siguiendo el esquema de estandarización de Planes de cuidados del HU Virgen del Rocío, se elaboró un Plan de cuidados específico para los pacientes portadores de cánula de Montgomery, priorizando los resultados (NOC) que se requieren alcanzar y las intervenciones y actividades específicas necesarias para lograrlos.



Resultados: Desarrollo e implantación en la Unidad de neumología y cirugía torácica de un protocolo y plan de cuidados específico para pacientes con cánula de Montgomery, siendo una guía de trabajo fundamental para el personal no familiarizado con este tipo de dispositivo endotraqueal externo. Esto reporta mayor seguridad en la aplicación de los procedimientos enfermeros, evitando complicaciones no deseadas, e indicando cómo se debe actuar en el caso de que éstas se presenten.

Conclusiones: Mayor eficacia en el afrontamiento de las necesidades de los pacientes con cánula de Montgomery y por tanto una mejora en la calidad de la prestación de cuidados enfermeros.

RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA (HB) Y OBESIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)

M.J. Fernández González¹, M.L. García Fernández¹, C. Castañón Baizán¹, M. Corrales Zarauza² y F. Payo Losa¹

Hospital Universitario Central de Asturias (I. Nacional de Silicosis): ¹Fisiología Respiratoria, ²Rehabilitación Respiratoria.

Introducción: Se apunta que en la obesidad puede existir un bajo grado de inflamación sistémica, elevación de la proteína C reactiva (PCR), entre otros factores, el cual a su vez podría estar asociada con anemia crónica, manifiesta por una reducción de la concentración de hemoglobina (Hb) y otros factores hematológicos. Nuestro objetivo es hacer un análisis de estas relaciones en pacientes con SAHS.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 2.951 pacientes con estudio polisomnográfico. Se realizaron test de correlación "r", test de diferencias entre medias y t de Student, para valorar asociación entre variables o diferencias entre grupos. Se analizó la concentración de Hb, el Índice de apnea hipopnea (IAH) y el índice de masa corporal (IMC) en pacientes con y sin SAHS, en pacientes con obesidad mórbida (OM) y en el conjunto del grupo. Los datos se analizaron en el SPSS.

Resultados: En la totalidad del grupo se observó una correlación negativa significativa entre IMC y Hb: $r = -0,065$ $p < 0,000$. Esta relación fue similar cuando se estudiaron pacientes con SAHS (Índice de Apnea Hipopnea (IAH) > 15): $r = -0,063$ $p < 0,005$ $n = 1.983$ y pacientes sin SAHS: $r = -0,092$ $p < 0,004$ $n = 1.004$. La correlación entre Hb e IAH en el conjunto de pacientes estuvo en el límite de la significación: $r = 0,036$ $p < 0,048$. En el grupo de pacientes con OM, $n = 80$, se observó la Hb media: 13.55 g% (DE 1,24) frente a la media del grupo total: 14,99 g% (DE: 2.54) (diferencia entre medias: 1,44 g%). Estas diferencias fueron significativas: $t = 5,08$ $p < 0,000$. No se encontró una correlación significativa entre Hb e IAH es pacientes con OM: $r = -0,115$ $p = 0,310$.

Conclusiones: Pacientes obesos y diagnosticados de SAHS poseen una discreta disminución de la concentración de Hb que parece estar relacionada con la obesidad en sí misma y sin demostrarse relación con el IAH.

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA

I. Ulloa Taboada, M. Manteiga Outeiro, S. Rodríguez Sánchez y M.C. Alfonsín Serantes

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Cirugía Torácica.

Introducción: Las encuestas de satisfacción nos permiten medir la calidad percibida por los usuarios. Hoy en día la satisfacción del paciente es una preocupación constante dentro del sistema sanitario. Para medir dicha calidad hemos realizado un estudio de satisfacción utilizando el cuestionario Servqhos que nos permite evaluar la calidad percibida durante la hospitalización. El objetivo de este estudio es conocer y analizar el nivel de satisfacción.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de prevalencia en el servicio de cirugía torácica desde el 15/agosto al 25/noviembre 2009. La población que cumplimentó el cuestionario fue de 72 pacientes de un total de 78 encuestas entregadas. Dicho cuestionario se le entregó al paciente en mano en el momento del alta. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue de 55,26 años con un rango de 17-89. El 75,4% eran varones. La población satisfecha correspondió al 100% de los cuales el 58,3% estaban muy satisfechos y el 40,3% satisfechos. Se ha constatado una mayor satisfacción con respecto a la calidad subjetiva 96,9% frente a la calidad objetiva 83,3%.

Los ítems mejor valorados han sido: la amabilidad del personal en el trato con la gente, el interés del personal de enfermería por los pacientes y la disposición para ayudar cuando lo necesite. Por el contrario los ítems peor valorados fueron: el estado de las habitaciones, las indicaciones para orientarse y saber a dónde ir en el hospital y la puntualidad de las consultas médicas.

Conclusiones: La satisfacción de los pacientes con la atención recibida además de ser crucial para la evaluación del servicio, es clave para la mejora de la calidad asistencial. Los pacientes valoran positivamente la atención prestada durante la hospitalización; estando satisfechos en un 100%. Aun así los aspectos susceptibles de mejora serían: el acceso y ubicación del hospital, así como la puntualidad médica.

SOMNOLENCIA DIURNA Y SÍNTOMAS DE TRASTORNO DEL SUEÑO EN TRABAJADORAS SANITARIAS A TURNOS

M.M. Mosteiro Añón, C. Gil Campo, A.I. González Silva, A. Pallares Sanmartín, A. Cobas Paz, M.J. Muñoz Martínez y M. Torres Durán

Hospital Xeral. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo: Servicio de Neumología.

Introducción: La excesiva somnolencia diurna es muy prevalente en la población general (18,7%), pero en trabajadores a turnos puede ser aún mayor y más grave.

Objetivo: Conocer la prevalencia de síntomas de trastorno del sueño y de excesiva somnolencia en trabajadores sanitarios a turnos.

Material y métodos: Estudio transversal mediante encuesta específica dirigida a enfermeras y auxiliares de un hospital terciario, con trabajo a turnos en planta de hospitalización: médica, quirúrgica, pediatría y UCI. El cuestionario autocumplimentable constaba de 4 preguntas sobre turnicidad, 4 sobre hábitos de sueño y 19 preguntas sobre síntomas de trastorno del sueño y la escala de somnolencia de Epworth.

Resultados: Completan el cuestionario 152 trabajadoras de un total de 304 distribuidos (índice de respuesta: 50%). Edad 42 ± 8,6 años, 13 varones (8,6%), enfermeras 95 (62%), auxiliares 58 (38%). Trabajan a tres turnos (mañana, tarde, noche) 135 (87,6%), en dos turnos (mañana y tarde) 18 (11,7%) y 1 de noches fija. Epworth 9,6 ± 4,2, Epworth > 10: 47,4%, y Epworth > 12: 30%; somnolencia conduciendo en relación con el turno: 23,7%. Las horas en cama son 6,75 ± 0,75; en 14,5% < 6 h, y en 66% < 7 h; hacen siesta 38% un promedio de 60 ± 37 minutos. Ronquido habitual lo refieren 11%, un 25% sólo roncan en supino o si beben alcohol; sólo 1 sujeto refiere pausas evidenciadas frecuentemente. Otros síntomas de trastorno del sueño del grupo de mujeres (139) se muestran en la tabla, y se comparan con una muestra poblacional de mujeres entre 40 y 60 años del área de Vigo.

	Sanitarios a turnos mujeres	Mujeres 40-60a*	p
N	139	127	
Edad	42,7 ± 8,5	50 ± 5,8	< 0,001
Hrs cama	6,79 ± 0,73	7,6 ± 1,2	< 0,001
Siesta sí	36,7%	32,7%	0,4
Tiempo siesta (min)	60 ± 37	15 ± 25	< 0,001
Epworth	9,5 ± 4,3	6,7 ± 4,8	< 0,001
Epworth > 10	66 (47,5%)	35 (27%)	< 0,001
Epworth ≥ 12	42 (30%)	25 (19,4%)	0,04
Ronquido intenso	9 (7%)	33 (25,6%)	< 0,001
Sueño no reparador	46 (33%)	30 (23%)	0,08
Múltiples despertares	32 (23%)	22 (17%)	0,2
Fatiga frecuente	50 (36%)	19 (14,7%)	< 0,001
Falta de concentración (fr)	27 (19%)	11 (8,5%)	0,01
Excesiva somnolencia (fr)	13 (9,3%)	8 (6%)	0,3

Conclusiones: 1. Las mujeres trabajadoras sanitarias a turnos tienen una alta prevalencia de somnolencia diurna así como importante fatiga y falta de concentración, con prevalencias significativamente superiores a los de la población general de mujeres. 2. La privación de sueño en horario de trabajo matinal también es muy alta.

TABAQUISMO EN FAMILIARES DIRECTOS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA CRÓNICA

M.J. Viña Vázquez, M.J. Ferreiro Seijo, M.L. Rodríguez Valcárcel, M.L. Vázquez Rey, M. Blanco Aparicio y H. Vereja Hernando

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Neumología.

Introducción: Entre los múltiples factores que se han implicado en el inicio en el hábito tabáquico figura la presencia de fumadores en el entorno familiar. No obstante, hay pocos estudios que analizan este aspecto en familiares de pacientes respiratorios.

Objetivos: Conocer la incidencia de fumadores entre los familiares directos de pacientes con patología respiratoria crónica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional realizado en una muestra de pacientes que acudieron de forma consecutiva al laboratorio de exploración funcional respiratoria para la realización rutinaria de pruebas en el período comprendido entre enero y noviembre de 2009. La recogida de datos incluía: edad, sexo, diagnóstico, hábito tabáquico (fumador activo, ex fumador, nunca fumador), historia de tabaquismo en familiares (padres, hijos, hermanos). Análisis estadístico: Se calcularon medias (DE) y porcentajes utilizando el programa estadístico SSPS version 9.1.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes con edad media (DE) de 58,69 años (16,64); 49% varones; 49% asma, 20% EPOC, 32% otros diagnósticos. Eran fumadores activos 26 (13%), ex fumadores 70 (35%) y nunca fumadores 103 (52%). De los pacientes no fumadores el porcentaje de tabaquismo según el parentesco fue: madre 6/100 (6%), padre 57/93 (61%), ≥ 1 hermano fumador 38/88 (43%), ≥ 1 hijo fumador 37/76 (49%). De los pacientes fumadores y/o ex fumadores: madre 4/90 (4%); padre 61/91 (67%), ≥ 1 hermano fumador 17/87 (68%), ≥ 1 hijo fumador 42/79 (53%). La media (DE) de hermanos en no fumadores y fumadores/ex fumadores fue de 3,37 ± 2,51 (1-10) y 3,43 ± 2,60 (1-13), respectivamente. La media (DE) de hijos fue 2,23 ± 1,14 (1-5) y 2,24 ± 1,21 (1-6), respectivamente.

Conclusiones: 1. No hubo diferencias significativas en el hábito tabáquico de los progenitores de fumadores y no fumadores, siendo muy bajo el porcentaje de madres fumadoras. 2. Existe una alta tasa de tabaquismo en los hijos de pacientes con patología respiratoria crónica, independientemente del hábito tabáquico de los padres.

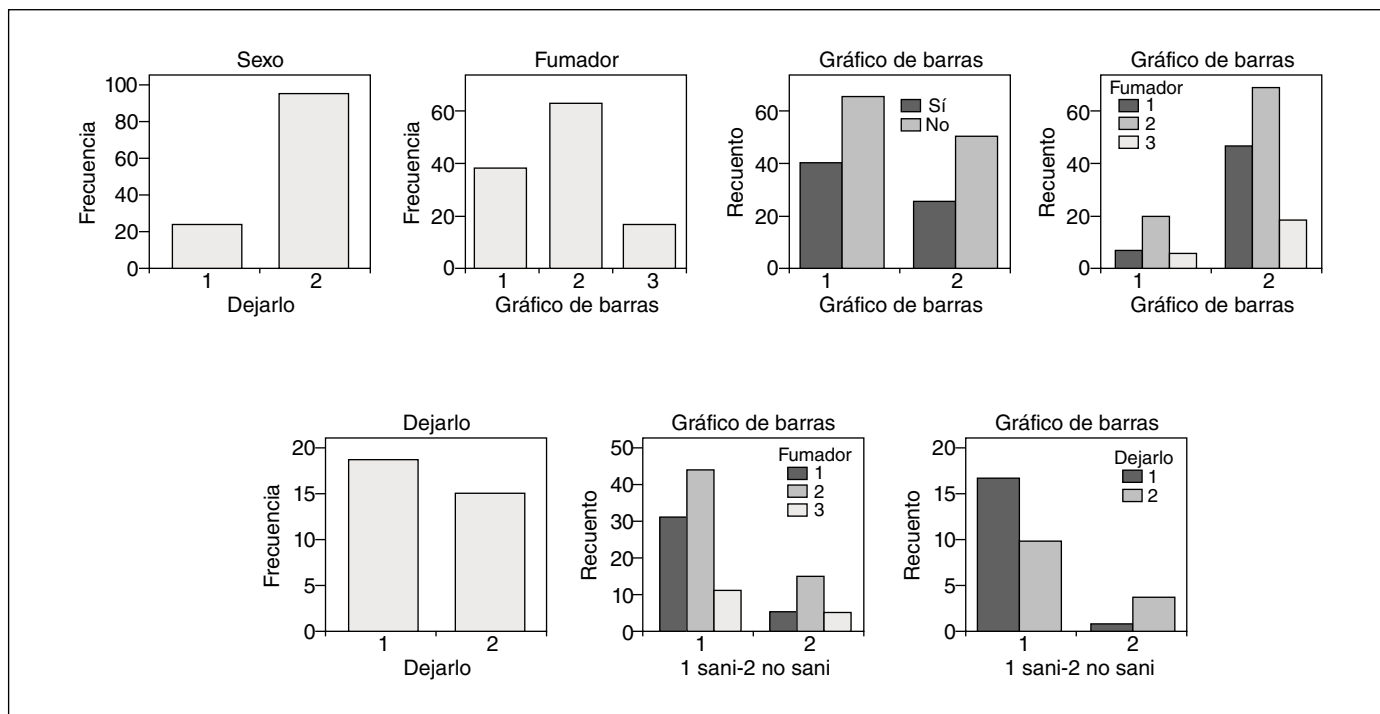
TABAQUISMO, LA ENFERMEDAD EN NUESTRO HOSPITAL

A. Pérez Sánchez¹, M.C. Anaya Mico¹, D. Sanchís Fillol¹, N. Ruano Zoroa¹, A. Navalón Almendros¹, L. Coloma Sendra², F.J. Callejas¹, S. García Castillo¹, P. López Miguel¹ y R. Godoy Mayoral¹

¹Hospital General de Almansa: Neumología, ²Consultas.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad según la OMS. Es interesante saber si los que luchamos contra esta enfermedad estamos afectos por ella, en qué medida y de qué forma. Nos preguntamos qué prevalencia tendría el consumo de tabaco entre el personal de nuestro hospital, si habría diferencias entre hombres y mujeres, entre sanitarios o no sanitarios.

Material y métodos: Utilizamos encuestas para preguntar edad, sexo, consumo de tabaco, puesto de trabajo, intentos de dejarlo, métodos, marcas de tabaco, causas. El estudio es transversal y tuvimos en cuenta las frecuencias y prevalencias. Comparamos mediante la chi-cuadrado.



Resultados: Respondió el 32% del personal del hospital ($n = 118$); 23 (19,5%) hombres y 95 (80,5%) mujeres. Sanitarios 86 (77,5%); no sanitarios 25 (22,5%). Fumadores 38 (32,2%); no fuma 63 (53,4%); 17 (14,4%) ex fumadores. Se fuma una amplia variedad de marcas: Fortuna 17 (14,4%); Chesterfield 6 (5,1%); Marlboro 4 (3,4%); Nobel 6 (5,1%); Ducados 5 (4,2%); LM 2 (1,7%); Camel 2 (1,7%); otros rubios 4 (3,3%). No hay diferencias significativas entre el sexo y el tabaquismo (sí, no o ex) $p = 0,48$. Fuma antes de desayunar 3 (8,1%) y no fuma antes 34 (91,9%) de los fumadores que han contestado. Quieren dejarlo 19 (55,9%), no dejarlo 12 (44,1%). Se comparó entre sanitarios y no sanitarios con una $p = 0,099$, los sanitarios quieren dejarlo 17 de 27 y entre no sanitarios 1 de 5. Entre los que quieren dejarlo, lo harán antes de 1 mes 3 (15,8%); antes 6 meses 9 (47,4%) y después 7 (36,8%). Entre los fumadores han intentado dejarlo: si 21 (61,8%), no 13 (38,2%). Los ex fumadores o los que han intentado dejarlo han recurrido a ayuda 13 (36,1%) y no 23 (63,9%). No había diferencias entre los que recayeron y lo ex fumadores con la utilización de ayuda $p = 0,53$. Causa por la que se empezó en su mayoría social (74,5%). Las causas por la que se deja es mayoritariamente salud (59%).

Conclusiones: 1. Es una enfermedad frecuente entre los empleados del hospital. 2. Muchos están en fase de contemplación o preparación. 3. Para dejarlo muchos han necesitado ayuda, aunque no hay diferencias entre los que han recaído y recibieron o no ayuda. 4. No hay diferencias entre los sanitarios y no sanitarios que quieren dejarlo, la figura muestra una gran desproporción a favor de los sanitarios. 5. Creemos que, ante los datos, es fundamental informar, ofrecer ayuda y promocionar la deshabituación tabáquica en nuestro hospital.

TOLERANCIA Y COMPLICACIONES DE LA FIBROBRONCOSCOPIA

E. Cebrián, M.J. García, J. Álvarez, C. Blasco, A. Núñez, M. Vizcaya y T. Quintanilla

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Neumología.

Introducción: Análisis de la tolerancia y complicaciones de la broncoscopia (FB) en los pacientes remitidos a nuestra unidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de 131 FB consecutivas realizadas en el Hospital General Universitario de Albacete desde julio a octubre de 2009. Se realizó una encuesta a los pacientes y recogida de variables epidemiológicas, clínicas y del procedimiento. Análisis de la tolerancia y complicaciones según el uso de sedación consciente.

Resultados: Valoramos 131 pacientes, 76,3% varones, edad media $62,7 \text{ años} \pm 14,9$ (21, 87). Presentaban tabaquismo el 71,2%, activo el 35,9%, con una media de $4,7,6 \pm 29,9$ (1, 120) paq/año. Alcoholismo en 4,6% y otras drogas 2,3%. La TAS media $130,6 \pm 24$ (80, 195), TAD media $72,2 \pm 12$ (26, 101), FC media $72 \pm 15,6$ (48, 132). La satO_2 basal media fue $94,2 \pm 5,2$ (64, 100) Utilizamos sedación consciente con midazolán en 90,1% con dosis media de $3,5 \text{ mg} \pm 1,1$ (1,7). La FB se realizó por vía nasal en 93,9%, oral 4,6% y traqueotomía 1,5%. Se realizaron BAL 26,7%, biopsias 45,9%, punciones transbronquiales 6,9%. Aparecieron sólo complicaciones leves en 21,4% (sangrado leve 10,7%, laringoespasma 0,8%, tos 13%, agitación 2,3%, náuseas 1,5%, taquiarritmia 1,5%, desaturación 2,3%). Las complicaciones fueron más frecuentes en alcohólicos (sangrado $66,7 \text{ vs } 23,6\%$; $p = 0,018$) y consumidores de otras drogas (tos $66,7 \text{ vs } 11,7\%$; $p = 0,005$) (agitación $33,3 \text{ vs } 1,6\%$; $p = 0,005$). El sangrado se asoció a cifras de TAD más alta: $78,3 \pm 10,3$ (60,110) vs 71 ± 12 (26,100), $p = 0,04$. Los pacientes refieren mucha satisfacción tras la FB en 82,4%, poca 14,5% y ninguna 3,1%. Se la repetirían si fuera necesario el 91,6%. Fue mejor que lo esperado en 81,7%, igual en 13% y peor en 5,3%. Se habían realizado otras exploraciones el 30%, 17% con sedación y con mejor experiencia en la actual en el 15,3%, el 15,3% igual, 2,3% peor. Comparando con el grupo no tratado, los pacientes que recibieron midazolán mostraron más satisfacción tras FB (mucha 85,6 vs 55,3%; $p = 0,016$) que fue mejor de lo esperado en mayor proporción (83,9 vs 66,7%; ns) sin aumento de complicaciones.

Conclusiones: 1. El 83% de pacientes mostraron mucha satisfacción tras FB y la repetirían si fuera preciso el 91,6%. 2. El uso de sedación consciente con midazolán se asoció a mejor tolerancia sin aumento de complicaciones. 3. Las complicaciones fueron escasas y leves, más frecuentes en alcohólicos y drogadictos. 4. El sangrado bronquial se asoció a cifras más altas de TA.

TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. RENTABILIDAD DEL ESTUDIO DE CONTACTOS

I. López Aranaga¹, I. León Gómez² e I. Pocheville Guruceta²

Hospital de Cruces: ¹Neumología, ²Pediatría.

Introducción: La tuberculosis en niños presenta importantes diferencias con la tuberculosis en adultos: escasa capacidad de contagio, y reflejo de una transmisión reciente, los niños mayores posibilidades de progresar de infección a enfermedad. Detrás de un niño enfermo de TB siempre hay un adulto que lo ha contagiado. Esto requiere hacer un estudio exhaustivo en su entorno buscando el foco de contagio.

Objetivos: 1. Descripción de los casos de TB en población pediátrica diagnosticados en un hospital de tercer nivel en relación a la localización y estado vacunar. 2. Análisis de la rentabilidad del estudio de contactos en el colectivo pediátrico y 3. Estudio de las características del caso índice y tiempo de demora diagnóstica, como factor de riesgo en la TB en niños.

Material y métodos: Entre 2003 y 2008 se ha realizado estudio de contactos de tuberculosis a 333 niños siguiendo el algoritmo para estudio de contactos del programa de prevención y control de la tuberculosis de la CAPV. En el estudio de contactos se han hallado 11 niños enfermos (11/333), al margen del mismo 7. Total niños tuberculosos: 18, edad media 4,7 (rango: 6 meses-13 años), 11 (M) y 7 (H). Características del caso índice de aquellos niños que han tenido como factor de riesgo contacto reciente con un caso de tuberculosis (14/18).

Resultados: Niños: Localización TB: 10 pulmonar (55,5%), 4 pleural (22,2%), 2 meníngea (11,1%) y 2 ganglionar (11,1%). Confirmación microbiológica: 6/18 casos (33,3%). Vacunación: 13 vacunados (72,2%), 4 no vacunados (22,2%), 1 desconocida (5,5%). Grado de contacto con caso índice: 10 íntimo (71,4%), 2 asiduo (14,3%), 2 ocasional (14,3%). Caso índice: Bacteriología: 10 baciloscopia positiva (71,4%), 2 baciloscopia negativa y cultivo positivo (14,3%) y 2 no conocidas (14,3%). Radiografía: 8 cavitada (57,1%), 3 no cavitada (21,4%), y 3 no conocida (21,4%). Demora diagnóstica (días): 2 < 30 (14,3), 4 ≥ 30-60 (28,6%), 6 > 60 (42,9%), y 2 no conocida (14,3%).

Conclusiones: En nuestro estudio: 1. TB localización más frecuente pulmonar, seguida de pleural. Niños vacunados la mayoría. 2. El estudio de contactos es herramienta eficaz en la búsqueda de nuevos casos de tuberculosis, superior el número de enfermos encontrados dentro del estudio que al margen del mismo. 3. La mayoría de los niños enfermos tienen grado de contacto íntimo con casos índices con gran demora diagnóstica, bacilíferos y con radiografía cavitada.

UTILIDAD DE LA VALORACIÓN POR EL PACIENTE SOBRE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO CON CPAP

T. Silvente Zamora¹, P. Méndez Martínez¹, M.C. Abellán Martínez¹, M.J. Avilés Inglés¹, J.A. Ros Lucas², D. Malia Alvarado², R. Beranabeu Mora³, P. Castell Gallud⁴, C. Verde Colinas¹, I. Vergara Lahuerta¹ y M.A. Vives Manjón¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía: Neumología; ²Hospital Los Arcos: Neumología; ³Hospital Morales Meseguer: Neumología; ⁴Universidad de Murcia: Servicio de Apoyo a la Investigación.

Introducción: El grado de aceptación y cumplimiento del tratamiento con CPAP varía ampliamente de unos estudios a otros, siendo del 46 al 80% los pacientes que no realizan correctamente el tratamiento (más de 4 horas/noche durante más del 70% de las noches). Se ha observado en todos los casos una gran diferencia entre los datos reales y la apreciación de cumplimiento del propio paciente. En el presente estudio se pretende analizar la relación entre la cumplimentación del tratamiento con CPAP y la valoración subjetiva que tiene de ella el propio paciente.

Material y métodos: Han sido seleccionados 100 pacientes con SAHS en tratamiento con CPAP (83 hombres y 17 mujeres) de edades comprendidas entre los 25 y 81 años, que acudieron de forma rutinaria para revisión a nuestras consultas. A todos ellos se les interrogó sobre el número de horas semanales que seguían su tratamiento y cuál era su percepción del grado de tolerancia: buena, regular o mala. Se midió el índice de somnolencia (escala de Epworth). Posteriormente se procedió a recoger los datos de los contadores de tiempo de uso de los aparatos de CPAP.

Resultados: En 39 pacientes (39%) se constató un tiempo medio de uso real de la CPAP ≥ 4 h/noche, siendo en el resto de los pacientes inferior a esta cifra. Sobre la estimación que hacían los pacientes del tiempo de uso por noche se observó que 92 (92%) reconocía una cifra mayor de 4 h/noche mientras que sólo 30 (30%) se aproximaban al medido por el contador del aparato (permitiéndose una variación de 1 punto). Decían tener "buena tolerancia" 59 pacientes (59%) de los que 30 (51%) no alcanzaban la cifra de 4 h/noche. Confesaban tener "regular tolerancia" 24 pacientes (24%) de los que 18 (75%) no alcanzaban la cifra de 4 h/noche. Refirieron "mala tolerancia" 18 pacientes (18%) de los que 13 (72%) no alcanzaban la cifra de 4 h/noche. No se observaron variaciones significativas relacionadas con la edad o el sexo de los pacientes.

Conclusiones: El grado de cumplimiento del tratamiento con CPAP es bajo, el 39% en el grupo estudiado. La estimación que hace el paciente de las horas de uso de la CPAP no suele ajustarse a la utilización real. Los pacientes que confiesan tener "regular tolerancia" o "mala tolerancia" si que coinciden con mayor precisión con los que cumplimentan menos horas de tratamiento.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES DIARIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

M.S. García-Santano, C. Merchán, M. Bueno, D. Castillo, M. Barrio, P. Pérez-González, A. Martínez-Meca, R.M. Girón y A. Viro

Hospital Universitario de la Princesa: Neumología.

Introducción: Conocer la calidad de vida y limitación para las actividades diarias en los pacientes con enfermedades crónicas que ingresan en un servicio de neumología de un hospital terciario.

Material y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva los pacientes que ingresaron en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa durante el período del 15 de agosto al 15 de noviembre de 2009. Los enfermos cumplimentaron en los primeros 2 días del ingreso el cuestionario genérico de calidad de vida EuroQol-5D con la escala visual de autovaloración de estado de salud (0-100) y la escala London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL) que evalúa la disnea en distintas tareas: autocuidado, domésticas, físicas y ocio (0-75). Así mismo, se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, el diagnóstico principal de su enfermedad de base, ingresos y exacerbaciones en el año previo y si recibían apoyo social (público o privado). Las puntuaciones obtenidas en EuroQol-5D y LCADL se relacionaron con el número de ingresos hospitalarios.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes, de 74,1 (20-95) años de edad, 55 varones y 16 mujeres, en los que los principales diagnósticos fueron EPOC en un 83,1% y asma en un 8,5%. En el 42% se había realizado intervención social y el 23,9% de los enfermos vivían solos. En el 66% de los enfermos, la disnea afectaba mucho en sus actividades. En cuanto al EuroQol-5D, el 74,6% tenían problemas para la movilidad, el 73,2% para los cuidados personales, el 61% para realizar sus actividades cotidianas, el 86% referían dolor o malestar y el 43,6% ansiedad o depresión. La media de la tarifa final fue de 0,4 (0,6). La puntuación final de LCADL fue de 40,34 (18,31) y las de las siguientes tareas fue: en autocuidados 9,8 (5,9), doméstica: 17,6 (11,7), física 5,8 (2,4) y ocio

6,7 (3,2). La puntuación total de LCADL se relacionó con el número de hospitalizaciones en el año previo ($p < 0,05$).

Conclusiones: Gracias a las mejores condiciones socio-sanitarias, la edad media de los pacientes con enfermedades crónicas es elevada. Sin embargo, esta población presenta deterioro en su calidad de vida y limitaciones importantes en su vida diaria, precisando en la mitad de los casos una intervención social. Las autoridades sanitarias han de ser conscientes que se han de incrementar los recursos sociales para que en un futuro se puedan solventar las necesidades que se generarán en estos enfermos.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN TRAS CIRUGÍA TORÁCICA SIN INGRESO

M. Quiles Guerola¹, A.M. Ramírez Varea¹, M.J. Fernández Rodrigo¹, N. Martínez Hernández¹, F. Hernández Sanruper², J. Heredia Lloret³, I. Mir Solano⁴, A. Cortils de Cea¹ y R. Guijarro Jorge¹

¹Hospital General Universitari de València: Servicio de Cirugía Torácica, ²Quirófanos, ³Cuidaenlace, ⁴URPA.

Introducción: La cirugía sin ingreso (CSI) en cirugía torácica es una modalidad que se encuentra actualmente en pleno nacimiento. En este trabajo presentamos la valoración que los pacientes han dado a este proceso en sus primeros meses.

Material y métodos: En nuestro centro, existe un programa de CSI en cirugía torácica que se realiza incluyéndolo en los quirófanos de cirugía programada y dando el alta al final de la mañana, con una muy importante colaboración médico-enfermería. Se ha incluido los primeros 30 pacientes intervenidos mediante este programa y se ha realizado por parte de enfermería una encuesta telefónica estandarizada y anónima a 30 pacientes sometidos a CSI tras el alta definitiva del paciente. La encuesta consta de 9 preguntas de las cuales 6 se valora del 1 al 10 diferentes datos (atención, información...) y las 3 restantes de Sí/No, de las cuales 5 respectan a enfermería.

Resultados: Los datos epidemiológicos son: media de edad: 36,43 años (hombres 44,61, mujeres 30,17) y una proporción de sexo del 56,67% de hombres frente al 43,33% de mujeres. En lo tocante a los datos de la encuesta, se obtuvieron en escala de 1 a 10 los siguientes; Valoración de la información dada por enfermería: 8,4. Valoración de la atención de enfermería: 9,56. ¿Volvería a someterse a CSI? Sí 90% No 10%. Conoce el nombre de la enfermera: Sí: 20%; 80%. Y como dato que resume los anteriores, también de 1 a 10; Valoración general del proceso: 9,43 (menores de 30 años: 9,45; mayores de 30 años: 9,42).

Conclusiones: Ante los datos expuestos, los puntos que quedarían por mejorar son una mayor implicación personal de enfermería en este proceso a la hora de identificarse y relacionarse con el paciente (conocimiento del nombre del 20%). En resumen, se observa una elevada valoración de la atención y cuidados de enfermería por parte de los pacientes quedando así demostrado que la enfermería desarrolla un papel fundamental en este tipo de cirugía.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

M.S. García-Santano, C. Merchán, R. Moreno, A. Martínez-Meca, M. Bueno, R. Girón y A. Viro

Hospital Universitario de la Princesa: Servicio de Neumología.

Introducción: La desnutrición hospitalaria se ha estimado entre un 25-50% y se ha relacionado con la mortalidad, aumento de días de estancias y reingresos hospitalarios.

Objetivos: Valorar la desnutrición en paciente ingresados en el Servicio de Neumología mediante herramientas sencillas y fácilmente aplicables.

Material y métodos: A los pacientes que ingresaron en el servicio de neumología desde 1 de septiembre del 2008 hasta el 15 de enero del 2009 se les valoró el estado nutricional mediante 2 parámetros bioquímicos, índice de masa corporal (IMC) y el cuestionario de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire). Los parámetros bioquímicos y el IMC fueron puntuados de la siguiente forma. La clasificación final se obtenía por la suma de los puntos y división entre 3, el resultado final se consideraba normal si el valor era de 0, desnutrición leve si de 1, moderada si de 2 y grave si de 3 (tabla 1). El Cuestionario SNAQ consta de 4 ítems que valora la pérdida de peso, pérdida de apetito y si se ha recibido suplementos dietéticos, si la puntuación final es ≥ 3 se considera desnutrición. Se recogió la edad, el sexo, diagnóstico principal de ingreso, así como el número de agudizaciones e ingresos en el último año. Las puntuaciones totales se compararon con el número de exacerbaciones e ingresos.

Resultados: Se han valorado a 141 enfermos con una edad media 66,07 (rango 18-93 años), 78 hombres y 63 mujeres. Los principales diagnósticos fueron EPOC en un 28,6%, Neumonía en un 25%, asma en un 10% e infección respiratoria en un 7,9%. El número de agudizaciones en el año previo fue de 1,55 (rango: 0-10) y de ingresos de 1,01 (rango 0-8). La clasificación nutricional se muestra en la tabla 2. 49,3% de los pacientes mostraron un IMC > 25 kg/m². Según el cuestionario SNAQ el 23,3% mostraba desnutrición. La puntuación total de SNAQ se relacionó con el número de exacerbaciones e ingresos previos y la puntuación de los parámetros bioquímicos y el IMC con los ingresos.

Tabla 1

	Normal (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Grave (3)
IMC	20-25	17-19,9	15-16,9	< 15
Albumina (g/dl)	3,5-4,5	2,9-3,4	2,5-2,9	< 2,5
Linfocitos totales	> 1.600	1.600-1.200	1.200-800	< 800

Tabla 2. Clasificación desnutrición

	Normal (%)	Leve (%)	Moderada (%)	Grave (%)
IMC	86,1	11	2,2	0,7
Albumina (g/dl)	64,5	24,1	6,4	5
Linfocitos totales	32,6	22	23,4	22

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes presentan desnutrición y ello puede ser causa o consecuencia de los ingresos hospitalarios. Mediante métodos sencillos, aplicables en la práctica clínica habitual, podemos valorar el estado nutricional de nuestros enfermos y actuar precozmente.

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y SU IMPACTO EN EL PRONÓSTICO

A. Martínez, S. Reyes, A. Gimeno, R. Martínez, B. Montull, R. Moreno, A. Benlloch y R. Menéndez

Hospital Universitario La Fe: Neumología.

Introducción: La malnutrición en los ancianos puede repercutir en la evolución de las enfermedades crónicas y también en enfermedades agudas como en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Una valoración nutricional en el momento de la hospitalización podría ser útil para mejorar la calidad asistencial y cuidados nutricionales durante su estancia.

Objetivos: Valorar los parámetros nutricionales antropométricos y bioquímicos de los pacientes ancianos hospitalizados por NAC y su implicación en el pronóstico.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes ancianos ingresados por NAC en un hospital terciario. Se realizó un protocolo que incluía datos demográficos, comorbilidad, gravedad

Tabla 1.

Valoración antropométrica				Valoración antropométrica			
Parámetro	Valor	Grado desnutrición	n (%)	Parámetro	Valor	Grado desnutrición	n (%)
IMC	< 22	Desnutrición	11 (13,6)	Albúmina (mg/dl)	3-3,4	Leve	30 (37,0)
	22-27	Normalidad	30 (37,0)		2,9-2,1	Moderado	23 (28,4)
	> 27	Sobrepeso	29 (35,8)		< 2,1	Severo	1 (1,2)
PT (mm)	Pt < 10	Desnutrición	11 (13,6)	Linfocitos (n ^o /ml)	1.200-1.500	Leve	11 (13,6)
	Pt 10-95	Normalidad	48 (59,3)		800-1.200	Moderado	18 (22,2)
	Pt > 95	Sobrepeso	10 (2,3)		< 800	Severo	36 (44,4)
CMB (cm)	Pt < 10	Desnutrición	13 (16)	Colesterol (mg/dl)	180-140	Leve	30 (37,0)
	Pt 10-95	Normalidad	49 (60)		139-150	Moderado	21 (25,9)
	Pt > 95	Sobrepeso	8 (9,9)		< 100	Severo	5 (6,2)

Tabla 2. Correlación de Spearman entre parámetros bioquímicos y evolutivos

	Estancia		Estabilidad clínica		Fracaso		Muerte 30 días		Complicaciones	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Albúmina	-0,2	0,02	-0,44	0,001	-0,4	0,0001	-0,2	0,01		
Linfocitos									0,2	0,07
Colesterol	-0,2	0,08			-0,3	0,06			-0,25	0,04

inicial mediante escala de Fine y datos evolutivos hospitalarios y a 30 días del alta. Los parámetros antropométricos recogidos fueron: índice de masa corporal (IMC), pliegue tricípital (PT) y perímetro muscular braquial (PMB). Los datos registrados se compararon con las tablas de referencia según sexo y edad para determinar su percentil (Pt). Los parámetros bioquímicos fueron: albúmina (mg/dl), colesterol total (mg/dl) y número de linfocitos absolutos. Realizamos un análisis descriptivo de la valoración nutricional de los enfermos. Posteriormente, realizamos un test de correlación no paramétrica (Spearman) entre los valores nutricionales y los datos evolutivos de la neumonía.

Resultados: Se incluyeron un total de 83 pacientes, edad media $82 \pm 4,2$, sexo 43 hombres (53,0%), estancia (mediana) de 7 días, mortalidad 12 (14,8%). Las comorbilidades fueron: diabetes 22 (27,2%), cardiopatía 37 (45,7%), EPOC 19 (23,5%), enf. cerebrovascular 9 (11,0%), neoplasia 6 (7,4%), insuficiencia renal 6 (7,4%), hepatopatía 3 (3,7%). Los resultados de la valoración antropométrica y bioquímica se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: 1. En el 60% de ancianos con NAC hay trastornos de nutrición, desnutrición o sobrepeso. 2. La albúmina es el parámetro con mayor correlación con el pronóstico en la NAC. 3. El papel de enfermería en la valoración nutricional es clave para un reconocimiento precoz de las posibles alteraciones lo que conllevaría intervenciones correctoras dirigidas a mejorar la evolución de la NAC y la salud de los pacientes.

VARIACIONES DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS DURANTE UNA FIBROBRONCOSCOPIA

E. Marín Jerez, M.A. Elorri Irigoy, M.J. Ríos Gallego, M. Lasheras García y A. Bellosta Zapata

Hospital Universitario Miguel Servet: Neumología.

Introducción: La fibrobroncoscopia puede cursar con alteraciones de la TA. Planteamos este trabajo para investigar la repercusión de una fibrobroncoscopia (FB) en las cifras de TA de pacientes con y sin HTA para orientar su monitorización por la enfermería de bronoscopias.

Material y métodos: Se recogen de forma prospectiva datos de 160 FB consecutivas hechas en pacientes con y sin HTA. Se registran datos de edad y sexo, antecedente de HTA, de cardiopatía, SpO₂ inicial y final. TA inicial y final, duración de la FB, técnicas realizadas, tratamiento hipotensor y si lo tomaron antes de la FB. Se realizó análisis descrip-

tivo de los datos, comparación de medias mediante test t de Student para datos no pareados y para datos pareados al comparar datos pre y post FB.

Resultados: La edad fue $63,3 \pm 12,7$ años y la duración de la prueba $21,2 \pm 6,6$ minutos. La TA sistólica y diastólica en conjunto fue de $136,4 \pm 26,8$ y 76 ± 12 respectivamente. 54 (33,8%) tenían HTA y 39 (24,4%) cardiopatía. De los casos HTA, 89,1% eran tratados con un solo fármaco. Las técnicas más frecuentes fueron BAS 83 (51,9%) y biopsia 40 (25%). Sólo 12 casos (7,5%) habían tomado su tto previo a la FB. La TAS y TAD de los casos HTA pre-FB fue $147 \pm 22,7$ mmHg y $79,4 \pm 13,2$ frente a $130,8 \pm 20,1$ y $75,1 \pm 11,4$ respectivamente en los casos no HTA ($p < 0,05$). En los casos HTA la TAS y TAD post FB fueron $153,6 \pm 31$ y $82,4 \pm 15,9$ y en los casos no HTA $133,13 \pm 21,2$ y $78,3 \pm 11,8$ ($p < 0,05$). La TAS y TAD post FB fue significativamente mayor que la pre FB en los casos con HTA. No hubo diferencias al comparar la TA pre y post FB de los casos sin HTA. No hubo diferencias entre los que habían tomado su tto y los que no antes de la FB. No hubo diferencias entre casos con y sin HTA en la duración de la FB, técnicas realizadas, frecuencia cardíaca, SpO₂ ni en incidencias habidas en la FB. La cardiopatía de base fue más frecuente en casos con HTA 42,6% vs 15,1%.

Conclusiones: En nuestro grupo un 33,8% de los pacientes a los que se les hace una FB tienen HTA previa, similar a la prevalencia en la población general. Los pacientes con HTA previa tienen TA mayor que los pacientes sin HTA pese al tratamiento de base que llevan. Durante la FB se produce un aumento significativo de TA en pacientes con antecedente de HTA. El comportamiento de la TA en los casos que tomaron hipotensor preFB fue igual al de los que no lo tomaron.

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC). ¿INFLUYE EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?

A. Gimeno, A. Martínez, S. Reyes, R. Martínez, R. Moreno, M.J. Lorenzo y R. Menéndez

Hospital Universitario La Fe: Servicio de Neumología.

Introducción: Los pacientes hospitalizados con NAC presentan varias comorbilidades que requieren su adecuada evaluación por parte de los profesionales sanitarios. La valoración del índice de comorbilidad de Charlson (iCh) en pacientes hospitalizados con NAC realizada por enfermería tiene un papel relevante para identificar de forma precoz

sus necesidades y adecuar la atención lo que repercutirá en mejorar su evolución.

Objetivos: Determinar el grado de comorbilidad de los pacientes hospitalizados con NAC mediante el iCh y analizar su influencia en la morbimortalidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes hospitalizados con NAC. A todos los pacientes se les aplicó un protocolo de recogida de datos que incluía: datos demográficos, comorbilidad (iCh), gravedad inicial, datos clínicos, analíticos, radiográficos, microbiología, tratamiento, datos evolutivos de la hospitalización y a los 30, 90 días después del alta. La valoración de la comorbilidad se realizó mediante el iCh que consta de 16 entidades comórbidas con puntuaciones asignadas de 1, 2, 3 o 6 puntos dependiendo del riesgo de fallecer asociado a esta condición. El análisis estadístico para analizar la relación entre el iCh y las variables evolutivas a estudio se realizó utilizando correlaciones no paramétricas (Spearman).

Resultados: Se incluyeron 716 pacientes, edad media $68,9 \pm 17,2$ y hombres 448 (62,6%). La puntuación media del iCh fue $1,35 \pm 1,52$, gravedad inicial Fine I-III/IV-V: 354 (49,4%)/362 (50,5%). La media de la deambulación en el hospital fue $2,74 \pm 3,54$. La duración de la estancia (mediana) fue 8 días y la estabilidad clínica (mediana) 3 días. La reincorporación a las actividades de la vida diaria (mediana) fue de 7 días. La mortalidad a los 30 días y 90 días fue 66 (9,2%) frente a 83 (11,6%) y requirieron reingreso a los 30 días 85 (11,9%).

Tabla 1. Correlaciones bivariadas entre el índice de Charlson y variables evolutivas en la NAC

	Índice de Charlson	
	r*	p
Duración estancia	0,1	0,005
Día estabilidad clínica	0,01	0,6
Día de deambulación	0,21	0,001
Mortalidad 30 días	0,24	0,001
Reingreso 30 días	0,13	0,001
Mortalidad 90 días	0,27	0,001
Reingreso 390 días	0,27	0,001

*Correlación de Spearman. p: nivel de significación estadística.

Conclusiones: 1. El iCh se asocia con la deambulación tardía, con la duración de la estancia y la mortalidad. 2. A mayor índice de comorbilidad peor pronóstico a 30 y 90 días con mayor mortalidad, reingreso y complicaciones. 3. La valoración del iCh en los registros de enfermería debe alertarnos de forma precoz de la posibilidad de mala evolución y nos sirve para planificar la atención lo que contribuiría a mejorar el cuidado de su salud.

FENOMENOLOGÍA DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO RESPIRATORIO DE LOS TERAPEUTAS RESPIRATORIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE BOGOTÁ (COLOMBIA)

C.L. Cruz Moya

Centro de Investigación y Desarrollo FUAA, Colombia.

Introducción: Motivada por la ausencia de citas bibliográficas y estudios fenomenológicos en cuidado respiratorio oncológico; se plantea a continuación un ejercicio de investigación cualitativa en el que se desarrollen las fases del modelo fenomenológico en la descripción de percepciones de los terapeutas respecto de sus prácticas asistenciales en pacientes oncológicos en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Material y métodos: Objetivo general: caracterizar las prácticas asistenciales utilizadas por los terapeutas respiratorios en los pacientes oncológicos. Pregunta de investigación: ¿cuáles son las prácticas asistenciales de los terapeutas respiratorios, en pacientes oncológicos? Tipo de investigación: cualitativa. Enfoque: fenomenológico. Población: 12 terapeutas respiratorios de la ciudad de Bogotá. Criterios de

inclusión: terapeutas respiratorios que trabajen o hayan trabajado con pacientes oncológicos requirentes de cuidado respiratorio. Recolección de los datos: entrevista a profundidad 10 preguntas telegaradas. Procesamiento de los datos: decodificación selectiva y axial manual. Análisis de resultados: por destilación método inductivo.

Resultados: Una vez procesada la información obtenida de las entrevistas a profundidad aplicadas a los 12 terapeutas, bajo método inductivo como resultado se obtiene que la fenomenología de las prácticas de los TR en pacientes oncológicos, comprende el entender una serie de técnicas de valoración inicial (semiología-monitorización), el análisis de las maniobras y técnicas propias del cuidado respiratorio a aplicar (oxigenoterapia, aerosolterapia, rehabilitación, aspiración de secreciones, etc.) seguimiento con PFP, homecare, etc. Y políticas de estado que favorezcan ampliar el radio de acción de los terapeutas en esta población vulnerable de los distintos institutos de cancerología de la nación.



Conclusiones: La fenomenología de las prácticas de cuidado respiratorio por el TR en el paciente oncológico, comprende una constelación de técnicas que precisan un conocimiento del componente fisiopatológico de la enfermedad como la comprensión psicopatológica que orienten al cuidador en la aplicación inteligente de sus saberes terapéuticos en oncología.

FISIOTERAPIA

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA RESPUESTA FISIOLÓGICA DURANTE DIFERENTES EJERCICIOS EN TIERRA Y AGUA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON EPOC

A. Barberán García, A. Arbillaga Etxarri, E. Gimeno Santos, Y. Torralba García, D. Agustín Rodríguez, J. Roca Torrent y J. Vilaró Casamitjana

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, CIBERES, IDIBAPS: Neumología (ICT).

Introducción: El conocimiento de nuevas metodologías de entrenamiento que permitan aumentar su diversidad, debe ser considerado para facilitar la incorporación de la actividad física en la vida diaria de

los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El estudio analiza la respuesta fisiológica durante la realización de diferentes ejercicios en dos medios distintos, tierra y agua.

Material y métodos: 8 pacientes con EPOC de moderada a severa intensidad y en situación estable (66 ± 6 años) con una limitación al flujo aéreo ($FEV_1 54 \pm 20\%$), un volumen residual (RV $154 \pm 30\%$) y un índice de masa corporal ($BMI 25 \pm 3 \text{ kg/m}^2$), fueron sometidos a dos pruebas de marcha de seis minutos, una en tierra (6MWTl) y otra en piscina (6MWTw), dos pruebas de escaleras Chester, una en tierra (CSTL) y otra en piscina (CSTw). Mediante un analizador de gases portátil se evaluó la respuesta fisiológica durante los distintos ejercicios.

Resultados: Se observó un comportamiento similar en el perfil de la respuesta fisiológica en forma de meseta de las pruebas de marcha, mostrándose diferencias significativas entre las principales variables fisiológicas: $VO_2\text{fin}$ ($1,00 \pm 0,28$ vs $1,36 \pm 0,40 \text{ L/min}$); $VE\text{fin}$ (24 ± 7 vs $34 \pm 9 \text{ L/min}$); $FC\text{fin}$ (89 ± 8 vs $113 \pm 12 \text{ ppm}$) $SpO_2\text{fin}$ (97 ± 1 vs $92 \pm 3\%$) en 6MWTw y 6MWTl respectivamente ($p < 0,05$ en todos los casos). Las pruebas de escaleras, también mostraron un comportamiento similar en el perfil en forma de rampa incremental observándose de nuevo diferencias significativas entre variables fisiológicas: $VO_2\text{fin}$ ($1,12 \pm 0,22$ vs $1,96 \pm 0,40 \text{ L/min}$); $VE\text{fin}$ (29 ± 7 vs $50 \pm 14 \text{ L/min}$); $FC\text{fin}$ (98 ± 13 vs $129 \pm 10 \text{ ppm}$); $SpO_2\text{fin}$ (93 ± 2 vs $91 \pm 2\%$) en CSTw y CSTL respectivamente ($p < 0,05$ en todos los casos excepto, en SpO_2). Sin embargo, no hubo diferencias en la percepción subjetiva de disnea y fatiga medidas mediante la escala de Borg.

Conclusiones: La marcha y las pruebas de escaleras en el agua, presentan una morfología similar a la de tierra pero con una menor carga fisiológica. A partir de estos resultados, podemos deducir que el entrenamiento en agua es posible y más tolerable que en el suelo en los pacientes con EPOC.

ANÁLISIS DE 2 TÉCNICAS ABREVIADAS DE OBTENCIÓN DE ESPUTO PARA PROCESAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA CRÓNICA ESTABLE

A. Balañá Corberó, P. Ausín, S. Font, J. Martínez-Llorens y J. Gea

Hospital del Mar IMIM UPF-CIBERES: Neumología-URMAR.

Introducción: La técnica de obtención de esputo (TEI) inducido debiera realizarse con dosis progresivamente hipertónicas de suero salino. Esta técnica es útil tanto para estudios microbiológicos como de mediadores o elementos celulares. Sin embargo, la TEI precisa de personal experimentado y consume tiempo y recursos. Por dicho motivo es frecuente el uso de modalidades abreviadas.

Objetivos: Comparar la obtención y calidad del esputo con dos técnicas abreviadas (hipertónico vs isotónico) en pacientes con neumopatía crónica en fase de estabilidad clínica.

Material y métodos: Se reclutaron 20 pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en fase estable, siendo aleatorizados en dos grupos. En el primero (hipertónico a dosis fija) se nebulizaron 5 mg de salbutamol y 5 cc suero hipertónico Hyaneb (Praxis), mientras que en el segundo la nebulización se efectuó con 5 mg de salbutamol, 500 mg de bromuro de ipatropio y 3 cc de suero fisiológico isotónico. Se realizó una espirometría forzada al inicio y a los 30 minutos de la nebulización, contabilizando además el número de toses y la calidad y resultados microbiológicos del esputo.

Resultados: Ninguno de los pacientes presentó complicaciones con ninguna de las dos técnicas. No se observaron diferencias en el porcentaje de pacientes en los que se obtuvo esputo. Sin embargo, el número de pacientes en el que se obtuvo un esputo con calidad aceptable para realizar cultivos fue mayor en aquellos en los que se realizó la técnica abreviada.

	Isotónico	Hipertónico	p
n	10	10	
% FEV_1/FVC	57 ± 13	59 ± 21	ns
FEV_1 (% ref)	53 ± 20	46 ± 15	ns
% FEV_1 post-técnica	4 ± 4	$-0,3 \pm 11$	ns
Espustos (% pacientes)	10 (100%)	9 (90%)	ns
Espustos \geq grado 4 (% pacientes)	100%	57%	*

Conclusiones: En pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en fase de estabilidad, la utilización de suero salino hipertónico a concentración fija no aporta mayores beneficios que el uso de suero isotónico para la obtención de un esputo que además es de peor calidad.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA FISIOLÓGICA DURANTE LA MARCHA NÓRDICA EN PACIENTES CON EPOC

A. Arbillaga¹, A. Barberán¹, E. Gimeno¹, Y. Torralba¹, D. Rodríguez¹, J. Roca¹ y J. Vilaró²

¹Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, CIBERES, IDIBAPS: Neumología (ICT); ²EUJFN Blanquerna, Universitat Ramon Llull-Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, CIBERES, IDIBAPS: Neumología (ICT).

Introducción: En la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la rehabilitación se ha demostrado como un tratamiento con un elevado grado evidencia. La exploración de nuevos modelos de entrenamiento fuera del ámbito hospitalario ha de permitir la incorporación de la actividad física en el estilo de vida de los pacientes. La marcha nórdica, ampliamente utilizada en sanos, incorpora la ayuda de bastones para facilitar el impulso de los miembros inferiores. El estudio analiza la respuesta fisiológica durante la marcha en distintas modalidades.

Material y métodos: 5 pacientes con EPOC (70 ± 7 años) de moderada a severa intensidad y en situación estable con una limitación al flujo aéreo moderada ($FEV_1 46 \pm 12\%$) y un índice de masa corporal normal ($BMI 25 \pm 4 \text{ kg/m}^2$), fueron sometidos a tres pruebas de marcha de seis minutos, una en el corredor del hospital (6MWT), otra practicando marcha nórdica en tierra (6MWTNW) y una tercera, de marcha nórdica en arena (6MWTNWsand). También se les realizó una prueba de marcha de lanzadera (ISWT). Mediante un analizador de gases portátil se monitorizó la respuesta fisiológica durante el esfuerzo.

Resultados: Se observó un comportamiento similar en el perfil de la respuesta fisiológica en forma de meseta en todas las pruebas mostrándose diferencias no significativas entre las principales variables fisiológicas: $VO_2\text{fin}$ ($1,32 \pm 0,20$ vs $1,51 \pm 0,28$ vs $1,60 \pm 0,47 \text{ L/min}$); $VE\text{fin}$ ($30,5 \pm 7,2$ vs $37,0 \pm 7,8$ vs $40,7 \pm 10,3 \text{ L/min}$); $FC\text{fin}$ (114 ± 11 vs 119 ± 12 vs $124 \pm 13 \text{ ppm}$); disnea final ($3,6 \pm 2$ vs $3,8 \pm 2$ vs $4,8 \pm 2$ Borg) y fatiga final ($2,2 \pm 2$ vs $1,6 \pm 2$ vs $2,4 \pm 1$ Borg) ($p = ns$ en todos los casos) en 6MWT, 6MWTNW y 6MWTNWsand respectivamente. Las cargas fisiológicas representaron el 106 y el 100% del $VO_2\text{fin}$ respecto al $VO_2\text{max}$ alcanzado en el ISWT (6MWTNWsand, 6MWTNW respectivamente).

Conclusiones: La marcha nórdica representa una carga fisiológica mayor respecto a la marcha habitual por la implicación de las extremidades superiores. La práctica de la misma en terreno irregular, supone una carga añadida alcanzando intensidades próximas al máximo. A partir de estos resultados, podemos deducir que el entrenamiento mediante la marcha nórdica es factible en los pacientes con EPOC.

AUMENTO DEL FLUJO ESPIRATORIO Y REDUCCIÓN DE LA RETENCIÓN DE SECRECIONES MEDIANTE LA COMPRESIÓN MANUAL DE LA CAJA TORÁCICA EN UN MODELO PORCINO

J.D. Martí Romeu, G. Li Bassi, L.M. Saucedo Jaramillo, M. Rigol Muxart, C. Alicia San José Arribas, C. Esquinas López, N. Luque, E.M. Esperatti, M. Ferrer Monreal y A. Torres Martí

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona: Neumología y Cuidados Intensivos.

Introducción: La retención de secreciones en pacientes con intubación oro-traqueal es muy común. Las compresiones manuales de la caja torácica (MRCC) son una técnica de fisioterapia respiratoria destinada a modular el flujo espiratorio para mejorar el drenaje de las secreciones retenidas en la vía aérea. El objetivo principal de este estudio es investigar los efectos en el flujo espiratorio y el movimiento de secreciones durante: 1. MRCC breves y enérgicas (sMRCC), sincronizadas con el inicio de la fase espiratoria y 2. MRCC largas y leves (IMRCC) durante toda la fase espiratoria.

Material y métodos: 4 cerdos sanos fueron anestesiados, paralizados, intubados traquealmente. Los animales fueron posicionados en decúbito prono y aproximadamente 30° en anti-Trendelenburg, imitando la posición semi-incorporada. Los cerdos fueron ventilados mecánicamente en volumen controlado. Un fisioterapeuta realizó, de manera aleatorizada, las sMRCC y las IMRCC durante 15 min, con un período de 15 min sin intervención entre ambas. El movimiento de las secreciones fue analizado a través de fluoroscopia para rastrear discos de tantalio insuflados en la tráquea. Los datos obtenidos están expresados en media \pm desviación estándar. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Cuando no se aplicaron las MRCC, el pico y la media de flujo espiratorio (PEF y MEF) fueron de $38,2 \pm 7,9$ y $13,9 \pm 3,2$ L/min respectivamente ($p < 0,0001$). En cambio, las sMRCC incrementaron la PEF hasta $57,0 \pm 7,5$ y en comparación las IMRCC hasta $47,1 \pm 2,8$ L/min ($p = 0,0016$). La MEF incrementó hasta $27,1 \pm 5,7$ con las sMRCC y $19,2 \pm 2,6$ L/min con las IMRCC ($p = 0,0004$). Cuando no se aplicaron las MRCC, las secreciones se movieron hacia los pulmones con una velocidad media de $0,4 \pm 1,0$ mm/min. La aplicación de las IMRCC disminuyó la velocidad de las secreciones hacia los pulmones ($0,1 \pm 1,06$ mm/min., $p = ns$). Las sMRCC facilitaron el drenaje de secreciones moviéndolas hacia el exterior, con una velocidad media de $1,08 \pm 2,7$ mm/min ($p = ns$).

Conclusiones: En cerdos intubados y en posición semi-incorporada, la fuerza de la gravedad y la ventilación mecánica causan retención de secreciones traqueales. Las sMRCC y las IMRCC aumentan el flujo espiratorio, reduciendo el riesgo de que se produzca un movimiento anormal de secreciones hacia los pulmones.

DETERMINAR LA PREVALENCIA DE ALTERACIONES PULMONARES EN EL POSTOPERATORIO DE LAS ESOFAGUECTOMÍAS CON TORACOTOMÍA

Y. Sanesteban Hermida, E. Giménez Moolhuizen y B. López Gabín

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. SERGAS: Rehabilitación.

Introducción: El 100% de las intervenciones de esófago realizadas con toracotomía (ET) presentan alguna alteración pulmonar. La Fisioterapia Respiratoria (FR) postoperatoria comienza a las 24 horas de la intervención, con buenos resultados y solamente realizan FR preoperatoria el 10% de los pacientes.

Objetivos: Describir dichas complicaciones pulmonares y plantear la necesidad de realizar FR preoperatoria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con 52 intervenciones ET realizadas desde febrero del 2007 hasta noviembre

del 2009 por el Servicio de Cirugía General en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Habiéndose excluido aquellas esofaguectomías realizadas por laparoscopia. El material con el que hemos trabajado ha sido el programa Clínica de anatomía patológica para diagnóstico del CHUAC. Valores de las espirometrías realizadas en la preanestesia (VEMS). Radiografías de tórax antes y después de la intervención, vistas con el programa SIDI del CHUAC. Medición de la capacidad pulmonar con Incentivador Kendall Respiro 2500 Volumetric Exerciser y el Coach 2 Incentive Spirometer 22-4000 DHD Healthcare.

Resultados: Los sujetos han sido 48 pacientes, 52 intervenciones (4 recidivas), de los cuales el 94% son neos de esófago, el 4% son perforaciones por causa externa y el 2% estenosis esofágicas. Total de 40 varones (83%) y 8 mujeres (17%), de edad media 61,3 (25 a 81) años. En el 87,2% de estos pacientes debemos añadir asociado, alguno de estos factores de riesgo, 35 son fumadores (67%), 25 (48%) bebedores habituales, 4 (8%) con obesidad, 12 (23%) padecen EPOC y 4 (8%) presentan además nódulos pulmonares. En la totalidad de las 52 intervenciones se ha presentado derrame pleural bilateral (100%) con mayor incidencia izquierda e hipoventilación (100%), 13 (25%) infiltrados pulmonares, 8 (15%) neumonías, 4 (8%) empiemas, en el 100% de las perforaciones, 16 (30%) tienen atelectasias, 14 (27%) edema agudo de pulmón, 8 (15%) neumotórax, 6 (12%) enfisemas y un caso de distrés respiratorio (2%).

Conclusiones: Con las alteraciones pulmonares que se nos presentan y la suma de días de ingreso 27,4 (8-120) de los cuales los 4 primeros son en una unidad de cuidados intensivos, deberíamos estudiar la necesidad de realizar una prevención con un programa preoperatorio, intensivo, de FR.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

B. López Gabín, E. Giménez Moolhuizen y Y. Sanesteban Hermida

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, SERGAS: Rehabilitación.

Introducción: En la sala de neumología, debido al elevado número de pacientes derivados desde las unidades de cuidados intensivos (UCI) y reanimación (REA) se ha producido un aumento en la demanda de tratamiento rehabilitador.

Objetivos: Conocer el perfil del paciente trasladado de UCI/REA que precisa rehabilitación respiratoria y/o motriz. Valorar la respuesta al tratamiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo realizado en el período comprendido entre enero-2007 y noviembre-2009 sobre una muestra de 510 pacientes tratados con rehabilitación respiratoria (RR) y/o rehabilitación motriz (RM) en la sala de Neumología. Se seleccionaron aquellos que procedían de UCI/REA, las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, situación respiratoria y necesidad de tratamiento con RR y/o RM.

Resultados: En el período de estudio encontramos 65 pacientes de los cuales 57 (88%) procedían de UCI, 8 (12%) de REA. La edad media fue de 67 años (54-71); 69% fueron varones. La causa que motivó la insuficiencia respiratoria fue: 17 (26%) post-cx cardíaca o abdominal, 12 (18%) EPOC agudizado, 11 (17%) neumonía, 5 (8%) Síndrome de hipoventilación obesidad, 5 (8%) enfermedad neuromuscular, 4 (6%) Guillén-Barré y 11 (17%) otras patologías. De 65 pacientes 48 (74%) eran portadores de traqueotomía y los 17 restantes precisaban ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Se logró el cierre de la traqueotomía en 30 (63%) de los 48 pacientes y 3 fueron éxitos. Como complicación añadida 33 (51%) de los 65 pacientes presentaban polineuropatía del enfermo crítico (PLN) requiriendo RM, además de RR. La duración media del tratamiento rehabilitador fue de 21 días (rango 3-113 días). La evolución tras tratamiento rehabilitador en planta ha sido: 25 pacien-

tes (76%) consiguieron la deambulaci3n, 8 de ellos precisaban andador, 6 (18%) no consiguieron caminar y fueron trasladados a un centro de rehabilitaci3n y 2 precisaron silla de ruedas.

Conclusiones: 1. Los resultados muestran un alto porcentaje de pacientes procedentes de las unidades de UCI/REA que requieren tratamiento rehabilitador en la sala de Neumología. 2. La respuesta al tratamiento intensivo y prolongado de RR y RM indica una elevada tasa de recuperaci3n de la capacidad para la deambulaci3n.

REENTRENAMIENTO AL ESFUERZO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULM3N

E. Giménez Moolhuizen, Y. Sanesteban Hermida y B. López Gabin

Hospital Universitario de A Coruña: Rehabilitaci3n.

Introducci3n: Los pacientes trasplantados de pulm3n (Tx) presentan limitaci3n al esfuerzo debido a la mala situaci3n f3sica previa, secuelas de la intervenci3n quir3rgica, inmovilismo, efectos secundarios de la medicaci3n.

Objetivos: Analizar mediante una prueba de esfuerzo subm3xima la mejoría obtenida tras un programa de reentrenamiento en pacientes Tx.

Material y métodos: En el estudio se incluy3 a 50 pacientes Tx recientemente y que cumplen los criterios para iniciar un programa de rehabilitaci3n cardiorrespiratoria y acondicionamiento muscular en sala de fisioterapia, mediante: *a*) un trabajo de reentrenamiento al esfuerzo en ciclo-erg3metro Monark ergomedic 818 con resistencia obtenida a trav3s prueba de esfuerzo subm3xima en ciclo-erg3metro (PE), monitorizados mediante pulsiox3metro Nellcor N592, la prueba se suspende por FC mayor al 70% FCmax, desaturaci3n por debajo de 85%, claudicaci3n de MMII o a petici3n del paciente, y *b*) un protocolo de ejercicios de fuerza-resistencia de la musculatura en MMII. Ámbito: Hospital Universitario A Coruña. Per3odo: se incluyeron en el estudio a un grupo de 50 pacientes Tx desde el 13-07-2007 hasta el 04-07-2009. Variables: sexo, edad, diagn3stico m3dico, tipo de trasplante, d3as transcurridos desde la intervenci3n hasta el inicio del programa en sala, sesiones, carga m3xima (CM) obtenida en la prueba de esfuerzo al inicio, CM obtenida en la mejor prueba de esfuerzo realizada, frecuencia card3aca (FC), saturaci3n de ox3geno en sangre (Sat).

Resultados: Analizamos 50 pacientes, 29 (58%) hombres. Edad media 52 (rango 13-70). 25 (50%) casos EPID de los cuales 12 (24%) son FPI, 23 (46%) casos EPOC, 1 (2%) EVO, 1 (2%) FQ. Trasplantes unipulmonares 39 (78%) y 11 (22%) Tx bipulmonares. Comienzan el tratamiento en sala, transcurrido un promedio de 30,42 (15-70) d3as desde el tx, con una media de 19 (10-32) sesiones de tratamiento. CM primer d3a 62 (25-110) wat., mejor CM 125 (75-175) wat, 6 (12%) interrumpían PE inicial por aumento de la FC o bajada de la Sat.

Conclusiones: La causa principal de interrupci3n en la PE en pacientes Tx es la claudicaron de los MMII y cansancio generalizado, tras un programa de alrededor de 20 sesiones de tratamiento todos los pacientes presentan mejoría en la PE con un promedio de un 100% del

valor inicial, lo que demuestra un aumento de la fuerza-resistencia de los MMII y un mejor acondicionamiento cardiorrespiratorio ante el esfuerzo.

RELACIONES ENTRE ACTIVIDAD F3SICA (ACELEROMETR3A) Y CAPACIDAD DE EJERCICIO (PRUEBA DE MARCHA DE 6 MIN) EN PACIENTES CON EPOC

M. Admetllo Papiol, J. Mart3nez Llorens, A. Balaña Corber3, A. Roig Andreu, P. Aus3n Herrero y J. Gea Guiral

Hospital del Mar-IMIM; UPF. CIBERES: Servicio de Neumología-URMAR.

Introducci3n: La capacidad de ejercicio de los pacientes con EPOC forma parte de la evaluaci3n multi-dimensional BODE. No se conoce del todo las relaciones existentes entre el grado de actividad f3sica y la capacidad de ejercicio, y si dichas relaciones son iguales en ambos sexos.

Objetivos: Analizar las relaciones entre ambas dimensiones en pacientes con EPOC, en funci3n del g3nero.

Material y métodos: 19 pacientes con EPOC moderada-grave en fase estable participaron en el estudio. Tras el reclutamiento se realiz3 espirometría forzada y prueba de marcha de 6 min. Posteriormente (en los 7 d3as siguientes) se registr3 el nivel de actividad f3sica (aceler3metro Sense-Wear Armband, BodyMedia).

Resultados: Aunque ambos g3neros mostraron similar nivel de gravedad (FEV1), limitaci3n al ejercicio y nivel de actividad f3sica, únicamente en las mujeres se observaron correlaciones entre el grado de actividad f3sica habitual y los par3metros funcionales.

Tabla 1. Descripci3n de la poblaci3n

	EPOC hombre	EPOC mujer	p
n	10	9	
FEV ₁ (% ref)	37 ± 6	40 ± 21	ns
6 min, distancia caminada (m)	79 ± 29	73 ± 21	ns
6 min, distancia caminada (% ref)	370 ± 108	396 ± 110	ns
Nivel de actividad f3sica (pasos/d3a)	4.569 ± 4.605	6.912 ± 4.105	ns

Tabla 2. Correlaciones

	n	EPOC hombre		EPOC mujer	
		r	p	r	p
Actividad f3sica (pasos/d3a)	FEV1 (% ref)	-0,277	ns	0,683	0,043
	6 min, distancia caminada (m)	0,253	ns	0,845	0,002
	6 min, distancia caminada (% ref)	-0,019	ns	0,868	0,004

Conclusiones: Factores relacionados con el sexo (¿hormonales?) parecen condicionar la ausencia de relaci3n directa entre actividad f3sica y capacidad de ejercicio en los varones con EPOC. La causa de esta ausencia de relaci3n merece estudios posteriores.

Financiado por BECA SEPAR 2009.